

actas de la dependencia

Colaboran:

Milagros Marcos Ortega

Jesús Fuertes Zurita

Teresa Martínez Rodríguez

Toni Vilà Mancebo

Miguel de Haro Izquierdo

Gerardo Zamora Monge



Para la Dependencia

El número que presentamos incorpora nuevos temas al debate de la atención a la dependencia: Un modelo territorial de gestión, la atención centrada en la persona como nueva modalidad de atención, la evolución y reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la fiscalidad y un acercamiento al fenómeno del envejecimiento y de los cuidados de las personas sin hijos (childlessness).

Por primera vez la Revista presenta un modelo de gestión territorial del Sistema, para el que se ha elegido a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en la que de forma generalizada coinciden los expertos como una de las Comunidades mejor gestionada y que cuenta con uno de los modelos más avanzados. La Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades y el Gerente de Servicios Sociales nos presentan este modelo, desarrollando los elementos clave del mismo, entre los que cabe destacar: La incorporación de las entidades locales a la gestión, la simplificación de procedimientos, el consenso social en la definición del modelo, la apuesta por los servicios profesionalizados, el cambio en la concepción de los servicios residenciales impulsando unidades de convivencia y centros multi-servicio, así como su visión sobre la financiación de dependencia.

La Atención Centrada en la Persona está siendo hoy el centro de la reflexión de los expertos y estudiosos, al mismo tiempo que se inician y se encuentran en fase de evaluación múltiples experiencias de este modelo. Teresa Martínez hace un análisis en profundidad de esta modalidad de atención con las principales aportaciones e iniciativas en el ámbito internacional y en España, destacando los factores y elementos que facilitan su aplicación, los retos y riesgos a tener en cuenta, así como los beneficios que reporta este enfoque de la atención.

Cuando se cumplen seis años desde la entrada en vigor de la Ley se ha considerado oportuno que desde el ámbito académico se estudie la evolución y reformas del Sistema, especialmente en estos últimos años, como consecuencia de la crisis económica y los ajustes fiscales que conlleva. Toni Vilá, que desde la aprobación de los estatutos de autonomía y de las primeras leyes de servicios sociales ha seguido la evolución de este sector, analiza el impacto sobre el Sistema de las normas publicadas con posterioridad (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estatutos de Autonomía reformados y las leyes de servicios sociales autonómicas) y el efecto de las últimas reformas directas de la Ley sobre los derechos y sobre el contenido de las prestaciones y servicios.

El artículo de Miguel de Haro sobre fiscalidad nos ofrece otra modalidad de acción de los poderes públicos, distinta de las prestaciones de dependencia directas del Sistema, como son las deducciones

y exenciones fiscales a favor de los mayores y de las personas con dependencia; asimismo, en él se realiza un análisis comparado de la política fiscal a nivel europeo y autonómico.

Por otra parte, en nuestro entorno europeo está teniendo lugar el debate sobre la fiscalidad y los cuidados de las personas sin hijos, que ha dado lugar a una modificación de la normativa sobre cotización de este grupo de personas a la financiación de la dependencia en Alemania; con el artículo que nos presenta Gerardo Zamora se pretende un acercamiento a este fenómeno.

Pablo Cobo

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter
Ángel Expósito Mora
Amando de Miguel Rodríguez
Julio Sánchez Fierro
Gregorio Rodríguez Cabrero
Antonio Jiménez Lara
Pablo Cobo Gálvez

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Pablo Cobo Gálvez

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

05

EL SISTEMA DE DEPENDENCIA Y DE SERVICIOS SOCIALES EN CASTILLA Y LEÓN.

MILAGROS MARCOS ORTEGA

Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.

JESÚS FUERTES ZURITA

Gerente de Servicios Sociales.

23

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. ALGUNAS CLAVES PARA AVANZAR EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS.

TERESA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Psicóloga, Servicio de Calidad e Inspección de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

47

EVOLUCIÓN Y REFORMA DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

TONI VILÀ MANCEBO

Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP).

Universidad Autónoma de Barcelona.

69

FISCALIDAD DE LA DEPENDENCIA Y LAS PENSIONES. ESTUDIO COMPARADO EN ESPAÑA Y EUROPA. PROPUESTAS DE BUENAS PRÁCTICAS.

MIGUEL DE HARO IZQUIERDO

Abogado. Doctor en Derecho.

Profesor de Derecho Financiero y Tributario de la UCM.

93

PRESTACIÓN DE CUIDADOS Y ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS SIN HIJOS.

GERARDO ZAMORA MONGE

Responsable de Proyectos.

Etorbizi–Fundación Vasca para la Innovación Sociosanitaria.

109

DOCUMENTOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

EL SISTEMA DE DEPENDENCIA Y DE SERVICIOS SOCIALES EN CASTILLA Y LEÓN

MILAGROS MARCOS ORTEGA

Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León

JESÚS FUERTES ZURITA

Gerente de Servicios Sociales

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.

2. CLAVES DEL MODELO.

2.1. Las personas.

2.2. Una gestión eficiente y eficaz.

2.3. El diálogo.

3. EL MODELO DE CASTILLA Y LEÓN UN MODELO INTEGRADO Y DE CALIDAD.

3.1. La atención a la dependencia integrada en el sistema de servicios sociales.

3.2. Simplificación y unificación de procedimientos.

3.3. Apuesta por los servicios profesionales.

3.4. Los cuidados familiares.

3.5. Servicios profesionales adecuados, suficientes y atractivos.

4. FINANCIACIÓN.

Palabras CLAVE

Dependencia, Castilla y León, atención residencial, unidad de convivencia, ayuda vinculada, centro multiservicio, cuidados familiares, empleo, SAUSS, financiación, "En mi casa", atención profesional.

Resumen

Castilla y León ha desarrollado un modelo de atención a las situaciones de dependencia caracterizado fundamentalmente por su integración total en el sistema de servicios sociales respetando las competencias que en él tienen las corporaciones locales. La simplificación administrativa y agilidad en la tramitación de las solicitudes, el consenso social y una clara apuesta por los servicios profesionalizados para evitar que el sistema se convierta en un régimen de subsidios, son algunas de las claves. Se han adoptado medidas que facilitan a las personas acceder a los servicios y que los hacen más atractivos como impulsar el uso de la ayuda vinculada, o el proyecto "En mi casa" que transforma las tradicionales residencias en centros multiservicio y unidades de convivencia. Este modelo, ha permitido obtener buenos resultados y pretende ser un motor de desarrollo económico. Por último se propone que, para garantizar la estabilidad futura del sistema, la financiación de dependencia se integre en el modelo estatal de financiación autonómica.

Keywords

Dependency, Castilla y León, residential care, cohabitation unit, tied aid, multiservice centre, family care, employment, SAUSS (System of Unified Access to Social Services), financing, "At home", professional care.

Abstract

Castilla y León has developed a model of care for dependency situations characterized primarily by its full integration into the social services system, respecting the powers held in it by local corporations. Administrative simplification and flexibility in the processing of applications, social consensus and a clear commitment to professionalize services to prevent the system from becoming a subsidy regime are some of the keys. Steps have been taken to enable people to access services and make them more attractive, such as promoting the use of tied aid, or the "At home" project that transforms traditional homes into multiservice centres and cohabitation units. This model has yielded good results and is intended to be an engine of economic development. Finally it is proposed that, to ensure the future stability of the system, the financing of dependency is integrated into the state model of regional financing.

1. INTRODUCCIÓN.

“Estamos ante un tsunami, ‘la Ley de Dependencia’, si somos capaces de aprovechar su impulso convertiremos los Servicios Sociales en un pilar del estado del bienestar; si no, nos hundiremos con ellos”. Con esta frase, me recibió Jesús Fuertes Zurita, (entonces Director General de Políticas Sociales, hoy Gerente de Servicios Sociales), cuando llegué a dirigir la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, procedente de la Dirección General de Planificación Sanitaria y Sociosanitaria. Entenderán que necesariamente firmemos juntos este artículo, siete años remando al unísono, con ilusión, contra viento y marea; trabajamos y seguimos trabajando duro pero con rumbo fijo desde el primer momento, contando siempre con el asesoramiento de quienes más saben, nuestros profesionales, y con su imprescindible compromiso e implicación.

Aún sigue dando vértigo escribir y leer de corrido el escenario al que nos enfrentábamos en el año 2007 y los retos que teníamos por delante. Con las ideas claras, identificamos tres claves que deberíamos conjugar para garantizar los derechos de las personas dependientes y redefinir los Servicios Sociales de Castilla y León con éxito: las personas, la gestión y el diálogo.

- En cuanto a las **PERSONAS**, la primera prioridad que nos impusimos fue su atención, reconociéndoles derechos frente al histórico sistema de beneficencia, sustituyendo las subvenciones genéricas a entidades o colectivos por prestaciones individuales a personas concretas, adaptando los servicios a las necesidades y nuevas demandas, dándolos a conocer, simplificando su acceso, y garantizando que quien lo necesite pueda acceder a ellos.

- Por lo que se refiere al segundo aspecto clave, la **GESTIÓN**, el reto era desarrollar el sistema tradicional de servicios sociales en sus grandes virtudes, reorientándolo hacia un modelo de gestión eficiente y eficaz, cumpliendo la normativa nacional, e integrando la dependencia en los servicios sociales. Para ello, se introdujeron cambios en el modelo de atención y en el de gestión, se revisaron procedimientos, unificaron criterios, planificaron recursos, todo ello con el objetivo de garantizar el sistema en el futuro y su sostenibilidad.

- En tercer lugar, el **DIÁLOGO** ha sido un elemento esencial del proceso, implicando para ello a la administración local, consensuando el proceso con el tejido social y asociativo, con patronal y sindicatos, con empresarios y tercer sector, promoviendo y liderando el cambio dentro y fuera del sistema. Era preciso introducir los servicios sociales en la agenda política como punto de partida para posicionar los servicios sociales en el nivel que les corresponde, en el mismo orden de prioridades que la sanidad o la educación.

2. CLAVES DEL MODELO.

2.1. Las personas.

Prestar servicios en Castilla y León exige conocer de antemano nuestra estructura poblacional. Estamos en la Comunidad más extensa de España y la tercera más extensa de Europa, con más de 90.000 Km², con una población de 2’5 millones de habitantes distribuidos en 2.246 municipios, de los que el 88% no supera los 1.000 habitantes. Es decir, partimos de una gran dispersión de la población, a la que se suma su elevada esperanza de vida, superior a la media nacional.

Todo ello hace que tengamos que planificar la atención social para un 23% de castellanos y leoneses que tienen más de 65 años, de los cuales el 28,5% vive en pequeños núcleos del medio rural de menos de 1.000 habitantes. Además, la proyección de población nos indica que el porcentaje de destinatarios de la atención social, llegará al 25% en el año 2020. Es decir, había que definir unos servicios sociales que den respuesta a la cuarta parte de la población en el futuro y, en su mayoría, en el medio rural.

Lejos de plantearnos el reto como un problema, se estudiaron las oportunidades sociales y económicas que supone el sector de los servicios sociales, no desde el punto de vista meramente asistencial, sino como oportunidad de desarrollo económico, motor de empleo y sostenibilidad de nuestros pueblos. Hay estudios que indican que cada millón de euros invertido en servicios sociales genera veinticinco puestos de trabajo, y que la tasa de reversión económica de los servicios sociales vía cotizaciones e IRPF, es superior al 40%. Cambiar la imagen de los servicios sociales y creer en ellos como generadores de riqueza y no como consumidores de recursos ha sido y es una de las claves del modelo de Castilla y León y quizá su principal reto.

Realizada la proyección de población general, nos dotamos de un estudio paralelo al Libro Blanco de la Dependencia para nuestra Comunidad Autónoma, de este modo podíamos definir con mayor precisión el escenario de población potencialmente dependiente hasta el año 2015 en que estaba prevista la implantación completa de la Ley, sus niveles de dependencia y, por tanto, necesidades de apoyo. Sus conclusiones nos situaron en un escenario de necesidad de atención a 55.000 personas dependientes de grados III y II en el año 2015

(actualmente 57.000 personas ya tienen sus derechos reconocidos en nuestra Comunidad).

Paralelamente se analizó la situación del sector prestador de servicios, fundamentalmente de personas mayores. La Comunidad contaba con un amplio desarrollo del sector residencial, la mayor cobertura del escenario nacional, en torno al 7% de media, si bien la distribución territorial arrojaba grandes diferencias entre unas áreas de servicios sociales y otras, que oscilaban entre el 0% y el 15%, asimismo, nos encontramos con un elevado volumen de plazas sólo aptas para personas válidas que, en este momento, requerían de adaptaciones para poder seguir atendiendo a personas que ingresaron como tal, pero que con el paso de los años se han convertido en dependientes. Por ello, una de las primeras medidas adoptadas fue la elaboración de un mapa de servicios residenciales en la Comunidad con el objetivo de disponer del 5% de cobertura en todas las áreas de servicios sociales y planificar la transformación de las plazas de personas válidas en plazas de atención a personas dependientes.

Asimismo se estudió la prestación de ayuda a domicilio, heterogénea en ese momento en la Comunidad y con un claro potencial de mejora.

2.2. Una gestión eficiente y eficaz.

Tras estos primeros análisis de la situación en cuanto a usuarios, recursos y prestaciones, era obligado el análisis del modelo por el que los usuarios accedían a estos servicios. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia establece el reconocimiento de derechos individuales a las personas como punto de partida para la concesión de la ayuda o prestación.

Esto entraba en contradicción totalmente con el tradicional sistema de concesión de subvenciones o de convenios con las entidades, fundamentalmente del tercer sector, para que prestaran servicios a las personas. Por lo tanto, era imprescindible redefinir el modelo de relaciones con usuarios y con el sector, garantizando el funcionamiento de los servicios, pero simplificando los procedimientos todo lo posible para evitar que el volumen de trabajo que suponía avanzar en la atención individualizada, paralizase lo que ya estaba en marcha o complicara demasiado el acceso.

Era imprescindible, por lo tanto, conjugar servicios sociales con nuevos mecanismos de gestión para prestar atención individualizada y reconocer derechos. Eran fundamentales la interlocución y los acuerdos con todos los agentes implicados para promover el cambio que se requería para implantar el nuevo sistema.

2.3. El diálogo.

Desde el primer momento, el diálogo y el consenso han sido las señas de identidad del sistema de dependencia en Castilla y León desde el primer acuerdo en que se pactaron los criterios de capacidad económica y participación del usuario en 2007, hasta los más recientes en julio de 2012, pasando por el contenido de servicios y prestaciones acordados en 2010.

También el diálogo y el consenso fueron la clave de la aprobación de una Ley esencial, la Ley de Servicios Sociales de Castilla y León (Ley 16/2010, de 20 de diciembre) cuyo aspecto más destacable es que supera el modelo de servicios sociales de carácter asistencial, avanzando hacia un sistema en el que aquellos servicios que tengan el carácter de esenciales, se configuren

como auténticos derechos subjetivos de todos los ciudadanos, exigibles ante los poderes y administraciones públicas y, en su caso, ante los órganos jurisdiccionales, como garantía máxima de su reconocimiento, respeto y protección.

Partiendo de este fundamento de nuestros servicios sociales, podríamos decir que el núcleo de todo el modelo ha consistido en crear nuevos mecanismos de gestión, salvaguardando en todo momento sus principios básicos: el valor de los profesionales y la colaboración con las Corporaciones Locales.

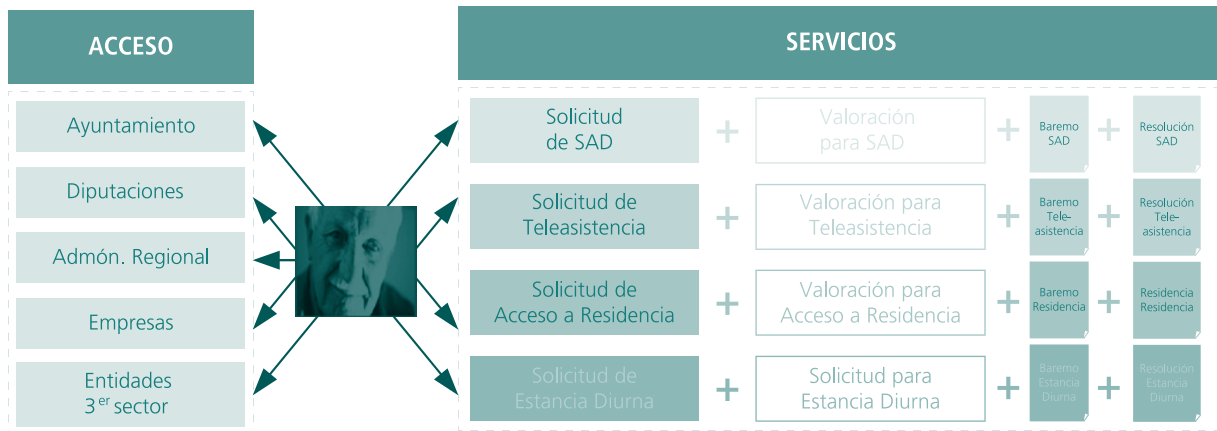
3. EL MODELO DE CASTILLA Y LEÓN UN MODELO INTEGRADO Y DE CALIDAD.

3.1. La atención a la dependencia integrada en el sistema de servicios sociales.

Desde el primer momento la atención a la dependencia en Castilla y León se ha integrado en el sistema de servicios sociales, en lugar de crear una red paralela y duplicada de servicios.

En la situación de partida, en función de cada prestación y del titular de la misma, existían distintas solicitudes, diferentes instrumentos de valoración de la capacidad funcional, distintos baremos sociales, distintos procedimientos, distintas comisiones de valoración, distintas bases de datos, desconexión entre resoluciones, y diferente manera de establecer la capacidad económica y el copago. En el siguiente esquema se aprecia esta situación:

Situación de partida.

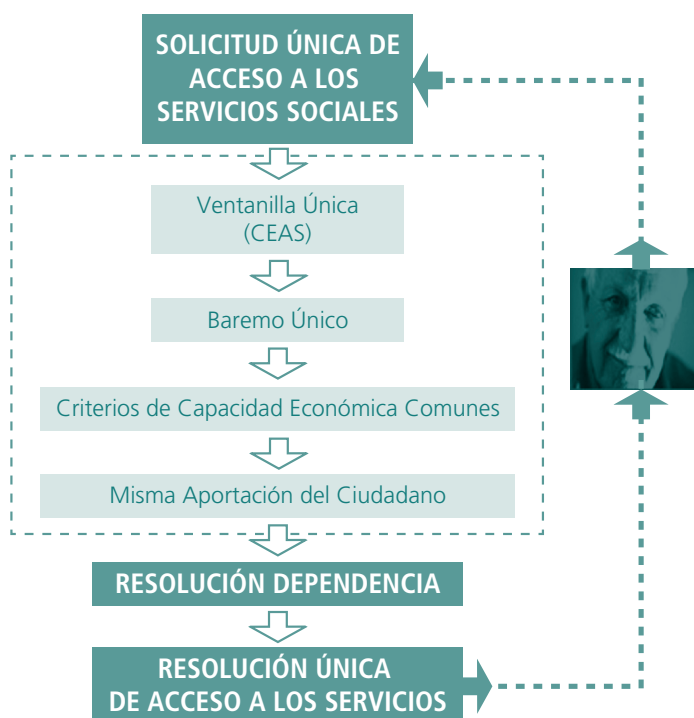


Para simplificar e integrar procedimientos se ha partido del absoluto respeto al ámbito competencial de las diferentes administraciones. Así, a las Corporaciones Locales con competencia en materia de asuntos sociales, se les ha asignado una especial relevancia en todo el proceso, puesto que están presentes en fases tan importantes del sistema de la dependencia como la orientación, valoración, dictamen, consulta, prestación de servicios o el seguimiento.

La clave para esta unificación han sido la definición de la atención a la dependencia como un “proceso integral” con el que se garantiza la coordinación y definición del flujo de trabajo. Cada participante tiene clara su responsabilidad en el proceso, sabe qué tarea le corresponde y en qué plazo debe realizarla; por lo tanto, no hay ningún procedimiento duplicado, ningún usuario con prestaciones sin identificar en el sistema, ninguna tarea que se realice dos veces. En concreto, la Comunidad Autónoma realiza las funciones de valoración en los casos en que los usuarios están en centros

propios de la Junta de Castilla y León y se reserva la competencia exclusiva en todo el proceso de gestión administrativa, cálculos de capacidad económica de los usuarios y resoluciones de dependencia.

Situación actual.



La integración se ha realizado desde el punto de vista de los procedimientos de tramitación y de acceso al sistema (solicitud, valoración, baremo, criterios de cálculo de capacidad económica y de copago, historia social, etc.), procedimientos ahora únicos para todas las prestaciones, con independencia de si la persona se encuentra o no en situación de dependencia conforme a la normativa estatal, y de quién es el titular de la prestación. Desde el año pasado, el acceso unificado a los servicios sociales en Castilla y León se fundamenta en la existencia de un modelo de solicitud única, a través del cual el usuario puede solicitar, junto a la valoración o revisión de la situación de dependencia, el acceso a todos los servicios y prestaciones del sistema, con independencia de quién sea el prestador o titular de la prestación.

Con ello, se persigue fundamentalmente la simplificación de trámites y una mayor celeridad en la resolución, atendiendo a criterios de racionalización, normalización y ahorro para la administración. Pero también, y fundamentalmente, la homogeneidad de criterios en toda la Comunidad y la facilidad del usuario para acceder a los servicios sociales.

3.2. Simplificación y unificación de procedimientos.

Para conseguir **esta simplificación y unificación de procedimientos y el rigor en la gestión** han sido claves dos instrumentos:

1. El Acuerdo Marco de Cofinanciación de los Servicios Sociales, como mecanismo de financiación a las Corporaciones Locales (Diputaciones

y Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes), en el que se definen criterios y se ajusta la cofinanciación de los servicios a las necesidades y cargas de trabajo en función de la población a atender.

2. Y la creación de una herramienta informática propia y única para el “Sistema de Atención a los Usuarios de Servicios Sociales” (SAUSS), como núcleo de todo el sistema de servicios sociales.

SAUSS permite a todos los agentes del sistema compartir y completar información en cada una de las fases de los distintos procesos, tanto en el ámbito de la dependencia (solicitud, valoración, dictamen, etc.), como en el conjunto de los servicios sociales de la Comunidad. Así, para poder gestionar la Ley de Dependencia, en este momento, ejecuta los cálculos de capacidad económica y copago desde la Administración Regional, para todas las Corporaciones Locales.

Seis años después, el SAUSS hace posible que los profesionales de los servicios sociales puedan disponer de las historias sociales de los usuarios, y conocer cuál ha sido su recorrido por los servicios sociales de toda la Comunidad Autónoma. Entre 2007 y 2012, han estado activas en algún momento 269.519 historias sociales en esta Comunidad, y a 31 de diciembre de 2012 eran 189.020 las que estaban activas. Sólo en 2012, hubo 26.475 nuevas historias sociales.

Todas las medidas mencionadas han permitido que, en este momento, Castilla y León sea la Comunidad más ágil a la hora de conceder prestaciones. Por lo tanto, es en la que más personas tienen concedidas prestaciones respecto a la población (4,10% frente al 3,47%

nacional), y la que tiene el menor porcentaje de personas que, teniendo derecho a prestaciones, se encuentran pendientes de recibirlas (3,78% frente al 22,86% nacional). En esta Comunidad prácticamente nos encontramos en una situación de plena atención; para demostrarlo, basta tener en cuenta que, con dos años de antelación, ya hemos superado el número de dependientes severos y grandes dependientes que estaban previstos en el sistema para el año 2015.

3.3. Apuesta por los servicios profesionales.

Nuestros profesionales han sido y son otra de las grandes apuestas. Desde el principio la **apuesta clara y decidida por los servicios profesionales** en lugar de por la prestación económica de cuidados en el entorno familiar ha sido, y sigue siendo, otro de los grandes compromisos.

Sin duda, éste es uno de los aspectos más controvertidos de la Ley de Dependencia, pues si bien su articulado se decanta claramente por priorizar la atención mediante la prestación de servicios, asignando un carácter excepcional a los cuidados en el entorno familiar, la realidad de la aplicación del sistema demuestra exactamente lo contrario.

Aún reconociendo, como no puede ser de otro modo, el importante papel de los cuidadores familiares, y la tentación que supone para las administraciones reconocer esta prestación, mucho más barata y cuya concesión, en estos momentos, se puede aplazar dos años, la realidad demuestra que no frenar esta tendencia supondrá, por un lado, un riesgo para la calidad de la atención, y por otro, una evidente amenaza, no sólo para el empleo futuro, sino

también para el empleo actual vinculado a la atención a las situaciones de dependencia.

Castilla y León es la Comunidad que más servicios profesionales tiene asociados al sector de la dependencia (el 67,61% del total de prestaciones son servicios, frente al 55,92% estatal) y, por tanto, que más empleo tiene vinculado a estos servicios.

En este punto, sólo añadiré unos datos para la reflexión que justifican que, en Castilla y León, el tratamiento que se viene dando a los cuidados en el entorno familiar sea más exigente que en otras Comunidades Autónomas:

- En la actualidad, las 7.700 plazas (el 22% del total) que, según nos informan fuentes del sector de atención residencial, están vacantes en residencias y centros de día de Castilla y León, conllevan la existencia de 5.159 puestos de trabajo sin cubrir.
- En el supuesto de que las 25.000 personas dependientes atendidas por familiares accedieran a servicios profesionales, se crearían 11.000 puestos de trabajo de atención en el domicilio y 16.755 puestos si la atención fuera residencial (aunque indudablemente el objetivo no es en ningún caso la institucionalización).

Se trata de un tema muy importante para esta Comunidad, si tenemos en cuenta, por un lado, el perfil de estos cuidadores de personas dependientes: mujeres de 65 años de edad media que viven en el medio rural, y por otro, el de los propios dependientes también mayoritariamente mujer de 75 años y residentes en el medio rural.

En este escenario, si sucumbimos a la tentación de optar por las prestaciones familiares como alternativa generalizada, la previsión de riesgo no es sólo del sector profesional, sino del propio sistema de servicios sociales, ya que en el corto plazo la figura del cuidador no podrá asumir la atención del 24% de población que previsiblemente habrá que atender, sin que haya opciones profesionales para dar esa respuesta si tomamos medidas pensando en el corto plazo y no consolidamos el sector profesional.

Este análisis del sector fue obligado ante el nuevo escenario que se dibujaba en el mes de julio de 2012 con las modificaciones establecidas a nivel estatal y sobre la base del obligado cumplimiento del objetivo de déficit y estabilidad presupuestaria. Todo ello hizo que nos viéramos obligados a redefinir el sistema y tomar decisiones que nos permitieran absorber el ajuste financiero sin tener que abandonar nuestro modelo de profesionalización de los servicios, ante los riesgos que ello entrañaba, como se ha señalado.

Partiendo nuevamente del amplio consenso que existe en Castilla y León, se adoptaron varios acuerdos en el Marco del Diálogo Social y con el sector de personas mayores y personas con discapacidad, totalmente coherentes con el planteamiento que formula el Tribunal de Cuentas en su informe 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 las personas en situación de dependencia, en lo referente a que en España no se ha cumplido con el carácter excepcional de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno, considerando además que "si no se invierte la tendencia,

el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) podría acabar convirtiéndose más en un sistema de subsidios que en una red asistencial de servicios, lo que podría no garantizar una atención de calidad ni la autonomía personal de las personas en situación de dependencia, finalidad última de la Ley 39/2006”.

Las medidas acordadas implicaban conseguir que los cuidados en el entorno familiar resulten menos atractivos y por tanto una reducción de las ayudas familiares, un 15% más que la previsión estatal y un paralelo incremento de las cuantías máximas para prestación de servicios de un 20% sobre las estatales. En la misma resolución en la que se comunicaba el ajuste de las cuantías correspondientes a cuidados familiares se informaba de todas las alternativas profesionales y las cuantías que pudieran corresponder a cada persona en función de su capacidad económica.

3.4. Los cuidados familiares.

No obstante, no hay que confundir el que la prestación de cuidados familiares deba tener carácter excepcional, con la necesidad de que se proporcione en las mejores condiciones posibles adoptando medidas de supervisión de la atención recibida por las personas en situación de dependencia y de apoyo a los cuidadores.

En primer lugar, no hay que olvidar que el objeto de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar es mejorar la calidad de la atención recibida por el beneficiario. Por ello, en nuestra normativa se aclara que el fin de la ayuda económica es “contribuir a la cobertura de gastos tales como la adquisición de productos necesarios para el cuidado, productos y

servicios de apoyo necesarios para la atención personal, mejora de la accesibilidad, etc.”

Asimismo, se han diseñado herramientas de control de la calidad de la prestación y seguimiento profesional como el “informe de resultado de cuidados” elaborado por el personal de enfermería que recoge información desde el punto de vista sanitario de los cuidados que recibe la persona dependiente y de las condiciones de salud del cuidador, por lo que es de gran utilidad para el profesional que, a través del informe social, valora la idoneidad de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, tanto en su concesión inicial, como en el seguimiento o “la guía de cuidados de las personas en situación de dependencia” también elaborada por personal sanitario.

Un instrumento fundamental de seguimiento y apoyo en el domicilio son los Equipos para la Promoción de la Autonomía Personal (EPAP), implantados a lo largo del año 2011 en colaboración con Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales. Son equipos itinerantes y multidisciplinares, integrados por psicólogos y técnicos de intervención social, que garantizan en todo el territorio de la Comunidad una atención correcta a las personas que reciben prestaciones en su domicilio y apoyan en su tarea a los familiares que les atienden. En la actualidad, son 72 los profesionales que componen los treinta equipos existentes.

Una de las tareas más importantes que desempeñan es la atención y apoyo al cuidador familiar en cuestiones relacionadas con hábitos saludables (sueño, alimentación, medicación, ejercicio físico, ocio y tiempo libre, etc.), con el asesoramiento (problemas conductuales, cuidados

del enfermo, cuidados del cuidador, recursos sociosanitarios, etc.) y con la detección e intervenciones en posibles situaciones de maltrato.

Además se han puesto en marcha medidas de descanso para los cuidadores familiares de grandes dependientes, mediante una ayuda económica que favorezca la atención residencial temporal.

3.5. Servicios profesionales adecuados, suficientes y atractivos.

Adoptadas las medidas necesarias respecto a los cuidados familiares, era preciso definir un sistema de servicios profesionales atractivo si pretendemos que sean una alternativa realista a los cuidados familiares, teniendo en cuenta lo complicado del planteamiento y tres retos a superar en el medio plazo:

- En primer lugar, garantizar que los usuarios puedan pagarse los servicios a los que puedan tener derecho.
- En segundo lugar, que deben existir servicios suficientes y accesibles, bien distribuidos por el territorio.
- En tercer lugar, que deben ser suficientemente atractivos y flexibles como para que las personas dependientes los demanden.

1. Para alcanzar el primero de los objetivos, es decir, **garantizar al usuario la capacidad suficiente para elegir y adquirir los servicios que necesita**, se adoptaron dos medidas, una con relación a los precios públicos, y otra con relación a las ayudas vinculadas a la adquisición de servicios, equiparándolas en la medida de lo posible a fin de integrarlas en un único procedimiento.

Se aprobó una nueva regulación de Precios Públicos (Decreto 70/2011, de 22 de diciembre), adaptándolos a los criterios de capacidad individual y copago mensual en términos similares al sistema de ayuda vinculada a servicio, frente al copago lineal de todos los usuarios y reconocimiento general de deuda, favoreciendo con ello a las rentas más bajas frente a quienes tienen mayor capacidad económica.

Por lo que se refiere a la prestación vinculada al servicio, para garantizar que sea atractiva y pueda ser una alternativa más a los servicios profesionales se adoptaron, fundamentalmente, dos medidas para garantizar que todas las personas que precisen servicios se los puedan pagar sumando a su capacidad económica la aportación que se le concede por ayuda vinculada:

- La primera, incrementar las cuantías máximas, (un 20% sobre la previsión estatal para el grado III y de hasta el 70% en el grado II).
- y la segunda, fijar precios de los servicios con el sector entre 1.100 y 1.500 € los precios de residencia.

El uso de la ayuda vinculada presenta evidentes ventajas para el conjunto del sistema en relación al clásico modelo de conciertos, fundamentalmente porque permite a las personas elegir el lugar donde quieren ser atendidas, les evita tener que permanecer en lista de espera, o ser trasladadas de centro si no lo desean mejorando, por tanto, el grado de satisfacción de los usuarios. Además, desde el punto de vista de la gestión, se facilita la tramitación, reduciendo con ello costes, tanto a las entidades como a la administración, al tiempo que se favorece el ajuste entre oferta y demanda de forma ágil y permanente y se fomenta la libre competencia entre entidades.

No obstante, también hay que considerar una serie de requisitos o limitaciones que deben darse para que estas ventajas puedan ser reales y para evitar algunos riesgos derivados del mal uso de la ayuda vinculada, como son el control de calidad, el control de acceso y el seguimiento permanente de aquellas personas que la perciben y de los centros que la ofertan, cuestiones todas ellas ejercidas directamente por la Administración Regional.

2. El segundo de los aspectos que el sistema de servicios sociales de Castilla y León debe asegurar es que existan servicios suficientes para sustituir las ayudas familiares. Y aquí nos encontramos con un primer reto, porque garantizar la atención profesional mediante una diversidad de servicios en la zona rural es especialmente complejo en nuestra Comunidad, dadas sus características demográficas.

Para salvar esta situación, se está avanzando en la reconversión de los actuales centros para personas mayores, especialmente los residenciales, en lo que hemos denominado Centros Multiservicio desde los que se puedan proporcionar diferentes servicios profesionales específicos a las personas del entorno, tanto en el domicilio, como en el propio centro residencial, o en el centro de día. Estos servicios se podrán ofertar de forma aislada o conjunta y en la intensidad que cada usuario precise en función de su programa individualizado. En este caso, el servicio que se concede será el de "promoción de la autonomía personal" que incluirá dicho conjunto de prestaciones. De este modo, podemos decir que el contenido del servicio de autonomía personal se diseñará prácticamente a la carta.

Para ello, los tradicionales centros residenciales, desde agosto de 2012, pueden registrar

servicios de forma individualizada, que luego podrán ofertar mediante ayuda vinculada a los dependientes de la zona, servicio de noche, de comida en el centro, de terapia ocupacional, taller de memoria, actividad física, residencia fin de semana, etc. o bien llevar servicio de catering, ayuda a domicilio, teleasistencia, etc. a la propia vivienda del dependiente.

Esta apertura de las residencias posibilita servicios profesionales próximos al entorno de las personas dependientes, acerca la atención a las personas de la zona, mejora la transición de las personas de su hogar a la residencia cuando sea necesario, pero además, ayuda a asentar población en el entorno rural, favorece el empleo, especialmente femenino, rentabiliza los servicios e instalaciones de los centros y facilita su viabilidad económica.

3. El tercer y último de los objetivos que debemos garantizar es que los servicios que ofrece el sistema resulten atractivos, se adapten a las necesidades y requerimientos de los usuarios. En este sentido se han adoptado dos medidas, una ampliando y flexibilizando la oferta de servicios a domicilio, como se ha señalado anteriormente, y otra transformando el actual modelo residencial en un modelo de atención más personal y hogareño que hemos denominado "en mi casa" basado en unidades de convivencia.

Respecto a los nuevos servicios en el domicilio queremos desarrollar y potenciar tres de las prestaciones de la propia Ley, la promoción de la autonomía personal, el asistente personal y la teleasistencia avanzada.

En primer lugar, como ya se ha señalado, en Castilla y León estamos haciendo un importante esfuerzo para incrementar el uso del Servicio

de promoción de la autonomía personal, servicio prácticamente a la carta que, como prestación única, se adapta muy bien a las necesidades de determinadas personas, incluso si son jóvenes o de mediana edad con determinadas discapacidades. Por otra parte, pensamos que este enfoque dirigido a estimular y mantener la autonomía debe tenerse en cuenta también en los servicios de atención residencial y en centros de día, por lo que nuestra normativa establece que deben garantizarse los contenidos de este servicio para usuario que los tengan reconocidos.

El segundo elemento esencial, la **prestación de asistente personal** supuso una importante novedad en la red de recursos existente, cuando fue creada en la Ley de Dependencia.

Sin embargo a pesar de ser un servicio enormemente flexible que se adapta muy bien a distintas necesidades individuales, dada su polivalencia, es un servicio muy poco utilizado en España, mucho menos que en otros países de nuestro entorno, lo cual seguramente está motivado por diversas causas, una de las cuales, sin duda, es que la figura del asistente personal también supone una novedad en nuestra normativa laboral, por lo que no existen referentes ni antecedentes.

Pensamos que es necesario dar un impulso a este servicio que, debido a esa flexibilidad a la que antes nos referíamos, puede ser muy útil, especialmente para personas con necesidades muy específicas ligadas a la inserción sociolaboral, o cuyas dificultades más importantes estén vinculadas a las limitaciones en su autonomía; estamos hablando, por tanto, de personas con sordoceguera, con limitaciones físicas, o determinados casos de enfermedad mental, entre otras situaciones.

Por último y en lo que se refiere a nuevas prestaciones en el domicilio, sería interesante **potenciar la teleasistencia avanzada**, pendiente del desarrollo normativo necesario a nivel estatal para definir este servicio y permitir su concesión como prestación única. En este momento se están realizando importantes avances en esta materia como la necesidad de incorporar en la atención a las personas en situación de dependencia diversos tipos de sensores de detección de movimiento, de constantes vitales, de geolocalización, o programas virtuales de estimulación, etc.

Por otro lado, todos hemos escuchado como las personas mayores hablan de los **centros residenciales** como el último lugar, lo inevitable, no precisamente el lugar en el que quieren vivir. Este elemento es la clave para que estemos trabajando en el proyecto “en mi casa”, nuevo modelo de atención centrado en las personas que queremos extender en Castilla y León, cuando ya los usuarios son residentes del centro. Un modelo muy alejado de los modelos hospitalarios u hoteleros que tradicionalmente se utilizan en las residencias de nuestro país.

El nuevo modelo ha sido desarrollado con éxito en muchos países de nuestro entorno, así como en el ámbito de las personas con discapacidad y de la atención a menores de edad a los que ha habido que separar de sus familias, y se caracteriza por una atención personalizada y una organización del servicio mediante las denominadas unidades de convivencia.

Estas unidades se establecen para aproximadamente doce personas, con el objetivo de que sientan la residencia como su hogar. Disponen de habitaciones preferentemente individuales con baño privado, y comparten entre ellos cocina,

comedor, sala de estar y rincón de lavado. Todo en un ambiente cálido, donde se huye de elementos institucionales, como los uniformes, y donde los residentes pueden decorar y personalizar su habitación con sus elementos preferidos.

Pero no se trata sólo de un cambio ambiental, sino también organizativo. Para lograr que la atención efectivamente sea personalizada y que favorezca la máxima autonomía posible, los residentes pueden elegir las actividades que deseen realizar, ajustadas a sus gustos o al estilo de vida que llevaban con anterioridad a vivir en el centro, así como los horarios en los que desempeñan esas actividades diarias, tales como a qué hora se levantan, pasean, leen, se acuestan, etc., decidir sobre su propia imagen, cómo se visten, se peinan o qué complementos utilizan, e incluso elegir el menú. Pueden, por ejemplo, preparar comidas, ir a la compra, lavar la ropa, tejer, o cuidar plantas o animales, todo ello con el apoyo profesional.

Cada residente cuenta con un profesional de referencia que le presta atención directa y estable, y que hace un seguimiento individualizado de sus rutinas y cuidados. Esos profesionales tienen una visión global de la persona mayor, de su historia de vida (quién es la persona, sus capacidades o su modo de vida) y de su proyecto vital (qué quiere ser y hacer la persona, sus sueños, intereses, etc.), y coordina los apoyos que precise para que pueda seguir desarrollándolo. Además, el modelo facilita y propicia la participación activa y la implicación de la familia en la atención de la persona mayor.

La residencia de titularidad de la Junta de Castilla y León "Los Royales", ubicada en Soria capital, fue la precursora, poniendo en marcha

en febrero de 2012 dos unidades de convivencia con usuarios dependientes de grados II y III; hoy ya son cuatro las unidades que ofrece para 47 residentes y está previsto que paulatinamente se creen otras ocho unidades más. A los Royales le están siguiendo los pasos ocho residencias privadas más, y otras treinta residencias públicas y privadas se incorporarán a lo largo de este año a desarrollar el modelo. Además ya hay en marcha iniciativas de construcción en nuestra Comunidad de nuevas residencias de titularidad privada que responden incluso al modelo arquitectónico del proyecto "En mi casa".

Todos estos cambios ambientales, organizativos y en los roles de los profesionales, han demostrado en este primer año de implantación del modelo una mejora muy evidente de la satisfacción de los usuarios, de sus familias y de los trabajadores, así como una mejoría en la autonomía de las personas y en la imagen social de las residencias, y todo ello sin un incremento significativo de los costes.

Una vez que se analicen los resultados de estas experiencias piloto, se elaborará la normativa necesaria que permita el desarrollo del modelo de manera generalizada en nuestra Comunidad. De los primeros datos disponibles se deriva que eso va a exigir cambios profundos, fundamentalmente en la manera de entender la atención a las personas mayores desde la perspectiva de sus derechos y su dignidad; y como consecuencia, cambios en múltiples aspectos, organizativos, ambientales, y en el rol de los profesionales.

Y como complemento al desarrollo de este nuevo modelo, en Castilla y León nos hemos incorporado al proyecto europeo INNOVAGE,

convocado en el marco del Programa de Cooperación Territorial INTERREG IVC, que promueve el desarrollo de una metodología común y herramientas útiles para compartir y difundir las mejores prácticas de envejecimiento activo, así como el desarrollo de tecnologías que contribuyan a la vida independiente de las personas mayores.

Este proyecto se va a ejecutar entre mayo de 2012 y diciembre de 2014, y en él participan quince socios de catorce regiones europeas que trabajan conjuntamente en la búsqueda de soluciones innovadoras, que se va a realizar en torno a tres esferas de actuación, que son la calidad de vida de la persona, el entorno amigable y la vivienda saludable.

Las medidas adoptadas tienen un claro objetivo, potenciar la atención profesional de calidad con servicios flexibles y adaptados a las necesidades de las personas y con ello garantizar al mismo tiempo la sostenibilidad y el empleo en los servicios sociales.

Este proyecto cuenta desde el inicio con varias empresas que formando cluster se han adherido en el marco de la I+D+I con lo que tiene de relevante para el ámbito de los servicios sociales estar tanto en el proyecto empresarial como investigador en estos momentos.

Aún es pronto para analizar los resultados de todo este conjunto de medidas, pero sí podemos avanzar que en Castilla y León no se está destruyendo empleo en el sector y se sigue cumpliendo escrupulosamente con el reconocimiento de los derechos de las personas dependientes en tiempo y forma.

4. FINANCIACIÓN.

Quizá el elemento más controvertido, a la vez que esencial, en el análisis del sistema de atención a la dependencia, es el **modelo de financiación** que se viene aplicando y que debemos analizar desde diferentes perspectivas.

La primera de ellas es el análisis de la **participación de las Comunidades Autónomas en la financiación del Sistema**. Ha sido mucho lo que se ha dicho sobre la financiación del sistema, especialmente acerca de la escasez de los fondos destinados por el Estado, muy lejos del 50% de las cuantías previstas que reclamamos todas las Comunidades Autónomas.

Ya en el momento de la implantación de la Ley de Dependencia, fueron varios los estudios que anunciaron que dicha Ley podía tener efectos no deseados y crear expectativas que en un futuro no se podrían cumplir, debido fundamentalmente a la insuficiencia de la financiación prevista.

A lo largo de estos seis años de andadura, el sistema de dependencia en España ha sido objeto de diferentes estudios, algunos de los cuales plantean la necesidad de revisar el modelo de financiación, entre otros aspectos.

La segunda perspectiva a analizar en el modelo de financiación, es la **procedencia de los fondos**, cuestión que también ha sido motivo de debate desde el origen de la Ley, a efectos de garantizar la sostenibilidad del sistema. Han sido diversas las propuestas realizadas, tales como que debían ser fondos procedentes del sistema de Seguridad Social en su vertiente no contributiva, de los Presupuestos Generales del

Estado, de impuestos específicos, o una combinación de diferentes fuentes.

En todo caso, es preciso analizar cómo garantizar los ingresos necesarios a largo plazo para lograr la suficiencia financiera del sistema de atención a la dependencia de acuerdo con las proyecciones demográficas de la población.

La **tercera cuestión** destacable en el modelo de financiación, son los criterios para **determinar las cuantías** a transferir a las Comunidades Autónomas. Castilla y León, junto a otras, ha criticado expresamente la fórmula establecida, lo que actualmente se hace en base únicamente al grado de dependencia de las personas en situación de dependencia, una vez desaparecidos los niveles dentro de cada grado y el nivel acordado, y sin tener en cuenta el coste de la prestación que se haya concedido.

Este sistema es injusto respecto de las Comunidades Autónomas que proporcionamos más servicios, más adecuados, pero que resultan más caros que la prestación económica de cuidados en el entorno familiar. A modo de ejemplo, hemos estimado que el sistema de atención a la dependencia, con una alta frecuencia de servicios concedidos es, al menos, un 25% más caro que el coste promedio de España, puesto que a nivel estatal predominan las ayudas económicas de cuidados familiares.

Este problema ha quedado parcialmente resuelto con la nueva fórmula aprobada por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en su reunión de 16 de enero de 2013, mediante la cual, a lo largo de los próximos cinco años, se irán incrementando progresivamente las cuantías aportadas por el Estado

a través de la financiación del nivel mínimo cuando la persona reciba servicios, al tiempo que irá disminuyendo la cuantía del mínimo garantizado cuando la persona reciba la prestación económica para cuidados en el entorno.

Finalmente, es preciso analizar los **mecanismos de financiación previstos por el Estado**, un aspecto esencial del sistema, y un asunto en que debe llegar al mayor consenso posible con las Comunidades Autónomas. No podemos olvidar que este asunto, que ha sido objeto de varias modificaciones normativas, es una fuente constante de controversias.

La desaparición del nivel acordado de financiación como consecuencia de la modificación sufrida por la Ley, con motivo de la aprobación del Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio 2012, ha eliminado la financiación destinada a la gestión, mientras que los requisitos para cobrar el nivel mínimo, única vía de financiación, han demostrado ser excesivos o estar sometidos a múltiples posibilidades de error.

Para que las Comunidades recibamos las cuantías correspondientes al nivel mínimo, debemos transferir al SISAAD (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) una serie de información a través del sistema informático habilitado al efecto. Se trata de una base de datos que tiene dos objetivos principales, el pago mensual del Estado a las Comunidades Autónomas, y la elaboración de estudios y de datos estadísticos.

El sistema está a disposición de las Comunidades Autónomas que deseen utilizarlo para gestionar. Actualmente, son menos de la mitad las

Comunidades que lo utilizan durante todo el proceso de tramitación de las prestaciones; sin duda, una de las causas de que sea tan poco utilizado es que en cada expediente con derecho a prestación, hay que introducir un promedio de cien datos para cumplir con todas las funciones del sistema. Además, hay que mantenerlo actualizado cuando se producen variaciones de grado o de prestación o en cualquier otra circunstancia en la que se recoja información.

Las Comunidades que no lo utilizamos en la gestión, estamos obligadas a transferir permanentemente la información desde nuestros propios sistemas.

El procedimiento estatal ha resultado tremendamente costoso y complejo, produciéndose múltiples fallos y distorsiones en la información, incongruencias entre la información que facilita y la de las Comunidades Autónomas, y fuente de continuos problemas en la interoperabilidad entre sistemas. Todo ello ha sido puesto de manifiesto por el Tribunal de Cuentas en su informe 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 las personas en situación de dependencia, cuyo anteproyecto fue remitido al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en enero de 2013.

En las Comunidades Autónomas existe una distribución competencial muy fragmentada en materia de servicios sociales, lo que provoca que los sistemas de información compartidos sean extremadamente complejos. No obstante, y después de la experiencia de seis años de aplicación de la Ley, hay que considerar que

el sistema estatal es excesivamente complejo, que requiere un gran esfuerzo de gestión y que cada modificación normativa, ya sea estatal o de las Comunidades, conlleva riesgos de colapsos, fallos y errores en la transmisión y en la actualización de la información.

En definitiva, un sistema mucho más complejo que los utilizados en sanidad o educación, ámbitos en los que son muchas más las personas afectadas y que requieren una financiación mucho más elevada.

Por todos estos motivos, creemos que, en este momento, la mejor forma de garantizar la financiación estatal del sistema de atención a la dependencia es a través de los mecanismos utilizados para otros servicios básicos fundamentales como son la educación y la sanidad, por lo que debe analizarse la posible **integración de la financiación por dependencia en el Modelo Estatal de Financiación Autonómica**, con el fin de asegurar ingresos suficientes a las Comunidades para la gestión y concesión de las prestaciones a las que estamos obligados por Ley.

De esta manera se garantizaría la estabilidad de la financiación, no incidirían en el coste del sistema las enormes desviaciones que estamos observando en cuanto a las previsiones del número de personas dependientes en algunos territorios o de su grado de dependencia, se simplificaría el complejísimo sistema de datos existente en estos momentos y evitaríamos los elevados costes que la gestión está restando en estos momentos a la propia concesión de prestaciones.

Como reflexión final, ante todo lo que acabamos de exponer, cabe decir que en el actual

contexto de déficit y contención presupuestaria es necesario analizar de forma unificada los ámbitos social y presupuestario. No es posible dar la espalda a la realidad; debemos recordar que las proyecciones demográficas delatan un importante incremento futuro de las necesidades de atención, por lo que, en definitiva, no podemos obviar una realidad que obliga a analizar de manera prioritaria la sostenibilidad del sistema de atención social.

Ante este reto, los responsables públicos, aún aceptando la necesidad de los ajustes que se están llevando a cabo en el gasto público, **tenemos la obligación de encontrar otras respuestas eficaces que valoren el sistema de servicios sociales como una importante oportunidad de crecimiento futuro**, como un pilar económico con una enorme capacidad para generar empleo, abandonando la tradicional y errónea consideración del mismo como fuente de gasto público.

Existen estudios técnicos que sostienen que cada millón de euros de gasto en política social, se traduce en la creación de 25 empleos,

siendo uno de los factores multiplicadores de empleo que se encuentra entre los más elevados de la economía y que la reversión económica, fundamentalmente a las arcas estatales, es superior al 40% del gasto realizado.

Consecuentemente, nuestra atención no sólo debe centrarse en la necesidad de potenciar la calidad del sistema, sino también en favorecer su aportación al desarrollo de la economía. Si no aprovechamos esta oportunidad y, por el contrario, continuamos reduciendo los recursos destinados a las políticas sociales, podemos caer en la tentación de volver a sus orígenes asistenciales de beneficencia, eliminando toda posibilidad de desarrollo económico.

Por conciencia social, por el retorno económico que suponen, y porque los servicios sociales son más necesarios que nunca, como herramienta de presente, pero sobre todo como proyecto de futuro, debemos seguir avanzando para que el tsunami que ha supuesto la Ley de Dependencia no ahogue nuestras ilusiones, ni acabe con el derecho que hoy tienen las personas más vulnerables.

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. ALGUNAS CLAVES PARA AVANZAR EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS

TERESA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Psicóloga, Servicio de Calidad e Inspección de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias

Sumario

1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA?

2. UN BREVE REPASO A SU ORIGEN Y RECORRIDO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES QUE PRECISAN CUIDADOS.

2.1. Aportaciones de los movimientos internacionales en favor del cambio de modelo residencial para personas mayores.

2.2. Aportaciones desde la atención a las personas con demencia.

2.3. Desarrollo y aportaciones en España.

3. ALGUNAS CLAVES PARA APLICAR MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LOS RECURSOS GERONTOLÓGICOS.

4. EL MOMENTO ACTUAL DE LA ACP EN ESPAÑA: RETOS Y RIESGOS.

4.1. Los principales retos.

4.2. Algunos riesgos.

5. CONCLUSIONES. UN CAMBIO Y UN ESFUERZO QUE MERECE LA PENA.

Palabras CLAVE

Atención centrada en la persona; Servicios de atención a personas mayores; Calidad asistencial; Calidad de vida.

Resumen

El objetivo de este artículo es realizar una aproximación al enfoque de la Atención Centrada en la Persona (ACP) en los recursos gerontológicos, así como señalar algunas claves para facilitar su aplicación. En primer lugar se enuncian los principios que orientan este enfoque en la atención a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Posteriormente se revisa su origen así como las principales aportaciones e iniciativas llevadas a cabo en el ámbito internacional y en España. Seguidamente se abordan los factores y elementos que facilitan su implementación en los centros y servicios, proponiendo algunas fases para su desarrollo. Finalmente se analiza el momento de desarrollo de la ACP en España en cuanto a los servicios gerontológicos señalando algunos de los principales retos y riesgos que en la actualidad han de ser tenidos en cuenta y se destacan los beneficios que reporta este enfoque de la atención.

Keywords

Person-centred Care; elderly care, welfare quality; quality of life.

Abstract

The aim of this paper is twofold: (1) to present the Person Centred Care approach (PPC) from the perspective of how it can be applied to the gerontology resources and (2) to provide a few hints on how to facilitate its development. First, this paper lists the guidelines that lead the application of the PPC approach to the elderly in a frail and/or dependant situation. Secondly, the paper reviews the origin of this approach, as well as its main contributions and the initiatives that have been carried out both in Spain and internationally. Thirdly, it deals with the factors that can facilitate the implementation of the PPC approach into the services and proposes a number of phases that can bring progress in the implementation process. Then, it analyses the extent to which the PPC approach has been developed in the Spanish gerontology services where, in the last few years, there has been an increasing interest in this approach. Lastly, this paper points out some of the current challenges and risks but also the benefits that this approach brings.

1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA?

La búsqueda de la calidad de la atención no es algo nuevo en los servicios de atención social o sociosanitaria a las personas mayores. De hecho, en los últimos años en España se ha producido una clara mejora de los equipamientos y una progresiva profesionalización del sector gracias al esfuerzo tanto de las administraciones públicas como del sector privado y del conjunto de profesionales.

No obstante, los servicios que ofrecen cuidados a las personas mayores se diferencian no solo en cuestiones estructurales u organizativas sino en su modelo de atención y en la definición de la correspondiente buena praxis profesional, algo que en ocasiones se desatiende frente a la importancia que ha ido adquiriendo la gestión de los servicios. Los centros y servicios difieren en el grado de personalización que realmente prestan y especialmente en el papel que otorgan a las personas que atienden y en si éstas pueden ejercer control en su vida cotidiana y tomar sus propias decisiones (Martínez, 2009).

Si bien la personalización es un principio rector comúnmente enunciado en la atención gerontológica, puede quedar en una declaración de intenciones si en el día a día de los servicios y centros existe rigidez organizativa, no hay un suficiente conocimiento de las personas usuarias o se aplican procedimientos uniformes que no tienen en cuenta las costumbres y preferencias de éstas.

Recientemente se aprecia en el sector socio-sanitario de nuestro país un creciente interés

en los servicios gerontológicos hacia lo que se ha denominado la Atención Centrada en la Persona (en adelante *ACP*)¹. Enfoque que los países más avanzados en políticas sociales (Países Nórdicos, Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos, entre otros) vienen señalando como uno de los elementos clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores.

Precisamente los modelos de atención centrados en la persona buscan armonizar los sistemas organizativos de los servicios con las preferencias y deseos de las personas que precisan atención o cuidados. Desde este enfoque la gestión del centro o servicio es un medio que se debe supeditar a objetivos relacionados con la calidad de vida de las personas.

Entre los principios que suelen ser destacados en la *ACP* figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el conocimiento de la biografía, la apuesta por favorecer la autonomía de las personas mayores, la interdependencia de éstas con su entorno social o la importancia de los apoyos (Nolan y cols, 2004; McComack, 2004).

Morgan y Yoder definen la *ACP* como un enfoque holístico en la atención desde el respeto y la individualización, permitiendo la negociación en la atención, ofreciendo elegir en la relación terapéutica y empoderando a las personas para que se impliquen en las decisiones relacionadas con su atención (Morgan y Yoder, 2012).

Desde el ámbito de la salud, el *IOM* (Institut of Medicine. National Academy of Sciences USA) señaló el enfoque *PCC* (Patient Centered

¹ Se opta por esta denominación como traducción del término *Person-Centred/Centered Care* (*PCC*), acuñado internacionalmente desde hace varias décadas y que viene siendo utilizado en campos como la salud, la atención a las personas con discapacidad o a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración.

Care) como uno de los elementos críticos en la redefinición del sistema de salud para la mejora de su calidad (IOM, 2001). Este organismo define la PCC como la atención de la salud que establece la colaboración entre profesionales de atención, pacientes y familias cuando es necesario. Destacan el respeto y la respuesta individualizada a las preferencias, necesidades y valores del paciente asegurando que éstos guían las decisiones clínicas, así como el soporte educativo por parte del profesional para que las personas puedan tomar sus propias decisiones y participar en el autocuidado.

El NIRA (National Institute Research Ageing), organismo australiano, postula los siguientes principios rectores de la PPC aplicada en salud como enfoque clave para la mejora de la atención de las personas mayores: el paciente como persona; compartir poder y responsabilidad; accesibilidad y flexibilidad; coordinación e integración, cuidado y ambiente (físico y organización) centrado en la persona.

Aunque se aprecian elementos comunes, el término Atención Centrada en la Persona no viene siendo utilizado desde una definición única (Morgan y Yoder, 2012). En este sentido conviene señalar la coexistencia de diferentes acepciones de la ACP: como enfoque, como modelos conceptualizadores y como metodologías acordes a dicho enfoque (Martínez, 2011).

El enfoque hace referencia a la filosofía de la atención. La ACP como enfoque comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención. A modo de catálogo se proponen diez asunciones que caracterizan este enfoque aplicado a la atención gerontológica (Martínez, 2013).

Decálogo de la Atención Centrada en la Persona²

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.

Si bien es posible señalar un enfoque común en relación a la ACP, no se puede decir lo mismo sobre la existencia de un único modelo. De hecho las aportaciones son diversas y mientras que algunos modelos ofrecen marcos conceptuales de la ACP (Nolan y cols., 2004; Kitwood 1993,1997; Brooker, 2004, 2007; Rodríguez, 2010), otros han sido elaborados con objetivos más operativos como la construcción de instrumentos de evaluación señalando las dimensiones y factores que integran (Coyle and Williams, 2001; Chapell y cols., 2007; Edwards-son y cols., 2010) o para servir de guía en procesos de mejora de la atención. Por ello quizás sea más correcto referirnos y hablar, en plural, de modelos que conceptualizan o desarrollan dicho enfoque. Observación similar sirve para

² Este decálogo que puede ser consultado en su total extensión en www.acpgerontologia.net.

hacer referencia a las metodologías acordes a la *ACP*, gran parte de ellas dirigidas a facilitar la participación de las personas en sus planes de atención o intervención (planificación centrada en la persona).

Con independencia de estas cuestiones terminológicas, un aspecto fundamental que no podemos perder de vista es que la *ACP* aporta una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos que también buscan la atención individualizada. La principal diferencia estriba en el rol activo que la *ACP* otorga a las personas usuarias y las consecuencias que ello genera en la relación asistencial y en el modo de intervenir. La atención individual puede dirigirse a cubrir las necesidades de la persona sin tener en cuenta su participación en el proceso. Sucede en las prácticas de corte paternalista donde los profesionales son quienes deciden todas las cuestiones de la vida cotidiana de las personas, desde la creencia que al tener la condición de expertos son quienes mejor pueden discernir sobre lo beneficioso para éstas.

La *ACP* busca la personalización de la atención entendiendo que cada individuo se construye como persona en procesos de apertura y comunicación con los demás. Pretende que cada persona (incluyendo también a quienes tienen mermada su autonomía) tome un papel de agente central y, en la medida de lo posible, activo. El objetivo no es solo individualizar la atención sino empoderar a la persona desde la relación social para que ella misma pueda seguir, en la medida de sus capacidades y deseos, gestionando su vida y tomando sus decisiones.

Desde la *ACP* la autonomía se destaca como un valor nuclear de la atención y esto debe verse reflejado en la vida cotidiana. La

autonomía en estos modelos se concibe tanto como capacidad como derecho (López y cols, 2004) y por tanto es objeto de apoyo y desarrollo para todas las personas incluyendo a aquellas que tienen un deterioro cognitivo avanzado. La autonomía se entiende como capacidad para tomar decisiones en lo que atañe a la propia vida y, además, como derecho a que todas las personas puedan seguir viviendo de forma acorde a los propios valores y preferencias aunque para ellos necesiten apoyos extensos por parte de otros y cuando es preciso ser representados.

En este sentido, es ilustrativa la comparación realizada por algunos autores (Sevilla y cols., 2009, López y cols., 2004) diferenciando los modelos centrados en la persona de aquellos centrados en el servicio. Entre las características que diferencian los primeros de los segundos señalan que los modelos centrados en las personas: sitúan su foco en las capacidades y fortalezas de la persona (frente a los déficits y enfermedades); su intervención es global proponiendo planes de vida donde la persona participa (frente a intervenciones parciales destinadas a resolver problemas de las personas que perciben los demás); las decisiones se comparten con la persona y familia (frente a la decisión y poder único del profesional); ven a las personas dentro de su entorno y comunidad (frente al encuadre aislado en los servicios sociales); o el hecho de utilizar un lenguaje cercano y accesible (frente a un lenguaje clínico y repleto de tecnicismos).

2. UN BREVE REPASO A SU ORIGEN Y RECORRIDO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES QUE PRECISAN CUIDADOS.

Es frecuente atribuir el origen de la ACP a Carl Rogers, psicoterapeuta enmarcado en la corriente de psicología humanística, quien formuló la Terapia Centrada en el Cliente (Rogers, 1961).

La Terapia Centrada en el Cliente parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. En este proceso de cambio Rogers enfatiza la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta (capacidad de aceptación incondicional del otro, la empatía y la autenticidad) para el buen resultado de la terapia, donde un rol no-directivo se considera un elemento esencial.

Las propuestas de Rogers han sido trasladadas a diferentes campos de intervención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda como la educación donde se habla de la atención centrada en el alumno, la salud donde se utilizan términos como medicina y salud centrada en el paciente o la discapacidad donde se hace referencia a la planificación centrada en la persona (Mount, 1990, Mount et al., 1999, Moos y Widley, 2003).

Veamos a continuación algunas de las principales aportaciones que se han producido en las últimas décadas. Nos fijaremos en primer lugar en las procedentes del ámbito internacional, muchas de ellas derivadas de la búsqueda de modelos alternativos a las tradicionales residencias así como de la mejora de la atención

a las personas con demencia. Posteriormente nos referiremos al desarrollo de la ACP en los recursos gerontológicos españoles.

2.1. Aportaciones de los movimientos internacionales en favor del cambio de modelo residencial para personas mayores.

Diferentes modelos y programas que comparten el enfoque de la ACP han sido impulsados en distintos países desde movimientos que han ido surgiendo para mejorar y cambiar el modelo residencial.

Estos movimientos son fruto del rechazo de la ciudadanía a la atención y modo de vida que ofrecen las clásicas residencias institucionales caracterizadas por una organización con horarios y normas rígidas, escasa personalización y pocas oportunidades de que las personas decidan en su vida cotidiana. Nacen de la consciencia de la incapacidad de las residencias tradicionales para ofrecer auténticos hogares donde las personas mayores puedan seguir teniendo control sobre su vida cotidiana y sentirse “como en casa”.

Aunque las alternativas desarrolladas son diversas, tienen elementos comunes y se enmarcan en lo que se ha acabado conociendo como el modelo Housing.

El modelo Housing apuesta por un despliegue diversificado de apoyos y recursos que permitan a las personas mayores seguir en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia. Para los casos en los que, por diferentes motivos, la persona mayor no puede seguir viviendo en su casa se propone que la atención tenga lugar en alojamientos que además de proporcionar los

cuidados necesarios se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir “fuera de casa, pero como en casa”. (Díaz-Veiga y Sancho, 2012; Rodríguez, 2011).

Los alojamientos que se enmarcan en el modelo Housing buscan garantizar el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y, especialmente, de quienes se encuentran en situación de dependencia y requieren, por tanto, ser cuidadas por otros. Cabe destacar algunas características comunes de estas viviendas (Libro Blanco Dependencia, 2005; Rodríguez, 2011, 2012; Díaz y Sancho, 2012):

- Combinan la existencia espacios privados que garanticen la intimidad (habitación individual) con otros comunes que potencian la actividad social (salón, cocina, jardines, etc).
- Apuestan por la organización en pequeñas unidades de convivencia (entre 6-20 personas).
- Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un “hogar propio y significativo”.
- Buscan lograr un modo de vida parecido al hogar y proponen un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para cada persona (cocinar, cuidar las plantas, salir a la compra, mantener contacto con otras personas, realizar sus aficiones, etc).
- Ofrecen atención profesional durante las 24 horas, integrando en la vivienda cuidados personales durante todo el día para las personas con altos niveles de dependencia.

- La atención se organiza desde el grupo de personas, desde sus ritmos y preferencias. La organización de la actividad cotidiana la deciden las personas mayores junto con los profesionales que les cuidan. Las actividades del día no se planifican desde horarios estrictos vinculados a las tareas asistenciales.

- Defienden la idea de “vivienda para toda la vida”, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.

- Otorgan a las familias y allegados un papel central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad.

- Son recursos integrados en el entorno. Por eso se facilitan salidas por el barrio (hacer la compra, dar paseos, ir a una cafetería, usar servicios culturales...) y el contacto con los vecinos y la comunidad.

- Las plantas y animales de compañía son frecuentes en estos alojamientos. También suelen tener un espacio o rincón donde puedan acercarse y jugar los niños.

- Los profesionales son polivalentes y cuentan con una formación importante. Además de ofrecer cuidados personales y soporte para la realización del conjunto de actividades cotidianas, es primordial la capacidad de escucha y las habilidades para buscar oportunidades y actividades que desarrollen autonomía, independencia y bienestar en las personas.

- Buscan la atención personalizada, teniendo en cuenta el modo de vida y preferencias

de cada persona, lo que incluye intervenir no solo desde la protección de la seguridad sino también desde la asunción de ciertos riesgos.

Los países nórdicos fueron pioneros abanderando ya en los años 60 un cambio de las tradicionales residencias hacia diversos modelos de viviendas con apoyos para personas mayores con diferentes grados de dependencia. Su apuesta fundamental ha sido integrar políticas de vivienda, sanidad y servicios sociales, impulsando viviendas con servicios de apoyo para las personas en situación de dependencia. Son frecuentes las viviendas en grupos muy reducidos de residentes que comparten espacios comunes con apartamentos privados. En Dinamarca desde 1987 (Housing for the Elderly Act) se abandonó la construcción de las residencias tradicionales.

Por su parte, en Estados Unidos en los años 80 se inició el denominado Cambio de Cultura en las residencias para personas mayores (The Culture Change Movement In Nursing Homes).

Ante un grupo de presión de consumidores, el Gobierno Federal aprobó la ley OBRA 1987 (Omnibus Budget Reconciliation Act) donde se formuló un nuevo marco normativo para las residencias (nursing homes). Se buscaba pasar de un modelo asistencial institucional sanitario a un modelo de verdadero hogar desde la atención centrada en la persona (Koren, 2010). De ahí surgieron nuevos modelos residenciales como el Household Model, la alternativa Eden, el Wellspring Model o el Green Houses, iniciativas que proponen un modo de vida similar al modelo Housing que acaba de ser descrito.

En cuanto a la implantación de estos nuevos modelos por la Unión Europea hay que decir

que el desarrollo ha sido desigual. En los años 90 se constituyó el grupo salmón (Saumon Group) precisamente para impulsar una red de unidades de convivencia como alojamientos alternativos a las residencias tradicionales. Muchas de las unidades de convivencia puestas en marcha fueron destinadas para personas con demencia. Las unidades de convivencia, también llamadas viviendas compartidas o Cantou (en Francia) se extendieron, además de por los países nórdicos, fundamentalmente por Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania o Francia.

2.2. Aportaciones desde la atención a las personas con demencia.

Un campo en el que la ACP ha tenido un importante desarrollo ha sido el de la atención a las personas con demencias.

Tom Kitwood, fundador del Grupo de Demencias de la Universidad de Bradford (Bradford Dementia Group), acuñó el término Atención Centrada en la Persona con Demencia incidiendo en la urgencia de revisar los modos de atención existentes. Su publicación "Demencia reconsidered: The person came first", enfatizó la necesidad de situar a la persona en primer lugar, antes que la enfermedad (Kitwood, 1997).

Según este autor la presentación de la demencia no solo depende del daño neurológico existente sino que existen otros factores que en su interacción resultan determinantes a la hora de entender el comportamiento y bienestar de cada persona como la personalidad, la biografía, la salud y la psicología social (entendida como el entorno social que rodea a la persona).

Kitwood puso de relieve la importancia de quienes acompañan a la persona con demencia en relación a su expresión emocional/conductual y a la reducción de la discapacidad, mostrando la necesidad de capacitar y modificar las actitudes y abordajes de los cuidadores. Incidió en que la falta de comprensión de las necesidades de las personas con demencia y una interacción negativa y poco comprensiva con éstas (lo que el propio autor calificaba de “psicología social maligna”), podía ser la causa de muchas alteraciones de conductas, que no son sino la forma en que las personas con demencia expresan su malestar y sus necesidades psicológicas y sociales no cubiertas. (Kitwood y Breeding, 1992; Kitwood, 1992, 1993, 1997).

Dawn Brooker, discípula de Kitwood, propone el modelo VIPS para formular a través de una ecuación los cuatro elementos constitutivos de la atención centrada en la persona con demencia (PPC= V+I+P+S). La V hace referencia a la valoración de la persona con demencia así como de las personas que están a su cuidado; la I al trato individualizado; la P a la perspectiva de la persona con demencia y la S al entorno social positivo donde la persona experimenta bienestar (Brooker, 2004, 2005). Para cada uno de estos cuatro componentes se incluyen distintos indicadores que permiten evaluar el progreso en la mejora de los servicios (Brooker, 2007).

Otra aportación de gran interés del grupo de Bradford es el Dementia Care Mapping, instrumento de observación para evaluar el tipo de atención que reciben las personas con demencia en los centros. Su interés radica en su pretensión de sintonizar con el punto de vista de las personas con demencias, registrando desde la observación externa la interacción de los cuidadores con éstas. El sistema de obser-

vación identifica tanto los detractores como los potenciadores personales, permitiendo, una vez registrados éstos, contar con ciertos indicadores y establecer líneas de mejora para favorecer el bienestar de las personas usuarias, fundamentalmente, a través de una interacción más positiva de los cuidadores (Wilkinson, 1993; Williams y Rees, 1997; Wylie y cols, 2002).

Esta mirada psicosocial de la demencia, donde la enfermedad o patología no es el aspecto único ni predominante, la toman otros modelos de intervención, orientados desde los principios que enuncia la ACP. Cabe citar, en esta línea, el Modelo de las Necesidades no cubiertas en las demencias, el Modelo del descenso del umbral del estrés, las aportaciones de Roles y autoidentidad o el método de estimulación de las capacidades de las personas con demencia desde las actividades cotidianas de María Montessori (Mitty y Flores, 2007). Todas ellas constituyen propuestas que suponen un giro importante en el abordaje de las personas con demencia y abren nuevas alternativas en las intervenciones.

2.3. Desarrollo y aportaciones en España.

El enfoque ACP, que como hemos visto cuenta ya con cierto recorrido en el ámbito internacional, todavía tiene una escasa presencia en los recursos gerontológicos de España, los cuales, especialmente en lo que atañe a las residencias, continúan orientándose desde modelos asistenciales muy tradicionales donde se priorizan los cuidados sanitarios frente a la propuesta básica del modelo Housing que no es otra que dispensar cuidados integrales profesionales (y por ello no de menor calidad) desde un ambiente que “parezca y funcione” como una casa.

Aunque en los años 80/90 se pusieron en marcha algunos proyectos pioneros inspirados en los nuevos modelos de alojamientos que se estaban iniciando en otros países³ no se llegó a producir un desarrollo significativo.

En esta época también en diversas Comunidades Autónomas se pusieron en marcha sistemas de alojamiento alternativos a las residencias. Estos incluyen las Viviendas Tuteladas, que suelen funcionar a modo de mini-residencias, los apartamentos para personas mayores o los acogimientos de personas mayores en familias ajenas a la propia. Sin embargo este tipo de recursos habitualmente han estado limitados para personas con un buen nivel funcional, dejando fuera a las personas que precisaban cuidados personales, con el problema de que cuando sobreviene una situación de dependencia deben abandonar estos lugares para ser trasladadas a otro recurso, frecuentemente a una residencia.

A mediados de los noventa la Diputación Foral de Álava en colaboración con el SIIS-Centro de Documentación y Estudio editaron el Manual de Buenas Prácticas en residencias de ancianos (SIIS-Centro de documentación y estudios, 1996) partiendo del programa británico *Homes are for living in* (Carrington, 1989) el cual ponía el énfasis en la protección de los derechos de las personas. Este primer documento cumplió en ese momento el importante cometido de comenzar a sensibilizar a profesionales y responsables sobre muchos de los aspectos de la vida cotidiana en los centros que debían ser mejorados.

Transcurridos estos años, en la actualidad se observa un creciente interés en el sector socio-sanitario por conocer y proponer nuevos modelos

de atención, en coherencia con modelos de calidad de vida, protección de derechos y orientación a la persona, aumentando la consciencia de la necesidad de generar cambios y mejoras en la red de recursos existente.

En primer lugar, desde un marco conceptual hay que citar la valiosa aportación realizada por Pilar Rodríguez quien propone el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (Rodríguez, 2010, 2011) destacando dos componentes para la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia; la integralidad y la orientación a la persona. Esta misma autora, desde la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, ha creado la Red Modelo y Ambiente para apoyar el intercambio de buenas prácticas, espacio muy recomendable que se está convirtiendo en un importante lugar de encuentro y referente para conocer iniciativas afines a este enfoque de atención.

En segundo lugar, cabe mencionar algunas publicaciones, diseñadas a modo de guías o manuales, que en estos años han tenido un importante papel en cuanto a la sensibilización y formación de los profesionales.

En esta línea resulta de gran interés la publicación del SIIS, "Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?" (SIIS-F. Eguía Careaga, 2005, 2011), un manual que permite reflexionar y proponer medidas concretas de mejoras en relación a la calidad de vida y los derechos de las personas. Cabe además mencionar el Proceso de Garantía de Calidad propuesto para la mejora de la atención en residencias desde este enfoque (SIIS- Centro de documentación y estudios, 2001, 2009).

³ Fue el caso de algunas Unidades de Convivencia para personas con demencia puestas en marcha por la Diputación Foral de Guipúzcoa, la Vivienda compartida de la Asociación Cicerón en Torrijos (Toledo) o el Cantou del Hospital Insular de Lanzarote.

Asimismo cabe destacar el trabajo impulsado por el Gobierno del Principado de Asturias en el que se elaboraron las Guías de Buenas Prácticas para residencias y centros de día de personas mayores y personas adultas con discapacidad (Consejería de Vivienda y Bienestar Social del P. de Asturias, Varios autores, 2009, 2010) orientadas desde modelos de calidad de vida y de atención centrada en la persona. En ellas se identificaron, a modo de intervenciones clave, 28 Buenas Prácticas que permiten orientar un proceso de revisión y mejora de los centros.

Otro documento que ha suscitado gran interés en el ámbito aplicado, es la Guía "La atención gerontológica centrada en la persona" (Martínez, 2011), editada por el Gobierno del País Vasco en colaboración con Fundación Matía donde se señalan cinco asuntos importantes para trasladar este enfoque de la ACP a la práctica: la autonomía, la intimidad, los entornos cotidianos significativos, la presencia de la familia, y los profesionales y la organización.

En tercer lugar, en relación a las escasas experiencias que han tenido como propósito aplicar estos nuevos modelos, hay que poner en valor por su carácter pionero y por su utilidad como un referente real para orientar el cambio, el proyecto Etxean Ondo (En casa, bien) promovido por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco desde una colaboración con Fundación Matía. Este proyecto se inició en el año 2011 para impulsar a la par de investigar, la aplicación de un modelo de atención centrado en la persona en domicilios y centros (residencias y centros de día). En el caso de las residencias, el cambio que se está liderando consiste en una reorganización de los centros residenciales en diferentes unidades de convivencia, lo que ha conllevado

además de ciertos cambios en el espacio físico, conseguir una mayor estabilidad del personal en estas unidades, la existencia de gerocultores de referencia y un nuevo diseño de las rutinas cotidianas acordes a las capacidades y preferencias de las personas (Díaz-Veiga y Sancho, 2012; INGEMA-Varios autores a, b 2012).

Para finalizar este breve recorrido, resulta también oportuno referir algunos otros ejemplos ilustrativos que, lejos de pretender hacer una relación completa de todas las iniciativas existentes, muestran el movimiento, todavía hoy muy incipiente y pendiente de resultados, que se está generando en el campo de la gerontología española hacia este enfoque de la atención. Es el caso, en el sector público, del proyecto para la mejora de residencias de la Junta de Castilla y León o el proceso de revisión iniciado para implantar el modelo de ACP en los centros gestionados por el Consorci d'Acció Social de Catalunya.

También hay que citar la apuesta por este enfoque que algunas entidades privadas como Alzheimer Catalunya, Intress o Cáritas (como el centro El Buen Samaritano-Churriana) vienen hace años manteniendo, o la reciente atención por parte del ámbito universitario, como es el caso de la Universidad de Vic que está incorporando acciones formativas relacionadas con estos nuevos modelos de atención.

Por tanto podemos concluir que en España, frente a otros países desarrollados, aunque se aprecia un momento de creciente interés hacia la ACP, todavía no se cuenta con el suficiente desarrollo ni con un generalizado respaldo institucional. Los resultados que vayamos conociendo serán fundamentales para afianzar estos modelos y también, cómo no, para ir delimitando el camino pendiente.

3. ALGUNAS CLAVES PARA APLICAR MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LOS RECURSOS GERONTOLÓGICOS.

Introducir cambios en los servicios y centros gerontológicos que vienen de modelos centrados en el servicio o la organización es posible pero no siempre resulta sencillo.

A tenor de las experiencias de mejora que se están llevando a cabo, es posible apuntar algunos elementos que parecen actuar como facilitadores del cambio. En este sentido un claro liderazgo de los responsables del centro u organización, el compromiso del conjunto de profesionales, la formación y el acompañamiento de los profesionales a lo largo de todo el proceso o la progresividad son factores importantes para el éxito.

Seguir algunas fases puede ser una buena opción para ayudarnos a liderar el cambio introduciendo progresivamente mejoras que sean posibles en los centros y servicios (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2013).

Fase 1. Sensibilizar e informar a la propia organización y a otros agentes.

La sensibilización y comunicación a todos los implicados (no solo a todos los profesionales sino a las personas mayores y a las familias) resulta imprescindible. Es fundamental saber comunicar lo que supone este modelo de atención, haciendo hincapié en los beneficios que reporta, qué cambios se precisan y cómo se propone acometerlos. Es importante informar también a otros agentes clave como las organizaciones sindicales o la propia administración.

En esta fase tiene especial importancia detectar las dudas y resistencias, dejar que se expresen y abordarlas, ya que no podemos obviar que todo cambio genera resistencias, que con frecuencia son temores asociados al mismo (Collins, 2009).

Fase 2. Lograr un liderazgo del cambio interno y compartido.

El esfuerzo por parte del conjunto de profesionales resulta imprescindible y la mejora de las prácticas profesionales (obligación, por otro lado, inherente al ejercicio responsable de cada profesional) siempre es posible.

No obstante, cuando hablamos de promover un cambio de modelo de atención, si no se cuenta con un liderazgo de los responsables de los recursos u organizaciones, dicho cambio se verá muy limitado ya que, habitualmente, es preciso reorientar el concepto de atención y llevar a cabo modificaciones organizativas.

El liderazgo “por arriba” no puede ir solo. La participación y el compromiso de los profesionales son esenciales. No solo por parte del equipo técnico sino del conjunto de profesionales, especialmente de los gerocultores o auxiliares, figura que en estos modelos de atención es esencial al ser quienes apoyan a lo largo del día a las personas.

La formación de grupos líderes o promotores del cambio en cada centro o servicio puede resultar de gran ayuda. En las organizaciones o empresas que tienen diferentes centros proponer un grupo promotor intercentros también es una buena opción.

Fase 3. Evaluar y revisar nuestra práctica cotidiana.

En primer lugar es preciso evaluar y conocer la situación de partida de cada centro o servicio para así luego poder conocer el impacto de los cambios. La evaluación del impacto ha de ser diseñada teniendo en cuenta los tres grupos de personas que interactúan en el centro o servicio: personas usuarias, profesionales y familias, especialmente contemplando variables relacionadas con la calidad de vida.

Además de esta evaluación es recomendable realizar una revisión participativa o chequeo de cómo se está interviniendo en la actualidad. Instrumentos como el método de revisión interna participativa Avanzar en ACP (Martínez, en elaboración), o las recomendaciones que ofrece el documento "Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?" (SIIS-Centro de documentación y estudios, 2005, 2011), pueden ser de utilidad para chequear los procesos asistenciales desde descriptores de buena praxis definidos desde este modelo de atención.

Fase 4. Crear una ruta propia de mejora.

Es necesario saber adaptar el proceso de cambio a cada organización ya que cada realidad es diferente. Por eso es fundamental, conocer la situación actual de cada centro o servicio, las características de sus equipos directivos y profesionales, su historia, sus dificultades, sus límites, sus posibilidades y sus oportunidades. Resulta primordial ser capaces de consensuar y diseñar una propia ruta de cambio progresiva y asumible.

Hay que destacar de nuevo que la progresividad es un elemento esencial. En este sentido cabe proponer algunas recomendaciones de utilidad para abordar el proceso de mejora:

- Empezar con cambios en áreas que se consideran clave como la actitud de los profesionales, el ambiente físico o la organización y significatividad de las actividades cotidianas.
- Comprometerse con medidas posibles y programar planes de mejora temporalizados.
- Consensuar las medidas y cambios a llevar a cabo.
- Empezar con experiencias piloto no muy complejas que tengan probabilidades de salir bien. Contar, para las experiencias piloto, con profesionales voluntarios.
- Ser flexibles y estar abiertos hacia nuevas propuestas que vayan surgiendo, asegurando que sean acordes al modelo de atención.

Un asunto de gran relevancia es el de la formación y el acompañamiento a los equipos de atención directa en los escenarios cotidianos de cuidados.

Llevar a cabo una formación inicial no suele resultar suficiente ya que, no en pocas ocasiones, es preciso modificar "formas de hacer" que en ocasiones están muy automatizadas. Se requiere observación, reflexión y entrenamiento en los lugares reales de cuidado (en la residencia, en el centro de día, en el domicilio) para que realmente se transfieran los conocimientos a las prácticas cotidianas.

Fase 5. Evaluar los cambios y dar continuidad al proceso.

Una vez iniciado el proceso de mejora es fundamental realizar evaluaciones que sean asumibles de forma periódica para conocer los logros e identificar los aspectos que requieren mejora.

Documentar y compartir el conocimiento generado es básico para apoyar el avance y la consolidación de estos nuevos modelos aplicados de atención a las personas mayores.

4. EL MOMENTO ACTUAL DE LA ACP EN ESPAÑA: RETOS Y RIESGOS.

Como ya se ha indicado, en España nos encontramos en un momento de desarrollo inicial de este enfoque de atención.

El recorrido que otros países han tenido son un aval de la adecuación de los modelos orientados desde la ACP para generar mayor calidad de vida a las personas mayores que precisan cuidados.

Estamos en un proceso de construcción de nuevos modelos que permitan trasladar el enfoque ACP a nuestra realidad actual para progresivamente ir transformándola. Ello nos conduce a numerosos retos a los que dar respuesta y también nos sitúa ante ciertos riesgos que hemos de afrontar. Retos y riesgos que implican a muchos agentes: a profesionales, al movimiento asociativo de personas mayores, a las administraciones públicas y a la iniciativa privada. Detengámonos en algunos de ellos.

4.1. Los principales retos.

I. Recuperar/construir un nuevo rol profesional.

La ACP plantea una atención profesionalizada desde un modo de relación con las personas usuarias basado en su empoderamiento. Esto implica el cambio de un modelo de atención paternalista hacia un enfoque de derechos y de desarrollo de la autonomía de las personas, sin por ello alejarse de las praxis profesionales basadas en la evidencia científica.

En relación a los profesionales, cabe resumir que la ACP: a) supone un cambio de rol abandonando la idea de que el profesional es el único experto y, en consecuencia, quien ha de tomar en solitario todas las decisiones; b) recupera y refuerza competencias relacionadas con el acompañamiento, la provisión de apoyos, la orientación y la motivación; c) sugiere una nueva organización de los equipos de atención donde los gerocultores/as asumen nuevas competencias y, por tanto, precisan de una mayor cualificación, y donde el equipo técnico, además de seguir con gran parte de sus cometidos habituales asume nuevos roles relacionados con el asesoramiento y el apoyo a otros profesionales; d) apela a integrar las prácticas basadas en la evidencia que protegen a las personas y señalan beneficios terapéuticos con las preferencias y decisiones de éstas, lo que hace necesario que los equipos estén formados en métodos deliberativos que les permitan tomar decisiones prudentes.

II. Promover cambios en distintos ámbitos.

Para facilitar la extensión de modelos de atención centrada en la persona es necesario que se produzcan algunos cambios ya que

algunas circunstancias del sector sociosanitario y su actual regulación normativa suponen dificultades de partida en su aplicación.

Se precisa promover cambios: a) en el diseño arquitectónico y la configuración de los espacios físicos de los centros, especialmente de las residencias (Rodríguez, 2012 b); b) en los modelos de gestión del centro (procesos, protocolos, programas, normas, sistemas organizativos, etc.) para que sean acordes a este modelo de atención; c) en las normativas (autorización, inspección y acreditación) para modificar requisitos que chocan con este modelo de atención (Vila, 2012) y d) en los sistemas de evaluación de la calidad que se centran solo en la calidad de la gestión (Leturia, 2012).

III. Diseñar y validar intervenciones y metodologías acordes a este enfoque.

No todos los modelos de atención, metodologías o intervenciones pueden ser considerados acordes a este enfoque aunque se acojan a la denominación ACP.

Precisamos disponer de un mayor conocimiento y realizar estudios en relación a asuntos como el diseño de intervenciones terapéuticas insertadas en actividades de la vida diaria significativas, la sistematización y validación de modelos aplicados y metodologías acordes a la Atención Centrada en la Persona así como el diseño y validación de instrumentos de evaluación (evaluación de personas y de servicios) orientados desde este enfoque.

IV. Lograr la eficiencia y sostenibilidad de los modelos aplicados.

Una dificultad que con frecuencia se oye es

la no sostenibilidad económica de los modelos que buscan la atención personalizada. Hemos de tener cuidado en no asumir "a priori" la no viabilidad del modelo y que este argumento se convierta en un freno o excusa para no iniciar cambios que se consideran positivos.

Los modelos basados en una atención centrada en la persona están ya extendidos por los países más desarrollados, tanto de Europa, como de Norteamérica y Australia (Rodríguez, 2012 a). Las investigaciones sobre el coste-efectividad realizadas no apuntan necesariamente a un mayor coste en recursos humanos cuando se apuesta por este enfoque de atención (Centro Documentación SIIS, 2011; Saizarbitoria, 2012) y distintos estudios muestran ahorros en costes indirectos como un menor consumo de fármacos o la reducción del absentismo laboral (Collins, 2009).

Es necesario contar con más información procedente de nuestros recursos que den cuenta de los costes reales según modelos organizativos diversos. Sin duda, un reto trascendental es lograr modelos aplicados capaces de ofrecer un mayor bienestar a los implicados en este proceso: personas mayores, familias y profesionales, que resulten asumibles.

V. Sensibilizar y crear una cultura de la calidad en los servicios gerontológicos orientada a las personas.

La implantación de sistemas de calidad en los recursos gerontológicos en España es todavía reciente y se viene desarrollando mayoritariamente desde la casi exclusiva atención a la calidad de la gestión. Calidad de gestión y atención deben ser compatibles y complementarias. La gestión debe estar supeditada y ser

coherente al modelo de atención (Martínez, 2011, Leturia, 2012).

Es necesario revisar el concepto de calidad en servicios sociales, evitando, entre otras cosas, otorgar a la seguridad la categoría de criterio único en la toma de decisiones o en el diseño de los recursos o intervenciones. Si se opta por una visión de la calidad orientada desde la calidad de vida de las personas, la protección de los derechos individuales y el desarrollo de la autonomía personal deben ser considerados asuntos nucleares. Es preciso que estos valores tengan mayor presencia y consideración en una "nueva cultura" de la calidad en los servicios de atención a personas en situación de dependencia.

4.2. Algunos riesgos.

Optar por modelos de atención centrada en la persona no siempre resulta fácil y en España tenemos todavía un largo camino por recorrer ya que la mayoría de centros y servicios han sido diseñados desde objetivos que buscan la eficiencia organizativa pero que están escasamente orientados hacia las personas.

Por ello, en este momento de evolución de los servicios gerontológicos en nuestro país, considero importante señalar algunos posibles riesgos que pueden dificultar el avance de estos modelos.

I. Simplificar lo que es y supone la ACP y los modelos que la desarrollan.

Es importante no quedarse en modificaciones no sustanciales, entender que cuando se parte de modelos muy orientados a los servicios es preciso afrontar cambios de "gran calado". No

suele resultar suficiente seguir unas cuantas recomendaciones de mejora aisladas que no respondan a un plan de mejora global, progresivo y congruente con el enfoque; también se ha de tener precaución ante respuestas tipo "eso ya lo hacemos" que a veces se emiten sin haber chequeado antes, a fondo, las intervenciones cotidianas desde criterios que definan y concreten este enfoque de atención.

II. Alejar o disociar este enfoque de atención de la evidencia científica.

Los modelos orientados desde la ACP han de integrar las prácticas basadas en la evidencia que señalan efectos positivos para las personas mayores (relacionados tanto con la protección como con el beneficio terapéutico) con el respeto a sus valores/preferencias/bienestar subjetivo. Es importante evitar esta disociación y considerar que ambas cuestiones han de ser contempladas.

En los casos donde se produzca un conflicto de valores (por ejemplo, cuando la persona desea algo que la buena praxis profesional señala como perjudicial), la deliberación ética se hace necesaria para tomar, siempre de una forma individualizada, decisiones basadas en la prudencia.

III. Creer que la Atención Centrada en la Persona propone una atención desprofesionalizada.

Supone un grave riesgo pensar que estos modelos no requieren cualificación por parte de los profesionales. Llegar a creer que con ser amables, afectuosos, o simplemente, con hablar y preguntar algo más a las personas ya es suficiente es un error.

Como se acaba de señalar, las prácticas basadas en la evidencia científica son imprescindibles para lograr una atención de calidad. Los profesionales deben estar debidamente cualificados y los procedimientos de atención sistematizados y bien fundamentados.

Los modelos de atención centrada en la persona no deben ser utilizados con el único propósito de ahorrar costes reduciendo recursos humanos ya que los profesionales, los equipos técnicos, siguen siendo muy importantes. Además, no se debe perder de vista que para reforzar o ampliar algunas competencias, los profesionales precisarán de una mayor formación.

IV. Pecar de exceso de confianza.

Dada la cercanía y relación de confianza que los profesionales pueden llegar a tener con las personas usuarias, no es extraño estar convencidos que no hace falta preguntar a las personas, porque "las conocemos muy bien... ya sabemos lo que quieren... siempre hacemos las cosas según sus gustos... no hace falta estar preguntando siempre...".

Como se ha insistido, la *ACP* es una forma de entender la relación asistencial desde el empoderamiento del otro. No se ha de olvidar que aunque la persona confirme lo que ya el profesional sabe, cuando se pregunta o se anima a elegir, no solo se ofrece la oportunidad de decidir (confirmando su elección habitual o quizás cambiándola) sino que además se otorga al otro el estatus de ser quien decide, quien dicta cómo quiere que su vida sea en ese momento concreto. Ello forja una forma de relación más horizontal y desarrolla el sentido de auto-eficacia en las personas.

V. La falta de autenticidad o caer en la inhibición profesional.

La *ACP* implica generar cambios sustanciales, tanto en la forma de entender la relación profesional como en el planteamiento organizativo. Es esencial que quienes lideran y desarrollan estos cambios crean en este enfoque; solo desde la autenticidad podrán ser efectivos los cambios en las organizaciones y en las actuaciones profesionales.

Además es importante discernir que el hecho de permitir y apoyar que las personas mayores tomen sus propias decisiones no significa que los profesionales carezcan de papel ni mucho menos de responsabilidad en la atención. En primer lugar, porque se ha de entender que el empoderamiento de las personas para decidir cómo quiere que sea su día a día, es un proceso que los profesionales deben apoyar, secuenciar y alimentar desde la escucha y la cercanía. Algunas personas mayores han podido llegar a perder el hábito de tomar decisiones y es entonces cuando se debe intentar que, dentro de sus capacidades, puedan retomar (al menos parcialmente) este control. En segundo lugar, porque no todas las decisiones están al alcance de las personas usuarias ni es posible respetar todas sus decisiones o preferencias. La autonomía tiene límites y los profesionales han de saber identificar las situaciones que requieren poner límites a la autonomía (como por ejemplo cuando las decisiones de la persona suponen un claro daño para la persona o suponen un perjuicio para otros) y, además saber, en estas circunstancias, cómo actuar desde la buena praxis.

VI. Llevar a cabo propuestas de cambio no planificadas o gestionar inadecuadamente el cambio.

Los cambios han de ser planificados y la improvisación debe verse reducida ya que no suele conseguir buenos resultados.

Conviene prevenir que se agote el entusiasmo que acompaña los primeros logros y diseñar estrategias que faciliten la continuidad del proceso articulando medidas que faciliten seguir avanzando, manteniendo y consolidando los logros.

Una comunicación poco efectiva, la falta de formación y apoyo a los profesionales, la ausencia de liderazgo o una escasa participación de los agentes pueden convertirse en dificultades determinantes.

5. CONCLUSIONES. UN CAMBIO Y UN ESFUERZO QUE MERECE LA PENA.

¿Merece la pena? Esta es la primera pregunta que deberá ser planteada, porque introducir cambios en los servicios que proceden de otra forma de entender la atención, es posible, pero no siempre resulta sencillo. Requiere compromiso y esfuerzo, tanto de la organización y sus responsables como de los profesionales.

Aunque es necesario contar con más estudios que aporten información sobre los beneficios de la ACP y sus diferentes modelos aplicados en los recursos españoles, existen ya algunos datos, fundamentalmente procedentes de estudios que proceden de otros países, que muestran los efectos positivos de la ACP tanto los servicios de atención a personas mayores como en servicios de salud.

En esta línea, hace ya más de una década algunos estudios realizados en relación a unidades de convivencia promovidas por el Grupo Salmón presentaron resultados positivos relacionados con ganancias en calidad de vida de las personas (Leichsenring y Strümpel, 1998).

Por otro lado, distintas investigaciones llevadas a cabo para comprobar los efectos positivos de los nuevos modelos impulsados desde el Cultural Change Movement en EE.UU señalan también efectos positivos. Cabe citar los estudios realizados sobre la Alternativa Eden en los que se relatan mejoras en el estado de ánimo -disminución del aburrimiento y del sentimiento de desesperanza- (Bergman y cols., 2004), reducción de la depresión (Robinson y Rosher, 2006), o el estudio realizado sobre alojamientos del modelo Green Houses que muestra mejoras en calidad de vida percibida en las personas mayores que ahí residían en relación al grupo control (Kane et al., 2007).

Chenoweth et al., utilizando como instrumento de observación el DMC (Dementia Care Mapping) también encontraron resultados positivos en cuanto que se reducía la agitación de las personas con demencia en el grupo de personas mayores que eran atendidas desde la ACP frente al grupo control que recibían cuidado tradicionales (Chenoweth et al., 2009).

Una reciente revisión publicada (Brownie et al., 2013) en torno a distintos trabajos llevados a cabo en diferentes alojamientos acordes al modelo Housing muestra, por un lado, efectos positivos en dimensiones de calidad de vida percibida, mejora emocional de los residentes, incremento de satisfacción de las familias con la atención dispensada, cambio en la forma de trabajar y mayor satisfacción laboral asociada

por parte de los trabajadores de atención directa. En contrapartida algunos estudios arrojan el dato que en algunos casos se registra un incremento de caídas o se incrementa el riesgo de una peor nutrición.

Los estudios procedentes de modelos aplicados en los servicios españoles son todavía escasos. Cabe destacar las evaluaciones intermedias realizadas en el proyecto Etxean Ondo que en residencias y centros de día muestran en los residentes mejoras en la independencia y en calidad de vida; en los trabajadores un elevado nivel de satisfacción personal y laboral o un descenso del absentismo laboral; y en las familias una mayor satisfacción respecto al modelo de atención anterior (INGEMA-Varios autores, 2012 a y b; Díaz-Veiga y cols., 2012). Resultados necesarios y positivos que refuerzan la adecuación de estos nuevos modelos para ganar en calidad de vida, demostrando, además que es posible acometer cambios.

Para finalizar este artículo, a modo de resumen cabe concluir lo siguiente:

- La ACP es un enfoque de atención que cuenta con un recorrido de varias décadas tanto en salud como en los recursos que prestan cuidados de larga duración a personas mayores en los países más desarrollados.
- La puesta en marcha de modelos aplicados y experiencias en España es escasa aunque en la actualidad asistimos a un interés creciente. Ello conlleva afrontar diferentes retos y riesgos.
- La puesta en marcha de modelos aplicados hace necesario un claro liderazgo por parte de los responsables de los servicios así como

compromiso y cualificación del personal de atención directa al no ser un modelo desprofesionalizado.

- Se han señalado diversos beneficios de este enfoque, frente a los cuidados tradicionales, relacionados con ganancias en calidad de vida y mayor satisfacción de los profesionales y familias. No obstante es necesario disponer de más estudios que den cuenta de estos beneficios en nuestro contexto así como de las diferentes alternativas que ofrezcan servicios económicamente sostenibles.

Como hemos visto, el camino por recorrer es largo y nos pone delante algunos desafíos. Es de esperar que en estos próximos años nuevas experiencias aplicadas que hayan sido convenientemente evaluadas así como diferentes investigaciones aporten nuevas evidencias y un mayor conocimiento. Sin duda, un cambio, un camino y un esfuerzo que merecen la pena.

BIBLIOGRAFÍA.

- BERGMAN-EVANS, B. "Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues", *J Gerontol Nurs*, 30, 2004, pp. 27–34.
- BROOKER, D. "Dementia care mapping: a review of the research literature". *The Gerontologist*, 45, 2005, pp.11-18.
- BROOKER, D. "What is person-centered care in dementia?" *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 2004, pp. 215–222.
- BROOKER, D. *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley, 2007.

BROWNIE, S., NANCARROW, S. "Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review", *Clinical interventions in Aging*, 8, 2013, pp.1-10.

CARRINGTON ET AL. *Homes are for living in*. London: Department of Health, 1989.

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS SIIS. "Atención comunitaria y atención centrada en la persona: Revisión de estudios de coste-efectividad" País Vasco: SIIS, 2011.

CHAPELL, NL., REID, RC., GISH, JA. "Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities", *Dementia*, 6, 2007, pp. 527-547.

CHENOWETH, L., KING, MT., JEON Y ET AL. (2009). "Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial". *Lancet Neurology*, 8, 2009, pp. 317-325.

COLLINS, JH. *The person centered way*. Lexington, KY, 2009, págs.180.

CONSEJERÍA BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. VARIOS AUTORES. *Buenas Prácticas en residencias de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, 2009.

CONSEJERÍA BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. VARIOS AUTORES. *Buenas Prácticas en centros de día de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, 2009.

COYLE, J., WILLIAMS, B. "Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care". *Journal of Advanced Nursing*, 36, 2001, pp 450-455.

DÍAZ-VEIGA, P, SANCHO, M. "Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa' Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 132, 2012.

EDWARDSSON, D., FETHERSTONHAUGH, D., GIBSON, S. "Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (PCAT) *International Psychogeriatrics*, 22, 2010, pp. 101-108.

IMSERO. *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO, 2005.

INGEMA. VARIOS AUTORES. *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. Fundación Ingema, 2012 a. En: http://www.zuzenean.euskadi.net/s68-contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf.

INGEMA. VARIOS AUTORES. *Modelo de Atención Centrado en la Persona y sus concreciones en la organización de la vida cotidiana: Intervenciones Terapéuticas basadas en la Vida Cotidiana y las preferencias de los usuarios*. Fundación Ingema, 2012 b. Disponibles en: http://www.zuzenean.euskadi.net/s68-contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_intervenciones_cotidianas_memoria_final.pdf.

INSITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Vol. 6. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

KANE, RA., LUM, TY., CUTLER, LJ., DEGENHOLTZ, HB., YU T. "Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial Green House program", *J Am Geriatr Soc*, 55, 2007pp. 832-839.

KITWOOD, T., BREDIN, K. (1992) "A new approach to the evaluation of dementia care". *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1(5), 1992, pp. 41-60.

KITWOOD, T. "Person and process in dementia", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 1993, pp. 541-545.

KITWOOD, T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press, Bucks, 1997.

KITWOOD, T. "Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine*", 22,1992, pp. 34-38.

KOREN, MJ. "Person-Centered Care for nursing Home residents: The Culture-Change Movement", *Health Affairs*, 29, nº 2, 2010, pp. 321-317.

LEICHSENRING, K., STRÜMPEL, C. *L'accueil des personnes souffrant de démence en Petites Unités de vie*. Viena: Centro Europeo de Investigación en Política Social, 1998.

LETURIA, M. "Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención", *Actas de la Dependencia*, 5, 2012, pp. 43-66.

LÓPEZ, A., MARÍN, AI., DE LA PARTE, JM. "La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica". *Siglo Cero*, 35(1), nº 210, 2004.

MARTÍNEZ, T. "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". *Informes Portal Mayores*, nº 98, 2009.

MARTÍNEZ, T. *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco, 2011.

MARTÍNEZ, T. "Decálogo de la atención centrada en la persona", 2013, EN: www.acpgerontologia.net.

MARTÍNEZ, T., DIAZ VEIGA, P., SANCHO, M., RODRÍGUEZ, P. *Cuadernos Etxean Ondo. La atención centrada en la persona. Cómo aplicarla*. País Vasco: Gobierno del País Vasco-Ingema. En prensa.

MCCORMACK, B. "Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature", *International Journal of Older People Nursing*, 13, 2004, pp. 31-38.

MITTY, E., FLORES, S. "Assited Living Nursing Practice: The language of dementia: theories and interventions", *Geriatric Nursing*, Volume 28, Number 5, 2007, pp. 283-288.

MORGAN, S., YODER, L. "A concept analysis of person-centered care", *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 2012, pp. 6-15.

MOSS, K., WILEY, D. "A brief guide to personal futures planning", 2003, EN: <http://www.tsbvi.edu/attachments/other/pcp-manual.pdf>.

MOUNT, B., DUCHARME, G., BEEMAN, P. Person Centered Development. Manchester, CT: Communitas Inc., 1991.

MOUNT, B. Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning. St. Paul, MN: Governors's Council on Developmental Disabilities, 1990.

NOLAN, M., DAVIES, S., BROWN, J., KEADY, J. y NOLAN, J. "Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing", International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing 13, 3a, 2004, pp. 45-53.

ROBINSON, SB., ROSHER, RB. "Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment", J Gerontol Nurs., 32, 2006, pp.19-27.

RODRÍGUEZ, P. "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106, 2010.

RODRÍGUEZ, P. "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir", Actas de la Dependencia, 3, 2012, pp. 6-40.

RODRÍGUEZ, P. (Coor). Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención. Madrid: Fundación Caser para la dependencia, 2012.

ROGERS, C. On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable, 1961.

SAIZARBITORIA, M. "Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona". Zerbitzuan, 51, 2012, pp. 107-118.

SEVILLA, J., ABELLÁN, R., HERRERA, G., PARDO, C., CASAS, X., FERNÁNDEZ, R. Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta, 2009.

SIIS-CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS. Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas. Vitoria: Instituto Foral de Bienestar Social, Diputación Foral de Álava, 1996.

SIIS-CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS. Garantía de Calidad-Kalitatea zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores. Donostia: Fundación Eguia Careaga, 2001, 2009.

SIIS-CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS. Los derechos de las personas mayores y el medio residencial, ¿cómo hacerlos compatibles? Donostia: SIIS-Fundación Eguía Careaga, 2005, 2011.

VILA, A. "Identificación de los aspectos normativos afectados por el desarrollo de los nuevos modelos de Atención Centrada en la Persona". País Vasco, Fundación Ingema, 2012. Disponible en: http://www.zuzenean.euskadi.net/s68-contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/Aspectos%20Normativos_final.pdf.

WILKINSON, AM. "Dementia Care Mapping: A pilot study of its implementation in a psychogeriatric service". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 1993, pp.1027-1029.

WILLIAMS, J., REES, J. "The use of 'dementia care mapping' as a method of evaluating care received by patients with dementia: an initiative to improve quality of life". *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1997, pp. 316-323.

WYLIE, K., MADJAR, I. AND WALTON, J. "Dementia Care Mapping: A person-centred approach to improving the quality of care in residential settings". *Geriaction*, 20 (2), 2002, pp. 5-9.

EVOLUCIÓN Y REFORMA DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

TONI VILÀ MANCEBO

Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP)
Universidad Autónoma de Barcelona

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.

2. IMPACTO DE LAS NORMAS POSTERIORES EN LA LAPAD.

2.1. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (aprobada por la Asamblea General de NNUU el 13.12.2006).

2.2. Estatutos de Autonomía reformados.

2.3. Leyes de servicios sociales.

3. REFORMAS DE LA LAPAD.

4. CONSIDERACIONES FINALES.

Palabras CLAVE

Legislación, autonomía, dependencia, servicios sociales, Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, Catálogo de Servicios y Prestaciones Económicas.

Resumen

Este artículo trata de la evolución y reformas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Primero, se analiza el impacto de las normas posteriores, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estatutos de Autonomía reformados y las leyes de servicios sociales autonómicas que deben tenerse en cuenta en el desarrollo y aplicación de la LAPAD y, segundo, se examinan las reformas directas de la ley, aprobadas en plena crisis, que debilitan los derechos, especialmente el de autonomía, y rebajan el importe y el contenido de las prestaciones y servicios. Las consideraciones finales señalan además el carácter economicista de las reformas, sin tener en cuenta los retornos económicos generados por la ley, las reducciones de las aportaciones del Estado, los conflictos competenciales generados, así como los elevados costes personales y sociales que están produciendo dichos recortes.

Keywords

Legislation, autonomy, dependency, social services, the System for Autonomy and Care for Dependency, List of Services and Financial Benefits.

Abstract

This article deals with the evolution and reform of the Law on the Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent Persons (LAPAD). First, we analyze the impact of later standards such as the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the reformed Statutes of Autonomy and regional social services laws to be taken into account in the development and implementation of the LAPAD and, second, we examine the direct reforms of the law, approved in the middle of the crisis and which undermine rights, especially those related to autonomy, as well as reducing the amount and scope of benefits and services. The final considerations also point out the economic nature of the reforms, regardless of the economic returns generated by law, reductions in state funds, jurisdictional conflicts generated, as well as the high personal and social costs produced by these cuts.

1. INTRODUCCIÓN.

“El abandono o los recortes graduales pero constantes de las formas comunitarias de seguro que el Estado ofrecía contra el fracaso y la mala suerte individuales privan la acción colectiva de buena parte de la atracción que ejercía en el pasado y socava los fundamentos de la solidaridad social”.

Zygmunt Bauman

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) tuvo una larga gestación. Los primeros estudios y propuestas proceden de las últimas décadas del siglo pasado, cuando empezaron a emerger síntomas del aumento de la población en situación de dependencia (Moran, 1999) y de la insuficiencia de los recursos disponibles para atenderlos (Rodríguez Cabrero, 1999; 2004; Casado, D., 2006). Este contexto exigía dispositivos específicos de atención y de financiación para la protección de dichas situaciones, como ya estaban haciendo algunos países europeos.

La LAPAD no partía de cero, ya existían en nuestro país múltiples servicios y prestaciones económicas a favor de las personas en situación de dependencia dispensados desde los distintos sistemas de bienestar social (salud, servicios sociales, seguridad social o educación), sin embargo, el sistema de protección presentaba carencias en la cobertura de dos colectivos, los menores de edad y las personas mayores de 65 años, que no disponían de prestaciones específicas y sólidas para la realización de las actividades de la vida diaria¹ (Vilà, 2006), e insuficiencia

financiera para afrontar los crecientes coste de atención a estas personas (Montserrat, 2004, 2006-7). Por otra parte, se disponía de investigaciones, de algunas experiencias innovadoras y de información comparada sobre los distintos modelos existentes a nivel internacional.

Todos estos elementos, que facilitaban un amplio conocimiento sobre la protección a las personas en situación de dependencia, fueron recopilados en el Libro Blanco de la dependencia en España (IMSERSO, 2005) que sirvió de base a los debates sobre las alternativas que podían configurar el modelo español (Cobo, 2006-7:18), que finalmente, a través de la LAPAD, adoptó el perfil siguiente: a) derecho subjetivo de ciudadanía; b) nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado (en adelante AGE); c) doble objetivo: la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia; d) igualdad y universalidad; e) prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante SAAD) incardinadas básicamente en el ámbito de los servicios sociales; f) gestión mixta público-privada; g) cooperación interadministrativa a través del Consejo Territorial del SAAD (en adelante CT); h) prioridad por los servicios sobre las prestaciones económicas; i) financiación mixta (Estado, CC.AA y usuarios). Por otra parte, se optó por fundamentar la capacidad legislativa estatal en el título competencial del artículo 149.1.1º CE que faculta al Estado para la regulación de las “condiciones básicas” que garanticen la igualdad de derechos y deberes constitucionales de todos los españoles, en lugar de otras alternativas, como el 149.1.17º CE que le atribuye mayor grado de competencia (legislación

¹ Las personas con discapacidad a partir de la edad laboral o la mayoría de edad disponían de medidas protectoras para esta contingencia, como la pensión de gran invalidez de la seguridad social contributiva, el complemento de la prestación de invalidez y de las prestaciones por familiares a cargo no contributivas o el subsidio de tercera persona de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). Las personas mayores aunque disponían de servicios domiciliarios, diurnos y residenciales, así como de prestaciones ocasionales, eran totalmente insuficientes.

básica y régimen económico de la seguridad social) (Cobo, 2006-2007, SIPOSO, 2008:59).

El desarrollo legislativo de la LAPAD, realizado desde la AGE, el CT y las CC.AA, de acuerdo con sus competencias, ha sido objeto de abundantes estudios e informes evaluativos elaborados desde distintas instancias públicas y privadas.² El Informe del Gobierno para la Evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, de 4 de noviembre 2011, dedica el Capítulo I al Análisis normativo y en el Anexo I³ detalla las normas estatales y autonómicas relacionadas con la LAPAD y las aprobadas para su desarrollo, asimismo las evalúa y efectúa propuestas para la mejora. Entre las cuestiones legislativas planteadas consideramos importantes las siguientes: a) normativa profusa, complicada y desigual; b) complejidad del sistema y gestión burocrática y lenta; c) ámbitos competenciales ambiguos; d) dificultades para aplicar la cooperación interadministrativa; e) escaso reconocimiento del papel de las Corporaciones locales; f) insuficiencia de las prestaciones de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía; g) disfunciones en el encaje de la LAPAD y la normativa de servicios sociales autonómica; h) dificultades en

la coordinación y/o integración sociosanitaria; i) dispersión de las prestaciones y ayudas con otras del ámbito de la discapacidad.

2. IMPACTO DE LAS NORMAS POSTERIORES EN LA LAPAD.

“De todos los fines conflictivos y sólo en parte conciliables que podamos perseguir, el prioritario es sin duda reducir la desigualdad. En condiciones de una desigualdad endémica resulta difícil alcanzar todas las demás metas deseables”.

Tony Judt

El análisis del proceso de desarrollo de la normativa relacionada con los servicios sociales durante la etapa democrática (ver tabla 1) muestra cómo progresivamente se fueron consolidando los derechos en este ámbito. La culminación de este proceso se alcanza en el año 2006, aunque debido a la tardanza de España en tomar medidas contra la crisis en algunas materias se extiende hasta el inicio de la década siguiente, a partir de la cual se produce el punto de inflexión del proceso, que se pone de relieve a través de las reformas normativas que ocasionan retrocesos significativos en todos los ámbitos del bienestar (salud, educación, seguridad social, trabajo, servicios sociales).⁴

² Entre los más destacados cabe citar: *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.*

³ http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ie_2011_informeevaluacion.pdf (acceso 23.4.2013), pp. 590 y ss.

⁴ Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público; Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social; Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público; Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral; Real Decreto-ley 14/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes de racionalización del gasto público en el ámbito educativo; Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones; Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad; Decreto-ley 1/2013, de 25 de enero, por el que se prorroga el programa de recualificación profesional de las personas que agoten su protección por desempleo y se adoptan otras medidas urgentes para el empleo y la protección social de las personas desempleadas.

Tabla 1. Proceso de desarrollo de la legislación.

| NORMATIVA | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 |
|---|-----------|--------|---------------|---------------|----------------|
| Constitución Española | 1978 | | | | |
| Estatutos Autonomía | 1979 → | 1983 | | 2006 → | 2011 |
| Leyes Servicios Sociales | | 1982 → | 1992 | 2006 → | 2010 Reforma |
| Seguridad Social no contributiva | | | 1990 | | |
| LAPAD | | | | 2006 | Reforma |
| Convención Derechos p. con discapacidad | | | | 2006 | ↓ |
| | Gestación | | Configuración | Consolidación | Crisis/Reforma |

Fuente: Elaboración propia.

En este proceso la LAPAD se convirtió en una referencia, ya que fue la primera que estableció con carácter general el derecho subjetivo en los servicios sociales y creó el correspondiente catálogo. Esta ley, por una parte, irrumpió en un marco legislativo que debió adaptarse a ella (Guillen y Vilà, 2007) y, por otra, a partir de su nacimiento recibe los impactos de nuevas leyes relacionadas con la discapacidad y los servicios sociales que exigen su adecuación. A estas últimas normas nos referimos a continuación.

2.1. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (aprobada por la Asamblea General de NNUU el 13.12.2006).

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (en adelante Convención) es un instrumento jurídico de primer orden que efectúa un cambio de paradigma al

situar esta norma en la órbita de los Derechos Humanos (Palacios y Bariffi, 2007). Por otra parte, ha sido firmada y ratificada por España y, por tanto, forma parte del ordenamiento jurídico español, que ha debido adaptar la legislación existente.⁵

Los preceptos de la Convención son, pues, aplicables a las personas con discapacidad y también a las que se hallan en situación de dependencia. A continuación se sintetizan algunos de los principios y derechos que establece a los que debe ajustarse la LAPAD:

- a) Principios: respeto de la dignidad y a la autonomía; no discriminación; participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; igualdad de

⁵ Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

oportunidades; accesibilidad; igualdad entre el hombre y la mujer; respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y a su derecho a preservar su identidad.

b) Derechos: igualdad y no discriminación; accesibilidad; libertad y seguridad de la persona; protección de la integridad personal; derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad; libertad de expresión y de opinión y acceso a la información; respeto de la privacidad; respeto del hogar y de la familia; participación en la vida política y pública, y en la vida social y cultural. Asimismo, se refiere a los derechos sociales (educación, salud, habilitación y rehabilitación, trabajo y empleo, nivel de vida adecuado y protección social), y efectúa unas referencias explícitas a dos colectivos especialmente vulnerables: las mujeres y la infancia con discapacidad.

Por otra parte, debe señalarse que la Convención y otros documentos relativos al ámbito de la discapacidad han realizado destacadas aportaciones para las construcciones teóricas del ámbito de la autonomía-dependencia y que actualmente tienen una gran influencia en el diseño de prácticas de atención integral centrada en la persona (Rodríguez Rodríguez, 2010:3).

Por tanto, la LAPAD y las normas de desarrollo deben ajustarse a los principios y a los derechos reconocidos en dicha Convención.

2.2. Estatutos de Autonomía reformados.

Los Estatutos de Autonomía (en adelante EA) iniciales (1979-83) y las modificaciones menores posteriores se referían primordialmente a los temas relacionados con la creación de las instituciones y la asunción de competencias. En cambio, los EA aprobados a partir del 2006 efectuaron reformas de mayor calado que incluían los derechos y deberes de los ciudadanos de la CA.⁶ Estas normas básicas autonómicas, que forman parte del bloque constitucional, distinguen -como hace la CE- entre los derechos, de aplicación inmediata con mecanismos de garantía, y los principios de aplicación diferida, que precisan para su eficacia de leyes que los desarrollen.

En concreto, durante el periodo 2006-2012 se aprobó la reforma de siete EA (ver tabla 2)⁷, que incluyen referencias explícitas a la autonomía personal y a las situaciones de dependencia y en los que se reconocen determinados derechos a este colectivo (ver tabla 3).⁸ Asimismo, los EA reformados reiteran la competencia exclusiva en servicios sociales que en algunos casos concretan y refuerzan con el fin de evitar interpretaciones restrictivas; por ejemplo, el

⁶ Con la excepción de Extremadura, cuyo EA opta por no establecer un cuadro diferencial de derechos y deberes de los extremeños: "Los derechos fundamentales de los extremeños son los establecidos en la Constitución [...] son deberes de los extremeños los previstos en la Constitución..." (art. 6.1 y 2).

⁷ Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana; Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña; Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears; Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía; Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón; Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León; Ley Orgánica 1/2011, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

⁸ Para ampliar: Vilà, A. (2010). Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales. Madrid: EAPN, pp. 38-92.

EA andaluz señala 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” (art. 42.2.1).⁹

Tabla 2. La nueva legislación de servicios sociales y la autonomía-dependencia.

| Año | Estatutos de autonomía reformados | Promoción de la autonomía y atención a la dependencia | Leyes autonómicas de servicios sociales |
|------|--|---|---|
| 2006 | C. Valenciana Catalana | LAPAD | Navarra |
| 2007 | Islas Baleares Andalucía Aragón Castilla y León | | Cantabria Cataluña |
| 2008 | | | Galicia País Vasco |
| 2009 | | | Aragón Islas Baleares La Rioja |
| 2010 | | | Castilla-La Mancha Castilla y León |
| 2011 | Extremadura | | |

Fuente: Elaboración propia.

Debe recordarse que los EA tienen una doble dimensión, ya que son la “norma institucional básica de cada Comunidad Autónoma” (art. 147.1 CE) y que además forman parte del ordenamiento jurídico estatal (“el Estado los re-

conoce y amparará como parte integrante de su ordenamiento jurídico”, 147.1 CE). Estas dimensiones y la exigencia de un procedimiento de aprobación y de reforma específico, determina su carácter de leyes orgánicas sui generis.

⁹ Definen su contenido (por ejemplo, Andalucía, art 42.1.1; Cataluña, art. 110; Aragón, art. 71) y concretan el alcance mínimo en la materia, que algunos EA extienden a las políticas de atención a personas dependientes (Islas Baleares), prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la dependencia (Castilla y León, Extremadura).

Tabla 3. Referencias de los EA a la autonomía-dependencia.

| CCAA | Referencias |
|--------------------|--|
| C. Valenciana | <ul style="list-style-type: none"> - Participación y protección de las personas mayores y de los <i>dependientes</i>. - Derecho de las familias a ayudas cuando incluyan personas mayores o menores <i>dependientes</i>. |
| Cataluña | <ul style="list-style-type: none"> - Derecho de las personas con necesidades especiales para mantener la <i>autonomía</i> personal en las actividades de la vida diaria y a recibir una atención adecuada. |
| Andalucía | <ul style="list-style-type: none"> - Las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos una protección y atención integral para la promoción de su <i>autonomía</i> personal y las personas con discapacidad y las que estén en situación de <i>dependencia</i> tienen derecho a acceder a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública necesarios para su desarrollo personal y social y como principio se establece que las personas en situación de dependencia deben gozar de una especial protección que les permita disfrutar de una digna calidad de vida. |
| Islas Baleares | <ul style="list-style-type: none"> - Las administraciones públicas deberán centrarse primordialmente, entre otros ámbitos, en la no discriminación y los derechos de las personas <i>dependientes</i> y de sus familias, a la igualdad de oportunidades, su participación y protección, a la integración y a la accesibilidad universal en cualquier ámbito de la vida pública, social, educativa y económica y concreta que las administraciones públicas les garantizaran en todo caso el derecho a las prestaciones públicas necesarias para asegurar su <i>autonomía</i> personal, su integración socio-profesional y su participación en la vida social, mediante una política de igualdad de oportunidades, desarrollando medidas de acción positiva y garantizando la accesibilidad espacial de las instalaciones, los edificios y los servicios públicos. |
| Aragón | <ul style="list-style-type: none"> - La promoción de la <i>autonomía</i> personal, estableciendo que los poderes públicos deben promover medidas que garanticen la <i>autonomía</i> y la integración social y profesional de las personas con discapacidades y su participación en la vida de la comunidad. |
| Castilla y León | <ul style="list-style-type: none"> - Las personas en situación de <i>dependencia</i> y sus familias tienen derecho a las prestaciones públicas necesarias para asegurar su autonomía personal, su integración socioprofesional y su participación en la vida social. |
| Castilla-La Mancha | <ul style="list-style-type: none"> - Las personas mayores y las personas con discapacidad tienen derecho a la garantía de la autonomía personal y a determinar el derecho a prestaciones y servicios para la protección de situaciones de necesidad, señala que deberá hacerse con especial consideración a las situaciones de dependencia. |

Fuente: Elaboración propia.

Además de estas referencias estatutarias directas a la autonomía-dependencia (ver tabla 3), debe considerarse la regulación que efectúan los EA de los servicios sociales ya que, como se ha expuesto, la LAPAD regula básicamente servicios sociales, aunque sólo sea parcialmente, y debe prevalecer las normas estatutarias en todo lo que no sean estrictamente “condiciones básicas”.

Por tanto, la aplicación e interpretación de la LAPAD y de las modificaciones debería realizarse a la luz de los preceptos contenidos en cada uno de los EA, teniendo en cuenta que el título competencial de la LAPAD sólo le habilita para la regulación de las “condiciones básicas”, que como ha señalado el Tribunal Constitucional no es sinónimo de “legislación básica”, “bases” o “normas básicas” y su objetivo no es otro que garantizar la igualdad de los ciudadanos que son los destinatarios de la norma, no las administraciones; es decir, permite al legislador estatal una “regulación”, aunque limitada a las condiciones básicas que garanticen la igualdad, que no el diseño completo y acabado de su régimen jurídico (STC 61/1997, FJ 7.b). El complejo equilibrio entre la competencia exclusiva autonómica en servicios sociales y el establecimiento de las condiciones básicas por parte del Estado en materia de servicios sociales para las personas en situación de dependencia propicia la generación de conflictos competenciales, algunos de los cuales ya han derivado en recursos de inconstitucionalidad por vulneración de las competencias autonómicas.¹⁰

¹⁰ La Generalitat de Catalunya ha interpuesto recursos de inconstitucionalidad contra las disposiciones adicionales 40ª y 71ª y disposición final 8ª de la Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012 y contra las disposiciones adicionales 81ª y 84ª de la Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013, que han sido admitidas a trámite por el pleno del TC el 9 de abril de 2013.

¹¹ Para ampliar: Vilà, A. (2010) Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales. Madrid: EAPN, pp. 104-229.

2.3. Leyes de servicios sociales.

Otro bloque normativo que tiene una relación directa con la LAPAD son las Leyes de servicios sociales promulgadas con posterioridad (ver tabla 2). Estas normas inician propiamente una nueva generación de leyes de servicios sociales (Guillen y Vilà, 2007: 148; Vilà, 2012) que en relación a la autonomía-dependencia presentan las características siguientes:¹¹

- a) Objetivos. Todas las leyes incorporan la promoción de la autonomía y la atención a las situaciones de dependencia como una de las finalidades de los servicios sociales.
- b) Derecho de acceso. Estas normas autonómicas establecen el derecho subjetivo de acceso a determinados servicios y prestaciones, entre los cuales se hallan los correspondientes a la LAPAD.
- c) Derechos y deberes. Se regulan con mayor detalle en las nuevas leyes y aunque no hay contradicciones con los establecidos por la LAPAD, tampoco son coincidentes; esta misma situación se aprecia en la regulación de las infracciones y sanciones.
- d) Servicios y prestaciones. Todas las normas incluyen la cartera y/o el catálogo de servicios sociales, aunque el grado de concreción es muy variado. Las nuevas leyes y/o sus normas de desarrollo incorporan los servicios y prestaciones de la LAPAD.

e) Organización. En algunos casos, las leyes prevén sistemas y organismos gestores autonómicos específicos para la promoción de la autonomía y atención a la dependencia, que podrían afectar a la unidad del sistema y contradecir el principio de la LAPAD que establece la integración de sus prestaciones en las redes de servicios sociales autonómicas.

f) Espacio sociosanitario. La coordinación y/o integración sociosanitaria está presente en mayor o menor medida en estas normas, aunque no se concretan formas operativas.

g) Financiación. Algunas de las nuevas leyes establecen para garantizar la financiación de los derechos subjetivos que los créditos presupuestarios para financiarlos son ampliables.

En general podemos concluir que las nuevas leyes de servicios sociales se han ajustado a los preceptos de la LAPAD, aunque persisten algunas disfunciones, duplicidades y diferencias (Vilà, 2012: 146-153) que derivan en una situación compleja que dificulta la aplicación e interpretación. Por otra parte, debe tenerse presente que esta legislación autonómica, en base a su competencia exclusiva, es de aplicación preferente en la correspondiente comunidad, con la única excepción señalada de las normas que regulen las "condiciones básicas" en relación a las personas en situación de dependencia.

3. REFORMAS DE LA LAPAD.

"La política ya no era necesaria para estabilizar la economía y dirigirla hacia el mayor bienestar social."

Xosé Carlos Arias y Antón Costas

En este apartado nos referimos a las modificaciones operadas directamente al texto de la LAPAD enumerados cronológicamente y señalando los cambios más relevantes introducidos.

- Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

El Capítulo III de esta norma se refiere a las medidas en materia de dependencia, que se completan con la Disposición adicional sexta. Estos primeros cambios se refieren a la retroactividad y al aplazamiento del pago de las cantidades adeudadas. Este RDL establece que a partir del 1 de junio de 2010 el plazo para resolver las solicitudes será de seis meses desde la fecha de presentación y, en consecuencia, el derecho de acceso a las prestaciones se genera a partir de la resolución en que se reconozca la concreta prestación a percibir. En caso de prestación económica reconocida, el derecho a percibirla se generará desde el día siguiente al de cumplimiento del plazo máximo de seis meses sin que se hubiera notificado resolución expresa de reconcomiendo de la prestación. Además de este aplazamiento, la citada disposición adicional permite retrasar y periodificar en pagos anuales las cuantías adeudadas en un plazo máximo de 5 años.

- Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.

La disposición final decimocuarta de este RDL introduce nuevos cambios que retrasan la puesta en marcha de las prestaciones a partir del quinto año de aplicación, mediante la modificación de la redacción de la disposición final primera, primer párrafo, de la LAPAD.

- Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012.

La disposición final octava de esta ley reforma nuevamente la disposición final primera de la LAPAD, retrasando el calendario de implantación de las prestaciones relativas al grado I, nivel 2. Para ello, diferencia entre las personas que tuvieran reconocida la prestación en el quinto año (que finalizaba el 31.12.2011) y las demás, que no podrán acceder al derecho hasta el 1.1.2014, igual que los que sean valorados con el grado I, nivel 1.

Por su parte, la disposición adicional cuadragésima suspende para el año 2012 la aplicación de los artículos de la LAPAD siguientes: 7.2, 8.2.a, 10, 32.3, párrafo primero, y de la disposición transitoria primera. En el preámbulo de esta Ley no se justifica esta súbita y radical medida que reduce las aportaciones estatales mediante la supresión del nivel acordado y que puede socavar la cooperación interadministrativa.

- Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013.

La disposición adicional octogésima cuarta de esta Ley prorroga la suspensión durante el año 2013 de la aplicación de los mencionados preceptos de la LAPAD relacionados con las aportaciones estatales correspondientes al nivel acordado.

Por otra parte, esta norma, en su disposición final décima sexta, añade un párrafo al final al artículo 23 de la LAPAD, relativo al servicio de ayuda a domicilio que, de forma excepcional y justificada, cuando lo disponga el Programa Individual de Atención (en adelante PIA), los servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar y los servicios relacionados con la atención personal podrán prestarse separadamente, opción que, como veremos, pocos meses después volverá a modificarse.

- Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Esta norma es, sin duda, la que introduce más cambios y de mayor calado en la LAPAD pudiendo calificarse de verdadera reforma en profundidad.¹² Dichas modificaciones se refieren a los aspectos siguientes:

a) Derechos y obligaciones.

Aportación de documentación (artículo 22, uno).
Se suprime el segundo párrafo del apartado 4

¹² Para algunos se trata de la fase de demolición: "...se agudiza con el Real Decreto-ley 20/2012, que supone la práctica destrucción del SAAD y el retroceso de los derechos de las personas en situación de dependencia y de sus familias...". X Dictamen del Observatorio. Enero, 2013. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, p. 3.

del artículo 4 de la LAPAD relativo a los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, que los eximia de la obligación de aportar datos o documentación que ya obraran en poder de la Administración pública que lo solicite o que la pueda obtener por sus propios medios.¹³

b) SAAD.

CT (Artículo 22, dos y Disposición adicional novena). Se modifica la denominación del “Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, que figuraba en el texto inicial de la Ley, que pasa a llamarse “Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (art. 8.1), y se amplían sus competencias como instrumento de cooperación en la “articulación de los servicios sociales”. Este cambio se justifica en la exposición de motivos debido a la necesidad de “simplificar las relaciones de coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas se refunden los anteriores Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales¹⁴ en un solo órgano...”; dicha conferencia se suprime. Por otra parte, el nuevo CT, que debe constituirse en el plazo máximo de 6 meses, se adscribe al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y otorga la presidencia al titular del ministerio, cuestiones que no figuraban en el texto de la LAPAD inicial.

Estas alteraciones inciden en otros preceptos de la LAPAD que se referían al CT y, por ende, se modifican con la nueva denominación los artículos 8.1, 9.1, 18.2, 19, 27.1 y 2.

c) Catálogo de servicios y prestaciones económicas.

Catálogo de servicios

- Servicio de ayuda a domicilio (artículo 22, ocho). Se reforma nuevamente esta prestación y el nuevo redactado del artículo 23 de la LAPAD establece que los servicios relacionados con las necesidades domésticas sólo podrán prestarse conjuntamente con los previstos de atención personal.

- Intensidad de la protección del servicio de ayuda a domicilio (Disposición transitoria duodécima). El RDL distingue dos grupos, el primero formado por los procedimientos que haya recaído resolución antes de la entrada en vigor de esta norma y el segundo integrado por los que no tengan resolución y los iniciados con posterioridad; esta norma fija las intensidades para el segundo grupo y señala que en el primero las Administraciones competentes podrán realizar las adaptaciones necesarias para ajustarlos a dichas intensidades. Estas disposiciones son aplicables hasta que se desarrollen reglamentariamente; es importante reparar en la extracción que efectúa esta norma de una competencia atribuida al CT (art. 8.2, c) para asignarla al Gobierno.

¹³ Este derecho de los ciudadanos está reconocido con carácter general en el artículo 35 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común: “F) A no presentar documentos no exigidos por las normas aplicables al procedimiento de que se trate, o que ya se encuentren en poder de la Administración actuante”.

¹⁴ La Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, constituida en el marco de las previsiones del artículo 4 de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, del Proceso Autonómico y del artículo 5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el fin de obtener la necesaria cooperación, colaboración y, en su caso, coordinación entre las actuaciones de las Comunidades Autónomas en materia de Asuntos Sociales, se registró por el presente Reglamento de Régimen Interior, elaborado y aprobado por la propia Conferencia.

Prestaciones económicas

- Cuidados en el entorno familiar (artículo 22, trece). Se añade un párrafo al final del apartado 1 del artículo 29, relativo a la elaboración del PIA, referido a la prestación económica por cuidados en el entorno familiar que establece que, no obstante lo establecido (“con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario”), la determinación de la prestación económica mencionada corresponderá a la Administración competente, a propuesta de los servicios sociales.

Por otra parte, se excluyen los efectos retroactivos de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar para las personas que no hayan empezado a percibirlos y a partir de la entrada en vigor de esta norma quedarán sujetas a un plazo suspensivo máximo de dos años. Igualmente se aplica al plazo suspensivo de dos años a las solicitudes de estas prestaciones económicas presentadas pendientes de resolución (Disposición adicional séptima y Disposición transitoria novena, respectivamente).

En relación al aplazamiento y periodificación de los efectos retroactivos de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar generados desde la fecha de la solicitud, podrán ser aplazados y su abono periodificado en pagos anuales en un plazo máximo de 8 años, si así se acuerda por la Administración competente (Disposición final primera).

- Seguridad Social de los cuidadores no profesionales (Disposición adicional octava y disposición transitoria decimotercera). A partir de la entrada en vigor de esta norma el

convenio especial de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales tendrá carácter voluntario y podrá ser suscrito por el cuidador no profesional y la Tesorería de la Seguridad Social; las cotizaciones serán a cargo exclusivo del suscriptor del mismo.

Los citados convenios existentes en la fecha de entrada en vigor del RDL se extinguirán el 31 de agosto de 2012, salvo que el suscriptor solicite su mantenimiento (Disposición transitoria decimotercera).

- Prestación económica de asistencia personal (artículo 22, siete). Se amplía esta prestación que en el artículo 19 inicial de la LAPAD se reservaba a las personas con una gran dependencia y que la reforma amplía a todas las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados.

- Cuantías máximas de las prestaciones económicas (Disposición transitoria décima). Establece las cuantías máximas de las prestaciones económicas, distinguiendo, según tenga o no reconocido el grado de dependencia a la entrada en vigor de esta norma. En el primer caso, se mantienen las cuantías máximas vigentes, excepto las correspondientes a las atenciones en el entorno familiar que especifica las cuantías, y, en el segundo, se fijan las nuevas. Dichas cuantías también se establecen provisionalmente hasta que se regulen reglamentariamente; nuevamente se produce el traspaso competencial del CT al Gobierno del Estado, como se ha comentado al tratar del servicio de atención domiciliaria.

Incompatibilidades

- Régimen de incompatibilidades (artículo 22, nueve). Se incorpora a la Ley añadiendo una Sección IV, compuesta por el nuevo artículo 25 bis, que establece los criterios y excepciones siguientes:

- Prestaciones económicas: son incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo; excepto con los servicios de prevención de la dependencia, de promoción de la autonomía personal y la teleasistencia.

- Servicios: son incompatibles entre sí, excepto el servicio de teleasistencia que será compatible con los de prevención de la dependencia, promoción de la autonomía personal, ayuda a domicilio y centros de día y de noche.

- Compatibilidad de las prestaciones que faciliten la permanencia en el domicilio: las administraciones públicas competentes podrán establecerla entre prestaciones para apoyo, cuidados y atención, siempre que la suma de estas prestaciones no sea superior, en su conjunto, a las intensidades máximas reconocidas a su grado de dependencia. Estas prestaciones tendrán la consideración de una única prestación.

d) Valoración dependencia.

- Baremos (artículo 22, diez). Se añade un inciso final al artículo 27.2 de la LAPAD en relación a este instrumento que concreta que el baremo oficial será único ("no será posible determinar el grado de dependencia mediante otros procedimientos distintos a los establecidos por este baremo").

- Supresión de la clasificación en niveles que establecía el artículo 26.2 inicial de la LAPAD (artículo 22, diez) para los tres grados. Este cambio implica la modificación de todas las disposiciones en que se hacía referencia a los niveles: artículos 4.4, 9.1, 14.6, 17.1, 18.2, 26.3, 27.1, 2 y 3, 28.3, 29.1, 30.1, 38.3, disposición adicional 9ª y disposición final 1ª.

Las personas que tuvieran reconocido un grado y nivel de dependencia no precisarán de un nuevo reconocimiento; no obstante, en caso de revisión el resultado se adaptará a la nueva estructura de grados (Disposición transitoria octava).

e) Financiación.

- Aportación de la AGE para la financiación del nivel mínimo de protección (Disposición transitoria undécima). Para fijar dicha aportación el RDL establece un doble criterio, según los beneficiarios a la entrada en vigor de la norma tuvieran o no la resolución sobre la situación de dependencia, indicando las cuantías correspondientes en cada caso.

f) Aplicación de la Ley.

- Puesta en marcha de la LAPAD (artículo 22, diecisiete). Se reforma una vez más la disposición final de la LAPAD para aplazar nuevamente su entrada en vigor, señalando que el quinto año que finaliza el 31.12.2012 corresponderá a quienes sean valorados en el grado I, nivel 2 y se les haya reconocido y luego hasta el 1 de julio de 2015 no corresponderá a quienes fueron valorados con el grado I, nivel 2 y los valorados con el grado I, nivel 1 o grado I.

La Resolución de 13 de julio de 2012 -la misma fecha del RDL- recoge los acuerdos adoptados por el CT, algunos de los cuales consideramos que precisaban previamente de soporte con rango de ley, que le otorga a posteriori el RDL. Otros acuerdos se refieren a cambios y concreciones relevantes para el sistema, entre los que cabe destacar:

a) Medidas de ahorro y reducción del déficit. Concretamente propone la reducción del 15% de las cuantías máximas de las prestaciones económicas por cuidado en el entorno familiar, cuyo porcentaje puede aumentarse por las CC.AA, comunicándolo al IMSERSO.

b) Criterios de asignación del nivel mínimo. Se pretende primar los servicios sobre las prestaciones económicas mediante la distribución del nivel mínimo de protección entre las

CC.AA ponderando positivamente la prestación de servicios respecto a la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, dejando su determinación a la vía reglamentaria, pero ya se adopta una tabla de reparto de evolución progresiva durante 5 años.

c) Criterios sobre capacidad económica y participación del beneficiario. Se establecen unos criterios mínimos comunes para la determinación de la capacidad económica personal, los criterios de determinación de la renta, para la determinación el patrimonio, de participación económica del beneficiario en el coste de las prestaciones y otros específicos en relación al servicio de atención residencial y a los otros servicios del catálogo.

Tabla 4. Síntesis de los principales impactos y reformas de la LAPAD.

| Impactos de normas posteriores | | |
|--|---|--|
| Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad | Principios: dignidad, autonomía, libertad de tomar las propias decisiones, participación, inclusión, accesibilidad, igualdad, ... Derechos y libertades: libertad y seguridad, integridad personal, vida independiente, igualdad, ... Derechos sociales: salud, educación, habilitación y rehabilitación, trabajo, protección social, nivel de vida adecuado, ... | |
| Estatutos de Autonomía reformados | Derechos y obligaciones: personas mayores, con discapacidad, en situación de dependencia, familia, ... Principios: autonomía / dependencia Competencia exclusiva en servicios sociales | |
| Leyes de servicios sociales | Regulación completa de este ámbito material Establecimiento del derecho a los servicios sociales Creación de los sistemas autonómicos de servicios sociales | |
| Reformas al texto de la LAPAD | | |
| RDL 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público | Derecho de acceso: a partir de la resolución Plazo para resolver: 6 meses Cuantías adeudadas: periodificación pagos anuales en 5 años | |
| RDL 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público | Aplicación de la ley: retraso del calendario | |
| L 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012 | Aplicación de la ley: retraso del calendario Suspende: aplicación del nivel acordado (aportaciones AGE, convenios, etc.) para el año 2012 | |
| L 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013 | Suspende: aplicación del nivel acordado (aportaciones AGE, convenios, etc.) para el año 2013 SAD: excepcionalmente compatibilidad atención hogar y personal | |
| L 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad | Derechos y obligaciones | Aportación: datos y documentos |
| | SAAD | Crea el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD (refunde CT y Conferencia Sectorial) |
| | Cartera servicios | SAD: - Servicios domésticos solo conjuntamente con los de atención personal - Se fija la intensidad de protección |
| | Prestaciones económicas | Cuidados entorno familiar: - Decisión: Administración, a propuesta de servicios sociales - Se excluyen los efectos retroactivos - Plazo suspensivo de dos años - Aplazamiento y abono periodificado en pagos anuales hasta 8 años Seguridad Social: convenio especial voluntario a cargo del cuidador Asistencia personal: para personas dependientes en cualquiera de sus grados Cuantías máximas: se fijan según tengan reconocido el grado dependencia |
| | Incompatibilidades | Concreta: régimen general de incompatibilidades y las excepciones |
| | Valoración | Baremos: únicamente el procedimiento establecido Supresión clasificación en niveles: solo 3 grados |
| | Financiación | Nivel mínimo: fija la aportación, según los beneficiarios tuvieran o no la resolución sobre la situación de dependencia Mantiene: obligación de las CCAA de aportar igual que AGE |
| | Aplicación de la ley | Retraso calendario aplicación de la ley Para el grado I hasta julio de 2015 |

4. CONSIDERACIONES FINALES.

“Estamos a punto de pasar página a un concepto secular: el concepto de justicia social basado en mecanismos redistributivos”.

Pierre Rosanvallon

A modo de epílogo se presentan algunas consideraciones finales sobre las modificaciones de la LAPAD. No se trata de una valoración de la Ley -ya existen, como se ha señalado, abundantes evaluaciones, a las que remitimos a las personas interesadas-, sino de unos breves comentarios sobre algunos de los cambios y reformas efectuados (ver tabla 4); para ello, se han agrupado los comentarios en los puntos siguientes:

1. Derechos. Parece que durante el trayecto, debido a las consecuencias de la crisis económica, se ha diluido la finalidad de la LAPAD que, como señalaba en la exposición de motivos, no es otra que “atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”. Todo ello a pesar de que estos objetivos posteriormente se han visto jurídicamente reforzados con los preceptos de la Convención, los derechos y deberes de los EA reformados y la nueva generación de leyes autonómicas de servicios sociales.

Las reformas efectuadas han debilitado el contenido de los derechos reconocidos, debido a las medidas adoptadas (rebaja de la intensidad y las cuantías, aumento de las aportaciones de los usuarios y reducción de la financiación

pública, retrasos en la aplicación de la Ley y en la percepción las cantidades adeudadas, etc.) que consideramos perjudican en exceso a este colectivo y que, por ello, convendría reflexionar sobre la legitimidad y la proporcionalidad de la contribución que se exige a estas personas tan vulnerables y a sus familias para la solución de la crisis e incluso debería valorarse si los niveles de protección mínimos actuales son suficientes para garantizar la dignidad que proclama la Constitución.

2. Autonomía personal. Una de las características básicas del modelo es su doble vertiente: derecho a la autonomía y protección a la dependencia; no obstante, la propia Ley sesgó su acción protectora hacia el soporte a la dependencia y las reformas no sólo no han potenciado las medidas de prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía sino que han acentuado la diferencia, mediante el incremento de la rigidez del sistema y la uniformidad de las prestaciones y servicios (régimen incompatibilidades, ampliación requisitos, determinación de intensidades, etc.), con algunas excepciones (asistencia personal para todos los grados y compatibilidad parcial en los servicios y prestaciones en el domicilio), y suprimiendo directamente la capacidad de elección en el caso de la prestación económica de atención en el entorno familiar.

Consideramos que las citadas rigideces y especialmente el citado traslado de la capacidad de decisión del beneficiario a la Administración colisiona frontalmente con 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.

Los debates sobre esta cuestión deberían centrarse en cómo hacer efectivo del derecho a la autonomía reconocido por la LAPAD y la Convención y, para ello, los servicios y prestaciones deberían adaptarse a las decisiones del beneficiario (y no al revés). Por otra parte, sería conveniente establecer otros dispositivos para hacer compatible dicho derecho con otros, como la equidad y la igualdad -no la uniformidad-, los dirigidos a evitar la feminización de los cuidados o la creación de empleo.

3. Forma. Aprovechar la técnica legislativa de urgencia para situaciones de crisis económica no parece la mejor para reformar la LAPAD, ya que no sólo ha sustraído el necesario debate social y político sobre las modificaciones, sino que el proceso ha sido precipitado y parcial y el resultado adolece de un marcado carácter economicista. Muchas de las ineficiencias detectadas en las evaluaciones y las propuestas de mejora no se han introducido en las reformas.

Después de la evaluación de la LAPAD por parte del Gobierno, parecía necesario un amplio debate y reflexión social que, teniendo en cuenta el cambio de contexto experimentado

desde su aprobación, propiciara consensos para racionalizar el SAAD, determinar las prioridades y garantizar los derechos y su sostenibilidad.

4. Financiación. Los derechos reconocidos en la LAPAD, como todos los derechos sociales, requieren una financiación suficiente para poder garantizarlos. En las reformas de la ley se han priorizado los recortes de las prestaciones y la reducción del gasto¹⁵ en detrimento de los derechos reconocidos, sin valorar tampoco los retornos económicos derivados de los servicios y prestaciones, así como otros efectos secundarios (pérdida de empleos e incremento del trabajo sumergido, deterioro de la calidad de los servicios o incrementos de las listas de espera) ni los enormes costes humanos y sociales que producirán las medidas adoptadas. Todos estos elementos deberían tenerse en cuenta para evaluar la relación coste-beneficio de las medidas.

Por otra parte, en el tema de las reducciones, además de la progresiva disminución de la financiación estatal para el nivel mínimo,¹⁶ sobresale la suspensión -por el momento durante los ejercicios 2012 y 2013- de diversos preceptos de la LAPAD configuradores del nivel de protección acordado. Esta modificación unilateral del Estado podría vulnerar el principio¹⁷ de lealtad institucional,¹⁸ ya que afecta a

¹⁵ "El "frenazo" a la financiación del SAAD se percibe claramente en el gasto por habitante/año para esta política (estancado en 113 € hab/año) y en la reducción del aporte por dependiente atendido que ya se reduce a 7.000,00 €/año/dependiente atendido" [...] "Los recortes en este último año suponen efectos consolidados de estos ahorros para el ejercicio 2013 ascenderán a más de 850 M€. La supresión del Nivel Convenido y la reducción del 13,2 % del Nivel Mínimo garantizado a las CC.AA, la supresión de las cotizaciones a la Seguridad Social por las personas cuidadoras familiares..." X Dictamen, op. Cit. pp. 13 y 19.

¹⁶ "En materia de financiación del sistema, se reduce en más del 13 por 100 las cuantías a entregar por parte de la Administración Central a las CC.AA por el Nivel Mínimo (cuando el Nivel Acordado ya había sido suprimido), de esta manera que se abunda en el recorte que pone en claro peligro la sostenibilidad del Sistema" X Dictamen, op. cit. p. 15.

¹⁷ "En términos generales, es un principio que ha de presidir la relación entre administraciones públicas, a fin de garantizar el funcionamiento eficaz del Estado descentralizado y que es consubstancial a las diversas formas de colaboración entre el Estado y los entes que lo integran". Dictamen del Consejo de Garantías Estatutarias de Cataluña núm. 11/2012 cit., p. 77.

¹⁸ Plataforma en defensa de la Ley de Dependencia, Valencia: Denuncian la "deslealtad" del Gobierno con las CC.AA en materia de dependencia <http://dependenciavalencia.blogspot.com.es/2012/05/denuncian-deslealtad-del-gobierno-con.html>.

la misma estructura cooperativa que establece la Ley y al marco estable de recursos y servicios del SAAD. Esta decisión y la recentralización de competencias han reavivado los conflictos competenciales.¹⁹

Finalmente, debe ponerse de relieve la escasa importancia que tanto la LAPAD como las reformas conceden a las Corporaciones locales. Esta actitud contrasta con las competencias atribuidas y las importantes aportaciones técnicas y económicas que efectúan en la aplicación de dicha Ley; por ello, consideramos que debería valorarse, en estos momentos de revisión de la normativa del régimen local,²⁰ el papel de las administraciones locales.

BIBLIOGRAFÍA.

AEVAL. 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, 2009. Disponible en: <http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/E13.pdf> [Acceso 5.3.2013].

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES EN SERVICIO SOCIALES. X Dictamen del Observatorio. Enero, 2013. Disponible en: http://www.trabajosocialburgos.org/documentos/noticias_157_1359102615.pdf [Acceso 5.3.2013].

CASADO, D. (dir.) Respuestas a la dependencia. Madrid: Editorial CCS, 2004.

CASADO, D. "Aproximación a la dependencia funcional", Documentación Social, núm. 141, (abril-junio, 2006), pp. 11-22.

CASADO, D. Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia. Madrid: Editorial CCS, 2011.

CAYO, L. (dir.) La protección a las situaciones de dependencia en España. Una alternativa para la atención de las personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad. Madrid: CERMI, 2004.

CERVERA, M. et al. 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. Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf> [Acceso 8.3.2013].

IMSERSO. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: IMSERSO, 2005. Disponible: <http://www.im-sersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf> [acceso 23.04.2013].

COBO, P. "El desarrollo e implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y de sus prestaciones desde la Administración General del Estado: normas y criterios comunes" en Documentación Administrativa, núm. 276-277 (septiembre-diciembre, 2006 y enero-abril 2007), pp. 15-38.

¹⁹ Ver Dictámenes del Consejo de Garantías Estatutarias de Cataluña núm. 12/2012, de 22 de agosto, sobre la disposición adicional cuadragésima y la disposición final octava de la Ley 2/2012, de 29 de junio, de presupuestos generales del Estado para el año 2012 y núm. 11/2012, de 22 de agosto, sobre el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

²⁰ Nos referimos al Anteproyecto de Ley de racionalización y sostenibilidad de la administración local (versión 18.2.13) y sus repercusiones en la aplicación de la LAPAD, ya que reduce las competencias de los municipios a la "Evaluación e información, de situaciones de necesidad social, y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social" (art. 25.2, e).

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, núm. núm. 276-277 (septiembre-diciembre 2006 y enero-abril 2007), pp. 15-38.

COBO, P. "La relación entre el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y el Sistema de Seguridad Social: entre concurrencia y complementariedad" en Documentación Administrativa, núm. 276-277 (septiembre-diciembre 2006 y enero-abril 2007), pp.

EDAD & VIDA (2004). Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Barcelona: Edad & Vida, 2004.

GUILLEN, E. y VILÀ, A. "Los cambios legislativos recientes en materia de servicios sociales", en CASADO, D. y FANTOVA, F. (coord.) Perfeccionamiento de los servicios sociales en España, Madrid: Fundación Foessa, 2007, pp. 147-175.

GUILLEN, E. y VILÀ, A. "Impacto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en los servicios sociales de las Comunidades Autónomas", en CASADO, D. y FANTOVA, F. (coord.) Perfeccionamiento de los servicios sociales en España, Madrid: Fundación Foessa, 2007, pp. 177-205.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Informe del Gobierno para la Evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 4 de noviembre 2011. Disponible: [\[sersomayores.csic.es/documentos/documentos/mpsi-evaluaciondependencia-01.pdf\]\(http://sersomayores.csic.es/documentos/documentos/mpsi-evaluaciondependencia-01.pdf\) \[acceso 23.04.2013\].](http://www.im-</p></div><div data-bbox=)

MONTSERRAT, J. "Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual", en Casado (dir.) Respuestas a la dependencia, Madrid, 2004, Editorial CCS, pp. 77-108.

MONTSERRAT, J. "Evolución y perspectivas de la financiación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia", en Documentación Administrativa, núm. núm. 276-277 (septiembre-diciembre 2006 y enero-abril 2007), pp. 15-38.

MORAN, E. (1999) "Estimación de la población dependiente y sus características sociodemográficas", en Rodríguez Cabrero, G. (coord.) La protección social de la dependencia, Madrid, IMSERSO, 1999, pp.111-161.

PALACIOS, A y BARIFFI, F. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Madrid: Ediciones Cinca, 2007. Disponible: <http://www.inlatina.org/educacion-inclusiva/doc-materiales/la-discapacidad-como-una-cuestion-de-derechos-humanos.pdf> [acceso 23.4.2013]

PUYOL, R. y ABELLÁN, A. Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistance, 2006.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) La protección social a la dependencia. Madrid: IMSERSO, 1999.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. "La población dependiente española y sus cuidadores", en Casado (dir.) *Respuestas a la dependencia*, Madrid, 2004, Editorial CCS, pp. 53-76.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. "El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia" en Informe 87/2006. Madrid: Fundación Alternativas.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. "La atención integral centrada en la persona". Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 106. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf> [acceso 23.4.2013].

SIPOSO, *Anotaciones a la LAAD*, Madrid, Polibea, S.L., 2008.

VILÀ, A. "Presente y futuro de la regulación de la protección social a la dependencia en España", *Documentación social*, 141, (abril-junio 2006), pp. 45-64.

VILÀ, A. *Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales*. Madrid: EAPN, 2009.

VILÀ, A. "La nueva generación de leyes autonómicas de servicios sociales", *Azarbe*, n. 1/2012, pp. 143-155.

FISCALIDAD DE LA DEPENDENCIA Y LAS PENSIONES. ESTUDIO COMPARADO EN ESPAÑA Y EUROPA. PROPUESTAS DE BUENAS PRÁCTICAS

MIGUEL DE HARO IZQUIERDO

Abogado. Doctor en Derecho

Profesor de Derecho Financiero y Tributario de la UCM

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.

2. LA FISCALIDAD Y SUS INCENTIVOS COMO COMPLEMENTO Y ALTERNATIVA A LAS AYUDAS DIRECTAS DE LOS MAYORES Y DEPENDIENTES.

3. SITUACIÓN DE LA FISCALIDAD EN ESPAÑA DE LOS MAYORES Y DEPENDIENTES. ESPECIAL REFERENCIA AL IRPF.

3.1. Rentas exentas en el IRPF.

3.2. Reducciones por aportaciones y contribuciones a Sistemas de Previsión Social.

3.3. Límites conjuntos de las aportaciones y contribuciones a Sistemas de Previsión Social.

4. ESTUDIO COMPARADO DE LAS DEDUCCIONES AUTONÓMICAS EN MATERIA DE MAYORES Y DEPENDIENTES.

5. ESTUDIO COMPARADO DE LAS DEDUCCIONES EN EUROPA EN MATERIA DE MAYORES Y DEPENDIENTES.

6. CONCLUSIONES.

Palabras CLAVE

Dependencia, mayores, pensiones, incentivo fiscal, política fiscal, deducciones, políticas públicas, derecho comparado, Europa.

Resumen

Uno de los grandes retos de nuestras sociedades para los años venideros será la transición demográfica. Un mayor gasto en mayores y dependientes como causa de una mayor longevidad que irá acompañada de una menor tasa de ocupación laboral producirá serias dificultades para poder mantener el sistema social del bienestar. El presente artículo pretende justificar cómo por medio del establecimiento, por parte de los poderes públicos, de medidas de incentivo de carácter fiscal, como las deducciones o exenciones a favor de los mayores y dependientes puede ser una medida de política fiscal que complemente la ayuda directa concedida por los entes públicos.

Keywords

Dependency, older people, pensions, tax incentives, tax policies, deductions, public policies, comparative law, Europe.

Abstract

One of the greatest challenges for our society over the coming years will be that of demographic change. There will be an increase in the amount investment in older people, as a consequence of an increase in people's longevity and greater unemployment. All of these issues will make it very difficult to sustain the current welfare system. This article seeks to justify how the administration by establishing tax incentives, such as tax deductions or tax exemptions, can benefit dependent older people; decisions by this government can directly aid the economy.

1. INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la sociedad, en términos generales, pero especialmente en la Unión Europea se debe, principalmente, a la mayor esperanza de vida. Las previsiones de Eurostat indican que el porcentaje de personas de 65 años de edad y más en el conjunto de la población aumentará del 17,1% desde el año 2008 al 30% en 2060. La proporción media entre las personas en edad de trabajar (15-64 años) y las de 65 años o más, variará del 4:1 actual al 2:1 en el año 2050. Gran parte de las personas activas, laboralmente hablando, abandonarán el mercado laboral entre 2026 y 2030.

La pirámide de edad europea cambiará drásticamente durante las próximas décadas. Hasta 2060, la población total aumentará ligeramente: habrá 517 millones de habitantes frente a 502 millones en 2010. Pero su edad será mucho mayor: el 30% tendrá al menos 65 años. Es un dato positivo la mayor longevidad de las personas, pero el hecho de que más personas vivan más tiempo puede plantear problemas graves a las economías y los sistemas de seguridad social, especialmente en las economías de los países comunitarios.

En las próximas décadas, para todos los países europeos la transición demográfica se considera como uno de los más importantes retos que tiene planteada la UE, y por ende de todos y cada uno de sus miembros.

El presente artículo pretende justificar como a través del establecimiento y concesión, por parte de los poderes públicos, de medidas de incentivo, como las deducciones y exenciones de carácter fiscal para los mayores y dependientes puede ser una medida de política fiscal

que complemente la ayuda directa o la subvención de dicho sector de la población.

2. LA FISCALIDAD Y SUS INCENTIVOS COMO COMPLEMENTO Y ALTERNATIVA A LAS AYUDAS DIRECTAS DE LOS MAYORES Y DEPENDIENTES.

La obligación principal encomendada a las Administraciones Públicas es la de sustentar y apoyar las políticas sociales de los mayores y la dependencia, ya que al sector público le vienen asignadas directamente, por norma constitucional, las funciones de promoción e impulso de la política a favor de la tercera edad.

Un aspecto crucial de las políticas de apoyo de las Administraciones Públicas a la vejez, se desarrolla en el ámbito de los recursos presupuestarios. La asignación de dichos recursos pueden ser realizados esencialmente a través de dos líneas de apoyo e incentivo, la primera, por medio del establecimiento de políticas y medidas que conlleven un gasto público directo o con una repercusión inmediata en los presupuestos generales, vinculadas normalmente a las subvenciones, vía principal que se desarrolla en la actualidad, concretamente por medio de la Ley de la Dependencia, que promulga esta asunción del coste por parte de la Administración General del Estado. Una segunda vía de apoyo, establecida mediante la concesión y establecimiento de beneficios fiscales, que si bien no generan un gasto público directo e inmediato, suponen indirectamente una reducción global de los ingresos tributarios.

Aunque en ambos casos se entiende que hay un gasto público, el origen de ambas figuras es distinto. La subvención, implica normalmente una efectiva salida de fondos presupuestarios, y su correspondiente desplazamiento patrimonial.

En el supuesto de las exenciones, y por tanto también de los beneficios fiscales, no se produce esta salida de fondos y disposición de patrimonio, incluso cuando en la Hacienda se dé una renuncia a un ingreso en cuanto al gasto público. Los efectos de ambas políticas, por un lado las subvenciones, y por otro lado los incentivos fiscales, que en muchas ocasiones pueden y deben ir acompañadas en su establecimiento por parte de los poderes públicos, generan una serie de consecuencias muy diferentes para los sujetos pasivos.

La ayuda directa mediante la concesión de subvenciones establece un mayor protagonismo a las administraciones y gobiernos que serán las que decidirán los sujetos pasivos, y el ámbito de la actividad que se pretende impulsar, por lo que se acota y limita el ámbito de acceso a las mismas por una decisión previa de los concedentes de la subvención. El proceso de concesión de las subvenciones puede aportar una mayor transparencia en su otorgamiento, aunque esta mayor transparencia va acompañada de una importante estructura administrativa que permita el seguimiento y control administrativo de las mismas, por lo que en última instancia se generan mayores costes por parte de las administraciones para su seguimiento.

El establecimiento de incentivos fiscales, es en principio, de acceso directo a un mayor número potencial de sujetos pasivos que se acogan al beneficio fiscal. La apertura de su concesión genera, a la vez, una mayor respuesta y abanico de posibilidades a diferentes sujetos. Los incentivos fiscales aunque deberán ser en algunos casos comprobados y verificados en el cumplimiento de sus condiciones de aplicación, generan un menor coste administrativo.

La materia tributaria representa una de las principales herramientas a través de las cuales se puede realizar, por parte de las Administraciones Públicas, un impulso y fomento de las políticas de apoyo de carácter social y apoyo a la tercera edad.

El artículo 2.1., párrafo segundo de la Ley General Tributaria, Ley 58/2003 de 17 de diciembre, reconoce como figura esencial, aunque no prioritaria, del tributo la utilización del mismo para fines de ordenación del Estado y las Administraciones Públicas, aunque es importante hacer especial referencia a que la finalidad esencial del tributo es la fiscal, así lo indica el artículo 31 de la CE por el cual se establece el deber de contribuir al sostenimiento de los gastos públicos mediante un sistema tributario justo. Junto a la función recaudatoria, recordemos que el apartado 1 del artículo 2 de la LGT indica expresamente y define los tributos como ingresos públicos que consisten en prestaciones pecuniarias exigidas por una Administración Pública como consecuencia de la realización del supuesto de hecho al que la ley vincula el deber de contribuir, con el fin primordial de obtener los ingresos necesarios para el sostenimiento de los gastos públicos.

Los tributos, en su configuración actual, no sólo vienen determinados por la finalidad única de obtener los ingresos necesarios con los que hacer frente al gasto público, no responden, por tanto, al objetivo de la obtención de sumas de dinero por medio de la recaudación destinadas para el gasto, esto es, para vincular a efectos presupuestarios la conexión entre el ingreso-gasto. Son principios en los que no sólo se inspira todo el sistema financiero, sino que también se debe reconocer en los tributos la finalidad y la consecución de otros fines no

meramente recaudatorios que se encuentran amparados y recogidos por la Constitución Española.

La función de los tributos no se limita en exclusiva, a la función de recaudar y obtener financiación para los servicios públicos de las diferentes Administraciones Públicas, sino que disponen de una finalidad dirigida a obtener una mayor equidad en la distribución de la riqueza. Hablamos, por tanto, de una característica específica del tributo, que independientemente de su finalidad principal ya comentada, responde a lo que se denomina “tributos de ordenamiento”. Tributos que sin ser por sí mismos una categoría específica en su configuración doctrinal, sin embargo les caracteriza una particularidad diferenciadora que consiste, en última instancia, en el hecho de que por medio de su establecimiento regulan una finalidad no meramente recaudatoria sino de instrumento de la política general por los que atender a la realización de los principios y fines contenidos en la Constitución. Así, los tributos del ordenamiento, facilitan, por un lado, la corrección y realización de actividades perjudiciales a la sociedad en su conjunto, mediante la no realización o mitigación de determinadas actividades dañinas, que son corregidas mediante el sufragio de los costes de su realización a la sociedad. Por otro lado, los tributos del ordenamiento, establecidos para favorecer o incentivar el desarrollo de actividades beneficiosas que promocionan e impulsan el desarrollo de dichas acciones, suponen una mejora general y directa sobre el conjunto de la población.

El Tribunal Constitucional ha mantenido una línea interpretativa clara sobre la admisión, desde un punto de vista constitucional, que por parte del legislador se establezcan impuestos

que, sin desconocer o contradecir el principio de capacidad económica, estén orientados al cumplimiento de fines o a la satisfacción de intereses públicos que la Constitución preconiza o garantiza. En este sentido es de destacar, entre otras, la STC 19/1987, de 17 de febrero de 1987, fundamento jurídico 4, la STC, 221/1992, de 11 de diciembre de 1992, fundamento jurídico 4, la STC 37/1987, fundamento jurídico 13, así como la STC 134/1996, de 22 de julio, fundamento jurídico 8, Sentencia del Tribunal Constitucional 57/2005, de 14 de marzo, Fundamento Jurídico Número 4.

La utilización de instrumentos fiscales, de política tributaria, con la finalidad de fomentar, promocionar, estimular e incentivar a determinadas actividades o sectores económicos en el marco de la dinamización de la economía nacional, se deben entender como generalmente aceptados, ya que su establecimiento se debe admitir conforme a derecho, y por tanto, perfectamente lícito, en cuanto que están reconocidos en nuestro texto constitucional.

El establecimiento del beneficio fiscal, por tanto, no puede entenderse como una confrontación con el principio de justicia tributaria, al establecer por Ley, el Estado configura un aliento o promoción de determinadas actividades o situaciones, lo que en última instancia se produce es un cambio o modificación del tipo de aportación del sujeto pasivo al interés general. Y un cambio en la modalidad de aportación a la comunidad, porque realmente el sujeto pasivo, en un momento determinado, puede efectivamente beneficiarse fiscalmente de unos incentivos que en términos meramente recaudatorios pueda parecer que “contribuye en menor medida”, pero sin embargo su aportación al bien común de la sociedad,

mediante el impulso y desarrollo de una determinada actividad que produce riqueza, conocimiento, desarrollo y mejora de las condiciones de vida de la comunidad, genera una mayor riqueza en términos totales al interés general de la sociedad, o al menos la misma, que si únicamente se viese obligado a contribuir en términos únicamente monetarios a los gastos públicos.

Lo referido creemos que justifica, ante situaciones de un déficit de la disposición de fondos disponibles para las ayudas directas y las subvenciones, que los incentivos fiscales pueden ser una propuesta de gasto indirecto que acompañe el mantenimiento y el impulso de políticas fiscales a favor de los mayores y las personas dependientes.

3. SITUACIÓN DE LA FISCALIDAD EN ESPAÑA DE LOS MAYORES Y DEPENDIENTES. ESPECIAL REFERENCIA AL IRPF.

El IRPF, en su regulación normativa actual, Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, establece como elementos que son objeto de tributación, integrados y formando parte de la base imponible general, los rendimientos del trabajo, calificando dentro de dichos rendimientos, entre otros:

1. Las pensiones y haberes pasivos percibidos de los regímenes públicos de la Seguridad Social y clases pasivas y demás prestaciones públicas por situaciones de incapacidad, jubilación, accidente, enfermedad, viudedad, o similares, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley reguladora del IRPF.
 2. Las prestaciones percibidas por los beneficiarios de mutualidades generales obligatorias de funcionarios, colegios de huérfanos y otras entidades similares.
 3. Las prestaciones percibidas por los beneficiarios de planes de pensiones y las percibidas de los planes de pensiones regulados en la Directiva 2003/41/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de junio de 2003, relativa a las actividades y la supervisión de fondos de pensiones de empleo.
 4. Las prestaciones percibidas por los beneficiarios de contratos de seguros concertados con mutualidades de previsión social, cuyas aportaciones hayan podido ser, al menos en parte, gasto deducible para la determinación del rendimiento neto de actividades económicas, u objeto de reducción en la base imponible del Impuesto.
 5. Las prestaciones percibidas por los beneficiarios de los planes de previsión social empresarial.
- Asimismo, las prestaciones por jubilación e invalidez percibidas por los beneficiarios de contratos de seguro colectivo, distintos de los planes de previsión social empresarial, que instrumenten los compromisos por pensiones asumidos por las empresas, en los términos previstos en la disposición adicional primera del texto refundido de la Ley Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, y en su normativa de desarrollo, en la medida en que su cuantía exceda de las contribuciones imputadas fiscalmente y de las aportaciones directamente realizadas por el trabajador.
6. Las prestaciones percibidas por los beneficiarios de los planes de previsión asegurados.

7. Las prestaciones percibidas por los beneficiarios de los seguros de dependencia conforme a lo dispuesto en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

Podemos indicar que las rentas, en términos generales, derivadas de la obtención y percepción de pensiones por parte de personas mayores son consideradas como rendimientos del trabajo, y que dichos rendimientos están sujetos a tributación, con carácter anual, en función de las características personales del contribuyente.

3.1. Rentas exentas en el IRPF.

La norma del IRPF, Ley 35/2006, de 28 de noviembre, regula al igual que la sujeción al impuesto de las cantidades percibidas en concepto de pensiones, una serie de rentas que se encuentran exentas del impuesto, tales como:

1. En primer lugar debemos hacer referencia al mínimo del contribuyente que es, con carácter general, de 5.151 euros anuales, y entre otros supuestos, en aquellos casos en el que el contribuyente tenga una edad superior a 65 años, el mínimo se aumentará en 918 euros anuales. Si la edad es superior a 75 años, el mínimo se aumentará adicionalmente en 1.122 euros anuales. Tenemos, por tanto la primera atención especial de los mayores desde un punto de vista fiscal al reconocer un mínimo vital del contribuyente superior para los mayores, y más favorable para los de más edad entre los mayores.

2. Las prestaciones económicas percibidas de instituciones públicas con motivo del acogimiento de personas con discapacidad, mayores

de 65 años o menores, sea en la modalidad simple, permanente o preadoptivo o las equivalentes previstas en los ordenamientos de la Comunidades Autónomas, incluido el acogimiento en la ejecución de la medida judicial de convivencia del menor con persona o familia previsto en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

3. Igualmente están exentas las ayudas económicas otorgadas por instituciones públicas a personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65 por 100 o mayores de 65 años para financiar su estancia en residencias o centros de día, siempre que el resto de sus rentas no excedan del doble del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM), que asciende a 14.910,28 euros (7.455,14 x 2).

3.2. Reducciones por aportaciones y contribuciones a Sistemas de Previsión Social.

Dentro del ámbito de la normativa estatal del Impuesto Personal de las Personas Físicas, la ley del IRPF establece una serie de incentivos fiscales a las personas mayores, o a aquellos que realicen aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social, a favor de mayores dependientes y familiares que acogen a sus progenitores mayores o deducciones a contribuyentes por edad.

Dichos beneficios fiscales o deducciones son regulados por un lado de manera independiente, para el régimen tributario de las reducciones recogidas en el artículo 51 de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, que establece la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, de cada uno de los sistemas de previsión social:

1. Planes de Pensiones.

Los planes de pensiones definen el derecho de las personas a cuyo favor se constituyen a percibir rentas o capitales por jubilación, supervivencia, viudedad, orfandad o invalidez, las obligaciones de contribución a los mismos y, en la medida permitida por la presente Ley, las reglas de constitución y funcionamiento del patrimonio que al cumplimiento de los derechos que reconoce ha de afectarse.

Constituidos voluntariamente, sus prestaciones no serán, en ningún caso, sustitutivas de las preceptivas en el régimen correspondiente de la Seguridad Social, teniendo, en consecuencia, carácter privado y complementario o no de aquéllas.

Las aportaciones anuales máximas a los planes de pensiones regulados en la presente Ley se adecuarán a lo siguiente:

- a. El total de las aportaciones y contribuciones empresariales anuales máximas a los planes de pensiones regulados en la presente Ley no podrá exceder de 10.000 euros. No obstante, en el caso de partícipes mayores de 50 años la cuantía anterior será de 12.500 euros.
- b. El límite establecido en el párrafo anterior se aplicará individualmente a cada partícipe integrado en la unidad familiar.
- c. Excepcionalmente, la empresa promotora podrá realizar aportaciones a un plan de pensiones de empleo del que sea promotor cuando sea preciso para garantizar las prestaciones en curso o los derechos de los partícipes de planes que incluyan regímenes de

prestación definida para la jubilación y se haya puesto de manifiesto, a través de las revisiones actuariales, la existencia de un déficit en el plan de pensiones.

Podrán reducirse en la base imponible general las aportaciones realizadas por los partícipes a planes de pensiones, incluyendo las contribuciones del promotor que le hubiesen sido imputadas en concepto de rendimiento del trabajo.

2. Contratos celebrados con Mutualidades de Previsión Social.

Los contratos celebrados con las Mutualidades de Previsión Social se caracterizan por el hecho de que el asegurado tiene ya cubierta las contingencias de jubilación, invalidez o fallecimiento. Este hecho también se pone de manifiesto con los profesionales no integrados en el sistema de la Seguridad Social, concretamente en su Régimen General, tal y como es el caso de las mutualidades de los profesionales. Podemos decir que el carácter de los mismos es su complementariedad de cualquier otro sistema de Seguridad Social obligatorio.

Son sujetos que pueden solicitar reducciones en la parte que tenga objeto la cobertura de las contingencias del Artículo 8.6 del Texto Reunificado de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones:

- a. Los profesionales no integrados en algunos de los regímenes de la Seguridad Social, sus cónyuges y familiares consanguíneos en primer grado, así como los trabajadores de Mutualidades, como por ejemplo la Mutualidad de la Abogacía.

b. Los profesionales o empresarios integrados en cualesquiera de los regímenes de la Seguridad Social, sus cónyuges y familiares consanguíneos en primer grado, así como los trabajadores de Mutualidades.

c. Los trabajadores por cuenta ajena o socios trabajadores como consecuencia de la celebración de un contrato de seguro colectivo, en el que el tomador será el empresario, y se hayan celebrado para instrumentalizar los compromisos por pensiones asumidos por las empresas.

3. Planes de Previsión Asegurados.

Los planes de previsión son aquellos contratos de seguros en el que el tomador, asegurado y beneficiario es la misma persona, por lo que el contribuyente deberá ser el tomador, asegurado y beneficiario. Se caracterizan al igual que los planes de pensiones en que:

a. El beneficiario de las prestaciones será el tomador, salvo en el supuesto de fallecimiento, que serán los causahabientes.

b. Las contingencias cubiertas son las citadas ya anteriormente del artículo 8.6 del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, invalidez, jubilación, fallecimiento y gran dependencia o dependencia severa.

c. No es posible disponer de la disposición anticipada de los derechos consolidados, ya sea con carácter total o parcial, salvo en aquellos supuestos previstos por la propia normativa de Planes de Pensiones recogidos en el artículo 8.8 del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de

Pensiones, ni tampoco pueden ser objeto de embargo o traba administrativa o judicial en el que se haga efectivo en aquellos supuestos de enfermedad grave o desempleo de larga duración.

d. El régimen financiero y fiscal de las aportaciones, contingencias y prestaciones de estos contratos se regirá por la normativa reguladora de los planes de pensiones, salvo en lo que respecta a las provisiones técnicas de los sistemas actuariales.

La deducibilidad se amplía en determinados supuestos cuando un contribuyente que realice aportaciones a un plan de previsión asegurado constituido a favor de una persona con discapacidad, con la que tenga una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, sea su cónyuge o la tenga a su cargo en régimen de tutela o acogimiento, tendrá derecho a reducir de su base imponible las primas satisfechas, siempre y cuando dicha persona con discapacidad sea designada beneficiaria de manera única e irrevocable para cualquier contingencia y se cumplan el resto de requisitos previstos en la Ley de IRPF.

4. Planes de Previsión Social Empresarial.

Desde principios del año 2007 se pueden establecer compromisos por pensiones de la empresa para sus trabajadores, cuyo régimen jurídico y fiscal es similar a los planes de pensiones de empleo.

Se regulan en el artículo 51.4 de la Ley 35/2006 del IRPF y en el Reglamento de Instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios aprobado

por Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre (modificado por Real Decreto 1684/2007, de 14 de diciembre).

El régimen financiero y fiscal de las aportaciones, contingencias y prestaciones de los PPA se rige por las normas reguladoras de los planes de pensiones, en lo que no esté regulado específicamente por la Ley del IRPF y el Reglamento de Instrumentación antes citado. Por lo que las primas se sujetan a los límites máximos de aportación a planes de pensiones, que se aplican conjuntamente a las pagadas por la empresa y, en su caso, por el trabajador. Con carácter general: máximo anual de 10.000 euros, o 12.500 para mayores de 50 años.

Los límites son conjuntos para los instrumentos del artículo 51 de la Ley del IRPF cuyas aportaciones reducen la base imponible: planes de pensiones, PPA, PPSE, seguros de dependencia, y mutualidades de profesionales por cuenta propia o de trabajadores por cuenta ajena.

Los derechos del trabajador asegurado acumulados en un PPSE no pueden ser objeto de embargo, traba judicial o administrativa hasta el momento en que se cause el derecho a la prestación (jubilación, etc.) o en que se hagan efectivos en los casos de desempleo de larga duración o enfermedad grave.

En caso de cese de la relación laboral, si el contrato lo prevé, se permite la movilidad de los derechos consolidados en el PPSE hacia planes de pensiones y planes de previsión asegurados, y también se permite movilizar desde estos instrumentos hacia los PPSE.

5. Contratos de Seguro de Dependencia.

Junto a la aprobación y el desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, introduce una serie de medidas de fomento fiscal de la cobertura de la dependencia mediante seguros privados y planes de pensiones.

La cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro obliga al asegurador, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y dentro de los términos establecidos en la Ley y en el contrato, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.

Se extiende la aplicación de la reducción para aquellos contratos de seguros en los que se cubra con carácter exclusivo los casos de dependencia severa y gran dependencia, no así para el supuesto de los casos de dependencia moderada.

El importe de la reducción que podrá aplicarse en la base imponible es de 10.000 euros, con el límite anual, para los supuestos de que exista relación de parentesco o tutoría, y tampoco se encontraran sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones cuando dichos seguros se hayan constituido a favor de personas con discapacidad, realizadas por las personas que

tengan una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, así como el cónyuge o aquellos que les tuviesen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

3.3. Límites conjuntos de las aportaciones y contribuciones a Sistemas de Previsión Social.

Como límite máximo conjunto para las reducciones previstas en los apartados anteriores se aplicarán la menor de las cantidades siguientes:

- a. El 30 % de la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio. Este porcentaje será del 50% para contribuyentes mayores de 50 años.
- b. El importe de 10.000 euros anuales. No obstante, en el caso de contribuyentes mayores de 50 años la cuantía anterior será de 12.500 euros.

Con relación al límite de los 12.500 euros anuales se ha de indicar que si las aportaciones anuales a sistemas de previsión social rebasan el límite máximo financiero establecido legalmente, el exceso no podrá ser objeto de reducción en la base imponible del IRPF del ejercicio, ni de ejercicios siguientes.

Los partícipes, mutualistas o asegurados que hubieran efectuado aportaciones a los sistemas de previsión social a que se refiere el artículo 51 de la Ley del IRPF, podrán reducir en los cinco ejercicios siguientes las cantidades aportadas incluyendo, en su caso, las aportaciones del promotor o las realizadas por la empresa que les hubiesen sido imputadas, que no hubieran podido ser objeto de reducción en la base

imponible por insuficiencia de la misma o por aplicación del límite porcentual establecido en el apartado 1 anterior. Esta regla no resultará de aplicación a las aportaciones y contribuciones que excedan de los límites máximos previstos en el apartado 6 del artículo 51 de la Ley IRPF.

Así, el contribuyente, por ejemplo, con una discapacidad del 66 por ciento que pretende realizar una aportación de 24.250 euros a un plan de pensiones constituido a favor de personas con discapacidad. Y que adicionalmente, tiene intención de aportar 12.500 euros a un plan de pensiones del sistema general y que se constituya a su favor un patrimonio protegido de 20.000 euros mediante aportaciones de familiares. El límite global de reducción en base imponible para todas las aportaciones que realice el propio discapacitado a un plan de pensiones asciende a 24.250 euros. Se trata de un límite más favorable, que contempla la situación específica de los discapacitados, incrementando considerablemente su posibilidad de reducir la base imponible respecto a las aportaciones a sistemas de previsión social de las personas que no tienen discapacidad. Reducción por aportaciones a patrimonios protegidos de personas con discapacidad. Respecto a la posibilidad de constituir un patrimonio protegido de 20.000 euros mediante aportaciones de familiares, es una reducción independiente y compatible con la anterior, respecto a la que habrá que respetar el límite de 10.000 euros por aportante, y debe tenerse en cuenta que la aplicación de ambas reducciones no podrá generar una base liquidable general negativa.

Podemos concluir este apartado relativo al IRPF y su tratamiento de la fiscalidad de los mayores y dependientes que se establecen una serie de medidas fiscales de apoyo tales como:

- a) La no sujeción de las rentas para los mayores del mínimo vital, distinguiendo a su vez una mayor no sujeción en función de la mayoría de 65 o 75 años.
- b) La exención de determinadas rentas derivadas de la situación familiar del sujeto de edad avanzada, y
- c) La deducción de aquellas cantidades aportadas a planes de pensiones y previsión social o mutualidades, con la finalidad de impulsar y garantizar unos mínimos vitales complementarios a las pensiones o configuradores de una renta para el futuro.

Por todo ello el sistema fiscal regulado a nivel estatal es de un avanzado desarrollo normativo en apoyo de las políticas de los mayores, aunque como veremos a continuación, y haciendo una comparación con otras legislaciones europeas puede ser objeto de una mejora en el establecimiento de determinadas políticas de incentivos para el sector de edad del presente estudio.

4. ESTUDIO COMPARADO DE LAS DEDUCCIONES AUTONÓMICAS EN MATERIA DE MAYORES Y DEPENDIENTES.

Debemos indicar, con carácter previo, que el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas se articula por medio de 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.

El alcance de las competencias normativas de las Comunidades Autónomas en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas se establece en el artículo 46 de la citada Ley 22/2009,

conforme al cual las Comunidades Autónomas pueden asumir, entre otras competencias normativas, la relativa a la aprobación de deducciones aplicables sobre la cuota íntegra autonómica por:

1. Circunstancias personales y familiares.
2. Inversiones no empresariales.
3. Aplicación de renta.

La aprobación, dentro del ámbito competencial autonómico, de estas deducciones autonómicas no puede suponer, directa o indirectamente, una minoración del gravamen efectivo de alguna o algunas categorías de renta.

La determinación autonómica y competencial de la aprobación de las deducciones autonómicas comprende igualmente la determinación de las siguientes materias relacionadas con las mismas:

1. La justificación exigible para poder practicarlas.
2. Los límites de deducción.
3. Su sometimiento o no al requisito de comprobación de la situación patrimonial.
4. Las reglas especiales aplicables en los supuestos de tributación conjunta, período impositivo inferior al año natural y determinación de la situación familiar.

En el uso de esta competencia normativa, las Comunidades Autónomas de régimen común, y en el presente estudio también hemos incorporado las que se encuentran en los regímenes forales, Navarra y País Vasco, han aprobado deducciones autonómicas que podrán aplicar en sus declaraciones del IRPF exclusivamente los contribuyentes que durante dicho ejercicio hubieran tenido la residencia habitual en sus respectivos territorios.

Por otro lado en el supuesto de que no se disfrute de dicha competencia, únicamente en el territorio común, será de aplicación la normativa estatal del impuesto.

Partiendo de esta premisa competencial fundamental debemos indicar que se comparan todos los incentivos fiscales de las Comunidades Autónomas para el ejercicio 2011, de tal manera que puede éste ser objeto de modificación en su normativa reguladora, en los próximos meses.

Hemos contemplado todos y cada uno de los incentivos fiscales establecidos por las Comunidades Autónomas en virtud de su competencia legislativa. Se establece, en un primer criterio de calificación, en función de dicha descripción una categoría de regiones por su mayor o menor apoyo fiscal a los sectores objeto del estudio y finalmente se valora cuáles son las principales comunidades que apoyan a los mayores y que experiencias de incentivos fiscales pueden ser objeto de extensión a otros territorios.

| GRUPO CC.AA. | ELEMENTOS DE LA CALIFICACIÓN |
|--------------|---|
| GRUPO 1 | Establecimiento de incentivos fiscales tanto a las personas mayores como a los dependientes con una importante deducción fiscal. |
| GRUPO 2 | Establecimiento de incentivos fiscales a mayores y dependientes. |
| GRUPO 3 | Establecimiento de incentivos fiscales pero con un carácter limitado en su aplicación por las condiciones impuestas para su cumplimiento. |
| GRUPO 4 | No establecimiento de incentivos fiscales autonómicos ni a los mayores ni a los dependientes. |

De la revisión de la normativa fiscal de todas la Comunidades Autónomas podemos observar como aquellas que establecen un mayor apoyo a los mayores y dependientes no sólo lo articulan por un importe mayor de la deducción fiscal a practicar, sino que realizan una regulación mucho más completa en la que aportan diferentes soluciones y vías de apoyo. En este sentido debemos indicar que la Comunidad Autónoma de Madrid tiene un decidido apoyo, sobre todo por la cuantía de deducción que puede aplicarse, al establecer una cantidad deducible de 900 euros, pero sobre todo

las que aportan una mayor diversidad de medidas son la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra. Así dentro del estudio comparativo de los territorios forales son, estos, los que conceden un mayor volumen de deducción para dependientes y mayores, estableciendo una progresividad en cuanto al grado de dependencia.

Navarra establece un importante grupo de deducciones, pero sobre todo introduce una bonificación fiscal que debería ser aplicada en otras comunidades y en la legislación estatal,

por lo que podría ser objeto de estudio por el resto del territorio español, y no es otra que la exención del IRPF de la variación del patrimonio del sujeto pasivo de mayor edad, al estar exentos los incrementos de patrimonio por transmisión de su vivienda habitual por personas en situación de dependencia severa o gran dependencia, de tal manera que en casos de situación de dependencia, de personas mayores o no, el cambio de la vivienda habitual puede ser una necesidad esencial que venga motivada por su situación lo que debería ser replicada en otros territorios.

Dentro del segundo grupo, y también del tercero observamos Comunidades que apoyan políticas fiscales para mayores y dependientes pero las mismas se encuentran muy mediatizadas por límites de renta, o en otros casos las

deducciones son más testimoniales que otra cosa, pues una deducción de 100 euros sobre los efectivos gastos que puede generar un dependiente a sus familiares, o el gasto para los mayores parece realmente exiguo para el gasto y la inversión que son necesarios acometer, aunque toda ayuda mejora la situación de estos colectivos de personas, parece en principio del todo insuficiente.

Finalmente hemos observado con cierta sorpresa que determinadas comunidades no prestan ningún tipo de apoyo fiscal a los mayores o dependientes en su territorio, lo cual significa claramente un perjuicio para los residentes en dichas comunidades. Puede que la ayuda directa sea importante, pero sin duda la introducción de políticas fiscales no son aprovechadas por sus respectivos legisladores.

| GRUPO 1 | GRUPO 2 | GRUPO 3 | GRUPO 4 |
|------------------------|--------------------|---------------|----------|
| Principado de Asturias | Andalucía | Aragón | Cataluña |
| Madrid | Canarias | Baleares | Murcia |
| Navarra | Castilla la Mancha | Cantabria | La Rioja |
| País Vasco* | Galicia | Castilla León | |
| | Valencia | Extremadura | |

5. ESTUDIO COMPARADO DE LAS DEDUCCIONES EN EUROPA EN MATERIA DE MAYORES Y DEPENDIENTES.

En este apartado vamos a describir el estudio comparado de nuestra normativa interna con relación a los países de nuestro entorno, el cual especialmente se ha centrado en los países europeos, pero no exclusivamente en la tradicional Unión Europea, sino que se ha tratado un ámbito geográfico y político mucho más amplio, incluyéndose Rusia.

Se ha comparado un total de 37 países del viejo continente, entre los que se incluyen la totalidad de los miembros actuales de la Unión Europea, esto es la totalidad de los 27 estados miembros, así como los países que ratificaron el acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (EEE), los cuales están formados por todos los países de la Unión Europea, así como Islandia, Liechtenstein y Noruega.

Además se ha documentado la situación de países de nuestro entorno de la Europa central como Suiza, junto con determinados países mediterráneos como Albania y Croacia. También Estados más escorados al este geográfico, que siguen siendo denominados como europeos, a pesar de su situación oriental, y en los límites tradicionales.

La finalidad esencial del presente apartado del estudio ha sido la de obtener, de manera general, y sin entrar en un detalle de cada normativa local, una calificación aproximada sobre cuál es el tratamiento fiscal que los ciudadanos de la gran mayoría de países de Europa soportan, y si dicha fiscalidad es acorde con una verdadera necesidad de atención por

los legisladores a la facilitación y obtención de una pensión por parte de los mayores.

En un primer proceso de tratamiento de la información hemos seleccionado unos criterios básicos para calificar en cuatro grandes grupos la situación fiscal a favor de las pensiones en los países seleccionados. En este sentido hay cuatro grupos que obedecen al nivel de desarrollo normativo y apoyo de políticas fiscales a las pensiones. El grupo 1 es aquel calificado como de un mayor desarrollo normativo, no tiene que ser el más justo, no es objeto de valoración, pero sí que ha procedido a establecer una ordenación fiscal de las pensiones y a favorecer las mismas. Un segundo grupo de países en los que la normativa fiscal, y se encuentra, desarrollada normativamente pero no llega a un apoyo del nivel del primer grupo. En este sentido uno de los elementos que diferencian ambos grupos es el apoyo a los dependientes que en muchas legislaciones no se encuentra contemplado.

Los dos grupos finales, el tres y el cuatro, son grupos de países que han desarrollado poco una normativa fiscal de apoyo a las pensiones y que su normativa es muy esencial y básica, en estos dos grupos, el cuarto y último, es aquel de los grupos en el que no se apoya legalmente, ni contempla una regulación fiscal de las pensiones o de los planes de pensiones.

| GRUPO PAÍS | ELEMENTOS DE LA CALIFICACIÓN |
|----------------|--|
| GRUPO 1 | Alto desarrollo normativo de apoyo a las pensiones y deducciones favor de la tercera edad. |
| GRUPO 2 | Desarrollo normal y avanzada legislación en apoyo a las pensiones y de deducciones a favor de la tercera edad. |
| GRUPO 3 | Desarrollo básico del apoyo a las personas de la tercera edad y el apoyo a la contribución de planes de pensiones. |
| GRUPO 4 | Bajo o nulo apoyo a los planes de pensiones y a la ayuda de incentivos fiscales a los mayores. |

La regulación fiscal de las pensiones está caracterizada, en grandes líneas por todos los Estados estudiados, en una serie de planteamientos básicos. El primero de ellos es el relativo a los países con un menor desarrollo normativo, en los que la regulación se centra básicamente en dejar exentas las pensiones estatales recibidas por los sujetos, y establecer una tributación por la percepción de pensiones de carácter privado.

Se establece, normalmente, un básico y mínimo apoyo o incentivo fiscal a la contratación de pólizas privadas con entidades independientes del sistema estatal de pensiones, o cualquier mejora que se pueda utilizar por parte del sujeto no es objeto de una ayuda fiscal que aliena el establecimiento de planes de pensiones públicas. Hay que indicar que un número importante de países no establece ningún tipo de deducción fiscal para las cantidades aportadas privadamente a planes de pensiones.

En todo caso entendemos que la exención de la percepción de determinadas pensiones estatales viene determinada por ser pensiones

básicas y de subsistencia sobre las cuales no se establece ninguna tributación, ya que son pensiones que tiene un carácter para sufragar el mínimo básico existencial de supervivencia. En cuanto a las deducciones, este grupo está caracterizado por no aplicar ninguna deducción a las primas abonadas por el sujeto pasivo para aportaciones a planes de pensiones, aunque en determinados supuestos se pueden deducir entre un 1 y un 10% de las cantidades aportadas, siendo esta una excepción entre los integrantes de este grupo.

El grupo tercero, se caracteriza por un mayor desarrollo normativo que supera la básica legislación del grupo cuarto, en este caso normalmente los estados introducen la exención de pensiones tanto públicas como privadas, para los casos de pensiones mínimas. Se aplican deducciones por las aportaciones a planes de pensiones en unos porcentajes superiores a los del 10%, de tal manera que es normal establecer una deducción del 20% de las partidas económicas aplicadas a planes de pensiones, o incluso la deducción de su totalidad. Se incorpora en

la legislación la posibilidad de deducirse las cantidades pagadas como primas de planes de pensiones de terceros países, sobre todo entre los países de los Estados miembros de la Unión es una cuestión generalizada por propia imposición de la norma comunitaria.

Podemos decir que este grupo de países se encuentran en un proceso de desarrollo normativo incipiente en el apoyo de políticas fiscales a las pensiones públicas y a la dependencia, aunque se mantiene en unos porcentajes mínimos y básicos.

El segundo grupo de países se caracteriza por una normativa bastante evolucionada en la que hay una vocación de apoyo a los incentivos fiscales a los mayores. La normativa se caracteriza, con carácter general, en este grupo en aplicar deducciones fiscales a las partidas económicas de primas suscritas por los sujetos pasivos, pero sobre todo se generaliza en estos países que las cantidades aportadas por los empleadores con respecto a los trabajadores se encuentran exentas de tributación para el sujeto pasivo o son objeto de deducción por parte del empresario. Este aspecto es esencial ya que se incentiva fiscalmente no sólo al sujeto beneficiario por sus aportaciones individuales sino que en el ámbito del empleador hay un apoyo decidido al establecimiento de pensiones, no sólo públicas.

Junto a lo anterior la normativa de estos países regulan correcciones de tributación de los sujetos pasivos por percepción de pensiones a partir de determinada edad, de tal manera que se incentiva una mayor deducción en el momento de una jubilación más tardía, aunque es desarrollada esta deducción de una manera muy básica.

Podemos decir que hay en el grupo de países del tercer estadio una progresividad de la tributación, y un mayor detalle en la normativa reguladora del apoyo de la fiscalidad de las personas mayores, y de los planes de pensiones.

Finalmente el grupo primero es calificado por ser países en los que la normativa fiscal de apoyo a los mayores, y sobre todo a los planes de pensiones está más desarrollada, de tal manera que también se establecen incentivos fiscales o ayudas a la dependencia. Podemos decir que el legislador tiene una mayor conciencia de la necesidad de utilizar los medios fiscales para el sostenimiento e impulso de las pensiones. En este sentido se ha de realizar una apreciación importante, y es que por el hecho de que una pensión sea objeto de tributación y no se encuentre exenta no significa que haya un mayor o menor apoyo a los mayores, el elemento decisivo es la combinación de factores en cuanto a las deducciones a aplicar en las contribuciones anuales realizadas por el sujeto pasivo, en la exención o deducibilidad de las cantidades abonadas por los empleadores, etc. Cualquier renta, también las obtenidas como consecuencia de la materialización de un plan de pensiones puede ser objeto de tributación, y así ocurre en la mayoría de legislaciones fiscales, y no se muestra un mayor o menor apoyo a las políticas de favorecimiento de los mayores por este hecho, sino que los diferentes conceptos anteriormente citados que son incorporados por la legislación es lo que entendemos que significa un verdadero apoyo por medio de las políticas fiscales a los mayores.

El grupo más avanzado lo hemos calificado de esta manera ya que la normativa, generalmente, está muy elaborada y desarrollada

con detenimiento, por ejemplo en materia de progresividad de los incentivos fiscales en la percepción de pensiones, de tal manera que a una mayor edad de jubilación se puede obtener o disfrutar de una mayor deducción de las primas obtenidas por los planes de pensiones. Esto, sin duda, favorece dos cuestiones esenciales, la libertad del sujeto para hacer efectiva su jubilación, pero premiando a aquellos que se mantienen un mayor tiempo en activo, de tal manera que en las jubilaciones más tempranas la carga fiscal por las percepciones obtenidas es más alta, y con la jubilación con una mayor edad el incentivo es mayor al estar porcentualmente más exentos los importes recibidos. Estas medidas favorecen la libertad del sujeto en cuanto a la opción del momento de su jubilación, pero también permiten una menor tributación para los que prorrogan su vida laboral, lo cual ante un más que probable déficit de las pensiones favorecen que se mantengan en activo un mayor número de años.

En los países del grupo primero la legislación reconoce incentivos fiscales para las familias, y especialmente es beneficioso desde un punto de vista fiscal las aportaciones realizadas en beneficio de los esposos, ya que, aunque en menor cantidad, sí que son cantidades igualmente sujetas a bonificaciones y deducciones fiscales de apoyo a la suscripción de pólizas de pensiones.

Otra de las cuestiones que se encuentran muy elaboradas en este tipo de países es la definición y calificación del tipo de pensiones y sus consecuencias fiscales, en contraposición con los países del grupo cuarto en los que el concepto de pensión es único, aquí podemos observar una mayor finura en el delimitación del concepto y de la normativa que va

acompañada a cada situación, de manera que obviamente es posible atender las necesidades de cada sujeto.

Finalmente un elemento decisivo de los países con una normativa de mayor apoyo a las pensiones es la normativa relativa a los dependientes en los que se combinan las exenciones de pensiones para discapacitados, la exención de las aportaciones a planes de pensiones para dependientes, etc. Contemplan por tanto un mayor abanico de situaciones personales de los mayores que pueden ser beneficiarias de incentivos fiscales.

Hay, por lo dicho anteriormente, en el grupo primero un apoyo decidido a los mayores articulado y combinado por medio de diferentes herramientas fiscales.

| GRUPO 1 | GRUPO 2 | GRUPO 3 | GRUPO 4 |
|----------|---------------|-------------|-------------|
| Francia | Austria | Chipre | Albania |
| Lituania | Rep. Checa | Bulgaria | Armenia |
| Italia | Dinamarca | Estonia | Azerbaiyan |
| Holanda | Finlandia | Hungría | Bielorrusia |
| Bélgica | Irlanda | Rumanía | Croacia |
| | Liechtenstein | Suecia | Georgia |
| | Polonia | Suiza | Grecia |
| | Portugal | Reino Unido | Islandia |
| | Luxemburgo | | Letonia |
| | Alemania | | Malta |
| | | | Noruega |
| | | | Rusia |
| | | | Eslovaquia |
| | | | Eslovenia |

La calificación anteriormente propuesta, que puede ser objeto, obviamente, de una diferente valoración, ya que en muchos supuestos el límite para catalogar a un país entre uno y otro grupo puede ser mínima, es en todo caso la que entendemos más adecuada en virtud de la normativa de cada Estado.

Podemos sacar algunas conclusiones, a priori, y en ningún caso son cerradas, sino que es un ejercicio abierto para su comparación, en el que podemos observar como la tendencia es que los países miembros de la UE son los que desarrollan una mayor normativa de apoyo a

las pensiones. Sin embargo hay, como no podía ser de otra manera, excepciones llamativas, como es el supuesto de Grecia, que es uno de los países, de la totalidad de los estudiados, con un menor tratamiento fiscal a favor de los mayores, ya que dentro del grupo encuadrado estaría entre los que tiene un mayor déficit de apoyo a las pensiones.

Y dentro de los países miembros de la UE, los que han avanzado más en las políticas fiscales de apoyo son los miembros fundadores; Alemania, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo y los Países Bajos, los cuales podemos considerarlos

con una mayor tradición democrática. Lo que nos indica que el proceso es un camino que se va generando a lo largo del tiempo y poco a poco.

Otro dato que resulta interesante destacar es que los países de la UE del considerado arco Mediterráneo, como Portugal, España e Italia, con la excepción de Grecia, tiene unos avanzados sistemas normativos de apoyo fiscal a las pensiones y a los dependientes, frente a la tradicional contraposición con los sistemas del norte de Europa.

6. CONCLUSIONES.

La desaceleración progresiva del crecimiento de la población, junto con un incremento de las personas dependientes, especialmente entre la población con edades superiores a los 65 años, provocará sin duda un mayor gasto público sobre las pensiones y la dependencia, que hasta la fecha en muchas ocasiones se ha cubierto mediante las relaciones familiares, pero que en un futuro inmediato deberán ser asumidas directamente por la organización de servicios sociales de las Administraciones Públicas, con un incremento directo sobre el gasto público. Situaciones que, acompañadas de una reducida proporción de población activa, generarán una menor disponibilidad efectiva de recursos para atender las necesidades esenciales de los mayores y los dependientes.

La situación de las finanzas públicas parece que no podrá soportar unas estructuras de población activamente laborales, como ha sido el esquema tradicional en los últimos años en España, por lo que serán incapaces de soportar con el trabajo de unos pocos y sus cotizaciones, a un mayor grado de población inactiva, que

además deberá ser atendida en un mayor número y en mayor volumen de fondos para sus necesidades vitales.

La introducción de incentivos fiscales que incrementen la conciencia del ahorro personal e individual de los sujetos es esencial para mantener unos estándares básicos del estado del bienestar son esenciales. Los incentivos fiscales se configuran como una herramienta complementaria y adecuada a la subvención o prestación personal.

La importancia de las políticas fiscales de incentivo sobre la economía, concretamente en materias tales como los mayores y los dependientes, permiten complementar las políticas sociales directas, que en muchas ocasiones pueden encontrarse mermadas por la falta de disponibilidad directa de recursos.

Aún siendo un buen sistema tributario el español de atención a los mayores y a los dependientes, se observa, que hay una baja confianza en la generación de planes de pensiones y planes de previsión privados, puede que haya sido por la constante modificación normativa que se ha producido en los últimos años, lo cual genera una clara inseguridad por parte de los suscriptores de dichos productos, o por el hecho de que socialmente se ha confiado en que nuestro país asegurará siempre las pensiones y el bienestar social, así como la invariabilidad de las altas prestaciones de las pensiones públicas percibidas una vez finalizada la vida laboral. Sin embargo estas circunstancias parecen que pueden cambiar, y en todo caso no son lo suficientemente razonables para que no se produzca un mayor incentivo de la fiscalidad de los planes de pensiones particulares.

En todo caso creemos que podrían ser contempladas una serie de propuestas que mejorasen nuestro actual sistema fiscal de las personas mayores y los dependientes en la normativa española, sobre todo partiendo de la experiencia de los países de nuestro entorno y de la comparación de su normativa:

1. Incentivos fiscales basados en la menor tributación como consecuencia de la disminución del tipo impositivo para aquellos supuestos en los que un trabajador al percibir las cantidades de primas cotizadas en planes de pensiones ejerce el derecho a la jubilación con posterioridad a la edad legal reconocida para la jubilación. De tal manera que la persona es libre de elegir el momento de su jubilación, pero esta decisión se verá perjudicada fiscalmente si este la realiza con anterioridad a la edad legal establecida, y por el lado contrario tendrá una tributación más beneficiosa si alarga su vida laboral. De esta manera se incentiva la actividad laboral a cambio de incentivos fiscales. En este sentido son especialmente interesantes las experiencias de Alemania, Francia, Irlanda.

2. Introducir de nuevo, en nuestro sistema fiscal, la reducción en el Impuesto sobre Sociedades de las aportaciones realizadas por el empleador al trabajador en los planes de pensiones. En este sentido las experiencias de países como por ejemplo Dinamarca o Polonia, es similar a la existente en nuestro país con anterioridad a su derogación en el Impuesto sobre Sociedades.

3. Tratamiento parejo de la tributación de las rentas obtenidas por determinadas mutualidades alternativas al sistema de la Seguridad Social. Como hemos podido observar en el

estudio un gran número de países discrimina, entendemos que de manera innecesaria, entre la tributación que se encuentra sujeta por la obtención de rentas de entidades estatales o privadas. Otros sin embargo no, como es el caso de Lituania.

4. Aplicación de un incremento de la deducción para aquellos trabajadores autónomos que aporten una mayor cuota de prima por cada año de cotización a planes de pensiones privados. Es un ejemplo el seguido por Suecia que tiene una especial atención con los trabajadores autónomos.

5. Establecer un incremento de los límites de aportación a planes de pensiones, sin ser excluyentes los personales con los empresariales. Aunque es cierto que el límite actual establecido en nuestra normativa es de los más altos con respecto a países de nuestro entorno, su incremento favorecería una mayor conciencia del ahorro y un mayor desarrollo de planes de pensiones privados.

6. Establecimiento de una mayor seguridad y estabilidad en las políticas fiscales de apoyo a los mayores que no suponga una modificación constante de la citada normativa que retraiga el establecimiento de planes de pensiones privados.

Estas propuestas significarían sin duda una mejora de las políticas fiscales para los mayores.

Desde el punto de vista de los incentivos fiscales a la dependencia, sin duda dentro de nuestro propio ordenamiento tenemos experiencias que son perfectamente transportables a las normativas fiscales de otras Comunidades Autónomas, así como del Estado. Teniendo,

además, en cuenta que con la actual modificación de la Ley de Dependencia y especialmente por medio de sus recortes presupuestarios, sus limitaciones económicas de apoyo directo, los incentivos fiscales pueden jugar un papel fundamental en las políticas fiscales de mejora de dicho sector de la población. Entre las principales propuestas podemos indicar las siguientes:

1. Exención de las rentas del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas derivadas de la transmisión de vivienda habitual por personas que se encuentran en una situación grave de dependencia. En este sentido se podría acompañar igualmente una deducción en los impuestos locales como son las comúnmente denominadas plusvalías municipales.
2. Deducción del Impuesto sobre Bienes Inmuebles de titulares personas dependientes que hayan realizado mejoras de adaptación de la vivienda en sus hogares, igualmente aplicación de una exención en el Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras por las reformas de hogares de dependientes.
3. Incremento de los importes de las deducciones aplicadas por determinadas Comunidades Autónomas, en las cuales en muchos casos la deducción es más testimonial que real y efectiva para las necesidades que tienen que afrontar los dependientes y sus familiares.
4. Establecimiento de una mejor fiscalidad de los seguros de dependencia regulando de manera expresa su normativa incrementado el atractivo de su suscripción.

Finalmente debemos indicar que las medidas fiscales que se pueden proponer deben ser establecidas por todas y cada una de las Administraciones Públicas con competencia fiscal, de tal manera que tanto la Administración Central, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos puedan utilizar los medios fiscales a su alcance para la mejora de las condiciones de vida de los mayores y dependientes, estableciendo políticas fiscales coordinadas entre los distintos estamentos que redundarán sin duda de manera inmediata en el beneficio de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA.

ALONSO GONZÁLEZ, L. M. "Los Impuestos autonómicos de carácter extrafiscal". Marcial Pons. Madrid. 1995.

ARIÑO ORTIZ, G. "Principios de Derecho Público Económico". Editorial Comares. Granada. 2004.

CASADO OLLERO, G: "Los fines no fiscales de los tributos". Revista de Derecho Financiero y de Hacienda Pública. Nº 213. 1991.

EUROPEAN TAX HANDBOOK. 2012. Global Tax Series, IBFD.

FALCÓN Y TELLA, R. "Exenciones, beneficios fiscales y derechos adquiridos en el impuesto sobre Sociedades". Revista Crónica Tributaria. Número 58. 1989.

FALCÓN Y TELLA, R. "El derecho fiscal europeo". Estudios de Derecho Financiero y Tributario en Homenaje del Profesor Calvo Ortega. Editorial Lex Nova. 2005.

FERNÁNDEZ FARRERES, G. "Régimen jurídico de las subvenciones. Derecho español y comunitario". Colección Manuales de Formación Continuada. Nº 38. 1ª ed. Consejo General del Poder Judicial. Madrid. 2007.

FERNÁNDEZ FARRERES, G. Y ÁVILA ORIVE, J. L. "Comentario a la Ley general de subvenciones". Civitas. Madrid. 2005.

FIGUERUELO BURRIEZA, A. "La protección constitucional de las personas mayores". Editorial LA LEY, Madrid. 2004.

GONZÁLEZ GARCÍA, E. "Los Beneficios Fiscales como Instrumentos de Desarrollo". Estudios de Derecho Financiero y Tributario en Homenaje del Profesor Calvo Ortega. Editorial Lex Nova. 2005.

HERRERA MOLINA, P. M. "La exención tributaria". Editorial COLEX. Madrid. 1990.

LÓPEZ DÍAZ, E. DE PAZ COBO, S. "El envejecimiento de la población y la Ley de Dependencia". Diario La Ley, Nº 7475, Sección Doctrina, 24 Sep. 2010, Año XXXI, Ref. D-282, Editorial LA LEY.

LÓPEZ PINA, A. "De los Principios Rectores de la Política Social y Económica". Comentarios a la Constitución Española. Cortes Generales-Editoriales de Derecho Reunidas. Tomo IV. 1996.

PÉREZ DE AYALA Y LÓPEZ DE AYALA, J. L. "Algunos problemas interpretativos del artículo 31.1 de la Constitución Española en un contexto jurisprudencial". Cuadernos Civitas. Thomson-Civitas. Madrid. 2008.

SÁNCHEZ GALIANA, J. A. "Estudios sobre los beneficios fiscales en el sistema tributario español". Marcial Pons. 2008.

The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections, for the 27 EU Member States (2010-2060). European Commission (CE). Informe. 2012. Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

PRESTACIÓN DE CUIDADOS Y ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS SIN HIJOS

GERARDO ZAMORA MONGE

Responsable de Proyectos

Etorbizi–Fundación Vasca para la Innovación Sociosanitaria

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.

2. LAS PERSONAS QUE ENVEJECEN SIN HIJAS O HIJOS: PRINCIPALES TENDENCIAS Y CORRIENTES DE ESTUDIO.

3. ALGUNOS APUNTES SOBRE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA.

4. CONCLUSIONES: IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y PARA LA TOMA DE DECISIONES POLÍTICAS.

Palabras CLAVE

Envejecimiento sin hijos/hijas; dependencia; resultados de salud; implicaciones de políticas; investigación en envejecimiento.

Resumen

El envejecimiento de las personas sin hijas/hijos es un campo sub-estudiado en la sociología del envejecimiento y la gerontología. El envejecimiento de la población global está visibilizando a estos grupos de población en varios países con altos índices de childlessness (no tener hijos/hijas, en idioma inglés). Este trabajo presenta una breve revisión de la literatura científica sobre el tema enfatizando en la propia experiencia de las personas que envejecen sin hijos, en los resultados de salud, la utilización de servicios sociales y para la dependencia y sus relaciones con otros grupos de población. Posteriormente ofrece unas perspectivas sobre la situación en España y las implicaciones para la investigación y el diseño de políticas públicas al respecto.

Keywords

Childless ageing; dependency; health outcomes; policy implications; research on ageing.

Abstract

How childless individuals age is an unexplored field in the sociology of ageing and gerontology. Population ageing is making these population groups more visible in various countries where rates of childlessness are high. This paper portrays a brief review of the available evidence and scientific literature relating to this field by highlighting: the very experience of ageing as a childless individual, their health outcomes, use of social services and long-term care, and their relations with other population groups. Then, it provides a concise overview of the situation in Spain, and finalizes with the research and policy implications.

1. INTRODUCCIÓN.

*“En esta casa hace falta un niño.”
Yerma, Federico García Lorca.*

El envejecimiento global de la población, con sus diferencias en cada región y país, plantea importantes retos conceptuales a casi todas las disciplinas científicas y también al campo de elaboración de políticas para diseñar los mejores servicios que contribuyan al bienestar de la población en todos los grupos de edad.

En sociedades como la española, con un modelo familiar mediterráneo y con un Estado de Bienestar que se apoya ampliamente en la red familiar, la expectativa normativa¹ de cuidados en la vejez se asienta en la estructura familiar con soportes por parte de servicios públicos y privados, estos últimos en su mayoría financiados públicamente. El proceso normativo de envejecimiento está estructurado de tal manera que cuando las personas se “convierten en mayores” se asume y se espera socialmente que dispongan de la estructura (familiar) que permita sostener esta organización social del cuidado.

¿Qué sucede cuando los individuos a lo largo de su curso de vida construyen un proceso de envejecimiento alejado de este modelo normativo? En otras palabras, ¿cómo envejecen las personas fuera del proceso normativo de envejecimiento como, por ejemplo, quienes no han tenido hijas o hijos? La evidencia disponible a través de investigaciones en varios países indica que generalmente enfrentan más dificultades

para “envejecer igual que los demás”. Y que, por lo general, los individuos en procesos no normativos de envejecimiento se adaptan a las estructuras disponibles para organizar tanto su cuidado en la vejez como las otras esferas de su vida (Dykstra & Hagestad, 2007a, 2007b; Hagestad & Call, 2007; Rosenfeld, 2010).

La investigación sociológica sobre procesos de envejecimiento no normativo ha abarcado varios tipos de individuos, independientemente de si estos individuos han tenido hijos o no. En este sentido, el estudio del envejecimiento de personas mayores homosexuales, lesbianas, bisexuales o transgénero (LGBT), o en proceso de hacerse mayores, es un área en crecimiento (Brotman et al., 2007; Grossman, D’Augelli, & Dragowski, 2007; Heaphy, Yip, & Thompson, 2004; Hughes & Kentlyn, 2011) y, en especial, la investigación sobre el impacto de la epidemia del VIH en las cohortes de hombres que tenían entre 25-45 años durante los momentos más fuertes de la epidemia en las décadas de 1980 y 1990, que han visto diezmada su red social de apoyo, tan importante en la vejez (Emlet, 2006; Rosenfeld, Bartlam, & Smith, 2012). También son objetivo de la investigación de procesos de envejecimiento no normativo, en la literatura gerontológica occidental, el caso de curas y monjas, incluso en estudios longitudinales (Snowdon, 2003; Tyas, Snowdon, Desrosiers, Riley, & Markesbery, 2007). Se ha estudiado también el caso de personas inmigrantes mayores (Farooq, Mateen, & Cheema, 2005; Huber & O’reilly, 2004; Kouris-Blazos, Wahlqvist, Trichopoulos, Polychronopoulos, & Trichopoulos, 1996; Pudaric, Sundquist, & Johansson,

¹ Por normativo se entiende a lo largo de este trabajo, la forma, mecanismo o proceso social, sanitario o médico que se naturaliza (es decir que se concibe como natural) y cuya extensión y reproducción lo convierte en norma social; por ejemplo, “todas las personas mayores son abuelos”, “todas las personas mayores se vuelven ‘seniles’ o “todos los hijos (deben) cuidan de sus padres” (Bytheway, 2011). Tal y como afirma Settersten y Mayer (1997), la edad es uno de las dimensiones sociales y culturales más fuertes y esta fortaleza se puede encontrar en las normas y expectativas alrededor de los comportamientos que se consideran “apropiados” para cada edad.

2000), tanto las que han emigrado en su juventud y regresan a su lugar de origen como las que migran en edades avanzadas.

Este tipo de estudios son valiosos por muchas razones, pero una de ellas es que en muchas ocasiones, el estudio de los procesos no normativos ofrece pistas y perspectivas que la investigación de los grupos mayoritarios no puede proporcionar. En el caso de las personas que envejecen sin hijas o hijos, por ejemplo, se puede analizar el papel e impacto (si lo hay) de la maternidad y paternidad en la salud, en los comportamientos de salud de las personas y en el uso de los servicios sanitarios y de servicios sociales; también es posible identificar variaciones en el comportamiento financiero de las personas que no han tenido hijas o hijos y cómo esto puede afectar su salud y seguridad económica en la vejez; otro tema que ha sido investigado es si las personas que no han tenido hijas o hijos son más o menos frágiles al llegar a la vejez. En el caso de la dependencia y los servicios para la promoción de la autonomía, este campo de estudio ofrece claves para estimar posibles necesidades de cuidado profesional y diferentes modelos de prestación de cuidados.

2. LAS PERSONAS QUE ENVEJECEN SIN HIJAS O HIJOS: PRINCIPALES TENDENCIAS Y CORRIENTES DE ESTUDIO.

Como sucede con muchos términos y conceptos científicos desde hace más de un siglo, primero se crean en inglés. Existe en este idioma una palabra para describir a una persona adulta que no tiene hijos o hijas: *childless*. Y de esta palabra se construye otra para describir el estado o condición de estas personas:

childlessness, que en español podría ser “aparentalidad”. Sin embargo, esta no traduce del todo el significado de *childlessness*.

La “aparentalidad” (*childlessness*) no es un fenómeno nuevo y, por el contrario, ha sido un fenómeno recurrente en diferentes contextos históricos (Kreager & Schröder-Butterfill, 2004; Rowland, 2007); sobre todo la llamada “aparentalidad” involuntaria. Sin embargo, las características del fenómeno cambian al igual que las sociedades y, actualmente, en Europa la “aparentalidad” responde a muchas trayectorias vitales (Hagestad & Call, 2007) y es uno de los elementos (que no el único) que contribuye tanto al envejecimiento de la población como a su disminución en número de personas. Sí es posible afirmar, sin embargo, que en la Europa de finales del siglo XX y primeras décadas del siglo XXI, envejecer y convertirse en “una persona mayor” sin hijos será cada vez más común.

En la Tabla 1 podemos observar el comportamiento de las mujeres que no tuvieron hijos a la edad de 45 años en las cohortes de nacimiento quinquenales entre 1900 y 1954 en varios países de Europa, incluido España. En otras palabras, la Tabla 1 presenta a las mujeres que hoy día son mayores de 59 años. Lamentablemente, hay algunos años de los que no se cuenta con registros por lo que la serie se rompe.

Como puede observarse existen importantes diferencias entre países, pero en general todos presentan mayores porcentajes de *childlessness* a inicios del siglo XX que a mitad de siglo. Las razones que explican esto son variadas y se explican en otros estudios (Rowland, 2007).

Tabla 1. Porcentajes de mujeres que no tenían hijos a la edad de 45 años en cohortes de 1900 a 1954 para varios países europeos.

| Países | Cohortes de 5 años | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1900-1904 | 1905-1909 | 1910-1914 | 1915-1919 | 1920-1924 | 1925-1929 | 1930-1934 | 1935-1939 | 1940-1944 | 1945-1949 | 1950-1954 |
| Alemania (Ex Rep. Democrática) | 26% | 20% | 17% | 17% | 18% | | 11% | 10% | 9% | 8% | 7% |
| Alemania (Ex Rep. Federal) | 26% | 22% | 19% | 18% | 17% | | 10% | 10% | 12% | 14% | 18% |
| Bélgica | | 16% | 14% | 13% | 12% | | 16% | 14% | 13% | 13% | 14% |
| Bulgaria | | | 7% | 6% | 5% | 4% | | | 7% | 7% | 7% |
| España | 14% | 14% | 14% | 13% | 14% | | | | 12% | 11% | 10% |
| Finlandia | | 26% | 22% | 20% | 18% | 16% | 16% | 15% | 14% | 14% | 15% |
| Francia | 25% | 23% | 21% | 20% | 19% | 16% | 13% | 11% | 11% | 11% | 12% |
| Holanda | 23% | 22% | 20% | 16% | 15% | 14% | 12% | 12% | 12% | 11% | 15% |
| Hungría | 20% | 20% | 20% | 19% | 16% | 14% | 11% | 9% | 9% | 9% | 9% |
| Inglaterra & Gales | | | | | 21% | 17% | 14% | 13% | 12% | 10% | 14% |
| Italia | 18% | 19% | 17% | 15% | 16% | 15% | 13% | 10% | 14% | 12% | 12% |
| Noruega | | 12% | | 10% | | 10% | | 9% | 9% | 9% | 11% |
| Polonia | 12% | 11% | 10% | 9% | 7% | | | | | | |
| Portugal | 21% | 21% | 20% | 19% | 17% | 17% | 14% | | | 11% | 10% |

Fuente: Rowland, 2007.

Nota: La compilación de Rowland se basa en diferentes fuentes, algunas más robustas que otras. Algunos porcentajes incluyen mujeres que tuvieron abortos o niños que murieron al nacer. Esto refuerza la perspectiva más biologicista de "childlessness" que una perspectiva más sociológica, pues se pone el acento en la presencia de niños más que en la experiencia y significado social de tener hijos/hijas.

La “aparentalidad” se comporta diferencialmente según edad, sexo, identidad sexual, coyuntura, cultura, etc. Es un estado cambiante (se puede entrar y salir de él durante varios años de la vida), pero llegado un punto se puede convertir en un estado permanente. Es este estado permanente de childlessness sobre el que más se ha teorizado e investigado desde la sociología del envejecimiento. Mayoritariamente, se ha estudiado este fenómeno con respecto a las mujeres, asumiendo una perspectiva muy heteronormativa y patriarcal sobre la fertilidad y la fecundidad que une como inseparables la identidad sexual, la reproducción y la sexualidad en parejas de diferente sexo (González & Jurado-Guerrero, 2006). Son más escasos los estudios que investigan sobre childlessness y los hombres (Keizer, Dykstra, & Poortman, 2010; Kreager & Schröder-Butterfill, 2004; Rowland, 2007). Y aún más escasos los estudios sobre childlessness en parejas del mismo sexo (Zamora, De la Rosa, & Otxotorena, 2012).

Asimismo, es frecuente que al analizar este entrar y salir de la condición de childlessness, que la literatura científica sobre envejecimiento y personas mayores trate igual a dos grupos de individuos: (a) por un lado, individuos mayores que han tenido hijas o hijos y los han perdido (por muerte); (b) y por otro lado, a individuos mayores que nunca han tenido hijas o hijos. Aunque ambos grupos coinciden en una vejez sin hijas/hijos, discrepan en las trayectorias vitales para llegar a la vejez. Asimismo, existen diferencias entre los individuos que no tienen hijos por decisión con respecto a quienes no los tienen por la existencia de algún impedimento (biológico o social). No es sencillo obtener datos a gran escala de individuos en el segundo grupo, pues en muchas ocasiones los individuos racionalizan una condición no

voluntaria o no buscada como si fuera una decisión. Algunas investigaciones sugieren que ésta es una forma de afrontamiento (Jeffries & Konnert, 2002). Por ejemplo, uno de los estudios longitudinales de envejecimiento más importantes de Europa y el mundo como es SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), define childlessness como la condición de no tener hijos o hijas vivos, y en dicha categoría pueden encontrarse individuos que nunca tuvieron hijos del todo. Sin embargo, dado que SHARE tiene un gran enfoque en el uso de servicios y las redes de apoyo existentes, esta perspectiva es completamente necesaria.

De acuerdo Albertini & Mencarini (2011), se pueden distinguir tres corrientes sociológicas en el estudio de childlessness: (a) por un lado, las corrientes que investigan sobre los factores que explican el crecimiento de la no tenencia de hijas/hijos, es decir, la creciente childlessness (González & Jurado-Guerrero, 2006; Hoem, Neyer, & Andersson, 2006; Mencarini & Tanturri, 2007); (b) en segundo lugar, las corrientes que analizan las consecuencias o el impacto de este fenómeno en el bienestar físico y psicológico de los individuos adultos (Jeffries & Konnert, 2002; Nomaguchi & Milkie, 2003; Ringbäck Weitoft, Burström, & Rosén, 2004); y, (c) finalmente, las corrientes que estudian los efectos de la “aparentalidad” (childlessness) en el riesgo de exclusión social o aislamiento y la falta de apoyo social en la vejez (Albertini & Mencarini, 2011; Keizer et al., 2010; O’Bryant, 1985; Pinquart, 2003).

En relación con la provisión y utilización de servicios, ha existido una preocupación por determinar si las personas que no tienen hijos e hijas cuando son mayores utilizan en mayor medida servicios de prestación de cuidados, si

los necesitan en mayor grado o si los utilizan de diferente manera. Aunque se ha encontrado que las personas mayores sin hijos no utilizan más los recursos de prestación de cuidados que las personas mayores con hijos (Albertini & Mencarini, 2011, 2012; Kohli & Albertini, 2009), sí se puede concluir que presentan una mayor vulnerabilidad ante un incremento de la fragilidad incluso cuando presentan bajos índices de dependencia (Albertini & Mencarini, 2011; Dykstra & Hagestad, 2007a, 2007b) debido a la menor disponibilidad de cuidadores familiares (p.ej., hijos o hijas) y a una red de apoyo que, aunque extensa y diversificada, es también más envejecida. Por ello, las personas mayores sin hijas/hijos tienen mayor probabilidad de trasladarse a vivir en una residencia ante un evento negativo de salud, tal y como identifican Koropeckyj-Cox & Call (2007) en su investigación en siete países. La institucionalización residencial de personas mayores está, sin embargo, asociada a otros procesos y construcciones sociales (además de fisiológicos) como el estado civil: algunos autores debaten si estar casado/casada podría retrasar o prevenir la institucionalización, sin llegar a conclusiones robustas (Barrett, 1999; Stull & Scarisbrick-Hausser, 1989). Estos hallazgos coinciden con datos disponibles en España que indican que de las 270.286 personas que viven en residencias para personas mayores en el país, un 69% son mujeres (185.373), quienes son en mayor medida que los hombres, solteras y viudas (INE, 2013).

Por otro lado, Johnson & Catalano (1981) ahondan en subrayar la diversidad de las personas mayores sin hijos y coinciden en sugerir que las diferencias intra-grupo internas de este grupo se explican, en gran medida, a través del estado civil de dichas personas. En este sentido, las personas mayores sin hijos y casadas

podrían tener una mayor probabilidad de presentar más aislamiento y a restringir su apoyo y cuidados en la pareja, mientras que las personas mayores sin hijos y no casadas tienden a diversificar más su red de apoyos utilizando una acumulación de recursos durante muchos años. Sin embargo, Keizer, Dykstra, & Poortman (2010) han encontrado pocas diferencias entre hombres de 40-59 años que eran padres y los que no lo eran, excepto en tres dimensiones: participación comunitaria, nivel de ingresos y satisfacción con la vida, en las que los hombres que eran padres presentaron mejores indicadores.

Desde una perspectiva más cercana a la salud pública, se ha investigado sobre la relación entre resultados de salud y la tenencia o no hijas o hijos en diferentes grupos de edad. Existen algunas discrepancias en resultados entre los diferentes estudios, pero en general se puede afirmar que existe una asociación entre ambos elementos (resultados de salud y tenencia o no de hijos), aunque sin conclusiones robustas sobre causalidad. Recientemente, Agerbo, Mortensen & Munk-Olsen (2012) sugieren la existencia de una asociación entre childlessness y mortalidad, tras analizar 21.276 parejas sin hijos que habían tenido o estaban en tratamiento in vitro en Dinamarca. Concluyen que aquellos individuos que no han tenido hijos tienen mayor probabilidad de presentar mayores tasas de mortalidad. Estas conclusiones confirman las de estudios previos que habían encontrado también asociaciones entre childlessness y algunos resultados negativos de salud en personas mayores como, por ejemplo, mortalidad prematura en hombres (Ringbäck Weitoft et al., 2004), depresión en mujeres (Huijts, Kraaykamp, & Subramanian, 2011), bajo peso, limitaciones en destrezas motoras

y menor actividad física en hombres (Plotnick, 2011), así como bajo peso y consumo de alcohol en mujeres (Plotnick, 2011). Estos hallazgos deben ser tratados con cuidado pues pueden conducir a pensar que ser padre/madre puede tener un efecto desalentador de comportamientos de salud negativos, reforzando posiciones patriarcales sobre los roles y mandatos de hombres y mujeres. Por ello, estos mismos estudios recalcan que probablemente es el contexto social con su estructura y normas sobre la aceptación o no de personas mayores sin hijas/hijos el elemento que explica en mayor grado las diferencias en salud mental entre personas que envejecen con hijos e hijas y quienes no (Huijts et al., 2011). El epígrafe que inicia este artículo refleja esta situación.

Tal y como afirma la OECD (2010), existen pocos estudios longitudinales sobre envejecimiento que ofrezcan datos contrastables y robustos sobre childlessness. Los escasos estudios longitudinales existentes que analizan este fenómeno que confirman los individuos que envejecen sin hijos o hijas desarrollan estrategias de adaptación y afrontamiento al modelo normativo de envejecimiento, el cual está altamente relacionado con tener hijas o hijos; además han encontrado que no presentan mayor riesgo de sufrir aislamiento o exclusión social (Eriksen & Gerstel, 2002; Wenger & Burholt, 2001) o mayores problemas de salud (Dykstra & Hagestad, 2007a).

Esta breve revisión de las principales corrientes de estudio sobre childlessness refleja no solo la riqueza de este campo de investigación y sus aportes para la gerontología y la planificación de servicios, sino también el acercamiento que la mayor parte de la investigación ha tenido hacia este tema. Dado que convertirse

en padre/madre está socialmente construido y considerado como el objetivo normativo de la edad adulta (Dykstra & Hagestad, 2007b; Keizer et al., 2010), la investigación sobre personas (mayores) sin hijas/hijos ha considerado a estos sujetos como los "Otros" (Letherby, 2002). Gran parte de la investigación científica al respecto asume la existencia de desventajas en las personas (mayores) sin hijas o hijos, obviando que, en gran medida, las diferencias en salud se construyen socialmente. Como apunta Dannefer (2003), las ventajas y desventajas en el curso de vida de las personas no solo se construyen, sino que también se acumulan gracias al contexto social en el que se desarrollan. Por ello, las desventajas acumuladas que puedan presentar las personas mayores sin hijas/hijos responden largamente a las limitadas oportunidades a las que pueden optar en un proceso no normativo de envejecimiento. Esta perspectiva de la construcción social de la enfermedad soporta y da coherencia también al marco de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (Commission on Social Determinants of Health, 2008; Solar & Irwin, 2010; World Health Organization, Lee, & Sadana, 2011).

3. ALGUNOS APUNTES SOBRE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA.

De acuerdo a los datos disponibles a través de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OECD, 2010), en España, la proporción de individuos mayores de 50 años que no tienen hijas/hijos es muy similar a la de otros países de Europa. La mayoría de los datos disponibles se concentran, sin embargo, en las mujeres. En concreto, las mujeres españolas presentan bajas tasas de childlessness (alrededor de un 13%) junto con bajas tasas de fertilidad,

lo cual quiere decir que existe una alta proporción de familias con pocos hijos o con uno solo (OECD, 2010). Países con altas tasas de childlessness son, por ejemplo, Grecia y Holanda (entre 15%-20%), así como Finlandia y Austria (más de 20%).

González & Guerrero-Jurado se preguntan en su investigación por qué las mujeres de 4 países enriquecidos (España; Francia; Alemania, ex República Federal; Italia) no transitan hacia la maternidad. Su análisis parte del estudio de la fertilidad y asume, en gran medida, que la mayoría de las mujeres sin hijos/hijas después de los 45 años corresponden a lo que se conoce como childlessness involuntario, es decir, cuando no ha sido buscado. Dentro de las varias razones contextuales que pueden explicar diferencias entre estos países apuntan al impacto de los marcos institucionales y a las políticas (o su ausencia) que fuerzan a las mujeres a tomar decisiones o a no poder tomarlas, con respecto a su deseo o no de entrar en la maternidad. Identifican dos factores clave para disminuir el childlessness involuntario: por un lado, políticas de apoyo a la emancipación temprana de personas jóvenes (sobre todo mujeres); y, por otro lado, políticas que mejoren las condiciones y estabilidad laboral de las mujeres, especialmente de aquellas en activo que desean ser madres y retomar su trabajo remunerado posteriormente.

Este análisis es un ejemplo claro de cómo las políticas (o su ausencia) dirigidas a un sector o colectivo influyen tanto en las oportunidades y decisiones que los individuos pueden tomar (en este caso, tener hijos/hijas), como en estructuras, procesos y servicios (como por ejemplo, la prestación de cuidados) que se ven afectados en el largo plazo.

Datos empíricos recogidos a nivel de comunidad autónoma confirman que los marcos institucionales y las políticas determinan en gran medida el tipo de decisiones que pueden tomar las personas y, en consecuencia, los valores y expectativas que construyen para sostener estas decisiones. Un reciente estudio del Gabinete de Prospección Sociológica (2012) del Gobierno Vasco con una muestra de 1.000 adultos, hombres y mujeres, encontró que el 32% no tiene hijas/hijos y, de este porcentaje, la mitad afirma no querer tener hijos algún día. Si se distribuye por edad a la muestra, el 20% tiene entre 18-29 años, y de este un 44% afirma no querer tener hijos algún día.

Al mismo tiempo, las personas de todas las edades en España aspiran a envejecer en sus hogares como lo confirman múltiples estudios al respecto (Imsero, 2008; Rodríguez, Mateo, & Sancho, 2005). Dado que en España, la prestación de cuidados a las personas mayores cuando son dependientes está ampliamente basada en la familia (en las hijas, sobre todo), es muy probable esperar cambios en las dinámicas de organización social de estos cuidados. En un futuro de familias más pequeñas o sin hijos, los mecanismos de provisión de cuidados y atención a la dependencia necesariamente cambiarán.

En algunos países, el abordaje político de las personas mayores sin hijas/hijos se ha hecho más visible. Recientemente, en Alemania se ha resuelto que los individuos sin hijos/hijas pagan más por las primas que sostienen el sistema de atención a la dependencia (López Lerma & Rubio Agudo, 2013). El argumento es que quien no contribuye a la sostenibilidad del sistema (porque es childless), deberá pagar más. Es muy probable que en el futuro cercano modelos similares se pongan en marcha en otros

países, incluido España, cuya población continua envejecimiento, con mayor esperanza de vida y muy bajas tasas de fecundidad.

Pero la cuestión (y, ¿el problema?) no es solo de sostenibilidad financiera, sino también de entendimiento de la diversidad de proyectos individuales y familiares. Hasta hace muy poco tiempo, el ciclo de vida de las personas estaba tan estructurado de manera que un proyecto de vida “en los márgenes” acarrea un alto coste personal y social al no cumplir con roles y mandatos sociales. La maternidad y paternidad como opción y deseo (y no como mandato) es un avance social importante. Con un coste, efectivamente, pero que las políticas, apoyadas en la investigación, deben resolver de manera equitativa.

4. CONCLUSIONES: IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y PARA LA TOMA DE DECISIONES POLÍTICAS.

Las primeras teorías sociológicas del envejecimiento no reconocieron el impacto de la estructura social en la vida de las personas mayores (Bengtson, 2009). Es decir, no tomaron en cuenta cómo influye el vivir en una sociedad concreta en el proceso de envejecimiento². Al contrario, enfatizaron el estudio de cómo los individuos se ajustan a la sociedad y desconocieron, en gran medida, la relación entre las biografías individuales y los eventos históricos y estructuras sociales, y cómo estos influyen en los primeros a lo largo de la vida como individuos y como miembros de cohortes y grupos de población.

² Son paradigmáticas, por un lado, la “Teoría de la desvinculación” (disengagement theory, en inglés), siendo su mayor exponente ‘Growing Old: The Process of Disengagement’ (1961) por Elaine Cumming y William Henry con prólogo de Talcott Parsons; y, por otro lado, la “Teoría de la actividad en el envejecimiento” (activity theory of ageing, en inglés), de cuya nacimiento se considera marcado por la publicación de ‘Older People’ (1953) por Robert J. Havighurst y Ruth E. Albrecht. Ambas teorías están fundadas empíricamente en investigaciones en Estados Unidos. Aunque persisten vestigios de ambas, hoy día están tan desacreditadas que, por ejemplo, V.L. Bengtson afirma que la teoría de la actividad debe figurar únicamente en las notas al pie de los libros de historia de las teorías del envejecimiento (Bengtson & Schaie, 1999).

El estudio del envejecimiento, desde las diferentes disciplinas (no solo la sociología del envejecimiento) ha tratado a las personas mayores sin hijos/hijos como los “Otros”, el Otro cultural, el outsider (Keizer et al., 2010). Aunque esto está cambiando, aún prevalece un acercamiento normativo al estudio de procesos no normativos. Por ello, es necesario acercarse al estudio de este grupo de población reconociendo su diversidad. Asimismo, es necesario analizar la relación entre childlessness y personas LGB, pues muchas de las personas mayores de hoy día que no tuvieron hijas/hijos no tuvieron nunca la oportunidad de decidir, pues la estructura social en la que crecieron imposibilitaba su maternidad/paternidad. De hecho, los estudios sobre envejecimiento LGB ofrecen una oportunidad para expandir el espacio conceptual de la gerontología más allá de su tradicional, casi tácito, asiento en una visión heterosexual de los modelos de convivencia, identidades y temas de investigación que no son solo inaplicables a las personas homosexuales, pero que cada vez son también menos aplicables a las personas heterosexuales (Herdt & Vries, 2004). Esto es sobre todo relevante a la hora de analizar, por ejemplo, modelos de convivencia (en especial las estructuras familiares), en los que tanto las personas heterosexuales como las que no lo son han construido ‘familias propias’ u otros modelos de familias, como por ejemplo sin hijas o hijos, que pueden servir de “proxy” a entender cómo diseñar modelos de prestación de cuidados a la dependencia y la vejez en entornos con poca disponibilidad de hijos/hijas como personas cuidadoras. De hecho, desde hace algún tiempo, autores como

Kimmel (1979, 1988) sugieren incluso que de las personas mayores gays, lesbianas y bisexuales se podrían extraer aprendizajes sobre estrategias para afrontar situaciones adversas en la vejez, ya que han desarrollado modelos de afrontamiento que les han obligado a asumir responsabilidades sobre sus propias necesidades desde momentos muy iniciales de su vida adulta en comparación con otras personas mayores, sobre todo aquellas personas casadas en parejas heterosexuales.

Por otro lado, para la construcción de políticas, su aplicación y evaluación, el estudio del envejecimiento de personas mayores sin hijas/hijos es un campo de trabajo importante tanto por el crecimiento de este grupo de población, como por la necesidad de identificar los mejores mecanismos para proveerlos de cuidados necesarios a estas personas, para promover su autonomía y disminuir su dependencia en la vejez avanzada. La evidencia disponible a través de la investigación en otros países indica que, por lo general, estas personas no utilizan más servicios de cuidados que las personas que sí tienen hijos/hijas. Sin embargo, sí presentan mayor vulnerabilidad en la vejez avanzada o ante situación de fragilidad. Es (y será) necesario, entonces, diseñar servicios adaptados a estos comportamientos de la población. La política puede influir en ello a través de medidas preventivas y de aseguramiento del bienestar.

Agradecimientos

Quisiera expresar mi agradecimiento a Fernando Fantova por animarme a escribir este artículo, a Mikel Otxotorena por su lectura crítica, y a Francisco Guillén-Grima por su dirección y recomendaciones en el marco de la investigación doctoral en la que se enmarca la escritura de este breve artículo.

Disclaimer

Los contenidos del artículo reflejan las posiciones del autor y no las de las organizaciones en las que trabaja o a las que está afiliado/relacionado.

BIBLIOGRAFÍA.

AGERBO, E., Mortensen, P. B., & Munk-Olsen, T. (2012). Childlessness, parental mortality and psychiatric illness: a natural experiment based on in vitro fertility treatment and adoption. *Journal of Epidemiology and Community Health*. doi:10.1136/jech-2012-201387.

ALBERTINI, M., & Mencarini, L. (2011). Childlessness and support networks in later life: a new public welfare demand? Evidence from Italy (No. 200) (p. 29). Turín: Collegio Carlo Alberto.

ALBERTINI, M., & Mencarini, L. (2012). Childlessness and Support Networks in Later Life: New Pressures on Familistic Welfare States? *Journal of Family Issues*. doi:10.1177/0192513X12462537.

BARRETT, A.E. (1999). Social Support and Life Satisfaction among the Never Married Examining the Effects of Age. *Research on Aging*, 21(1), 46-72. doi:10.1177/0164027599211003.

BENGTSON, V.L. (2009). *Handbook of Theories of Aging*. Springer Publishing Company.

BENGTSON, V.L., & Schaie, K. W. (1999). *Handbook of Theories of Aging*. Springer Publishing Company.

BROTMAN, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., ... Richard, B. (2007). Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada. *The Gerontologist*, 47(4), 490-503. doi:10.1093/geront/47.4.490.

BYTHEWAY, B. (2011). *Unmasking Age: The Significance of Age for Social Research*. Bristol: The Policy Press.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.

DANNEFER, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327-S337. doi:10.1093/geronb/58.6.S327.

DYKSTRA, P. A., & Hagestad, G. O. (2007a). Roads Less Taken Developing a Nuanced View of Older Adults Without Children. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1275-1310. doi:10.1177/0192513X07303822.

DYKSTRA, P.A., & Hagestad, G.O. (2007b). Childlessness and Parenthood in Two Centuries Different Roads-Different Maps? *Journal of Family Issues*, 28(11), 1518-1532. doi:10.1177/0192513X07303881.

EMLET, C.A. (2006). «You're awfully old to have this disease»: experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. *The Gerontologist*, 46(6), 781-790.

FAROOQ, M., Mateen, A., & Cheema, M. A. (2005). Elderly migrants adjustment problems in the Urban areas. *Journal of Agriculture and Social Sciences*, v. 1(3). Recuperado a partir de <http://agris.fao.org/agris-search/search/display.do?f=2007%2FFPK%2FFPK0709.xml%3BPK2007000975>.

GABINETE Prospección Sociológica. (2012). *La familia en la CPAV* (p. 99). Vitoria: Gobierno Vasco.

GONZÁLEZ, M.J., & JURADO-GUERRERO, T. (2006). Remaining childless in affluent economies: a comparison of France, West Germany, Italy and Spain, 1994–2001. *European Journal of Population*, 22(4), 317-352. doi:10.1007/s10680-006-9000-y.

GROSSMAN, A. H., D'Augelli, A. R., & Dragowski, E. A. (2007). Caregiving and Care Receiving Among Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(3-4), 15-38. doi:10.1300/J041v18n03_02.

HAGESTAD, G.O., & Call, V.R.A. (2007). Pathways to Childlessness A Life Course Perspective. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1338-1361. doi:10.1177/0192513X07303836.

HEAPHY, B., Yip, A.K.T., & THOMPSON, D. (2004). Ageing in a non-heterosexual context. *Ageing & Society*, 24(06), 881-902. doi:10.1017/S0144686X03001600.

HERDT, G.H., & VRIES, B.D. (2004). *Gay and Lesbian Aging: Research and Future Directions*. Springer Publishing Company.

HOEM, J.M., NEYER, G., & ANDERSSON, G. (2006). Education and childlessness. *Demographic Research*, 14, 331-380. doi:10.4054/DemRes.2006.14.15.

HUBER, A., & O'REILLY, K. (2004). The construction of Heimat under conditions of individualised modernity: Swiss and British elderly migrants in Spain. *Ageing & Society*, 24(03), 327-351. doi:10.1017/S0144686X03001478.

HUGHES, M., & KENTLYN, S. (2011). Older LGBT people's care networks and communities of practice: a brief note. *International Social Work*, 54(3), 436-444. doi:http://dx.doi.org/10.1177/00208728110396254.

HUIJTS, T., KRAAYKAMP, G., & SUBRAMANIAN, S.V. (2011). Childlessness and Psychological Well-Being in Context: A Multilevel Study on 24 European Countries. *European Sociological Review*. doi:10.1093/esr/jcr037.

IMSERSO. (2008). *Las personas mayores en España: informe 2008: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I*. Madrid: Imserso.

INE (2013, abril 30). *Censos de Población y Viviendas 2011. Colectivos*. Recuperado a partir de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.

JEFFRIES, S., & KONNERT, C. (2002). Regret and psychological well-being among voluntarily and involuntarily childless women and mothers. *International journal of aging & human development*, 54(2), 89-106.

JOHNSON, C. L., & CATALANO, D.J. (1981). Childless Elderly and Their Family Supports. *The Gerontologist*, 21(6), 610-618. doi:10.1093/geront/21.6.610.

KEIZER, R., Dykstra, P.A., & POORTMAN, A.R. (2010). Life Outcomes of Childless Men and Fathers. *European Sociological Review*, 26(1), 1-15. doi:10.1093/esr/jcn080.

KIMMEL, D.C. (1979). Life-history interviews of aging gay men. *International journal of aging & human development*, 10(3), 239-248.

KIMMEL, D.C. (1988). Ageism, Psychology, and Public Policy. *American Psychologist*, 43(3), 175-178.

KOHLI, M., & ALBERTINI, M. (2009). Childlessness and intergenerational transfers: what is at stake? *Ageing & Society*, 29 (Special Issue 08), 1171-1183. doi:10.1017/S0144686X09990341.

KOROPECKYJ-Cox, T., & CALL, V.R.A. (2007). Characteristics of Older Childless Persons and Parents Cross-National Comparisons. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1362-1414. doi:10.1177/0192513X07303837.

KOURIS-BLAZOS, A., WAHLQVIST, M.L., Trichopoulou, A., Polychronopoulos, E., & Trichopoulos, D. (1996). Health and nutritional status of elderly Greek migrants to Melbourne, Australia. *Age and ageing*, 25(3), 177-189.

KREAGER, P., & Schröder-Butterfill, E. (Eds.). (2004). *Ageing Without Children: European and Asian Perspectives*. Oxford: Berghahn.

LEATHERBY, G. (2002). Childless and Bereft?: Stereotypes and Realities in Relation to 'Voluntary' and 'Involuntary' Childlessness and Womanhood. *Sociological Inquiry*, 72(1), 7–20. doi:10.1111/1475-682X.00003.

LÓPEZ LERMA, J. & RUBIO AGUDO, E. (2013). Bases y tipos de cotización para el 2013 en Alemania (p. 11). Berlín: Consejería de Empleo y Seguridad Social de la Embajada de España en Alemania.

MENCARINI, L., & Tanturri, M. L. (2007). High Fertility or Childlessness: Micro-Level Determinants of Reproductive Behaviour in Italy. *Population (English Edition)*, Vol. 61(4), 389-415. doi:10.3917/pope.604.0389.

NOMAGUCHI, K.M., & MILKIE, M.A. (2003). Costs and Rewards of Children: The Effects of Becoming a Parent on Adults' Lives. *Journal of Marriage and Family*, 65(2), 356–374. doi:10.1111/j.1741-3737.2003.00356.x.

O'BRYANT, S.L. (1985). Neighbors' Support of Older Widows Who Live Alone in Their Own Homes. *The Gerontologist*, 25(3), 305-310. doi:10.1093/geront/25.3.305.

OECD. (2010). *Childlessness (No. SF2.5)* (p. 5). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Recuperado a partir de www.oecd.org/els/social/family/database.

PINQUART, M. (2003). Loneliness in Married, Widowed, Divorced, and Never-Married Older Adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 31-53. doi:10.1177/02654075030201002.

PLOTNICK, R. (2011). Childlessness and the Health Status of Older Americans (SSRN Scholarly Paper No. ID 1791837). Rochester, NY: Social Science Research Network. Recuperado a partir de <http://papers.ssrn.com/abstract=1791837>.

PUDARIC, S., Sundquist, J., & Johansson, S. E. (2000). Major risk factors for cardiovascular disease in elderly migrants in Sweden. *Ethnicity & health*, 5(2), 137-150. doi:10.1080/713667448.

RINGBÄCK Weitoft, G., BURSTRÖM, B., & ROSÉN, M. (2004). Premature mortality among lone fathers and childless men. *Social science & medicine* (1982), 59(7), 1449-1459. doi:10.1016/j.socscimed.2004.01.026.

RODRÍGUEZ, P., MATEO, A., & SANCHO, M. (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: el entorno familiar. *Imsero*.

ROSENFELD, D. (2010). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Ageing: Shattering Myths, Capturing Lives. En *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (pp. 226-39). London: SAGE Publications Ltd.

ROSENFELD, D., BARTLAM, B., & SMITH, R.D. (2012). Out of the Closet and Into the Trenches: Gay Male Baby Boomers, Aging, and HIV/AIDS. *The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnr138.

ROWLAND, D.T. (2007). Historical Trends in Childlessness. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1311-1337. doi:10.1177/0192513X07303823.

SETTERSTEN, R.A., & Mayer, K. U. (1997). The Measurement of Age, Age Structuring, and the Life Course. *Annual Review of Sociology*, 23(1), 233-261. doi:10.1146/annurev.soc.23.1.233.

SNOWDON, D.A. (2003). Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. *Annals of internal medicine*, 139(5 Pt 2), 450-454.

SOLAR, O., & IRWIN, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.

STULL, D.E., & SCARISBRICK-HAUSER, A. (1989). Never-Married Elderly A Reassessment with Implications for Long-Term Care Policy. *Research on Aging*, 11(1), 124-139. doi:10.1177/0164027589111006.

TYAS, S.L., SNOWDON, D.A., DESROSIERS, M.F., Riley, K. P., & Markesbery, W. R. (2007). Healthy ageing in the Nun Study: definition and neuropathologic correlates. *Age and Ageing*, 36(6), 650-655. doi:10.1093/ageing/afm120.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Lee, J.H., & Sadana, R. (2011). Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants. (The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks, Ed.). Geneva: WHO.

ZAMORA, G., DE LA ROSA, R., & OTXOTORENA, M. (2012). Cuidados enfermeros y personas LGB [Nursing care and LGB people]. *Enfermería Comunitaria*, 8(2). Recuperado a partir de <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n2/ec8201.php>.

DOCUMENTOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DE UNA ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO EUROPEA BASADA EN LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

Se trata de un informe elaborado por la Fundación Economía y Salud a requerimiento de la Federación Empresarial de la Dependencia, FED, que fue presentado en el Parlamento Europeo por ECHO, European Confederation of Care Home Organisations.

Sumario

1. Importancia del sector socio-sanitario europeo.

- Principales magnitudes: demanda, volumen de negocio y valor añadido, oferta y empleo.
- El sector socio-sanitario como oportunidad y estrategia de crecimiento y desarrollo económico.

2. Plan europeo de creación de nuevas plazas socio-sanitarias.

- Efectos del Plan Europeo de creación de nuevas plazas socio-sanitarias.
- Determinación del GAP por países.
- Generación de empleo.
- Costes y retornos para la Administración.

3. Estrategia de coordinación socio-sanitaria europea.

- Cuidados paliativos, convalecencias y rehabilitación.

1. Importancia del sector socio-sanitario europeo.

La mayoría de los 27 estados miembros de la Unión Europea (EU) pertenecen al grupo de países con una mayor esperanza de vida del mundo. No obstante, estos mismos países tienen las tasas de fertilidad más bajas del planeta, lo que ocasiona que en Europa se esté produciendo no sólo un envejecimiento de la población, sino un aumento de la población mayor de 65 años.

Esta tendencia ha traído consigo un mayor peso de los ancianos en el conjunto de las poblaciones europeas: la proporción entre la población de 65 y más años sobre la población entre 15-64 en la EU-27 pasó de 22,3% en 1996, a 25,4% en 2008, y se proyecta que se incrementa hasta el 30% para el año 2040.

Toda Europa está tratando de solucionar el incremento en los recursos destinados a los cuidados de la dependencia debido al envejecimiento de la población, lo que se traduce en una mayor presión sobre los servicios sanitarios y sociales.

El Organismo de Estadística de la Unión Europea (Eurostat) establece que aproximadamente el 4% (más de 20 millones de personas) de la población adulta en toda Europa se encuentra en una situación de dependencia. Existe una correlación entre dependencia y edad, pudiéndose afirmar que la dependencia aumenta con la edad.

Además, calcula que aproximadamente del 15% al 16% de las personas mayores de 65 años son personas dependientes, y este porcentaje se eleva al 25% o 26% entre los mayores de 75 años.

Demanda. Dependencia vs cambios demográficos.

- Existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad.
- Ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente.
- No es extraño por ello que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico y que algunas veces, se tienda a considerar como un fenómeno que afecta sólo a los mayores.
- No obstante, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población.
- Puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc.) o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de senescencia.

A medida que pasa el tiempo se está produciendo una inversión en la tendencia demográfica en la UE 27, donde cada vez es menor la población joven y, como hemos comentado anteriormente, cada vez es mayor la población

mayor y, como consecuencia directa, también la población dependiente.

Volumen de actividad económica y valor añadido.

- El volumen de actividad económica del sector de la dependencia de los países de la Unión (de los que existen datos) en relación con el PIB, a precios corrientes de 2011 según Eurostat, aunque varía por países, asciende a un porcentaje medio del 1,32% del PIB.
- Para el resto de países (hasta los 27 que conforman la UE), de los cuales no se dispone de datos, se ha tomado dicho porcentaje medio para estimar su volumen de actividad a partir de los PIB de cada uno de ellos.
- El total general del volumen de negocio en atención a la dependencia en la Unión Europea asciende anualmente a 167 mil millones € en la actualidad.
- Adicionalmente, dado que el principal componente del coste del producto es el factor trabajo (aproximadamente el 80%), el valor añadido bruto total generado anualmente por el sector se cifra en 138 mil millones €.

Oferta de camas sociosanitarias.

En relación a la oferta, existen alrededor de 3,5 millones de camas sociosanitarias en toda la Unión Europea. A estos efectos es necesario tener en cuenta que Eurostat considera como sociosanitarios aquellos dedicados a la atención a personas dependientes que ofrecen cuidados, alojamiento y manutención como un único servicio. Por tanto, la estadística incluye:

- Camas en todo tipo de centros sociosanitarios para personas dependientes.
- Camas para cuidados paliativos en centros sociosanitarios.

Por el contrario, no incluye:

- Camas en centros sociosanitarios no dedicadas a personas dependientes.
- Camas en hospitales dedicadas a crónicos.
- Camas en viviendas tuteladas.

El ratio medio de camas sociosanitarias en el conjunto de la UE 27 por cada millón de habitantes es de 7.133,25. Sin embargo, existen grandes diferencias entre países, con un grupo de países con ratios por encima de 10.000 camas por millón y otros por debajo de 6.000.

2. Plan europeo de creación de nuevas plazas sociosanitarias.

Efectos del Plan Europeo.

El plan de creación de nuevas plazas sociosanitarias tendrá los siguientes efectos:

La puesta en funcionamiento de nuevas camas de atención a la dependencia genera una serie de efectos directos e indirectos sobre el presupuesto del Sector Público que son los siguientes:

Efectos sobre el empleo.

- Cada nueva cama socio-sanitaria requiere de un ratio mínimo de personal directo para su puesta en funcionamiento. En el sector de

personas mayores este ratio medio se sitúa en torno al 0,54.

- Además, se generarán una serie de empleos inducidos por la propia actividad del centro sociosanitario (40% del empleo directo).

- Por último se trata de un empleo de generación cuasi inmediata (no requiere un largo periodo de maduración), de cualificación media y preferentemente de sectores jóvenes y femenino.

Efectos fiscales.

- El incremento de actividad y empleo que supone una nueva cama sociosanitaria generará incrementos inmediatos en la recaudación de impuestos indirectos (IVA) e impuestos directos, tanto sobre personas físicas como sobre personas jurídicas (Impuesto sobre Beneficios, Impuesto sobre la Renta).

- Además, la creación de nuevos puestos de trabajo supondrá un aumento de las cotizaciones al sistema de seguridad social nacional.

- También se producirá un efecto de reducción de las prestaciones por desempleo en la medida en que los nuevos puestos sean cubiertos con personas procedentes del desempleo.

Objetivo del Plan.

El objetivo es asegurar que todos los países de la Unión Europea alcanzan un ratio mínimo de 6.000 camas sociosanitarias por cada millón de habitantes.

Para ello deberían construirse y ponerse en funcionamiento aproximadamente medio millón

de nuevas camas en toda la Unión Europea (485.710 exactamente) en aquellos países que no alcancen el ratio mínimo anteriormente especificado.

Las tablas que acompañan muestran, por cada país, el número de camas sociosanitarias que existen en la actualidad, las camas teóricas que deben haber en función de la regla de 6.000 camas por cada millón de habitantes.

- Son 10 los países afectados por el Plan de creación de camas sociosanitarias.
- La columna GAP representa el número de camas totales que cada país debe crear para llegar al ratio mínimo establecido de 6.000 camas por cada millón de habitantes.
- En toda la UE 27 hay que crear algo menos de medio millón de camas, siendo Italia la que más, con una necesidad de creación de más de 150.000 camas y Chipre la que menos, con aproximadamente 800 camas.

Generación de empleo.

Para el cálculo del ratio empleo/cama se ha calculado el **número de trabajadores a tiempo completo** en residencias de ancianos en Alemania (datos de 2008) y se ha comparado con el de España.

- Dado que en Alemania el ratio medio en residencias de ancianos es de 0,54 y en España de 0,57, **se utiliza para el resto de los cálculos el ratio de 0,54 para el conjunto de los países** con un criterio conservador.
- La creación de nuevas camas generará a su vez **numerosos empleos**, bien **directos**, **indirectos**

o bien empleos coyunturales destinados a la **construcción**.

Para calcular la cantidad de **nuevos puestos de trabajo** que se generará, en primer lugar se ha calculado la **cantidad de camas nuevas necesarias (GAP)** para que cada país tenga al menos **6.000 camas por cada millón de habitantes**.

El Plan generará cerca de **390.000 nuevos puestos de trabajo a tiempo completo** en el conjunto de países afectados de carácter permanente. Tal y como refleja la tabla que adjunta el estudio.

Además, se generarán **cerca de 375.000 puestos de trabajo** durante la construcción de las nuevas camas. Por tanto, movilizará más de **760.000 nuevos empleos** durante los dos primeros años del mismo.

Análisis de los efectos del Plan en España.

El número de camas nuevas a crear en el Plan es de 31.251. A partir de la puesta en servicio (una vez finalizada la construcción), el coste neto para la Administración Pública (gasto público en financiación de camas neto de copago menos retornos y/o ahorros presupuestarios) asciende a 390 mm € anuales. No obstante, dicha inversión tendrá repercusiones que supondrán unos retornos para la Administración, bien por ahorro (reducción de prestaciones de desempleo), bien por generación de ingresos (los nuevos empleados cotizarán a la SS y también tributarán IRPF, las empresas que los contraten tributarán IVA y también ISS).

El estudio incluye tablas sobre costes y retornos para la Administración Pública, que de forma resumida ofrecen los siguientes datos:

- Personas atendidas: 31.251
- Empleo generado en la gestión (permanente) : 24.938.
 - Directo: 17.813.
 - Indirecto: 7.125.
- Empleo generado en la construcción (2 años): 24.306.
- Empleo total generado: 49.244.
- Saldo neto presupuestario positivo hasta el año 11 desde el inicio del Plan.

3. Estrategia de coordinación sociosanitaria europea: cuidados paliativos, convalecencias y rehabilitaciones.

El ahorro que se puede obtener en el sector sanitario mediante la utilización de recursos socio-sanitarios para las cuestiones relacionadas con enfermos crónicos, convalecientes o necesitados de actividades rehabilitadoras se estima en más del 75% del coste de una cama en un hospital de agudos por lo que esta forma de actuar se convierte en absolutamente

imprescindible para asegurar la racionalidad y eficiencia del sistema sanitario y sociosanitario.

Según los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, en 2007 existían en España alrededor de 13.000 camas en hospitales de media y larga estancia.

De acuerdo con los datos disponibles, el coste en un hospital de media y larga estancia se sitúa alrededor de los 365,00 euros (50% Percentil 75). Este es el importe a comparar con el coste del sistema sociosanitario en el que las plazas pueden ser hasta cuatro veces más baratas y el paciente puede recibir idéntico servicio y calidad que el que recibe en dichos hospitales.

La conclusión del estudio es que el sector sociosanitario supone una oportunidad estratégica de crecimiento económico para la Unión Europea, ya que reduce el déficit público, estimula la actividad económica y genera empleo.

GUÍAS DE ORIENTACIÓN PROFESIONAL PARA LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

En cumplimiento del Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, adoptado con fecha 1 de junio de 2010 y publicado por Resolución de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo (BOE 12/7/2010), el IMSERSO ha elaborado unas Guías de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia.

Estos documentos han sido elaborados en colaboración con el nivel asociativo representativo a nivel nacional en cada colectivo en cuestión, y revisados e informados por la Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del Baremo de Valoración de la situación de Dependencia (CTVD), Órgano Técnico Colegiado del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El objeto de las Guías, según señala el IMSERSO, es tratar de transmitir conocimientos útiles para la comprensión de dichas condiciones de salud en el proceso de evaluación de la situación de dependencia y desarrollar orientaciones para facilitar la aplicación de dicho baremo de forma homogénea y eficiente en todas las Comunidades Autónomas así como servir de apoyo a la formación de los profesionales de los órganos de valoración.

- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con Daño Cerebral Adquirido (845 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_depdc.pdf.
- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades neuromusculares raras (225 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_depela.pdf.
- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves (203 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_tmentalg.pdf.
- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con sordoceguera (683 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_osc.pdf.
- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con ceguera y deficiencia visual grave (834 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_cdefvg.pdf.

- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (485 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_alzheimerod.pdf.

- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con parálisis cerebral (246 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_paralisc.pdf.

- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes (1142 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_emyed.pdf.

- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Parkinson (598 Kb. pdf)
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_parkinson.pdf.

- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal (3880 Kb. pdf) <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guadeproductosdeapoyo.pdf>.

MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS.

Autores del libro

Juan González-Badía Fraga
Consultor en Discapacidad y Dependencia
Elisa Sala Mozos
Investigadora y Consultora
Eva A. Hermoso Díaz
Psicóloga – Formadora

Sumario

1. Introducción.
2. El marco de atención y protección jurídico social de las personas con enfermedad mental en las universidades.
3. La población con discapacidad y/o enfermedad mental que desarrolla estudios universitarios: Indicadores y cifras.
4. Diagnóstico.
5. Conclusiones y propuestas. Anexos: Instrumentos de análisis.

Según señalan los autores en la introducción de este libro, en el último decenio ha sido clave en la normalización de la vida universitaria de las personas con discapacidad. Se produjeron hechos de enorme relevancia, la aprobación de la Ley Orgánica de Universidades en el año 2001, que estableció que las Universidades debían aprobar nuevos Estatutos, en los que, el 90% de las universidades públicas aprobaron disposiciones que regulaban el tratamiento y la integración de las personas con discapacidad en la Universidad. Más tarde, en el año 2007, con la modificación de la Ley Orgánica de Universidades, se dio otro paso adelante, al establecer que se tenían que dotar de los recursos

necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de todos sus estudiantes. Por último, en cuanto a novedades legislativas, hace dos años se aprobó el Estatuto del Estudiante Universitario, en el que aparecen numerosas disposiciones que garantizan la igualdad de oportunidades de los estudiantes con discapacidad.

Aparte de estos tres importantes hechos jurídicos, a lo largo del último decenio, se ha completado el mapa de recursos de las universidades públicas españolas, alcanzando a tener todas ellas servicios estables de atención a estudiantes con discapacidad. De la misma forma, también se ha homogeneizado el acceso gratuito del estudiante con discapacidad a la Universidad mediante la exención operada en la Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica de Universidades de 2007.

Todos estos avances, tanto a nivel legislativo como de acción pública, han supuesto un incremento del número de personas con discapacidad que cursan estudios en las universidades españolas.

No obstante, uno de los problemas actuales es la atención a las personas con enfermedad mental en la Universidad. A diferencia de lo que pasa con otros tipos de discapacidad (visual, auditiva, física y orgánica), la discapacidad derivada de una enfermedad mental no tiene el mismo grado de aceptación social, teniendo como efecto que muchas veces la persona con enfermedad mental oculta la misma ante los miembros de la Comunidad Universitaria (profesores, compañeros de clase, etc.), llegando al extremo de no acudir a la Oficina de Atención a Estudiantes con Discapacidad e incluso de no indicarla en la matrícula, así pues prescindiendo de servicios, becas o exención de

matrícula de la que se podrían beneficiar. Todo esto redundaría en no poder obtener los recursos necesarios para completar con éxito su vida académica.

Destinatarios

Beneficiarios directos:

- Personas que presentan problemas de salud mental, ya tengan diagnóstico o no. Esto es, se contemplan como beneficiarios directos del presente informe.
- Personas que presentan problemas de salud mental que no tienen un diagnóstico.
- Personas con enfermedad mental con grado de discapacidad superior al 33% reconocido.
- Personas con un diagnóstico de enfermedad mental sin certificado de discapacidad.

Beneficiarios indirectos:

- Los técnicos de los servicios de atención al estudiante con discapacidad en especial, y la comunidad universitaria en general (personal docente e investigador, personal de administración y servicios y estudiantes).
- Los familiares de los estudiantes universitarios con enfermedad mental.
- La ciudadanía en general, ya que todas aquellas medidas destinadas a la promoción de la igualdad de oportunidades beneficia de forma directa a toda la sociedad.

Así pues, se contemplan en el desarrollo del análisis las enfermedades mentales declaradas con el grado de discapacidad, y aquellas

circunstancias que se dan a lo largo de la vida académica de un alumno, que pueden ser prescritas como enfermedad mental pero que no llegan a reconocerse en el certificado de discapacidad.

Objetivos

Los objetivos perseguidos con este estudio son los siguientes:

Objetivos generales:

- Identificar las principales necesidades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario actual.
- Promover la Igualdad de Oportunidades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario.

Objetivos específicos:

- Conocer los principales miedos y motivaciones de las personas con enfermedad mental frente a la posibilidad de desarrollar estudios universitarios.
- Conocer las necesidades y demandas de los estudiantes y titulados universitarios con enfermedad mental.
- Conocer las opiniones de los técnicos de las asociaciones de personas y de los técnicos de los servicios de atención a estudiantes con discapacidad de las universidades españolas.
- Desarrollar propuestas de actuación y establecer las bases para promover una mejora en la atención a las personas con enfermedad mental en las universidades públicas españolas.



Para la Dependencia

FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid
Tel.: 91 214 65 69
email: fcaser@fundacioncaser.org
web: www.fundacioncaser.es