



FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: fcaser@fundacioncaser.org

web: www.fundacioncaser.es

actas de la dependencia

01

MARZO 2011

Caser
FUNDACIÓN
Para la Dependencia

COLABORAN:

Juan Sitges Breiter
Purificación Causapié Lopesino
Simón Sosvilla Rivero
Antonio Balbontín López-Cerón
Pablo Cobo Gálvez
Emilio Herrera Molina
Gregorio Rodríguez Cabrero
Antonio Flores Alba



Esta Publicación no podrá ser reproducida,
ni total ni parcialmente, sin el previo permiso escrito de
FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

ACTAS DE LA DEPENDENCIA

Depósito Legal: M-9549-2011

ISSN 2173-7142

índice

04

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO ACTAS DE LA DEPENDENCIA

JUAN SITGES BREITER

Director General Fundación CASER para la Dependencia

08

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, LOS RETOS DEL IMSERSO EN EL SIGLO XXI

PURIFICACIÓN CAUSAPIÉ LOPESINO

Directora General del Imserso

14

DIÁLOGOS PARA LA DEPENDENCIA 2010

SIMÓN SOSVILLA RIVERO

Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid

22

ACUERDOS DEL CONSEJO TERRITORIAL DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA SOBRE CRITERIOS PARA DETERMINAR LAS INTENSIDADES DE PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS Y LAS CONDICIONES Y CUANTÍAS DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

ANTONIO BALBONTÍN LÓPEZ-CERÓN

Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación Instituto de Mayores y Servicios Sociales

PABLO COBO GÁLVEZ

Ha sido Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación Instituto de Mayores y Servicios Sociales

35

CUIDADORES PROFESIONALES EN ESPAÑA: FORMACIÓN, EMPLEABILIDAD Y OPORTUNIDADES DE EMPLEO.

Dirección Técnica: Enterprising Solutions for Health (EH).

Autoría: HERRERA, E / MARTÍN, V / BELLO, E / MUÑOZ, I / SITGES, J.

66

TENDENCIAS RECIENTES EN EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS EUROPEOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO

Universidad de Alcalá

92

LA PERCEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LOS CIUDADANOS ESPAÑOLES, AÑO 2010

ANTONIO FLORES ALBA

Director General de Front & Query

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

ACTAS DE LA DEPENDENCIA

JUAN SITGES BREITER

Director General

Fundación CASER para la Dependencia

El proyecto Actas de la Dependencia que pone en marcha la Fundación Caser consiste en una publicación de carácter periódico cuyo objetivo es abordar en profundidad, desde una perspectiva técnica y científica, y por especialistas en la materia, todos aquellos temas que afectan al Sistema de la Dependencia. El contenido de las Actas dará prioridad a los asuntos de mayor actualidad o que más preocupen al sector, sin descuidar por ello otros aspectos que también puedan ser considerados de interés.

La publicación nace con vocación de permanencia en el tiempo y con la intención de consolidarse entre las administraciones, los profesionales, los empresarios y las organizaciones de beneficiarios como un foro de debate de máximo nivel, que aborde y analice los temas desde diversas perspectivas, así como un valioso instrumento que aporte ideas, reflexiones y soluciones en el proceso de desarrollo y consolidación de Sistema Nacional de Dependencia en que estamos inmersos.

Asimismo, el proyecto es un magnífico ejemplo del tipo de acciones que la Fundación Ca-

ser para la Dependencia está llevando a cabo para convertirse en un gran centro multidisciplinar de estudio, reflexión y concienciación social sobre las necesidades de las personas dependientes y sus familiares. Las Actas serán un claro ejemplo de su firme voluntad de aproximarse a esta realidad de una manera integral, rigurosa y profesional.

No obstante, y para entender este proyecto en toda su extensión, creemos conveniente explicar en detalle qué es la Fundación Caser para la Dependencia y cuáles han sido los motivos que han llevado a considerar conveniente su creación, contextualizándolo con el actual estado de desarrollo de la Ley de Dependencia y de las prestaciones del Sistema para la Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

1. FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA, UN RETO INAPLAZABLE

Podríamos decir que la creación de la Fundación Caser para la Dependencia es una consecuencia natural de la propia evolución de la compañía. En Caser siempre hemos mostrado

una especial sensibilidad hacia la tercera edad y hemos desarrollado líneas de actividad específicamente dirigida a los mayores. Asimismo, dentro de nuestra política de responsabilidad social corporativa, el apoyo y ayuda a aquellos colectivos más desfavorecidos, han tenido especial prioridad. Por tanto, podría decirse que nuestro interés en el tema de la dependencia es una consecuencia lógica de nuestro devenir.

Desde que se definió el desarrollo y consolidación de un Sistema Nacional de Dependencia como uno de los pilares básicos del Estado de Bienestar, Caser ha desarrollado una intensa actividad en esta materia, siendo pionera en la edición de los primeros estudios nacionales relacionados con la misma.

Sin embargo, la experiencia acumulada nos hacía sentir que todavía podíamos aportar mucho más y de esta forma, surgió la idea de crear la Fundación. Teníamos claro que debía tratarse de un proyecto de calado, avalado y respaldado por personalidades de prestigio y profundo conocimiento de la materia, como así se demuestra en nuestro Patronato, compuesto por 23 miembros, reconocidos por su experiencia y elevado nivel de cualificación y competencia.

Queríamos crear una Fundación que trascendiera el plano puramente teórico y fuese capaz de proponer soluciones y llevar a cabo acciones que colaborasen al desarrollo efectivo de la Ley de Dependencia, y a mejorar la situación de las personas dependientes y sus familias. Asimismo, que fuera un altavoz capaz de concienciar a la sociedad sobre la importancia del tema y moverla a la acción.

En nuestros documentos fundacionales nuestro principal objetivo es convertirnos en

un gran centro multidisciplinar de estudio, reflexión y concienciación social sobre las necesidades de las personas dependientes y sus familiares. Para conseguirlo, nuestros propósitos corporativos son: promover los estudios científicos multidisciplinarios sobre demografía del envejecimiento y enfermedades ligadas a la dependencia, así como impulsar la formación y cualificación de los cuidadores, y a la vez encontrar sistemas capaces de incrementar la eficiencia y la optimización del gasto social en las políticas públicas y privadas de ayuda a las personas con dependencia y a sus familiares.

Todo ello, manteniendo un punto de vista multidisciplinar de la dependencia, capaz de interrelacionar los múltiples aspectos jurídicos, laborales, sanitarios, de política social, económicos y de relaciones humanas. En definitiva, dada nuestra trayectoria, en Caser concebimos la puesta en marcha de esta Fundación como un reto inaplazable y una exigencia implícita en nuestro ADN.

En 2010, todos estos propósitos y objetivos se han materializado ya en acciones con resultados claramente satisfactorios. Hicimos nuestra presentación en sociedad tanto para las administraciones, instituciones y medios de comunicación. Lanzamos nuestra página web www.fundacioncaser.org. Realizamos los primeros estudios en la línea apuntada en nuestros objetivos fundacionales, tales como El Mapa de la Dependencia en España, el Estudio Nacional sobre la percepción que los españoles tienen del SAAD y el Informe sobre los cuidadores profesionales en España. También pusimos en marcha el trabajo sobre el impacto de la dependencia en familias con niños. Paralelamente, celebramos la primera edición de los premios

Dependencia y Sociedad, con gran éxito y muy buena acogida.

Llevamos a cabo importantes proyectos como el desarrollo, en colaboración con la CECA, de una completa web www.normativadependencia.es sobre la legislación de Dependencia en España. Asimismo, promovimos otros convenios de colaboración como los celebrados con la Fundación Caja Extremadura y la Universidad de Extremadura y con la Universidad Pompeu Fabra. Por último, iniciamos las reuniones de grupo del proyecto la Mirada del Mayor y la edición y publicación de Conecta. Especialmente orgullosos nos sentimos de haber sido los impulsores de los Diálogos para la dependencia, un foro que interrelaciona distintas perspectivas e impulsa conclusiones de interés para todos.

En 2011, seguiremos avanzando en esta línea dando cada vez mayor contenido y notoriedad a las actividades de la Fundación. Seguiremos desarrollando las iniciativas ya puestas en marcha (estudios sobre el SAAD, Premios Dependencia y Sociedad, la Mirada del Mayor, etc.) e iniciaremos otras nuevas. En este sentido, y entre otras acciones, queremos avanzar en la percepción de la dependencia con el proyecto "Guía para la dependencia". Para ello crearemos en nuestra web un espacio con contenidos e información abierto a todos. Realizaremos un profundo análisis de la dependencia en Europa. Llevaremos a cabo una jornada sobre infraestructuras centrada en las innovaciones en el diseño de alojamientos para personas dependientes. También colaboraremos en un monográfico de Papeles de la Economía Española (FUNCAS) sobre dependencia y comenzaremos a editar la publicación periódica "Actas de Dependencia", cuya presentación es el objeto de este artículo.

2. ESTADO ACTUAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA.

Sin duda, la entrada en vigor en 2007 de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, fue un paso imprescindible e importantísimo. En ese momento, a los expertos y conocedores de la materia, no se nos escapaba que la norma era ambiciosa y que su desarrollo sería largo y complejo, como así está siendo. Pero también éramos y somos conscientes que como todo proyecto de gran envergadura necesita su tiempo y ciertas dosis de paciencia por parte de todos.

Es importante que, cuatro años después de su promulgación, seamos conscientes de la envergadura de la dependencia en España para, así, ser capaces de abordar las soluciones para los más de 1,5 millones de dependientes. Hoy cerca de 700.000 personas, según las estadísticas del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, el IMSERSO, están ya recibiendo prestaciones del SAAD, aunque todavía haya un número significativo de personas valoradas que están pendientes de recibir su servicio o prestación económica.

A estos datos se une el estudio de la Fundación que se presenta en esta publicación, que la percepción de la dependencia en España y que pone de relieve datos muy significativos que avalan la relevancia de este tema. Significativo es que, según este estudio, el 27% de las familias españolas reconoce tener una persona dependiente entre sus miembros.

Mención aparte merece la urgencia de la profesionalización y cualificación de los cuidados en esta materia. Según el estudio rea-

lizado recientemente por la Fundación, existe una fuerte demanda de cuidadores profesionales cualificados. Se trata una oportunidad que los poderes públicos no deberían ignorar ya que puede contribuir a rebajar la tasa de desempleo, especialmente, en segmentos de población, como los jóvenes entre 16 y 25 años, donde alcanza un preocupante 43%.

Resulta fundamental conocer en detalle las necesidades de las personas con dependencia y de sus familiares, así como de los recursos y sistemas de financiación de los que el sector dispone, con el fin de profundizar en el desarrollo de una política nacional capaz de superar desigualdades territoriales que en la aplicación de la Ley se han puesto de manifiesto.

3. ACTAS DE LA DEPENDENCIA: DETECTAR EL PROBLEMA, PROPONER LA SOLUCIÓN.

Retomando lo que señalaba al inicio de este artículo, las Actas de la Dependencia nacen con el objetivo de ser un foro de debate y reflexión que ofrezca ideas y soluciones.

Profundizando en sus características, nuestra intención es que tenga una estructura en bloques de estudio que se repitan en los distintos números, sin que necesariamente sean iguales, pero que mantengan cierta continuidad en las secciones que orienten al lector y de coherencia al proyecto.

Otro punto clave es que aquellas personas

que colaboren en su redacción sean expertas en las distintas materias que se aborden, y procedan de distintos ámbitos, especialmente del universitario.

Asimismo, cuando la actualidad o el interés de un asunto lo requieran, se valorará la posibilidad de que las Actas sean monográficas.

Es nuestra intención que las Actas de la Dependencia aborden los aspectos más relevantes relacionados con los siguientes grandes temas, entre otros: Catálogo de servicios y prestaciones, instrumentos para el acceso y gestión del Sistema por las diferentes Administraciones Públicas, costes y financiación, calidad del SAAD y de sus prestaciones y análisis comparado con otros países europeos.

Llegados a este punto, espero haber sido capaz de transmitir qué es la Fundación Canser para la Dependencia y por qué se crea, así como de ofrecer la información necesaria sobre este nuevo proyecto de publicación periódica, que la Fundación pone en marcha y del tienen en sus manos su primer número. Esperamos acertar en la selección y tratamiento de los temas, pero en todo caso estamos abiertos a sus aportaciones y sugerencias. Como decía, en la Fundación no sólo queremos ayudar a detectar los problemas o los aspectos que son mejorables, queremos también aportar soluciones, ser parte de ellas. Poner el dedo en la llaga pero, a la vez, ayudar a curarla.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y ATENCIÓN
A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA,

LOS RETOS DEL IMSERSO EN EL SIGLO XXI

PURIFICACIÓN CAUSAPIÉ LOPESINO
Directora General del Imserso

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Entidad Gestora de la Seguridad Social, adscrita al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, tiene como misión prioritaria articular las políticas sociales dirigidas a las personas mayores en nuestro país. Como Directora General del mismo quiero felicitar a la Fundación CASER para la Dependencia por los trabajos que viene realizando en favor de la autonomía y atención de este colectivo de personas y dar la bienvenida a esta nueva publicación "Actas de la Dependencia" que la Fundación nos ofrece. Un nuevo espacio de reflexión intelectual sobre los mayores y la dependencia que sin duda contribuirá al estudio, a la investigación y a la difusión de los temas relacionados con este nuevo riesgo social, vinculado con la mayor esperanza de vida y los avances de las tecnologías y de la asistencia sanitaria.

Las personas de 65 años y más son, según datos de enero de 2009, 7,8 millones, lo que representa el 16,7% de la población total. Si a este dato unimos que el crecimiento medio anual de este grupo de población ha sido superior al 3% en las últimas décadas y que,

según las proyecciones demográficas, se mantendrá por encima del 2% hasta mediados del presente siglo, nos percataremos de la importancia presente y futura de diseñar y promover políticas que respondan a la realidad social de este grupo de población, a sus necesidades y deseos.

Si hay un grupo que ha cambiado su forma de vida y sus expectativas en los últimos años es el de las personas mayores de 65 años. Sólo el hecho de tener ante sí más de 20 años de esperanza de vida hace que sus anhelos sean diferentes a los de generaciones anteriores de la misma edad.

La prolongación de la vida es un logro de nuestra sociedad sin duda favorecido por los avances sanitarios pero también sociales, que han permitido mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos y ciudadanas, siendo muy importantes, en este sentido, tanto la seguridad económica que permite el sistema de pensiones como los servicios de atención y cuidado garantizados en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

La situación actual muestra un panorama mucho más rico y diverso de las personas mayores. Frente a la imagen estereotipada de alguien que una vez se jubila requiere cuidados, las personas mayores de hoy mayoritariamente disfrutan de buena salud y tras su jubilación emprenden una nueva etapa en su vida que sigue siendo activa, incluyendo proyectos que en muchas ocasiones tuvieron que dejar aparados por compromisos laborales o familiares, proyectos de voluntariado, participación, educativos o culturales. Sus vidas son tan diversas como lo es el perfil de las personas cuya edad supera los 65 años.

Por otro lado, debemos de reconocer que en las cohortes de edades más avanzadas, y especialmente a partir de los 80 años, el porcentaje de personas con problemas de autonomía personal se eleva y, paralelamente, las situaciones de dependencia.

Pues bien, los grandes retos de las políticas sociales promovidas desde el Imserso pivotan en torno a las necesidades de esa realidad diversa de las personas mayores situando nuestro gran objetivo en la calidad de vida de nuestros mayores sea cual sea su situación. En este momento es fundamental la línea de actuaciones dirigidas a promocionar el envejecimiento activo para todas las personas mayores porque todos y todas, independientemente de sus circunstancias, tienen la posibilidad y el derecho a participar, educarse, formarse, disfrutar del ocio, en definitiva vivir de acuerdo con las propias capacidades.

La otra gran tarea del IMSERSO es el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia. Si bien la dependencia tiene

una incidencia fundamental en las personas mayores (más del 75% de las personas en situación de dependencia tiene más de 65 años) nuestro trabajo es clave en la línea de la atención a las personas de todas las edades.

El IMSERSO coordina el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia para todas las edades y para todas las personas, lo que es sin duda un reto fundamental para la definitiva configuración del Estado del Bienestar en nuestro país.

Durante el año pasado en el IMSERSO hemos trabajado duro para avanzar en estas áreas de actuación. A finales de abril, durante el periodo de presidencia española de la Unión Europea, el ministerio de Sanidad y Política Social, por medio del Imserso, organizó un Congreso sobre Envejecimiento Activo en Logroño al que acudieron representantes de los países miembros de la Unión al más alto nivel, con quienes compartimos la misma realidad del envejecimiento de nuestras poblaciones.

En los días que duró el Congreso quedó constatada la importancia de trabajar conjuntamente dentro del espacio europeo y cada país, en base a sus propias características, en favor del envejecimiento activo; es decir, en pro de que los ciudadanos y ciudadanas seamos capaces de vivir el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones de salud y bienestar. Y siempre, dentro de los parámetros del concepto de envejecimiento activo definido por la Organización Mundial de la Salud: *“el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”*.

En el Congreso pudimos constatar cómo España tiene una experiencia importante y consolidada en el ámbito del envejecimiento activo, dado que las políticas sociales orientadas a promoverlo tratan de potenciar las capacidades de las personas mayores, llevando una vida productiva en la sociedad y en la economía, ya que el término “activo” se refiere a su participación en asuntos sociales, económicos, culturales y cívicos; no sólo a estar activos física o laboralmente.

Desde el IMSERSO tenemos el convencimiento de que podemos transformar en nuevas oportunidades para las personas mayores y para toda la sociedad lo que muchas veces se refleja como una enorme preocupación, el envejecimiento de la población. Es una cuestión de afrontar esta nueva realidad desde el compromiso con las personas y la apuesta por una sociedad inclusiva e intergeneracional, una sociedad pensada para todas las edades.

Tenemos una gran experiencia; hace ya veinticinco años que venimos ofertando programas que apuestan por un envejecimiento activo y que son un instrumento a favor del crecimiento económico y social. Un ejemplo son los programas de vacaciones para personas mayores, que han dado grandes beneficios para sus usuarios y usuarias, para su salud física y mental, y que a la vez son no sólo sostenibles, sino rentables, convirtiéndose en un yacimiento de empleo importante. Un modelo de enorme interés para muchos países.

Por otro lado, trabajamos intensamente en programas de innovación, investigación, estudio, debate, difusión y publicación sobre aspectos tan diversos como la participación social, el sistema de servicios sociales, el mo-

delo más adecuado de servicios y cuidados, el envejecimiento en el medio rural, personas mayores y su imagen en los medios de comunicación, relaciones intergeneracionales y viviendas accesibles para todas las edades; salud mental y exclusión social en personas mayores; el uso de las TIC para favorecer la vida independiente; la prevención e intervención de malos tratos; comunidades para todas las edades, ciudades de generaciones interdependientes, etc, etc...

Junto al Consejo Estatal de Personas Mayores, trabajamos para que quienes han superado los 65 años tengan voz en todos los foros.

En esta línea estamos trabajando intensamente en la elaboración del Libro Blanco del Envejecimiento Activo, un proyecto de análisis sobre la situación y el perfil de las personas mayores y de propuestas para afrontar el proceso de envejecimiento como una oportunidad de mejora tanto para la sociedad como para las personas mayores.

En el Libro Blanco del Envejecimiento Activo han colaborado más de treinta expertos y expertas que nos aportan su trabajo sobre aspectos diversos en relación a los temas de su especialidad. Además, contiene análisis realizados a partir de un barómetro sobre las principales opiniones de la población española sobre las personas mayores realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas en 2009; además, de una encuesta a la población mayor española para tener datos actualizados sobre su situación y la percepción que tienen de la misma.

En el mismo tratamos temas relativos a la realidad sociológica de los y las mayores, su

papel en la economía, su participación y el voluntariado, la salud, la actividad física, la educación a lo largo de la vida, la imagen y estereotipos, los derechos de las personas mayores, los servicios sociales a su disposición, la vivienda, el hábitat, las formas de vida y convivencia, el papel del cuidado, las relaciones intergeneracionales, y las diferencias de género. Son cuestiones clave para afrontar el proceso del envejecimiento.

Este Libro Blanco pretende ser un documento consensuado y participado, por eso estamos haciendo un gran debate social en el que participarán las administraciones públicas, los interlocutores sociales, los colegios profesionales, y especialmente los y las mayores a través de sus organizaciones.

En resumen, queremos abrir un amplio debate sobre las oportunidades del envejecimiento para nuestra sociedad y la enorme aportación de las personas mayores al bienestar común. Para ello hemos estudiado el perfil y la realidad de los y las mayores de hoy y queremos proponer actuaciones que apoyen su calidad de vida.

Otra línea de actuación prioritaria del IM-SERSO, como decía antes, es la atención a las personas que se encuentran en una situación de dependencia.

Con la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, el Gobierno, el Parlamento, las Administraciones Públicas y los interlocutores sociales se hicieron eco de una necesidad ampliamente sentida: la de atender a los ciudadanos y ciudadanas para mantener su calidad de vida aun cuando necesitaran de cuidados de larga

duración, promoviendo condiciones que les permitieran mantener una vida autónoma el mayor tiempo posible y, en cualquier caso, incluso en los más graves, procurándoles un estatus digno facilitándoles las prestaciones y servicios necesarios.

La Ley acaba de cumplir su cuarto año y su despliegue paulatino concluirá totalmente en 2015, dado que es una norma de enorme calado con implicaciones transversales prácticamente en todos los ámbitos y sectores sociales.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia ha dado derechos, calidad y esperanza a muchas personas que hoy pueden tener una vida mejor. A principios de 2011 son más de 670.000 las personas que reciben prestaciones y servicios al amparo de esta norma; personas con gran dependencia y dependencia severa. El futuro es avanzar en calidad en la atención de estas personas y en la promoción de su autonomía personal, algo que además se ha visto reforzado en el catálogo de servicios y prestaciones para las personas en situación de dependencia moderada que se incorporan en el año 2011.

El Ministerio coordina, a través del Consejo Territorial de la Dependencia, el despliegue e implantación de la Ley en las distintas comunidades autónomas junto al gobierno de cada una de ellas, de manera que se vaya avanzando de forma armonizada en todos los territorios, garantizando a la persona en situación de dependencia unos mínimos de prestaciones y servicios de calidad viva donde viva o se encuentre donde se encuentre, ya que no debemos olvidar que esta Ley nace de los derechos de ciudadanía que asisten a

toda persona que sea ciudadana española. Con esta ley estamos consolidando este cuarto pilar, los servicios sociales, que por primera vez incorporan un derecho en todo el Estado tan importante como lo es el derecho a la educación, la sanidad o las pensiones, el derecho a la autonomía personal y al cuidado.

Actualmente, estamos trabajando en la evaluación de lo logrado hasta ahora, lo que nos permitirá hacer una reflexión colectiva sobre las mejoras a incorporar al sistema. No obstante, hemos de tener siempre presente que en los últimos años hemos dado grandes pasos en la construcción del mismo. Así, hemos avanzado en la información estadística con un acuerdo en el Consejo Territorial que incorpora nuevas variables; hemos mejorado el baremo y su aplicación con la complicidad de los y las profesionales; hemos avanzado también en el desarrollo del catálogo de servicios y prestaciones, incluyendo nuevos servicios como los de promoción de la autonomía personal.

Además, y siempre junto a las Comunidades Autónomas y contando con la aportación de los interlocutores sociales, las Administraciones Locales, y las organizaciones de personas mayores y de personas con discapacidad, hemos llegado a acuerdos relacionados con la participación económica de las personas beneficiarias, con la provisión de servicios de calidad, con la atención y el cuidado familiar, con el apoyo y la formación de quienes hacen tareas de cuidado, con los modelos más adecuados de financiación... En definitiva creo que estamos caminando en la creación de un sistema de atención con calidad para todo el Estado.

Sin duda podemos decir que hemos hecho un buen trabajo. Todos y todas hemos realiza-

do un ejercicio de responsabilidad, aunando esfuerzos, concitando sinergias, unificando criterios y poniendo siempre por delante el bienestar de los ciudadanos y ciudadanas en situación de dependencia y su atención.

Esta Ley, probablemente sin pretenderlo, viene además a reforzar y a poner en práctica un nuevo método de trabajo en nuestro modelo de Estado actual respecto a un sistema, los servicios sociales, cuya planificación y gestión está trasferida a las Comunidades Autónomas, a fin de garantizar un derecho de ciudadanía a las personas vivan donde vivan. Alguien podrá decir que hemos cometido algunos errores, sin embargo creo que es el momento de poner en valor el esfuerzo colectivo y el aprendizaje que esta ley aporta para el diseño y el desarrollo de nuevos derechos en el futuro.

En este proceso de interlocución, además el gobierno mantiene abierto un diálogo permanente con las entidades privadas, ya que siempre ha considerado que el sector privado tiene un papel fundamental en el desarrollo del Sistema de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, sus experiencias y opiniones son fundamentales, como lo son los servicios que ofrecen al sistema.

El sector privado es interlocutor y proveedor de servicios que garantizan calidad e innovación en un ámbito que crea un número importante de empleos y que está generando riqueza y bienestar para el conjunto de la sociedad en un momento tan difícil como el actual.

Por tanto, desde las administraciones públicas y desde la interlocución social tenemos el deber de seguir consolidando nuestro Estado del Bienestar, el sistema de servicios sociales y,

dentro de él, la red de servicios y prestaciones sustentada en la Ley, garantizando derechos para que todos los ciudadanos y ciudadanas en situación de dependencia vivan con dignidad y calidad de vida, y asegurando también nuestro propio derecho a esa misma atención si la necesitamos en el futuro.

Por último, quiero destacar que, junto al reto del envejecimiento activo y al reto de la atención a las personas en situación de dependencia, en este momento, el Imserso trabaja en dar respuesta a un reto de futuro más: la coordinación socio-sanitaria, cuya mejora, como es lógico, tiene un impacto directo tanto en la promoción del envejecimiento activo como en la red de servicios y prestaciones derivados de la ley de Dependencia.

Sin duda esta coordinación es un instrumento fundamental para procurar una atención integral y de calidad a las personas en situación de dependencia desde la utilización eficaz y eficiente de los recursos de los sistemas social y sanitario. Estamos obligados a buscar las mejores estrategias para garantizar la mejor calidad en la atención con los recursos a nuestra disposición.

Y porque hablamos de calidad en la atención, de innovación y de investigación tengo

que mencionar el desarrollo de los Centros de Referencia Estatal del IMSERSO, un proyecto de enorme futuro que será el núcleo desde el que queremos que crezca la Red de Centros y Servicios de Referencia Estatal del Sistema de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, que estamos trabajando como parte fundamental para impulsar la innovación, la investigación y la difusión de métodos y herramientas para una mejora permanente de la atención y que debe ser referente para el intercambio de experiencias, el impulso de nuevos proyectos y la formación de los y las profesionales del sistema.

Tenemos muchos retos, cada pequeño proyecto puede ser un gran aliado que inicia líneas de trabajo en nuestra gran tarea, la de contribuir en lo posible para que las personas mayores y en situación de dependencia tengan una vida con calidad porque vean garantizados todos sus derechos.

Unos derechos que deben orientar nuestra manera de afrontar el proceso de envejecimiento de la población, derecho a la salud, a la seguridad y a la participación, con todas las garantías, seguros de que con este trabajo estamos contribuyendo al desarrollo de nuestra sociedad para todas las edades y para todas las personas.

DIÁLOGOS PARA LA DEPENDENCIA 2010

SIMÓN SOSVILLA RIVERO

Catedrático de la Universidad
Complutense de Madrid

Palabras clave: dependencia, catálogo de servicios, prestaciones de dependencia, cuidados de larga duración, envejecimiento, coordinación sociosanitaria, sostenibilidad económica, prestaciones económicas.

Sumario

1. Situación actual
2. Gestión de la demanda
3. Gestión de la oferta
4. Coordinación socio - sanitaria
5. Consideraciones finales

Este documento presenta un resumen de las reflexiones realizadas en la jornada “Diálogos para la Dependencia”, organizada por la Fundación Caser para la Dependencia el pasado 26 de mayo de 2010.

En España, desde 2007, se viene implantando y desarrollando progresivamente un nuevo sistema formal de protección denominado Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que representa un paso importante en la consolidación del Estado del Bienestar y en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Tres años después de su aplicación efectiva, es necesaria la búsqueda de nuevos consensos para poner en valor la Ley de Dependencia, lo que implica identificar puntos de encuentro en este proyecto de Estado.

En este contexto, surge la iniciativa de los “Diálogos para la Dependencia” de la Fundación Caser, cuyo objetivo es establecer un foro de diálogo multidisciplinar entre los agentes involucrados en el SAAD, tanto públicos como privados, que facilite la búsqueda de acuerdos, tras una reflexión pausada y abierta sobre la dependencia. Se trata, en definitiva, de propiciar un intercambio sosegado de experiencias e iniciativas, valorar las alternativas disponibles y ofrecer puntos de encuentro y consenso.

Es una iniciativa que nace con vocación de continuidad y se enmarca dentro de las acciones programadas por la Fundación para constituirse en plataforma de apoyo, de gestión del conocimiento y de divulgación sobre la dependencia.

En la edición 2010 del Diálogo para la Dependencia han participado representantes de

las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado y de los partidos políticos y agentes sociales, así como expertos académicos y del ámbito empresarial. Los temas tratados fueron: la situación actual, la gestión de la demanda y de la oferta y la coordinación socio-sanitaria. La jornada ha sido coordinada y moderada por el catedrático de Análisis Económico de la Universidad Complutense de Madrid, Simón Sosvilla Rivero.

A continuación se presenta un resumen de las aportaciones de los participantes, recogiendo únicamente las opiniones, consideraciones y propuestas, sin identificar en ningún caso quién las defendía.

1. SITUACIÓN ACTUAL

El SAAD se encuentra actualmente en un proceso de transición marcado por los cambios demográficos y sociales que implican que las Administraciones Públicas sean cada vez más protagonistas de la atención al dependiente. Desde la perspectiva demográfica, coinciden en el tiempo dos procesos paralelos: el envejecimiento (mayor peso relativo de los mayores sobre el resto de la población) y la longevidad (envejecimiento del envejecimiento). Asimismo, los cambios en la estructura familiar y el nuevo papel de la mujer en el mercado de trabajo, reducen las posibilidades de las familias para prestar cuidados a sus miembros dependientes.

Para afrontar este reto, el SAAD nació como una apuesta común, con un amplio respaldo político y social, en un entorno público-privado de colaboración para la creación de una red de servicios de atención a la dependencia. Sin embargo, el SAAD no parece haber colmado las expectativas de todos los agentes, de-

bido a su complejidad tanto en el plano competencial como en el institucional y operativo. En el plano competencial, conjuga la competencia del Estado, para garantizar las condiciones básicas de igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio de este nuevo derecho con la competencia exclusiva que en materia de servicios sociales tienen las Comunidades Autónomas. En el plano institucional, el SAAD se incardina en los sistemas de servicios sociales existentes con nuevas prestaciones, lo que conlleva la necesidad de coordinación con el sistema sanitario y exige la cooperación entre todas las administraciones implicadas (estatal, autonómica y territorial) así como con los prestadores privados (sociedades mercantiles y organizaciones del tercer sector).

Empieza a formarse un cierto consenso en torno a la idea de que la Ley de Dependencia se concibió a destiempo tanto desde el punto de vista social (basada en parámetros culturales distintos a los actuales) como económico (diseñada desde el optimismo de una fase álgida del ciclo extraordinaria e irrepetible).

El SAAD presenta claros problemas de sostenibilidad, lo que implica la necesidad de replantear su financiación y/o de reprogramar la Ley de Dependencia. Sin embargo, contar con más recursos financieros no es la solución definitiva. Es necesario mejorar la gestión del SAAD así como la coordinación interna (dentro de los servicios sociales y entre servicios sanitarios y servicios sociales) y externa (entre las distintas Administraciones Públicas).

Asimismo, no tiene sentido extender la cobertura a niveles más bajos de dependencia si no está resuelta la adecuada atención de las personas que presentan los niveles más altos.

Se impone una vuelta al realismo que implica evaluar objetivamente lo que se tiene e intentar hacer lo mejor posible reformando lo que sea necesario.

2. GESTIÓN DE LA DEMANDA

Existen ya tres grandes acuerdos del Consejo Territorial del SAAD en esta materia:

- Baremo para la valoración de grados y niveles de dependencia (2007)
- Manuales de uso para el baremo de valoración de la dependencia (2007)
- Mejoras en procedimiento, calidad y plazos de tramitación del proceso de valoración (2010)

Aún así es necesario mejorar la gestión del día a día para una mayor eficacia. El proceso de gestión de los expedientes sigue siendo excesivamente largo (no se cumple de hecho la autoexigencia de los seis meses). Es importante la reducción de la complejidad de trámites y procesos, agilizando los procedimientos administrativos de valoración para reducir los tiempos de tramitación. Hay que avanzar hacia una gestión sin papeles mediante el uso de las nuevas tecnologías.

Asimismo, se plantea la necesidad de establecer protocolos comunes de actuación en todas las Comunidades Autónomas, que les permitan tener procesos compartidos. Para facilitar la homogeneización entre Comunidades Autónomas, la Comisión Delegada del Consejo Territorial del SAAD está trabajando en la creación de un observatorio de la práctica de la dependencia desde la iniciativa pública. Entre sus funciones es crucial la difusión y adop-

ción de las mejores prácticas en la resolución de la valoración y asignación de prestaciones.

Otra posible mejora es el establecimiento efectivo de una oficina única de entrada, fomentando la existencia de servicios eficientes de información, valoración y orientación de los servicios sociales locales que faciliten el acceso de los ciudadanos a los recursos existentes, orientando y analizando las demandas planteadas con el fin de garantizar sus derechos.

De acuerdo con las opiniones manifestadas en estos Diálogos, el Consejo Territorial ha aprobado un nuevo Acuerdo en materia de valoración, mediante el cual se revisa el baremo vigente para alcanzar una mayor calidad de la valoración y dar una mejor respuesta a las peculiaridades de algunos colectivos: discapacidades cognitivas, enfermedad mental y enfermedades orgánicas que generan episodios de gran dependencia.

Paralelamente, se ha revisado la composición de los equipos de valoración, destacando el carácter multidisciplinar y su dimensión sociosanitaria.

Asimismo, se consideró la conveniencia de diferenciar claramente entre los equipos de valoración y los equipos de asignación de prestaciones para establecer una vía adicional de control y de eficiencia del propio sistema.

Por último, y en relación a la valoración de la situación de la dependencia, aunque la ley señala que se debe efectuarse directamente por las Administraciones Públicas, en algunos casos se ha realizado la contratación de organizaciones privadas (empresas mercantiles y sector no lucrativo) para el trabajo de campo

que requiere la valoración (visitas y exámenes para la baremación de la dependencia). Esta situación debería tenerse en cuenta, quizás revisando los términos que recoge la Ley para adecuarlos a la realidad, si se demuestra que estas prácticas son eficaces en la gestión del acceso al sistema.

3. GESTIÓN DE LA OFERTA

Las Comunidades Autónomas, que tienen la competencia exclusiva en esta materia, deben llegar a un acuerdo respecto al alcance de la cobertura. Para ello, sería necesario establecer un catálogo de servicios de la dependencia más o menos unificado para todo el Estado que permita extraer indicadores que hagan posible la gestión del conocimiento de la dependencia. En este sentido, cada mes se reúnen todos los Directores Generales de las Comunidades Autónomas en el IMSERSO, llegando a acuerdos que están creando una cultura de consenso que puede redundar en el establecimiento de facto de este catálogo unificado. Asimismo, existe un acuerdo del Consejo Territorial del SAAD sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios, que data de 2008. Otros acuerdos alcanzados sobre la formación de cuidadores, la calidad de los centros, los criterios de autorización de centros, la capacidad económica y participación del usuario son ejemplos de esta búsqueda de respuestas comunes.

En el desarrollo de la Ley ha habido un predominio de la prestación económica frente a los servicios, si bien se planteaba que esta prestación económica debería ser excepcional. Una razón que justifique este predominio puede ser el hecho de que la Ley establezca que la atención se preste lo más cerca

posible del entorno del dependiente, que se mantenga a la persona en su domicilio y que el usuario sea partícipe en su Plan Individual de Atención. Por otra parte, en los momentos iniciales de desarrollo del SAAD, existen carencias en los recursos disponibles para ofrecer los servicios que la población dependiente reclama. Además, la crisis económica agrava el problema al reducir los ingresos de las familias. Por último, dejar al dependiente en una residencia, se percibe socialmente como un abandono. Todos estos componentes influyen significativamente en el predominio de la prestación económica. Se espera que con el transcurso del tiempo se normalice el uso de las prestaciones económicas y se utilicen cada vez más los servicios acordes con las necesidades de cada dependiente.

La cartera de servicios se encuentra en general poco desarrollada, y es necesario avanzar de forma homogénea en las Comunidades Autónomas. En concreto, se han realizado las siguientes propuestas:

- Fomentar la figura del cuidador profesional basada en unos estándares preestablecidos.
- Definir operativamente qué son los servicios de promoción de la autonomía personal y de previsión de las situaciones de dependencia, para no cometer los mismos errores que en sanidad (énfasis en cuidar y no en prevenir).
- Promover la atención domiciliaria, que al estar a camino entre la prestación económica y la residencia, puede ser una opción a promocionar para la profesionalización de la atención a la dependencia. Asimismo, en estos servicios es posible una mayor flexibilización del copago.

- Buscar un mayor posicionamiento a la empresa privada dentro del SAAD, ofreciéndole una perspectiva adecuada para que pueda realizar sus planes mediante el establecimiento de un marco claro y estable de colaboración público-privada en la provisión y desarrollo de servicios.

- Ordenar la presencia del tercer sector, la economía social o las organizaciones sin ánimo de lucro en la atención a la dependencia.

- Combinar y compatibilizar servicios de forma personalizada en función de situaciones, circunstancias y voluntades personales.

- Avanzar en el establecimiento de mecanismos de control e inspección internos y realización de evaluaciones periódicas externas sobre su funcionamiento, con estándares comunes en todos los procesos de evaluación y en la prestación de los servicios.

Cabe destacar la creación en ciertas Comunidades Autónomas de una Red Pública de Atención a la Dependencia, que incorpora la totalidad de plazas disponibles, independientemente de su titularidad. En una segunda etapa, se pretende abrir dicha red al sector privado, no mediante convenio ni mediante concierto, sino mediante un registro de proveedores oficiales que reúnan los requisitos y calidades que son exigibles. De esta forma, cuando no haya plaza pública disponible, el usuario podría solicitar la plaza en uno de esos proveedores reconocidos.

Respecto al desarrollo de los servicios de promoción de la autonomía personal, en algunas Comunidades Autónomas se está trabajando, en colaboración con el IMSERSO, para que estos servicios sean distintos al típico centro de

día (que es más atencional) y a la residencia. Se busca que la persona aprenda a tener más autonomía propia.

En cuanto a los servicios de prevención de la dependencia, hay iniciativas en las que se han dado un papel relevante a los servicios sociales de base y a los servicios de atención primaria de salud. La experiencia demuestra que es mucho más sencillo en las Comunidades Autónomas donde ya existe una coordinación socio-sanitaria y una experiencia previa de trabajo en común.

En lo referente a las posibilidades de modernizar las infraestructuras de la dependencia, existe un proyecto en Suecia de residencias pequeñas y urbanas (no periféricas), cuya asistencia sanitaria la cubre el centro médico más cercano. Se trata de un sistema de vida cotidiano casi familiar, hasta el punto que los usuarios se trasladan con sus propios muebles y enseres, y en el que el dependiente no pierde la proximidad con su entorno familiar o profesional.

En lo relativo a la libre elección de los ciudadanos, este derecho es muy difícil de compatibilizar con la planificación, especialmente en el momento inicial del sistema, cuando se requiere que inversores públicos, privados o de iniciativa conjunta se involucren. Vistos los déficits de infraestructuras existentes, a lo mejor habría que sacrificar libre elección por planificación hasta que se configure una red lo suficientemente extensa que dé autonomía al usuario. En cualquier caso, los ciudadanos deben contar con servicios que le expliquen e informen adecuadamente de las opciones que tienen. Asimismo, se requiere la distribución de buena información sobre la calidad de los servicios, lo que a su vez, depende de un siste-

ma de evaluación de la calidad de los servicios. En algunos países (Suecia, Alemania, Reino Unido, etc.) se publican en las páginas web la información de la evaluación de cada uno de los proveedores.

Por último, se espera que las nuevas tecnologías faciliten la eficiencia del uso de los recursos disponibles. Así, por ejemplo, las nuevas herramientas permitirían conocer a distancia el estado de salud de una persona, saber si se ha tomado la medicación e incluso, mediante una videocámara, ver el aspecto físico. Si se produce una urgencia, se podría enviar un equipo rápidamente. La generalización de estos sistemas podría evitar costes mayores en el futuro.

4. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

La atención a la dependencia supone a veces la utilización conjunta de servicios sociales y sanitarios que deberían coordinarse para atender adecuadamente al dependiente y mejorar su calidad de vida mediante la creación de sinergias entre ambos sistemas.

Esta coordinación se traduciría, además, en mayores ahorros y eficacia y en eficiencia en la atención a las personas en situación de dependencia.

En mayor o menor medida todas las Comunidades Autónomas expresan la necesidad de coordinación efectiva entre ambos sistemas.

En algunas Comunidades Autónomas existe una única Consejería de Sanidad y Dependencia que da cabida, bajo una misma estructura organizativa, a dos organismos autónomos que permiten la atención continuada a los ciudadanos. Esta coordinación socio-sanitaria

es un elemento fundamental de eficiencia y ahorro en la gestión, definiendo claramente qué corresponde a cada parte en esos procesos de atención.

En otras Comunidades Autónomas se ha apostado por la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, no por la creación de un espacio socio-sanitario integrado. Sin embargo, no se ha regulado normativamente cómo llevar a cabo esta coordinación. Aún así se cosechan resultados tales como que el informe de salud lo emite de oficio el sistema sanitario automáticamente cuando la persona inicia el trámite de valoración para la dependencia.

En cualquier caso, la atención integral del ciudadano requiere una coordinación más estrecha. Entre las áreas donde actualmente se identifican estas necesidades de colaboración destacan las siguientes:

- Enfermos crónicos, que reciben cuidados de la atención primaria y especializada de la sanidad (muchas veces en el domicilio) y del SAAD.
- Integración de la información: incorporar parte de la historia clínica del dependiente y que ésta sea accesible a los dos sistemas.
- Mayor protagonismo de la tele-asistencia y de los servicios de dependencia en la monitorización de los crónicos.
- Atención médico-farmacéutica que se prestan desde los servicios sociales en las residencias de mayores o de discapacitados, que implica el pase del sistema sanitario al social.
- El alta médica cuando el domicilio del ciudadano no reúne las condiciones necesarias para que siga viviendo con normalidad. Se tra-

ta de un área en la que hay que trabajar y clarificar, para una mejor atención al ciudadano.

- Las medias y largas estancias en hospitales: se trata de personas que no tienen el alta médica, pero que requieren pocos cuidados. Estos cuidados son muy caros desde la gestión del sistema de salud en comparación con los de los servicios sociales.

- La atención temprana, donde se establece un espacio común entre salud, educación y servicios sociales.

- La salud mental: Se trata de dependientes que tienen unas necesidades específicas y precisan una respuesta integral.

- La promoción de la autonomía personal y de la previsión de la dependencia: convendría avanzar hacia planes territoriales de actuación conjunta socio-sanitaria de promoción de la autonomía, definiendo la población objetivo sobre la que se quiere actuar.

- Los productos de apoyo y las ayudas técnicas, en los que suele haber catálogos distintos generándose duplicidades.

- Compra de suministros y servicios comunes (medicamentos, gasas, médico de primaria, etc.).

Se impone alcanzar cuotas crecientes y realistas de coordinación en estas áreas, teniendo en cuenta los antecedentes de la comunidad diseñando programas pilotos y compartiendo experiencias entre Comunidades Autónomas.

Una forma de avanzar en la coordinación socio-sanitaria sería el establecer normativamente la obligación de realizar al menos una

reunión anual conjunta del Consejo Interterritorial de Salud y del Consejo Territorial del SAAD, en el que se acordasen criterios comunes que sirvan de base para regulaciones posteriores. La constitución del equipo de trabajo conjunto entre el CT del SAAD y el CIT del Sanidad entre altos cargos de ambos organismos puede ser el primer paso en este sentido.

Por último, es prioritario optimizar recursos, especialmente en áreas rurales. En muchas de ellas existe un centro médico (que muchas veces funciona veinticuatro horas al día, con horas punta, pero también con muchas horas valle) y una residencia con atención médica permanente. Mediante la coordinación se podría dar un mejor servicio tanto a la población enferma como a la dependiente.

5. CONSIDERACIONES FINALES

El constante incremento de personas dependientes, hace cada vez más necesario desarrollar un sector de cuidado formal de las mismas. Las estructuras familiares tradicionales, donde varias generaciones conviven, son cada vez menos frecuentes. La necesidad de conciliar la vida laboral y de cuidado familiar se está convirtiendo en una cuestión clave para los trabajadores. Los responsables públicos europeos están buscando estrategias sostenibles para enfrentarse al reto de ofrecer una respuesta institucional al cuidado y la atención a los dependientes. En el caso de España mediante el establecimiento de un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que constituye una de las iniciativas de política social más importante de los últimos años.

Como toda novedad, la puesta en marcha del SAAD plantea oportunidades y amenazas.

Hasta la fecha, se ha realizado un importante esfuerzo por parte de los distintos actores involucrados en el SAAD para avanzar en su desarrollo normativo y para mejorar su implantación, lo cual es un logro colectivo que es justo reconocer.

Sin embargo, es necesario analizar abiertamente la situación de la dependencia en España, compartir experiencias exitosas y detectar buenas prácticas que nos permitan ofrecer directrices y recomendaciones que puedan ser útiles para mejorar la atención a la dependencia.

ACUERDOS DEL CONSEJO TERRITORIAL
DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA
PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA
SOBRE CRITERIOS PARA DETERMINAR
LAS INTENSIDADES DE

PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS Y LAS CONDICIONES Y CUANTÍAS DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

ANTONIO BALBONTÍN LÓPEZ-CERÓN

Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación
Instituto de Mayores y Servicios Sociales

PABLO COBO GÁLVEZ

Ha sido Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación
Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Palabras clave: dependencia, catálogo de servicios, prestaciones de dependencia, intensidad de servicios, cuidados de larga duración, envejecimiento, prevención, promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día, atención residencial, prestaciones económicas.

Sumario

1. Antecedentes
2. Criterios sobre intensidades de protección de los servicios y sobre condiciones y cuantía de las prestaciones económicas para los Grados III y II.
3. Criterios sobre intensidades de protección de los servicios y sobre condiciones y cuantía de las prestaciones económicas para el Grado I.

1. ANTECEDENTES

La protección que ofrece el Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SISAAD) se estructura en tres niveles¹ : Un primer nivel garantizado por la Administración General del Estado, un segundo nivel acordado entre ésta y las Comunidades Autónomas y un tercero que amplía y complementa los dos anteriores de la exclusiva responsabilidad de cada una de las Comunidades en su correspondiente ámbito territorial. En la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (LAPAD) y en las normas que la desarrollan se determina la responsabilidad de la financiación, así como los instrumentos jurídicos que harán posible la aplicación de estos niveles por parte de las Administraciones Públicas.

El contenido prestacional del SISAAD comprende prestaciones de dependencia en dos modalidades, mediante la oferta de un catálogo de servicios, según las necesidades que requiere la persona reconocida como dependiente, y mediante la concesión de prestaciones económicas. El Catálogo de Servicios² ofrece toda la gama de servicios que la geriatría y gerontología recomiendan para la atención de las personas con dependencia. Asimismo incorpora prestaciones económicas que tienen su justificación en la insuficiencia de servicios y en la demanda generalizada de cuidados en el entorno familiar por la población.

Por otra parte, la propia Ley establece en su disposición final primera que la efectividad del derecho a las prestaciones se ejercerá progresivamente, de forma gradual de acuerdo con un calendario, en el que, empezando por la gran dependencia en el año 2007 finalice su aplicación para todos los grados y niveles en el ejercicio 2015. Durante los cuatro primeros años de vigencia de la Ley, han entrado en vigor los niveles de los Grados III y II, gran dependencia y dependencia severa. A partir del 1 de enero de 2011,

¹ Ley 39/2006. Art. 7. Niveles de protección del Sistema.

² Ley 39/2006. Art. 15

- a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda a domicilio:
 - (I) Atención de las necesidades del hogar.
 - (II) Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - (I) Centro de Día para mayores.
 - (II) Centro de Día para menores de 65 años.
 - (III) Centro de Día de atención especializada.
 - (IV) Centro de Noche.
- e) Servicio de Atención Residencial:
 - (I) Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - (II) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

ha entrado en vigor la efectividad del derecho de quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2, y a partir del 1 de enero de 2013, el de quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 1.

Para el desarrollo y determinación de estas prestaciones la Ley establece un procedimiento de trabajo basado en el acuerdo entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. El artículo 8.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, prevé que al Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia le corresponden:

Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previstos de acuerdo con los artículos 10.3 y 15 y acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas previstas en el artículo 20 y en la disposición adicional primera.

El Consejo Territorial en mayo de 2007 y octubre de 2010 ha aprobado los correspondientes Acuerdos referidos a las materias antes citadas para los Grados III y II el primero y para el Grado I el segundo.

Es nuestra intención en este artículo, como responsables ambos en etapas sucesivas de la Subdirección General del IMSERSO competente en la propuesta de los desarrollos del SISAAD, realizar un análisis crítico de ambos Acuerdos, destacando los avances que los nuevos acuerdos para el Grado I representan sobre los primeros. Es preciso tener en cuenta que estos Acuerdos, una vez aprobados por el Gobierno de la nación como Real Decreto, constituyen la columna vertebral del régimen de protección del SISAAD

2. CRITERIOS SOBRE INTENSIDADES DE PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS Y SOBRE CONDICIONES Y CUANTÍA DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA LOS GRADOS III Y II.

Los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para los Grados III y II están regulados en el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, en él se determina el alcance de la protección, es decir, el derecho a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia que esta ley garantiza a los ciudadanos como derecho subjetivo.

El citado Real Decreto 727/2007, además de aprobar los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios, aprueba, a su vez, los que se refieren a la compatibilidad e incompatibilidad entre los servicios entre sí y entre estos y las prestaciones económicas.

2.1 Criterios para determinar la intensidad de los servicios.

Aspectos más relevantes:

a) La fijación de la intensidad de los servicios se realizará *“por el contenido prestacional de cada uno de los servicios asistenciales y por la extensión o duración del mismo según el grado y nivel de dependencia”*³.

b) La determinación del concepto de servicios asistenciales como objeto de protección del SAAD, en contraposición a los de manutención y alojamiento; se consideran servicios

asistenciales *“los que ha de recibir la persona dependiente para su atención y cuidado personal en la realización de las actividades de la vida diaria, así como los que tienen como finalidad la promoción de su autonomía personal”*⁴.

c) El establecimiento de las intensidades de cada uno de los servicios del catálogo, recurriendo para ello básicamente a reproducir el contenido prestacional ya establecido en la ley. Sólo al determinar la intensidad correspondiente al Servicio de Ayuda a Domicilio se incluyen criterios de extensión o duración, estableciendo el número de horas de atención, mediante la fijación de un intervalo de horas en función de los grados y niveles de dependencia⁵.

GRADO III. GRAN DEPENDENCIA:	En horas mensuales
Nivel 2	entre 70 y 90
Nivel 1	entre 55 y 70
GRADO II. DEPENDENCIA SEVERA:	
Nivel 2	entre 40 y 55
Nivel 1	entre 30 y 40

³ REAL DECRETO 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Art. 4.1.

⁴ REAL DECRETO 727/2007, de 8 de junio. Art. 4.2

⁵ REAL DECRETO 727/2007, de 8 de junio. Art. 8 y Anexo I

⁶ REAL DECRETO 727/2007, de 8 de junio. Art.6

d) Mención especial merecen los criterios sobre la intensidad del Servicio de promoción de la autonomía personal, en tanto que este servicio no se define en la ley 39/2006 y, por tanto requiere de la intervención del Consejo Territorial y del Gobierno. El Real Decreto determina como finalidad del servicio: *“desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria”* y establece cuales son los servicios de promoción para la autonomía personal: *“los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.”*⁶

En este servicio se hace una referencia específica a la vinculación de la intensidad del mismo a la existencia o no de recursos asistenciales. La razón ha de buscarse en la dificultad de sustituir estos servicios recurriendo a servicios privados fuera de la Red de servicios del Sistema. No obstante, hay que señalar que es el único servicio en el que aparece esta limitación.

e) La determinación de las intensidades se adecuarán al programa individual de atención y a la normativa específica que las Comunidades Autónomas obligatoriamente habrán de dictar para precisar y hacer efectivos estos criterios.

2.2 Criterios para determinar la intensidad de las prestaciones económicas

En relación con las prestaciones económi-

cas, la normativa vigente establece cautelas que no siempre han sido tenidas en cuenta en el desarrollo de las condiciones de acceso, específicamente en la prestación de cuidados en el entorno familiar, ni por supuesto en su aplicación:

Los requisitos exigidos para cada una de las prestaciones son los siguientes:

a) La prestación económica vinculada al servicio.⁷

- Se reconocerá, en los términos que se establezca reglamentariamente, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.

- Ha de estar, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.

- Las Administraciones Públicas competentes deben supervisar, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

b) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.⁸

- Es una prestación de carácter excepcional para cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar.

- Deben reunirse las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivien-

da y así lo establezca su Programa Individual de Atención.⁹

- Deben, asimismo, reunirse las condiciones de acceso en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia.

- El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se establecen en el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

- El Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, en el que se regula la seguridad social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, además de exigir la excepcionalidad y los requisitos de condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda, exige un determinado grado de parentesco: cónyuge o parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco. Se prevén también modalidades especiales de cuidado para quienes tengan dificultades de atención por la menor presencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas.

c) La prestación económica de asistencia personal.¹⁰

- Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia.

- Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

⁷ Ley 39/2006. Art. 17.

⁸ Ley 39/2006. Art. 18

⁹ Ley 39/2006. Art.14.4

¹⁰ Ley 39/2006. Art. 19

- Deben reunirse las condiciones específicas de acceso que determine el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Hasta el momento no se han determinado dichas condiciones.

Para la concesión de esta modalidad de prestación económica no se establece ninguna limitación a su concesión, salvo que esté prevista en el Programa Individual de Atención, no obstante la declaración genérica de prioridad de los servicios.

2.3. Cuantía de las prestaciones

Sobre la cuantía de las prestaciones económicas, el Consejo Territorial ha acordado anualmente y posteriormente han sido aprobadas por el Consejo de Ministros las cuantías para la gran dependencia y la dependencia severa, Grados III y II.

En relación con la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, establece:

a) Que la cuantía de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerá anualmente por el Gobierno mediante Real Decreto, previo acuerdo del Consejo Territorial, para los grados y niveles con derecho a prestaciones.

b) Que se actualizarán anualmente en función del incremento del IPC.

c) Que el importe de la prestación económica a reconocer a cada beneficiario se determinará aplicando a la cuantía vigente para cada año un coeficiente reductor según su capacidad económica, de acuerdo con lo establecido

por la Comunidad Autónoma o Administración que, en su caso, tenga la competencia. Para la determinación de este coeficiente se tendrá en consideración lo que se acuerde por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

d) Que en los supuestos en que el beneficiario sea titular de cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad, establecida en otro régimen público de protección social, estas se deducirán del importe a reconocer. Se citan específicamente las de Seguridad Social y de la LISMI: El complemento de gran invalidez, el complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75 por ciento, el complemento por necesidad de tercera persona de la pensión de invalidez no contributiva y el subsidio de ayuda a tercera persona.¹¹

2.4. Consideraciones en relación con los criterios expuestos para los Grados III y II:

a) Si se analizan con algún detenimiento estos criterios, se observan demasiadas cautelas para no ir más allá de lo que la ley establece y no invadir competencias de las Comunidades Autónomas. Estos criterios son una muestra evidente de la dificultad de alcanzar acuerdos en el Consejo Territorial. Se puede decir que estamos ante un acuerdo de mínimos, sin embargo no debe olvidarse que son precisamente estos criterios los que garantizan la homogeneidad y la cohesión del SAAD en todo el territorio del Estado. A pesar del carácter conservador y limitado de los citados criterios, ni siquiera se pudo conseguir la unanimidad de los representantes de las Comunidades Autónomas y de la Administración General de Estado en su aprobación.

¹¹ Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, arts. 13 y 14

b) Con carácter general se puede decir que en la determinación de los criterios se ha optado por la indefinición en cuanto a duración o extensión de los servicios de centros de día y centros residenciales. El Consejo Territorial renunció, quizá por su dificultad, a una concreción modular en función del grado y nivel, pero hubiera sido más justo y equitativo acomodar la intensidad de estos servicios a módulos prestacionales, como ya establece el nuevo Acuerdo en algunos servicios para el Grado I que más adelante analizamos, en caso contrario puede darse, y así está sucediendo, que personas con dependencia de un grado o nivel inferior reciben servicios de mayor intensidad y coste que otras de nivel mayor.

c) Una de las principales críticas que ha recibido el Sistema ha sido precisamente la que se refiere las diferencias existentes entre Comunidades Autónomas en la definición y alcance de algunas de las prestaciones y en la posibilidad de compatibilizar algunas de ellas entre sí. Pues bien, esta dispersión viene derivada de la inconcreción de los criterios y de la remisión continua a desarrollos posteriores de cada Comunidad Autónoma.

d) En relación con las prestaciones económicas, la normativa vigente establece cautelas que no siempre han sido tenidas en cuenta en el desarrollo de las condiciones de acceso, específicamente en la prestación de cuidados en el entorno familiar, ni por supuesto en su aplicación.

e) Si se analiza la distribución de los servicios y prestaciones concedidas a 2 de enero de 2011, podemos observar los siguientes detalles:

1º. Que el 48,12% son prestaciones de cuidados en el ámbito familiar, porcentaje muy elevado si tenemos en cuenta el carácter ex-

cepcional que se proclama en la Ley, lo que demuestra que las condiciones de acceso establecidas para la concesión hasta ahora son poco exigentes en cuanto a la convivencia e idoneidad del cuidador. Estas condiciones se concretan y perfilan más en el nuevo Acuerdo.

2º. Que no todas las Comunidades Autónomas siguen los mismos criterios en la concesión de esta prestación, puesto que los porcentajes varían desde el 72 al 19%.

3º. La escasa significación del servicio de promoción de la autonomía personal, debido a la indefinición en los criterios aprobados. Por otra parte, solo algunas Comunidades Autónomas han hecho uso de este importante servicio.

4º. La casi nula presencia de la prestación económica de asistencia personal, lo que sin duda sugiere problemas generales en la regulación de los criterios de acceso y de los requisitos específicos exigidos a los cuidadores.

5º. Los servicios de ayuda a domicilio y de centros de día, que en principio se consideran los más idóneos, debido al interés de la población mayor de mantenerse en su propio entorno, alcanzan porcentajes inferiores a los previstos. Entre ambas solo representan el 18%.

6º. La dispersión existente entre las Comunidades Autónomas respecto del régimen de compatibilidades e incompatibilidades entre las prestaciones económicas y los servicios, y de estos entre sí, puede dar lugar a diferentes modelos de atención que dificultan la garantía del derecho subjetivo en todo el territorio del Estado. La dispersión se produce en distintos niveles, entre Comunidades que no contemplan ninguna forma de compatibilidad salvo para la teleasistencia y otras con un amplio régimen de compatibilidad, que sitúan la relación prestación por beneficiario hasta en el 1,45%.

Desde el Ministerio de Sanidad, Política Social

e igualdad y específicamente desde el IMSERSO se han realizado propuestas, que en alguna medida han sido acordadas por el Consejo Territorial con el fin de mejorar la prestación de cuidados. Entre ellos tienen especial relevancia los Acuerdos para la mejora de la calidad de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y el destinado a criterios comunes de acreditación de la formación e información de los cuidadores no profesionales.

3. CRITERIOS SOBRE INTENSIDADES DE PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS Y SOBRE CONDICIONES Y CUANTÍA DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA EL GRADO I

El legislador estableció la gradualidad en la efectividad de las prestaciones de dependencia, a través de la disposición final primera de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en la que se establece un calendario para su aplicación progresiva. Durante sus primeros cuatro años de vigencia se han hecho efectivos los derechos de las personas valoradas en el Grado III, de gran dependencia, y en el Grado II, de dependencia severa.

Desde el pasado 1 de enero de 2011, ha entrado en vigor la efectividad del derecho de quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2, y a partir del 1 de enero de 2013, será efectivo el de quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 1. Esta gradualidad está facilitando la implantación del sistema no solo desde el punto de vista de la gestión de la demanda.

Por otra parte, la implantación del sistema ha coincidido cronológicamente con el estalli-

do de la crisis económica, de manera que con ocasión de la entrada en vigor de cada grado y nivel, cada año se han repetido manifestaciones relativas a la necesidad de retrasar el calendario de implantación de la ley, sugiriendo que en el momento actual de escasez de recursos es necesario optimizarlos dando prioridad a las personas que se encuentren en una situación de dependencia más grave.

Sin embargo desde el IMSERSO siempre se ha mantenido firmemente que no se debe demorar el acceso a este nuevo derecho subjetivo, porque todas las personas reconocidas como dependientes lo necesitan, apostando por la consolidación del Sistema de Dependencia a pesar del momento actual de crisis económica.

Resultaría profundamente injusto para este grupo de población extraordinariamente vulnerable, que no son capaces de realizar las actividades básicas de la vida y necesitan de la asistencia de una tercera persona, muchas de ellas de más 80 años, retrasarles una prestación a la que posiblemente no llegarían a disfrutar.

Por otra parte, desde el IMSERSO se defiende que el SAAD contribuye a la sostenibilidad económica de las políticas sociales, puesto que, además de satisfacer las necesidades de atención de las personas con dependencia y sus familias, ofrece la oportunidad de claros retornos económicos y sociales a la Sociedad. En un país tan necesitado de impulsar la actividad económica y el empleo, el SAAD constituye una auténtica oportunidad.

No se trata de filosofía, en esta época de grave crisis económica el sector de servicios sociales es el único que ha conseguido no sólo mantener el empleo sino incrementarlo

de manera importante. Los servicios sociales, en ausencia del SAAD, habrían sufrido un importante recorte que sin duda hubiera tenido repercusiones en el empleo, sin embargo el presupuesto para la dependencia no ha dejado de incrementarse a lo largo de estos años.

No obstante, no podemos abstraernos de la realidad y se ha sido plenamente conscientes de la dificultad económica del momento a la hora de elaborar la cartera de servicios para el Grado I, acordando en el Consejo Territorial una intensidad de los servicios adecuada a las necesidades de las personas en situación de dependencia con un coste asumible en el actual contexto.

El coste de la incorporación del grado I sólo podrá ser asumido por las Administraciones en la medida en que se optimicen los potenciales retornos, por eso el Acuerdo apuesta de manera decidida por primar los servicios frente a las prestaciones económicas, lo que favorece el crecimiento económico y la creación de empleo. En esta misma línea se limita el acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, introduciendo determinados requisitos para su reconocimiento que suponen, además, una mejora en la calidad de la prestación.

Se incorpora al catálogo de servicios del Grado I el servicio de promoción de la autonomía personal como un servicio fundamental para la dependencia moderada, en la medida en que favorece la prevención de situaciones de dependencia de mayor gravedad, evitando el avance de la misma precisamente en los primeros momentos de su aparición. Su incorporación, dotado de las correspondientes especificaciones, supone un avance importante para

mejorar la posición de los servicios dentro del Sistema, al mismo tiempo que facilita su sostenibilidad económica al constituir una auténtica inversión de futuro y evitar situaciones de dependencia más acusadas.

Bajo estas premisas, el día 28 de octubre de 2010, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a las Personas en situación de dependencia, adoptó el Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios el importe de las prestaciones económicas y fijar los requisitos y condiciones de acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, que puedan reconocerse a las personas en situación de dependencia en Grado I. Con este Acuerdo se da cumplimiento al compromiso adquirido con la ciudadanía en la Ley.

3.1. Aspectos más destacados del acuerdo

El acuerdo establece el carácter prioritario de la **Prevención** de las situaciones de dependencia, indicando que debe formar parte de todas las actuaciones que se realicen en el ámbito del SAAD. No aparece como un servicio independiente, puesto que la pretensión es que la prevención impregne todos los servicios del catálogo, con independencia del servicio específico prestado.

Respecto a los **servicios y prestaciones** que corresponden al Grado I, dependencia moderada, se reconocen los siguientes:

• **Servicios:**

- De Promoción de la autonomía personal
- De Teleasistencia.
- De Ayuda a Domicilio.
- De Centro de Día.
- De Centro de Noche.

- **Prestaciones económicas:**

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
- Prestación económica vinculada al servicio.

Como se indicaba anteriormente, los servicios de promoción de la autonomía personal son la auténtica apuesta para la dependencia moderada. El Acuerdo no ha dejado pasar la oportunidad de regular de una manera más precisa el contenido prestacional de este servicio, superando la inconcreción del Real Decreto 727/2007.

Para los grados III y II la promoción de la autonomía personal se formaba parte de otros servicios, especialmente de los servicios de atención residencial y centros de día. Para las personas en situación de dependencia moderada constituye un servicio específico, con identidad propia.

De esta manera se ha realizado un esfuerzo por concretar el contenido del **Servicio de promoción de la autonomía personal**, definiendo como servicios propios de la promoción de la autonomía los siguientes:

- Los de habilitación y terapia ocupacional.
- Atención temprana.
- Estimulación cognitiva.
- Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.
- Apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales.

El Acuerdo citado, del 28 de octubre, delegaba en la Comisión Delegada del SAAD el desarrollo del contenido de dichos servicios. Este

mandato se ha materializado en un nuevo acuerdo del pasado 26 de enero de este año.

El **Servicio de Teleasistencia** se ha incorpora como un **servicio complementario** al resto de prestaciones contenidas en el PIA excepto en el caso de servicios de teleasistencia avanzada con apoyos complementarios, cuyo contenido también ha de ser determinado por la Comisión Delegada.

El **Servicio de atención residencial**, aunque se ha excluido del catálogo, se reconoce su concesión con carácter transitorio: hasta el 31 de diciembre de 2013, las personas que en el momento de aprobación del presente Acuerdo estuvieran recibiendo el servicio de Atención Residencial, podrán seguir siendo atendidas bajo esta modalidad.

3.2 Criterios para determinar la intensidad de los servicios

Por lo que se refiere a las **Intensidades de los servicios**, éstas se determinan mediante la fijación de intervalos de atención en horas.

- Para el **Servicio de Promoción** de la autonomía personal:

Nivel 2... Entre 20-30 horas mensuales
Nivel 1... Entre 12-19 horas mensuales

No obstante, para la **atención temprana** en ambos niveles se establece una intensidad mínima de 6 horas mensuales de atención, y para los **servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional**, también en ambos niveles, la intensidad mínima será de 15 horas mensuales.

- Para la **Intensidad del servicio de Ayuda a Domicilio**:

Nivel 2... Entre 21- 30 horas mensuales
Nivel 1... Entre 12 -20 horas mensuales

- Para el **Centro de Día**:

Nivel 2..... 25 horas semanales de atención mínima personalizada.

Nivel 1..... 15 horas semanales de atención mínima personalizada.

- Para el **Centro de Noche** no se establecen intensidades diferentes en función de Grado y Nivel.

3.3 Criterios relacionados con las prestaciones económicas

En relación a las **prestaciones económicas** correspondientes al Grado I, se han incluido la prestación vinculada al servicio y la prestación para cuidados en el entorno familiar, excluyéndose la prestación económica de asistencia personal, reservada por Ley al Grado III.

- El Acuerdo aborda las condiciones de acceso a la **prestación económica vinculada al servicio**, sobre la base del Acuerdo del Consejo Territorial del 9 de mayo de 2007, analizado anteriormente.

- Por lo que se refiere a la **prestación económica para cuidados en el entorno familiar** se insiste en su carácter excepcional, para lo que se introduce una mayor concreción en la regulación de los requisitos y condiciones de

acceso a esta prestación, teniendo en cuenta para ello las mejoras introducidas a través del Acuerdo del Consejo Territorial de 25 de enero de 2010, para la mejora de la calidad de esta prestación. Las condiciones y requisitos de acceso establecidos son los siguientes:

1. Que la persona beneficiaria esté siendo atendida mediante cuidados en el entorno familiar, con carácter previo a la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y no sea posible el reconocimiento de un servicio debido a la inexistencia de recursos públicos o privados acreditados.

2. Que la persona cuidadora conviva con la persona en situación de dependencia en el mismo domicilio.

3. Que la persona cuidadora no tenga reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados.

4. Cuando la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno rural caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza se podrá excepcionalmente permitir la existencia de cuidados no profesionales por parte de una persona de su entorno que resida en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año teniendo que reunir el resto de requisitos establecidos.

5. En caso de que la persona en situación de dependencia viniera recibiendo un servicio de los previstos para su grado y nivel de dependencia, en la resolución de concesión de pres-

taciones se ha de mantener al menos el mismo servicio u otro servicio con la misma intensidad. En el supuesto de que dicho servicio sea incompatible con la prestación económica de cuidados en el entorno, no se concederá ésta.

3.4 Cuantía de las prestaciones económicas

En orden a la determinación de la **cuantía de las prestaciones económicas**, se acuerdan las siguientes cuantías máximas:

- Para el año 2011, las correspondientes al **Grado I, nivel 2**, serán las siguientes:

- Prestación económica vinculada al servicio = 300 € mensuales.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar = 180 € mensuales.

- Para el año 2013, las correspondientes al **Grado I, nivel 1**, serán las que resulten de actualizar en el año 2011 y en el año 2012, los siguientes importes en función del incremento del IPREM:

- Prestación económica vinculada al servicio= 225 € mensuales.

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar = 160 € mensuales.

El resultado final del cuadro de cuantías de las prestaciones económicas del SAAD para el año 2011 para todos los grados y niveles vigentes, que en base a los citados acuerdos ha sido aprobado por Real Decreto en el Consejo de Ministros del día 28 de enero de 2011 es el siguiente:

Cuantías máximas de las prestaciones económicas por grado y nivel para el año 2011

Grados y niveles	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar		Prestación económica de asistencia personal
	Euros mensuales	Euros mensuales		Euros mensuales
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Cuantía
Grado III Nivel 2	833,96	520,69		833,96
Grado III Nivel 1	625,47	416,98		625,47
Grado II Nivel 2	462,18	337,25		
Grado II Nivel 2	401,20	300,90		
Grado I Nivel 2	300,00	180,00	82,27 (81,52 + 0,75)	
			164,54 (163,04 + 1,50)	

Es importante indicar que el contenido de este Acuerdo contó con el informe favorable de todos los órganos consultivos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: Consejo Estatal de personas mayores, Consejo Nacional de Discapacidad, Consejo estatal de ONG de acción social y Comité Consultivo.

También es necesario señalar que el contenido del Acuerdo ha de ser incorporado al texto del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, con el fin de dotarle de efectividad jurídica.

En el presente artículo se han examinado los criterios para determinar las intensidades de los servicios y los requisitos y condiciones de acceso de las prestaciones económicas de los distintos grados de dependencia.

Dichos criterios, condiciones y requisitos han sido elaborados por el Consejo Territorial en

dos momentos temporales distintos, atendiendo al calendario de aplicación de la Ley: dentro de los primeros seis meses de su entrada en vigor, para su aplicación a los Grados III y II, y transcurridos casi cuatro años desde dicha entrada en vigor, para el Grado I. De su análisis puede observarse una evolución muy positiva en los trabajos del Consejo Territorial hacia una mayor concreción y seguridad jurídica, por cuanto sus Acuerdos constituyen la base del posterior desarrollo normativo, permitiendo una mayor homogeneidad en el régimen de prestaciones del SAAD. Se atienden de este modo las demandas de las personas beneficiarias de las prestaciones, de los distintos actores que intervienen en la aplicación de la Ley, y de las necesidades del propio Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que reclaman de las Administraciones Públicas mayor coordinación y consenso en el desarrollo y aplicación de esta Ley.

CUIDADORES PROFESIONALES EN ESPAÑA: FORMACIÓN, EMPLEABILIDAD Y OPORTUNIDADES DE EMPLEO.

Dirección Técnica: Enterprising Solutions for Health (EH).

Autoría: HERRERA, E / MARTÍN, V / BELLO, E / MUÑOZ, I / SITGES, J.

Palabras clave: dependencia, cuidados de larga duración, envejecimiento, coordinación sociosanitaria, cuidadores familiares, cuidadores profesionales, formación profesional, cualificación profesional, perfiles profesionales.

Sumario

1. Introducción.
2. Metodología.
3. Resultados
 - 3.1. El sector sociosanitario y de la dependencia.
 - 3.2. La cualificación profesional de los cuidadores profesionales. Las necesidades formativas en el sector.
 - 3.3. Empleabilidad y búsqueda activa de empleo. La inserción laboral de los cuidadores profesionales.
 - 3.4. Análisis de iniciativas de formación y empleo a nivel internacional.
4. Discusión.
 - 4.1. Aspectos relativos a la definición de cuidador profesional.
 - 4.2. Aspectos relativos al mercado laboral.
 - 4.3. Aspectos relativos a los perfiles profesionales y la formación.
 - 4.4. Aspectos relativos al puesto de trabajo.
 - 4.5. Aspectos relativos al modelo empresarial SAAD.
 - 4.6. Aspectos relativos a la implantación de la Ley.
 - 4.7. Aspectos relativos a la administración.
 - 4.8. Aspectos Generales.
5. Conclusiones.
6. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado a las personas mayores y/o personas con dependencia está tomando cada vez más relevancia en la sociedad española. La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) es una prueba de esto.

La figura de los cuidadores profesionales está llamada a convertirse en una pieza clave para el desarrollo y éxito del actual Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD). La implantación de la ley ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con diversos perfiles especializados en la atención y el cuidado de las personas con dependencia, entre ellos se encuentra la figura del cuidador profesional, definido como el trabajador que proporciona cuidados en una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o el profesional autónomo que presta servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro.

Por tal motivo, las diferentes administraciones y organizaciones que conforman el entorno socioeconómico de nuestro país, con implantación nacional, regional o local, han llevado a cabo numerosas y diversas actuaciones dirigidas a impulsar el sector de los cuidados profesionales en el ámbito sociosanitario, incluyéndose entre ellas iniciativas de índole política, social, económica y laboral. Sin embargo, la inexistencia de un marco de referencia nacional para el desarrollo de este sector, ha supuesto un desigual comportamiento territorial de la demanda y la oferta de estos servicios, de la creación de empleo en las actividades

económicas asociadas e incluso de la oferta formativa disponible y, con ello, del nivel de cualificación profesional de los trabajadores del sector.

La creación del SAAD configura el necesario marco de referencia nacional para el desarrollo de los cuidados profesionales y de las cualificaciones profesionales relacionadas con su desempeño. En este sentido, en el artículo 36.1 de la propia Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se establece la obligación del sector público de proporcionar la “formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores que asistan a las personas con dependencia”, dictaminando para ello que los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones relacionadas con el catálogo de servicios incluido en la Ley, promoviendo las acciones formativas necesarias para garantizar la implantación y calidad de los mismos.

Precisamente, y de manera paralela a lo sucedido en este sector, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, supuso un gran impulso para la ordenación de un sistema integral de formación profesional, estableciendo un marco de referencia nacional para el necesario desarrollo de las Cualificaciones Profesionales y de una oferta formativa adaptada a las necesidades de los trabajadores, las empresas y los sectores, una oferta recientemente reforzada también mediante el Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, integrando los anteriores subsistemas de formación ocupacional y continua.

Sin lugar a dudas, es el momento oportuno para analizar “La empleabilidad¹ y las oportunidades de empleo de los cuidadores profesionales” y determinar las perspectivas reales de inserción laboral de las personas que trabajan o desean trabajar en este sector.

Para ello, el trabajo promovido y patrocinado por la **Fundación Caser**, y dirigido y coordinado por **Enterprising Solutions for Health** ha llevado a cabo una prospección del sector sociosanitario en su conjunto, tanto en términos económicos como laborales, haciendo especial hincapié en el ámbito de los cuidados profesionales; se estudiaron los diferentes perfiles profesionales en los que se fundamentan las expectativas de crecimiento del sector y, con ello, las oportunidades de empleo de los cuidadores profesionales.

Todo este estudio permitió profundizar en la mejora de la empleabilidad de los cuidadores profesionales a través del análisis de las cualificaciones profesionales existentes en el sector y la evolución de la oferta formativa dirigida a estos trabajadores; se analizó la evolución reciente del mercado laboral de los cuidadores profesionales, desde las diferentes perspectivas de su actividad laboral, haciendo un exhaustivo estudio de las diferentes vías de inserción laboral y las oportunidades de empleo en ellas generadas; contrastándose esta información con la visión de los empresarios y trabajadores del sector.

El recorrido por este itinerario de inserción laboral permite dilucidar las oportunidades de empleo y la mejora de la empleabilidad en el sector de los cuidados profesionales, contribuyendo a la generación de una mejor percepción de su evolución y proporcionando una nueva herramienta de análisis para quienes trabajan o desean trabajar en este sector.

¹ Se denomina empleabilidad al potencial que tiene un determinado individuo de encontrar empleo. Entre los factores que entran en juego se encuentra la formación, la experiencia y las cualidades y actitudes personales.

2. METODOLOGÍA

La metodología que se empleó se dividió en cuatro apartados:

1. Contextualización y análisis de la situación actual. Itinerario personalizado de inserción laboral: se realizó una búsqueda exhaustiva de la documentación necesaria en las instituciones relevantes en materia de dependencia, siguiendo un itinerario personalizado de inserción laboral distribuido en cuatro fases:

a. **Prospección:** se estudió del estado actual del mercado laboral en el sector sociosanitario, y se analizó la evolución del sector desde una perspectiva económica y de la creación de los puestos de trabajo durante el periodo 2000-2008.

b. **Orientación:** se analizó la diversidad de perfiles profesionales existentes en la actualidad y los necesarios para dar cobertura a la LAPAD.

c. **Formación:** se estudió las posibilidades de formación existentes para ser cuidador profesional, y se detectaron las necesidades del sector de personal cualificado y la formación necesaria para cubrirlas.

d. **Empleabilidad y búsqueda activa de empleo:** se analizaron las distintas formas en las que se puede trabajar como cuidador profesional, tanto por cuenta propia (creación de empresas/autónomo/cooperativa) como por cuenta ajena (posibilidades de trabajo en el sector público y privado). Y se estudió la evolución mensual del empleo generado para los cuidadores profesionales en el año 2009.

2. Análisis cualitativo del entorno laboral: la visión empresarial: se realizó un estudio de benchmarking con los profesionales del sector (empresas, trabajadores, administraciones públicas, expertos en formación y empleo, asociaciones sin ánimo de lucro). Se desarrollaron 2 mesas de trabajo, la primera de ellas se centró en la visión de los empresarios y la segunda la de los trabajadores. El objetivo de las mismas fue contrastar su visión con los resultados previos del análisis realizado.

3. Análisis de iniciativas de formación y empleo a nivel internacional. Revisión de la literatura: se realizó un análisis de las distintas iniciativas que se han llevado a cabo a escala internacional, tanto en el ámbito de la formación como en el de la empleabilidad de los cuidadores profesionales. Para ello, se realizó una revisión sistemática de la literatura existente en la materia basada en una estrategia de búsqueda en los principales motores de fuentes de la información científica.

4. Establecimiento de conclusiones y propuestas de mejora. Reunión de Expertos: se realizó una sesión de discusión con expertos relevantes en el ámbito de la dependencia y en el ámbito de la formación en el sector, para enriquecer los resultados obtenidos.

3. RESULTADOS

3.1. El sector sociosanitario y de la dependencia

El sector sociosanitario ha observado un crecimiento continuo, tanto en términos económicos como laborales, durante el periodo 2000-2008. Este crecimiento ha sido aún más acusado durante los años 2006-2008, periodo que se corresponde con la implantación de la LAPAD. Cabe destacar que todo ello se ha producido a pesar de la desaceleración observada en el mercado español, cuyos efectos empezaron a notarse durante el segundo trimestre del año 2007.

Este comportamiento se ha traducido en una cada vez mayor aportación del sector sociosanitario al Valor Añadido Bruto (V.A.B.) del sector servicios y del conjunto de sectores que conforman la economía nacional. Así, en el periodo 2000-2008 ha aumentado su peso relativo en el sector servicios desde un 7,65% en el año 2000 hasta un 8,57% en el año 2008, lo que supone un aumento de su contribución al sector en términos de V.A.B. a precios básicos de casi un 12%. Además el sector sociosanitario ha aumentado todavía en mayor medida su peso sobre el conjunto de la economía nacional, representando al final del periodo casi un 6% y habiendo crecido para ello su contribución en hasta un 16,43% en tan sólo ocho años (Tabla 1).

Tabla 1.

CONTRIBUCIÓN DEL SECTOR SOCIO SANITARIO AL VALOR AÑADIDO BRUTO A PRECIOS BÁSICOS (PRECIOS CORRIENTES) DEL SECTOR SERVICIOS Y EL CONJUNTO DE LA ECONOMIA										PERIODO 2000 / 2008	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007(P)	2008(A)	VARIACIÓN	% VARIACIÓN
CONTRIBUCIÓN AL SECTOR SERVICIOS	7,65	7,45	7,58	7,94	8,05	8,22	8,20	8,30	8,57	0,92	11,99
CONTRIBUCIÓN AL CONJUNTO DE LA ECONOMIA	5,08	4,96	5,08	5,33	5,41	5,52	5,52	5,65	5,92	0,83	16,43

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Durante este mismo periodo también se ha observado un aumento en el número de ofertas de empleo por parte de las empresas, constatándose además, un crecimiento en el número de estas ofertas que han sido gestionadas por los servicios públicos de empleo.

Si se toma como referencia la Contabilidad Nacional de España puede comprobarse que, en el mismo periodo 2000-2008 analizado en el apartado anterior, se crearon 484.100 nuevos **puestos de trabajo** en el sector sociosanitario, suponiendo este hecho un crecimiento del empleo de casi un 52%, más del doble del experimentado en el conjunto del mercado laboral (25,05%) y muy superior al registrado en el sector servicios (35,08%) (Tabla 2).

Si se toma en consideración que el porcentaje de puestos de trabajo asalariados creados es un indicador de probada validez para el análisis de la capacidad de creación de empleo de un sector, merece especial interés el hecho de que el 97,58% de los puestos de trabajo creados en el sector sociosanitario en el periodo 2000-2008 fueron puestos asalariados, superando ligeramente la media del mercado laboral (95,11%) y ampliamente la que presentaba entonces el sector servicio (89,65%). Esta evolución ha supuesto que al finalizar el año 2008 casi el 95% de los puestos de trabajo de este sector eran asalariados, superando ampliamente la tasa de asalariados del sector servicios y del conjunto del mercado laboral, que apenas alcanzaban el 86,71% y 86,14%, respectivamente (Tabla 3).

Tabla 2. Evolución de los puestos de trabajo totales 2000-2008.

	PERIODO 2000 / 2008			
	2000	2008 (A)	VARIACIÓN	%VARIACIÓN
ACTIVIDADES ASOCIADAS AL SECTOR SOCIOSANITARIO	931.300	1.415.400	484.100	51,98
SERVICIOS	11.063.600	14.944.500	3.880.900	35,08
TOTAL	17.180.200	21.484.200	4.304.000	25,05

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Tabla 3. Evolución del peso de los puestos de trabajo asalariado sobre el total. 2000-2008.

	2000	2008 (A)	% Empleo asalariado creado sobre el total
ACTIVIDADES ASOCIADAS AL SECTOR SOCIOSANITARIO	93,64	94,99	97,58
SERVICIOS	85,68	86,71	89,55
TOTAL	83,89	86,14	95,11

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Por otro lado, y aunque de manera menos acusada, es igualmente destacable el incremento producido en la **afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA)** en el ámbito de las actividades asociadas al sector sociosanitario. De hecho, en tan sólo dos años el autoempleo en este sector aumentó en un 8,19%, un incremento que fue más acusado en el año 2007 que en el 2008, influenciado éste también por la incertidumbre derivada de la crisis económica. En cualquier caso, es significativo que mientras la afiliación media al Régimen General en 2008 aumentó un 54% menos que en 2007, la afiliación al RETA sólo disminuyó en un 26% de un año a otro, un hecho que indica también las potencialidades de este sector en términos de generación de autoempleo (Tabla 4).

un aumento en el número de demandantes de empleo en el sector debido al “efecto llamada”, provocando un aumento del paro en el mismo. Este hecho contrasta con la afirmación anterior, dando fuerza al argumento de que en una importante proporción las personas demandantes de empleo no cumplen los requisitos deseados por las empresas que buscan candidatos (Tabla 5 y Tabla 6).

Finalmente, el análisis del sector sociosanitario desde una perspectiva de género, pone de manifiesto que dicho sector tiene una clara predominancia femenina, aunque en los últimos años, se observa un ligero aumento del número de hombres en el mismo. Así, en 2008, el 85,31% de las **contrataciones** realizadas a trabajadores de los servicios personales

Tabla 4. Evolución de la afiliación media al Sistema de la Seguridad Social en el sector sociosanitario

	2006	2007	2008	2006 - 2007		2007 - 2008		2006 - 2008	
				Var	%Var	Var	%Var	Var	%Var
AFILIACIÓN MEDIA AL RÉGIMEN GENERAL	969.478	1.166.182	1.255.487	196.704	20,29	89.305	7,66	286.009	29,50
AFILIACIÓN MEDIA AL RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS	74.947	78.482	81.088	3.536	4,72	2.605	3,32	6.141	8,19

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Esta mayor relevancia pone manifiesto dos cuestiones, por un lado, una mayor capacidad para generar puestos a ofertar y, por el otro, una mayor incapacidad para cubrir los puestos y una mayor necesidad de acudir a los servicios públicos para seleccionar a los candidatos idóneos.

Paradójicamente, también se ha producido

fueron protagonizadas por **mujeres**, frente al 47,09% registrado en el conjunto del mercado laboral. Además, las mujeres firmaron hasta el 85,58% de las contrataciones indefinidas realizadas en esta ocupación, mientras que este porcentaje se reduce hasta el 47,06% en el mercado laboral. Esta realidad pone de manifiesto la importancia de este sector en el ámbito del empleo femenino y viceversa, incluso a

Tabla 5. Paro registrado en el sector sociosanitario. Periodo 2006-2008.

				2000 - 2007		2007 - 2008		2006 - 2008	
	2006	2007	2008	VAR	% VAR	VAR	% VAR	VAR	% VAR
ACTIVIDADES SANITARIAS/ VETERINARIAS SERV. SOCIALES	56.751	56.337	69.138	-414	-0,73	12.801	22,72	12.387	21,83
SERVICIOS	1.224.869	1.284.250	1.776.050	59.381	4,85	491.800	38,29	551.181	45,00
TOTAL ACTIVIDADES ECONÓMICAS	2.022.873	2.129.547	3.128.963	106.674	5,27	999.416	46,93	1.106.090	54,68

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Tabla 6. Evolución del número de personas demandantes de empleo. Periodo 2006-2008.

				2000 - 2007		2007 - 2008		2006 - 2008	
	2006	2007	2008	VAR	% VAR	VAR	% VAR	VAR	% VAR
ACTIVIDADES SANITARIAS/ VETERINARIAS SERV. SOCIALES	88.957	88.620	103.373	-337	-0,38	14.753	16,65	14.416	26,21
SERVICIOS	1.728.021	1.794.888	2.357.868	66.867	3,87	559.980	31,20	626.84	36,28
TOTAL ACTIVIDADES ECONÓMICAS	2.957.667	3.079.957	4.236.594	122.290	4,13	1.156.637	37,55	1.278.927	43,24

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Tabla 7. Porcentaje de contratos firmados por mujeres. Periodo 2006-2008.

		2006	2007	2008	2006 - 2007		2007 - 2008		2006 - 2008	
					Var	%Var	Var	%Var	Var	%Var
EN LA OCUPACIÓN "TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS PERSONALES"	Total	85,99	79,55	85,31	-6,43	-7,48	5,76	7,24	-0,68	-0,79
	Indefinidos	85,58	80,23	85,58	-5,35	-6,25	5,35	6,67	0,00	0,00
EN EL CONJUNTO DEL MERCADO LABORAL	Total	44,85	42,67	47,09	-2,18	-4,87	4,42	10,36	2,23	4,98
	Indefinidos	44,71	43,58	47,06	-1,13	-2,52	3,48	7,98	2,35	5,25

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

pesar de que en el periodo 2006-2008 haya aumentado ligeramente la presencia mas-

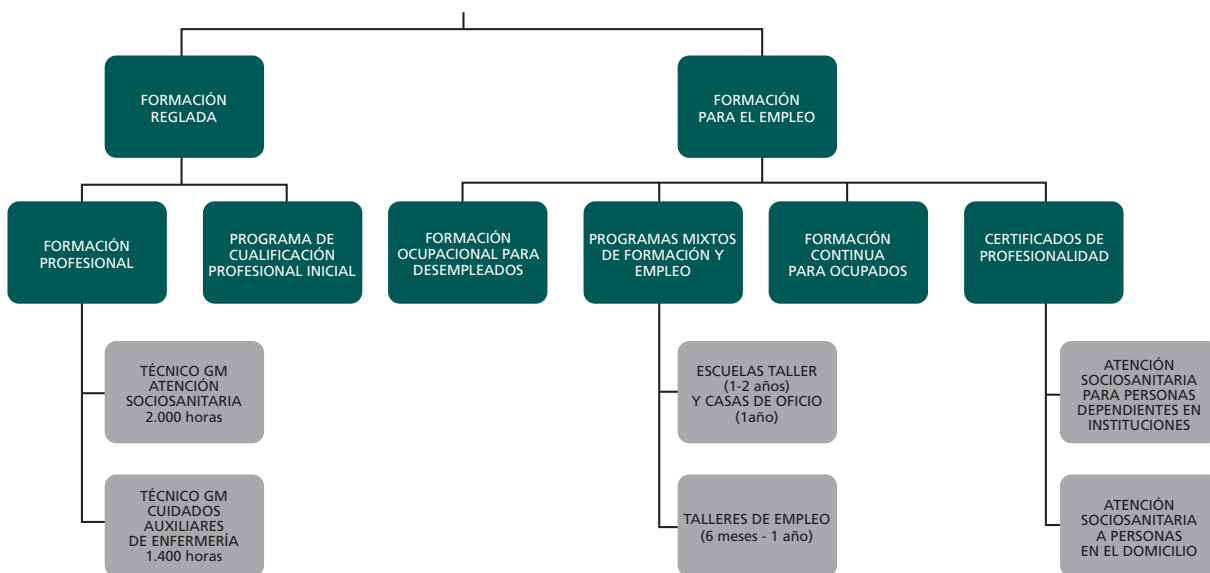
culina en este ámbito de actividad laboral (Tabla 7).

3.2. La cualificación profesional de los cuidadores profesionales. Las necesidades formativas en el sector

Actualmente en España existen diversas posibilidades de formación para una persona que quiera cualificarse como cuidador profesional. Por una parte se encuentra la formación profesional reglada que incluye los títulos de Técnico de grado Medio en cuidados auxiliares de enfermería y Técnico de grado medio en atención sociosanitaria. Estas titulaciones se imparten a escala nacional y los títulos son válidos en todo el territorio español. El número de alumnos que se han matriculado en estas dos titulaciones ha ido aumentando paulatinamente cada promoción, observándose que las mujeres se inclinan más hacia este tipo de formación que los hombres (Figura 1).

Ejemplos de esta tendencia, son el ciclo formativo de “Cuidados Auxiliares de Enfermería” y la “Atención sociosanitaria”. El primero ha experimentado un aumento de las matriculaciones del 12,37% en el periodo 2003-2008, incrementándose el número de personas matriculadas en 2.835 personas, de las que el 95% son mujeres. En la evolución de este aumento de personas matriculadas merece especial mención el hecho de que hasta 8 de cada 10 nuevas inscripciones se han producido a partir del curso 2006-2007, produciéndose así un notable impulso a la cualificación profesional en este ámbito formativo. (Tabla 8).

Figura 1. La cualificación profesional de los cuidadores profesionales.
Las necesidades formativas en el sector.



Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Evolución de los alumnos matriculados en "Cuidados Auxiliares de Enfermería". Periodo 2003-2008.

						2003-2006	2006-2008	
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	VAR	VAR	%VAR
TOTAL	22.926	23.566	23.486	24.768	25.761	560	2.275	9,19
HOMBRES	2.414	2.252	2.247	2.323	2.554	-167	307	13,22
MUJERES	20.512	21.314	21.239	22.445	23.207	727	1.968	8,77
PÚBLICA	13.906	14.085	14.172	15.065	15.898	266	1.726	11,46
PRIVADA	9.020	9.481	9.314	9.703	9.863	294	549	5,66

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de la Educación en España, Ministerio de Educación.

El número de alumnos matriculados en "Atención sociosanitaria" también ha ido aumentando paulatinamente a lo largo de los últimos años. Destaca el hecho de que en los tres cursos académicos comprendidos por el periodo 2003-2006 el número de matriculados había aumentado en 3.190 personas y en los dos cur-

sos comprendidos por el periodo 2006-2008 el aumento ha sido de 3.204 personas. Esta evolución evidencia un cada vez mayor volumen de matriculaciones, especialmente protagonizadas por mujeres, que han realizado el 91,71% de las 16.933 matriculaciones registradas entre los años 2003 y 2008 (Tabla 9).

Tabla 9. Evolución de los alumnos matriculados en "Atención Sociosanitaria". Periodo 2003-2008.

						2003-2006	2006-2008	
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	VAR	VAR	%VAR
TOTAL	269	1.758	3.459	4.784	6.663	3.190	3.204	66,97
HOMBRES	47	140	267	407	542	220	275	67,57
MUJERES	222	1.618	3.192	4.377	6.121	2.970	2.929	66,92
PÚBLICA	269	1.548	2.975	4.092	5.780	2.706	2.805	68,55
PRIVADA	0	210	484	692	883	484	399	57,66

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de la Educación en España, Ministerio de Educación.

Dentro del subsistema de formación para el empleo, existen distintas opciones. En el ámbito de los cuidados profesionales, la formación ocupacional oferta cursos de diversa índole y con duraciones variables. Estos cursos varían dependiendo de las necesidades de cada CCAA y no están homologados por ninguna institución. Sin embargo, en los dos últimos años se ha producido un acusado descenso en el número de personas que finalizaron acciones de formación ocupacional para desempleados en el ámbito de los cuidados profesionales. Concretamente, mientras que en 2008 finalizaron este tipo de acciones un total de 12.065 personas, en el 2009 sólo lo hicieron 10.653 personas, lo que supone una disminución de hasta un -11,70% en el número de personas formadas en este ámbito.

Desde la **perspectiva de género** destaca el importante descenso producido en la participación de las mujeres en este tipo de acciones formativas, reduciéndose en hasta un -14,65% el número de mujeres que finalizaron acciones formativas relacionadas con los cuidados profesionales. Al contrario, cabe destacar el aumento registrado de participación masculina, en un 17,02%, producido fundamentalmente en la especialidad de "Auxiliar de Enfermería en Geriatría".

Si analizamos el **comportamiento** registrado **por edades**, destaca de manera especial el descenso de participación de jóvenes en este tipo de formación, por encima del descenso general (-18,47%), y la ligera disminución en la participación de personas mayores de 45 años (Tabla 10).

Tabla 10. Evolución del número de alumnos en acciones de formación ocupacional por especialidades formativas, género y edad. Periodo 2008-2009.

CÓDIGO		TOTAL		HOMBRES		MUJERES		JÓVENES		MAYORES 45	
		VAR	%VAR	VAR	%VAR	VAR	%VAR	VAR	%VAR	VAR	%VAR
	TOTAL	-1.412	-11,7	191	17,02	-1.603	-14,65	-491	-18,47	-453	-0,53
SANC3007	AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA	1.682	50,57	357	131,73	1.325	43,47	168	39,90	411	40,18
SANC4007	AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y TOXICOMANÍA	91	33,58	29	100	62	25,62	30	60	2	2,63
SSCS30	AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO	-1.404	-38,53	-71	-24,57	-1.333	-39,73	-228	-46,67	-440	-37,61
SSCS01	CUIDADOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES FÍSICOS Y PSÍQUICOS	-794	-56,71	-73	-36,68	-721	-60,03	-199	-64,82	-177	-56,73
SANC01	ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER	-784	-33,22	-32	-13,68	-752	-34,20	-184	-43,81	-223	-31,36
SANC20	AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN	-199	-25,68	-10	-13,51	-189	-26,96	-68	-36,56	-45	-30
SANC5006	AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN	-4	-1,85	-9	-34,62	5	2,63	-10	-25	19	45,24

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de datos del Servicio Estatal Público de Empleo

También se han puesto en marcha dos certificados de profesionalidad: el de atención sociosanitaria a personas en domicilio y el de atención sociosanitaria a personas con dependencia en instituciones, estos títulos permiten obtener una cualificación válida en todo el territorio nacional (Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto). Para su obtención, las administraciones públicas competentes convocarán las mencionadas pruebas y facilitarán, en su caso, la formación mínima necesaria para la adquisición de las competencias clave suficientes para el aprovechamiento de la formación de los certificados de profesionalidad.

El certificado de profesionalidad en atención sociosanitaria a personas con dependencia en instituciones capacita a su poseedor para atender a personas con dependencia en el ámbito sociosanitario en la institución donde se desarrolle su actuación, aplicando las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinar competente y los procedimientos para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno. Este certificado comprende 450 horas de formación de las cuales 80 deben ser prácticas, tal y como se establece en el Real Decreto. Por su parte, el certificado de profesionalidad en atención sociosanitaria a personas en domicilio, acredita a la persona que lo ha obtenido para ayudar en el ámbito sociosanitario en el domicilio a personas con especiales necesidades de salud física, psíquica y social, aplicando las estrategias y procedimientos más adecuados para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno. La duración total de horas necesarias para obtener esta certificación es de 600, de las cuales 120 deben ser prácticas.

Además de los módulos de formación teó-

rica, el presente real decreto dispone en su artículo 5 la obligatoriedad de realizar un módulo de formación práctica en centros de trabajo. Estarán exentos de realizar este módulo los alumnos de los programas de formación en alternancia con el empleo, en el área del correspondiente certificado, así como quienes acrediten una experiencia laboral de al menos tres meses, que se corresponda con las capacidades recogidas en el citado módulo del certificado de profesionalidad.

Los programas mixtos de formación y empleo incluyen las escuelas taller, las casas de oficio y los talleres de empleo. Son promovidos por entidades públicas o privadas y tienen un alto porcentaje de inserción laboral. Su temática y duración oscilan entre los seis meses y los dos años. Finalmente, se encuentra la formación continua para ocupados. Esta formación oferta cursos de especialización y reciclaje a las personas que ya trabajan como cuidadores profesionales (Tabla 11).

Se observa que al igual que en la formación profesional inicial este tipo de talleres son realizados en su mayoría por mujeres (de los 3.978 **alumnos formados** en las escuelas taller y casas de oficio el 82,65% eran mujeres, así como el 94,05% de los 7.731 alumnos asistentes a los talleres de empleo). Este hecho puede ser debido a que en los requisitos para acceder a este tipo de formación se favorezca la incorporación de las mujeres.

No se evidencia ningún patrón definido de crecimiento o disminución en el número de alumnos formados tanto en las escuelas taller y las casas de oficio como los talleres de empleo, esto puede ser debido a que las instituciones que organizan estos cursos

Tabla 11. Características de las Escuelas Taller, Casas de Oficio y Talleres de Empleo.

Programas mixtos de formación y empleo (ETCOTE)	Requisitos de acceso	Duración	Etapas
Escuelas Taller	Inscrito como desempleado. Entre 16 y 25 años	Entre 1 y 2 años	1º. 6 meses, formación profesional teórico práctica con una ayuda económica en concepto de beca de formación. 2º. Entre seis y dieciocho meses, contrato de trabajo para la formación con la entidad promotora, por el que reciben el 75% del salario mínimo interprofesional.
Casas de Oficio	Inscrito como desempleado. Entre 16 y 25 años	1 años	1º. 6 meses, formación profesional teórico práctica con una ayuda económica en concepto de beca de formación. 2º. 6 meses, contrato de trabajo para la formación con la entidad promotora, por el que reciben el 75% del salario mínimo interprofesional
Talleres de Empleo	Inscrito como desempleado. ≥ 25 años	Entre 6 meses y 1 año	Contrato con la entidad promotora (entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro) desde su inicio.

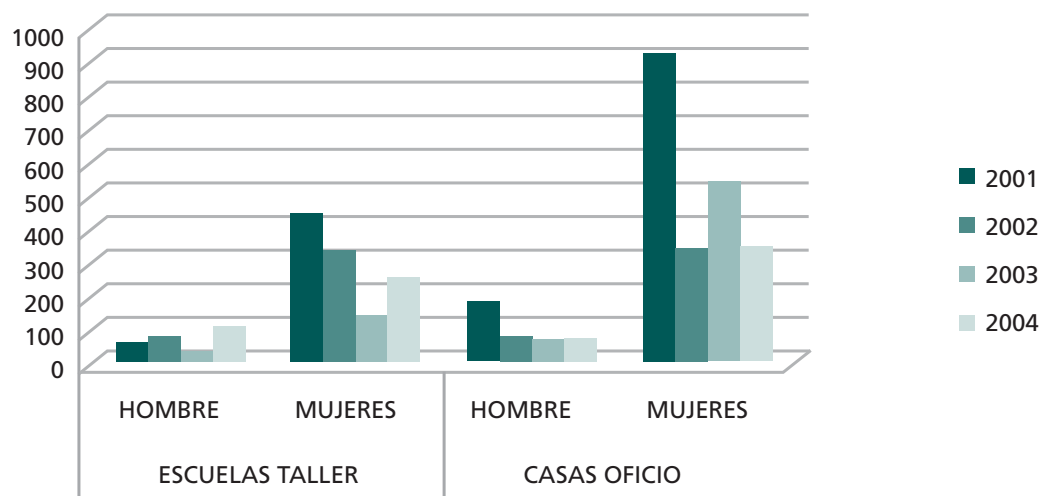
Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de datos del Servicio Estatal Público de Empleo

hayan priorizado otros sectores distintos al socio-sanitario en los años en los que el número de alumnos disminuye (Figura 2).

Aun así los porcentajes de inserción laboral para este tipo de formación son muy elevados ya que la media de inserción en estos cuatro años para las escuelas taller fue de un 69,37% mientras que para los talleres de empleo fue de un 63,59%. Estos porcentajes de inserción pueden deberse, en parte, a que este tipo de formación debe tener un compromiso de contratación, pero también a las crecientes demandas de este tipo de perfil en el mercado.

Por otro lado, para solventar la insuficiencia de profesionales cualificados para cubrir la demanda que el cumplimiento del acuerdo del Consejo Territorial estipula, se reconoce la necesidad de acreditación de las competencias profesionales adquiridas con la experiencia laboral (RD 1224/2009), a través de la obtención de un certificado de profesionalidad: Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas con Dependencia en Instituciones Sociales (RD 1379/2008) y Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio (RD 1379/2008) (Tabla 12).

Figura 2. Número de alumnos formados en las escuelas taller y casas de oficio del sector sociosanitario según género. Periodo 2001-2004.



Fuente: Elaboración propia a partir del informe del INEM - Escuelas Taller y Casas de Oficio, Talleres de Empleo: Inserción laboral 2004. Evaluación de resultados.

Tabla 12. Categorías profesionales del ámbito de la dependencia, cualificaciones y titulaciones.

Categorías profesionales del ámbito de la dependencia	Cualificación profesional	Titulación
Cuidador, gerocultor o similar	Atención Sociosanitaria a Personas con dependencia en Instituciones Sociales.	-Título Profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. -Título Profesional de Técnico de Atención Sociosanitaria. -Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas con Dependencia en Instituciones Sociales.
Auxiliar de ayuda a domicilio	Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio	-Título Profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. -Título Profesional de Técnico de Atención Sociosanitaria. -Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio.

Fuente: Elaboración propia a partir del Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, publicado en el BOE de 17 de diciembre de 2008

Así, para la categoría profesional de cuidadores profesionales o similares, se debe acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas con Dependencia en Instituciones Sociales o en el Domicilio, describiéndose los títulos y certificados de profesionalidad considerados; si bien, de manera transitoria, se pueden admitir los certificados de acciones de formación profesional para el empleo impartidas en cada CCAA. Este hecho conlleva que, en la actualidad, las personas que trabajan como cuidadores profesionales, ostenten títulos y certificados formativos muy heterogéneos.

También, cabe destacar la necesidad señalada en varios informes (Comisiones Obreras 2005, Fundación Tripartita 2005) de capacitación de los trabajadores en competencias clave que no se imparten en la formación tradicional, tales como:

- El desarrollo de habilidades personales, relacionadas especialmente con la capacidad de liderazgo.
- El desarrollo de habilidades sociales y profesionales relacionadas con el trabajo en equipo, la toma de decisión, la resolución de problemas, la capacidad de adaptación e innovación y la gestión de conflictos.
- El diseño y desarrollo de planes y programas a partir del análisis de necesidades.
- El conocimiento de la legislación, normativa sobre el ámbito del trabajo dentro del sector y la prevención de riesgos laborales.
- La calidad de la gestión, y específicamente lo relacionado con la organización, la planificación del trabajo y la gestión del tiempo.

- El dominio de las tecnologías que se incorporan al ámbito laboral.

Además, la formación debe incluir estrategias para abordar los sentimientos de inseguridad, baja autoestima (descritos prioritariamente en profesionales de mando intermedio, auxiliares, monitores, administrativos) e incrementar los incentivos (factor motivacional) para la realización de las actividades de formación, teniendo en cuenta el interés personal y la mejora en la seguridad en las intervenciones o cuidados, es el factor menos señalado por los profesionales para la realización de actividades de formación.

3.3. Empleabilidad y búsqueda activa de empleo. La inserción laboral de los cuidadores profesionales

Los análisis realizados de las fuentes estadísticas oficiales (EPA, SEPE, Tesorería General de la Seguridad Social) adaptadas a la CNAE-09², y tomando como referencia diferentes periodos y perspectivas de género, actividad y ocupación, señalan claramente la positiva tendencia seguida por el mercado laboral en el sector de los cuidados profesionales en los últimos años y, especialmente, en el año 2009, generando empleo incluso en una etapa de adversidad económica.

De la evolución seguida por la población laboralmente activa en los años 2008 y 2009 se desprende que la actividad de los cuidados profesionales, o lo que es lo mismo, el volumen de personas que buscan o tienen empleo en el ámbito de los cuidados profesionales, ha aumentado en hasta un 11,72% en el año 2009, un aumento sensiblemente superior al mostrado en el conjunto de las actividades del

² Nueva CNAE-09 en la que se describe de manera detallada el comportamiento del mercado laboral en las actividades de asistencia en servicios residenciales (epígrafe 87) y prestación de servicios sociales sin alojamiento (epígrafe 88) que son las que conforman el abanico de ocupaciones relacionadas con los cuidados profesionales.

sector sociosanitario (2,42%). Este comportamiento es significativamente positivo si se tiene en cuenta que, en este mismo año, la actividad laboral en el sector servicios disminuyó en un -1,22% y un -0,4 % en el conjunto del mercado laboral.

Este indicador establece la capacidad de esta actividad para atraer personas que trabajan o desean trabajar en ella, habiéndose producido en 2009 hasta 49.400 nuevas incorporaciones de personas para trabajar o buscar trabajo en los cuidados profesionales, superando en un 47% las producidas en el conjunto del sector sociosanitario. Este hecho pone de manifiesto un mayor grado de confianza en las oportunidades de empleo en esta actividad respecto al

resto de actividades que conforman el sector sociosanitario (Tabla 13).

La actividad laboral de los cuidados profesionales ha generado importantes oportunidades de empleo en el último año, atendiendo al comportamiento seguido por las ramas de actividad que conforman los cuidados profesionales puede comprobarse el importante aumento experimentado por la actividad laboral en el ámbito de los servicios sociales sin alojamiento, aumentando ésta en un 27,12% en 2009, frente al 1,42% en el ámbito residencial, y acaparando el 92,71% de las nuevas incorporaciones producidas. En la actualidad, el 45,6% de las personas que trabajan o desean trabajar en cuidados profesionales lo hacen en servicios sociales sin alojamiento (Tabla 14).

Tabla 13. Evolución de la población activa por ramas de actividad. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	%VAR
ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS PROFESIONALES	371.400	396.300	415.700	421.600	434.100	438.500	457.500	471.000	49.400	11,72
ACTIVIDADES SANITARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES	1.240.700	1.296.800	1.353.700	1.390.200	1.366.300	1.380.300	1.440.700	1.423.800	33.600	2,42
SERVICIOS	14.399.100	14.699.900	14.889.600	14.977.100	14.821.300	14.902.500	14.967.800	14.794.200	-182.900	-1,22
TOTAL MERCADO LABORAL	22.576.500	22.806.700	22.945.100	23.064.700	23.101.500	23.082.400	22.993.500	22.972.500	-92.200	-0,40

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Tabla 14. Evolución de la población activa de cuidadores. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	%VAR
ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS PROFESIONALES	371.400	396.300	415.700	421.600	434.100	438.500	457.500	471.000	49.400	11,72
ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	210.500	229.600	240.000	252.700	262.000	247.200	261.700	256.300	3.600	1,42
ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	160.900	166.700	175.700	168.900	172.100	191.300	195.800	214.700	45.800	27,12
% ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	43,32	42,06	42,27	40,06	39,65	43,63	42,80	45,58	5,52	13,78

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Tabla 15. Evolución de la población ocupada en los cuidados profesionales según rama de actividad. Periodo 2008-2009.

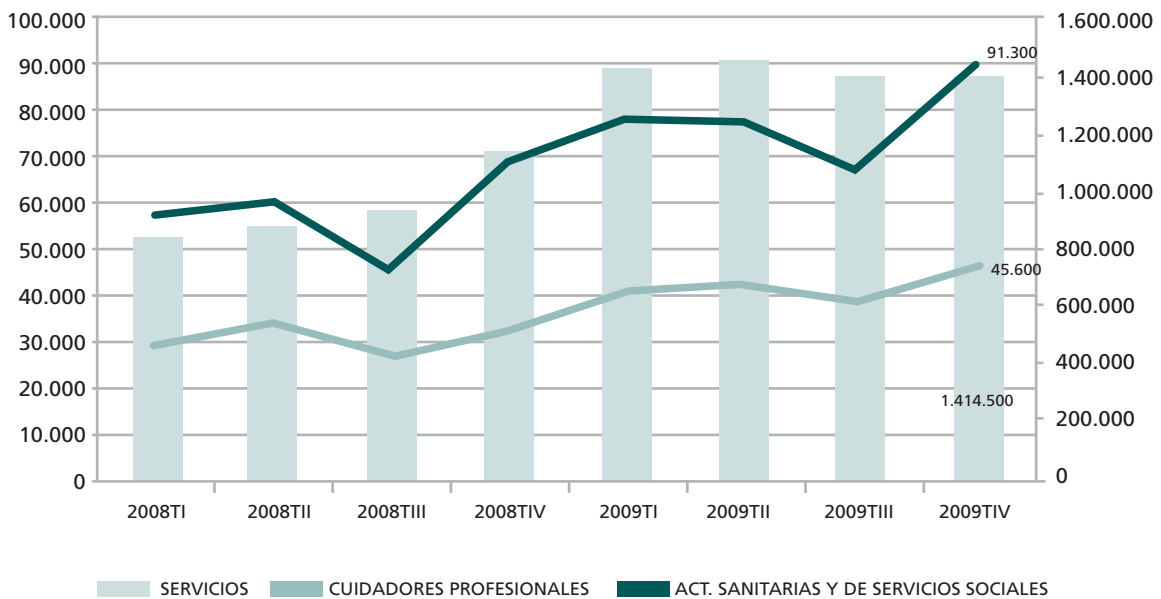
	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	%VAR
ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS PROFESIONALES	342.000	362.700	387.800	389.000	392.700	396.400	418.400	424.400	35.400	9,10
ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	191.200	208.800	226.300	235.400	237.100	223.800	243.400	234.500	-900	-0,38
ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	150.800	153.900	161.500	153.600	155.600	172.600	175.000	189.900	36.300	23,63
% ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	44,09	42,43	41,65	39,49	39,62	43,54	41,83	44,75	5,26	13,32

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

En cuanto a la evolución seguida **por las ramas de actividad** de los cuidados profesionales, puede comprobarse que el **crecimiento del empleo** en este ámbito en 2009 se debió exclusivamente al impulso de las actividades de servicios sociales sin alojamiento, creciendo el empleo en un 23,63%, mientras que en las ac-

tividades asociadas a establecimientos residenciales se produjo una disminución del -0,38%. El empleo en actividades asistenciales sin alojamiento supone en la actualidad el 44,75% de los empleos relacionados con los cuidados profesionales, tras haber aumentado este peso relativo en un 13,32% en tan sólo un año (Tabla 15).

Figura 3. Evolución del paro estimado por ramas y sectores de actividad. Periodo 2008-2009



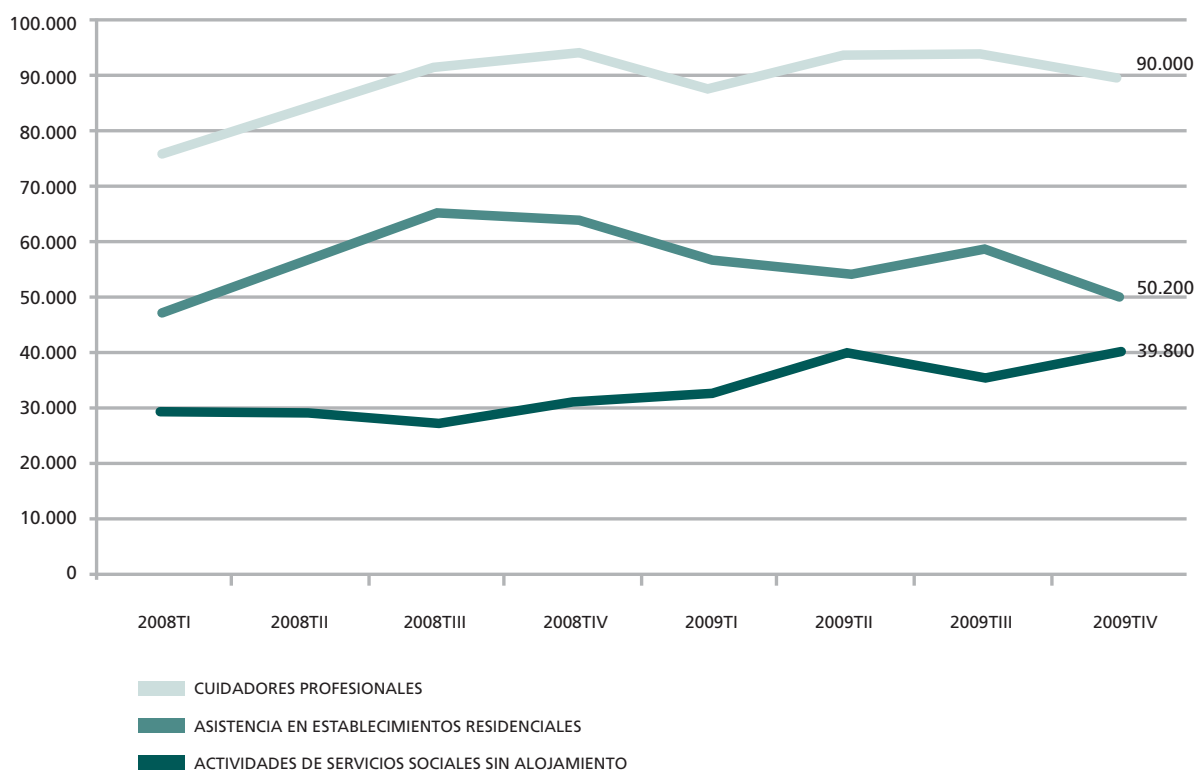
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Aunque también se ha comprobado las dificultades de muchos demandantes de empleo para alcanzar su inserción laboral en el sector. Entre otros factores, tanto la implantación paulatina de la LAPAD como la adversa coyuntura económica sufrida en 2009 podrían ser factores determinantes para la aparición de estas dificultades a la hora de encontrar empleo (Figura 3).

Cabe destacar la disminución del empleo público en el ámbito de los cuidados profes-

sionales en el año 2009, se ha concentrado en las actividades de asistencia en establecimientos residenciales, disminuyendo el nivel de ocupación en éstas en un -21,07% y perdiéndose -13.400 empleos públicos en tan solo un año. Por el contrario, el empleo público en el sector de las actividades de servicios sociales sin alojamiento, ha experimentado un importante aumento del 30,07%, con una creación de 9.200 nuevo empleos (Figura 4).

Figura 4. Evolución **empleo público** en el sector de los cuidados profesionales por ramas de actividad. Período 2008-2009.

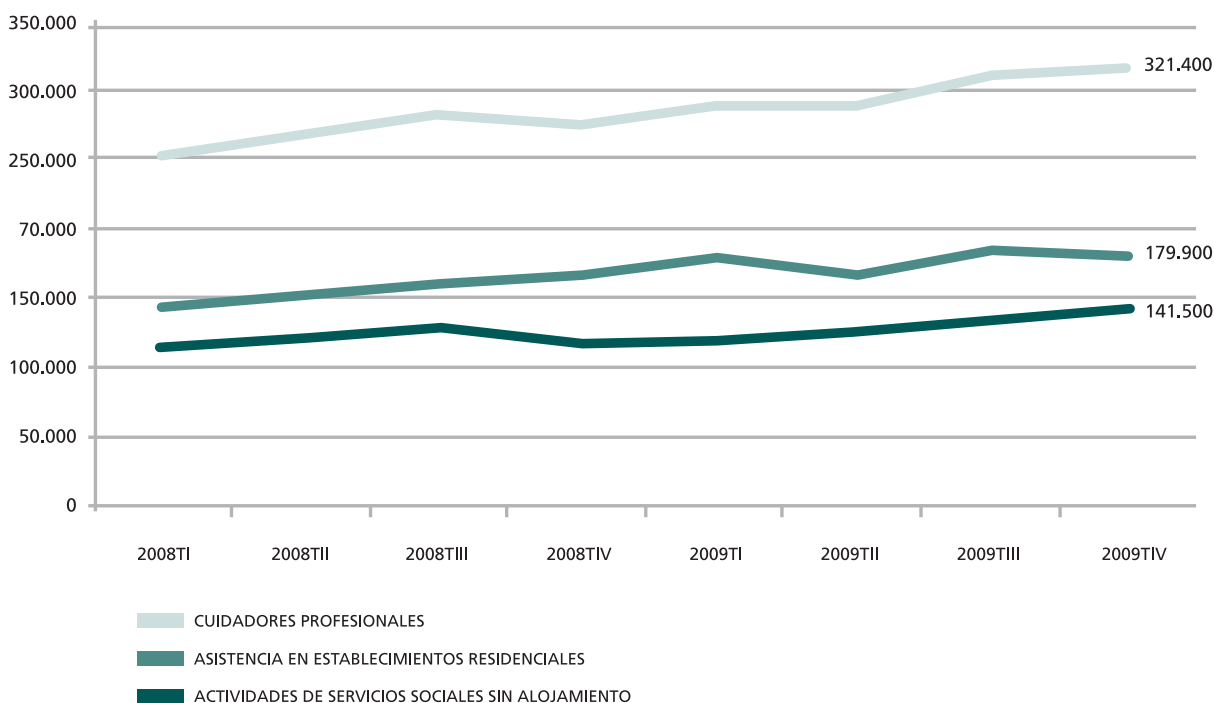


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Finalmente, se evidencia que el sector empresarial privado ha sido el motor del crecimiento del empleo por cuenta ajena en el ámbito de actividad de los cuidados profesionales. En este sentido, merece especial mención el hecho de que el empleo en el sector privado conforma la mayor parte de los empleos generados en el ámbito de actividad de los cuidados profesionales, acaparando esta fórmula de empleo hasta el 78,12% del total.

Si se analiza este incremento del empleo privado en 2009 dirigido al sector de los cuidados profesionales, cabe destacar que la rama de actividad que mayor aumento experimentó fue la relacionada con las actividades de servicios sociales sin alojamiento, creciendo ésta en un 23,26%, más del doble de cómo lo hiciera el empleo privado en establecimientos residenciales (8,90%) (Figura 5).

Figura 5. Evolución **empleo privado** en el sector de los cuidados profesionales por ramas de actividad. Periodo 2008-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

3.4. Análisis de iniciativas de formación y empleo a nivel internacional

Se analizó la información de un total de 49 documentos científicos de 14 países (Figura 6).

Las iniciativas estudiadas en otros países, coinciden con algunas de las recomendaciones destinadas a satisfacer la demanda de los cuidadores formales propuestas por la OCDE en el año 2009 y van encaminadas a:

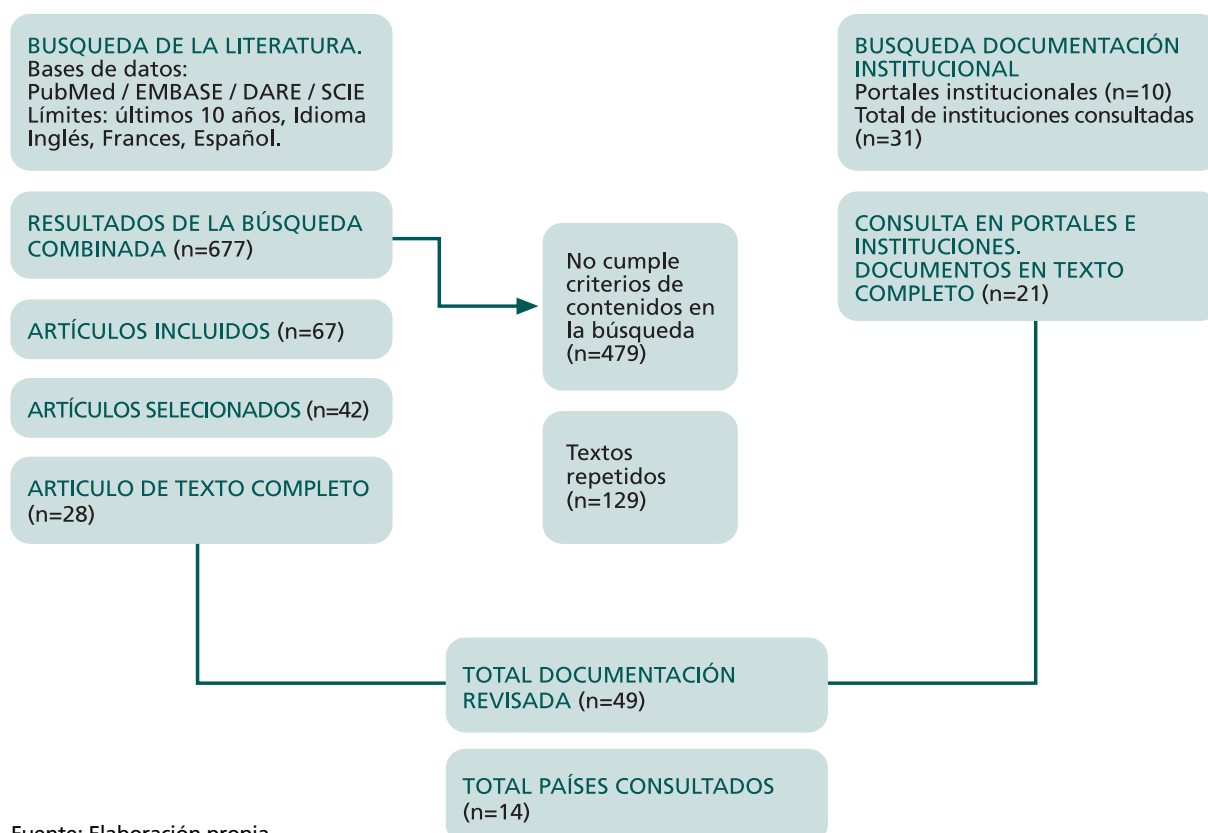
1. Reducir la necesidad de cuidadores a

través, por ejemplo, del desarrollo de iniciativas de promoción del envejecimiento activo.

2. Aumentar la oferta local de cuidadores profesionales, a través del desarrollo de programas de capacitación y el establecimiento de cualificaciones en el sector.

3. Apoyar la labor de los cuidadores y asegurar su estabilidad en el trabajo mediante la mejora de sus condiciones laborales (aumento de salarios, mejora de horarios, mejora de las normas de seguridad).

Figura 6. Distribución de la búsqueda científica.



Fuente: Elaboración propia.

Más detalladamente las iniciativas tienen que ver con:

– **Mejoras en la formación, cualificación y acreditación que permita mejorar la calidad de los servicios prestados por los profesionales del sector:** entre las iniciativas de formación más representadas son aquellas destinadas a fomentar que los jóvenes graduados estudien programas de formación que les permitan incorporarse al mercado laboral en este sector (Alemania, Australia, Dinamarca, Escocia, Estados Unidos, Grecia, Holanda, Inglaterra, Suecia).

– **Mejora en las condiciones de trabajo e identificación de oportunidades de empleo para ciertos colectivos:** se han identificado iniciativas para fomentar la incorporación a este sector de grupos desfavorecidos, jóvenes desempleados, trabajadores inmigrantes, mujeres. Se intenta favorecer que tanto hombres como jóvenes se inserten en este sector ofreciendo flexibilidad horaria en el trabajo, cubrir los gastos de desplazamiento en aquellos casos en los que los cuidados se realicen en el domicilio (Australia, Dinamarca, Eslovenia, Estados Unidos, Holanda, Italia, Inglaterra, Rumanía).

– **Programas de prevención del Burnout y de otras posibles enfermedades derivadas del trabajo:** se han puesto en marcha servicios tales como la formación, la consultoría, la información, la financiación de la investigación y el desarrollo de buenas prácticas (Finlandia).

– **Aplicar estándares de calidad a los servicios:** los indicadores de calidad aplicados al sector, ayudan de una forma directa o indirecta a que los empleados sean más eficientes en su trabajo, aunque los estándares varían en cada

país, todos coinciden en la necesidad de unificar los criterios de evaluación de los servicios ofrecidos (Estados Unidos, Gales, Inglaterra, Suecia).

– **Mejora de la imagen de la profesión:** los cuidadores profesionales no poseen un gran reconocimiento social de su labor, por el contrario se considera un trabajo de baja cualificación y con pocas expectativas de promoción. En la mayoría de los casos el trabajo con personas mayores no facilita la visibilidad del mismo ya que no se considera un ámbito de actuación prioritario; por lo que ciertos países están llevando a cabo iniciativas para sensibilizar a la población a través de portales de empleo, publicación de encuestas de satisfacción, plataformas para que los cuidadores cuenten su experiencia sobre su labor (Alemania, Dinamarca, Inglaterra).

– **Aplicación de las nuevas tecnologías para la mejora de la información y la empleabilidad:** se han desarrollado programas de educación/información audio-visual por cuidadores profesionales con el fin de ayudar a la población a obtener información sobre este trabajo haciéndolo más atractivo para favorecer la incorporación de nuevos trabajadores. También se están usando las nuevas tecnologías para la formación de los trabajadores en las propias empresas y para la creación de portales de empleos específicos del sector (Reino Unido, Gales).

– **Iniciativas indirectas que pueden equilibrar la demanda de los cuidadores:** por ejemplo: la profesionalización de los cuidadores informales o proporcionar apoyo a estos trabajadores mediante el reconocimiento, la formación y la legalización de actividades desarrolladas.

Las claves para el éxito de estas iniciativas tiene que ver con la adaptación del modelo de empresa a la realidad socioeconómica del país, región o territorio y la profesionalidad y cualificación de los profesionales que finalmente realizan la prestación de los servicios, poniéndose de manifiesto el carácter determinante del desarrollo de programas de formación profesional que fomenten la correcta cualificación de los proveedores de estos servicios.

4. DISCUSIÓN

Tras la labor de documentación e investigación, se realizó un intercambio de opiniones y experiencias de personas del sector de atención a la dependencia (empresarios, prestadores de servicios, profesionales y formadores; así como docentes y personas que ejercen actividades con carácter voluntario, principalmente asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro). Posteriormente, representantes de la Administración, comunidades autóno-

mas y miembros de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) analizaron las conclusiones. Este intercambio de opiniones y experiencias enriqueció el estudio, aportando un punto de vista más amplio y multidisciplinar.

Las cuestiones y el resumen de la discusión sobre las mismas se detallan a continuación:

4.1. Aspectos relativos a la definición de cuidador profesional

Se evidencian discrepancias en los requisitos que debe cumplir el cuidador profesional para los empresarios y para los familiares de la persona con dependencia. Asimismo, tampoco son los mismos que los del auxiliar de clínica, ya que el ámbito dónde se asiste (hogar de la persona dependencia) marca la diferencia entre las tareas a realizar y las habilidades requeridas para ello (Tabla 16).

Tabla 16. Perfil demandado por empresarios vs el demandado por personas con dependencia / familiares

PERFIL DEMANDADO EMPRESARIOS	PERFIL DEMANDADO POR PERSONAS CON DEPENDENCIA / FAMILIARES
<p>CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Movilizaciones 1.2 Aseo de la persona con dependencia 1.3 Uso de ayudas técnicas 1.4 Necesidades psico-emocionales específicas según el origen de la dependencia 1.5 Prácticas en entorno real <p>HABILIDADES SOCIALES.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.6 Vocación 1.7 Empatía 1.8 Resolución de conflictos 1.9 Respeto 1.10 Discreción 1.11 Flexibilidad/Adaptabilidad a las necesidades de la persona con dependencia 1.12 Capacidad para manejar situaciones de estrés derivadas del cuidado de personas con alto nivel de sufrimiento. <p>EXPERIENCIA EN DOMICILIO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mujer: Las personas con dependencia y sus familiares, por norma general, tienen dificultades para aceptar cuidadores masculinos, por un problema cultural de base. 2. Con capacidades para realizar tareas del hogar. 3. Entre 25-45 años. 4. Imagen discreta. 5. Con formación.

Fuente: elaboración propia según resultados grupo de trabajo con personas del sector de atención a la dependencia.

En este sentido, la percepción de ambos perfiles (domicilio y residencial) es diferente principalmente por:

a) las competencias (el perfil del cuidador en domicilio requiere una mayor polivalencia, atendiendo no sólo a los cuidados personales, sino también a las tareas domésticas; el desarrollo de las tareas en el propio domicilio de la persona con dependencia requiere de habilidades relacionales específicas y del manejo autónomo de la situación, pues carece de la supervisión y guía de otros profesionales)

b) el origen (a menudo, el profesional del entorno residencial se basa en una previa vocación de cuidados; mientras que los profesionales domiciliarios, a veces, responden a una reconducción del sistema educativo, prevaleciendo la oportunidad de empleo en el sector).

Si bien se detectan estas diferencias en ambos perfiles, que requerirían de una formación específica para cada uno, en los dos se debería reforzar los aspectos más sociales de los cuidados (prevención del aislamiento y promoción de la reinserción social); evitando la tendencia actual a la sanitización de los mismos. Los cuidadores profesionales no tienen competencias estrictamente sanitarias; sus competencias están orientadas a la atención personal, doméstica y de relaciones con el entorno (ayuda para la higiene personal, controlar los hábitos alimenticios, supervisión en la toma de medicamentos, ayuda para la comunicación, ayuda en las actividades de la casa, ayuda para el transporte dentro y fuera del domicilio...).

Sin embargo, la falta de una delimitación homogénea de las funciones a realizar por el

cuidador profesional, origina que en algunos casos, los familiares o las propias personas con dependencia demandan a sus cuidadores la realización de tareas que extralimitan el ámbito de sus competencias. Para evitar esto, se sugiere una mayor concreción de las tareas a desarrollar por un cuidador profesional y mayor información a los familiares y personas con dependencia de las competencias de los cuidadores profesionales en el proceso de negociación de las prestaciones de la LPAP por parte de los trabajadores sociales.

4.2. Aspectos relativos al mercado laboral

El libro blanco de la dependencia generó grandes expectativas en lo relativo al número de empleos que se generarían con la implantación de la ley. En concreto, se estimó que, en el horizonte de 2010, la generación neta de empleo alcanzaría los 330.000 puestos de trabajo, de los cuales 262.735 serían puestos de trabajo equivalentes a jornada completa (Tabla 17).

Desde entonces y como se ha señalado anteriormente, se ha observado que efectivamente, ha aumentado la población activa y el empleo; al mismo tiempo que se ha producido un incremento del desempleo en el sector; si bien no se han alcanzado las estimaciones de empleo realizadas. Entre los aspectos que podrían estar afectando esta situación, entre otros, se pueden deber a:

- Un retraso en la implantación de la ley, lo que implica que a día de hoy se hayan resuelto menos expedientes de los previstos.

- Reconocimiento mayoritario de prestaciones económicas para cuidados en el entorno.

Tabla 17. Incidencia Potencial sobre el empleo de la Implantación del Sistema Nacional de Dependencia (empleos equivalentes a jornada completa). España, 2005-2010.

	NÚMERO DE EMPLEOS EQUIVALENTES A JORNADA COMPLETA
Previsión de generación neta de empleo directo.	262.735
Estimación de la generación de empleo inducido en construcción, Adaptación y equipamiento de nuevos recursos.	20.000
Estimación de la generación de empleo indirecto(proveedores de Centros y servicios).	40.000
Estimación de la a floración de empleo sumergido.	80.000
Potencial de generación de empleo en la atención de las personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domesticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria.	50.000
Estimación de la generación de empleo derivada de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia.	452.735
Cuidadores familiares que podrían incorporarse al mercado laboral.	115.000
OTROS EFECTOS POTENCIALES SOBRE LA TASA DE ACTIVIDAD.	115.000

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia 2004.

- En este sentido, y a pesar de que la ley estipula la excepcionalidad de este tipo de prestaciones, los datos publicados por el IMSERSO a 1 de noviembre de 2010 indican que el 58% (372.000) de las prestaciones otorgadas corresponden a prestaciones económicas para cuidados en el entorno; lo que podría estar propiciando el escaso desarrollo de los servicios de cuidados profesionales. Actualmente, se barajan diferentes hipótesis para la preferencia de estas prestaciones:

- Preferencias culturales de los ciudadanos a ser cuidados por sus familias o la persona que ellos elijan.
- Situación de recesión económica existente actualmente en España.
- Carácter retroactivo de la prestación económica.

- Escasa sensibilización social sobre los beneficios de los cuidados profesionales.

Respecto a la demanda de profesionales, los empresarios señalan la complejidad de encontrar profesionales que tengan niveles adecuados de formación, experiencia y vocación; además, la formación actual no los cualifica para atender cualquier tipo de dependencia, por lo que en la práctica se asigna al cuidador cuyos conocimientos se adapten mejor a las necesidades de la persona en situación de dependencia.

Ante esta situación, algunas de las iniciativas que las empresas han puesto en marcha son la formación impartida por la empresa contratante y la contratación de centros especializados de formación o elaboración de convenios con entidades formadoras.

Otro, aspecto tiene que ver la regulación de las condiciones laborales de los cuidadores profesionales, que en este caso dependen del convenio estatal que sirve de base y por los convenios provinciales; los cuales tienen condiciones diferentes que representan una desventaja para los trabajadores, pues soportan cargas de trabajo importantes sobre la base de convenios que no ofrecen buenas condiciones económicas (en muchas ocasiones los salarios son inferiores al de profesionales no cualificados, por ejemplo, el Convenio Estatal se encuentra en 872,30 euros bruto/mes, mientras que el Convenio Provincial de Sevilla está en 1.130,46 euros bruto/mes.). Esto unido a la falta de valoración social, pueden generar disminución de la calidad del trabajo, disminución del número de personas interesadas en trabajar en el sector y aumento de la competencia desleal entre las empresas.

4.3. Aspectos relativos a los perfiles profesionales y la formación

Si bien, se está realizando un esfuerzo en implantar sistemas de calidad por parte del IMSERSO, y los procesos de mejora continua podrían ser una oportunidad a futuro; actualmente, se detecta una falta de profesionales cualificados para trabajar como cuidadores. Los talleres de empleo retribuidos de entre 1.500 y 1.800 horas son considerados como el programa formativo más adecuado. Sin embargo, tanto el número de talleres ofertados como el número de personas formadas (15 por curso) son muy escasos. Para cubrir la demanda de personal cualificado, se deberían poner en marcha programas de formación con menor duración y mayor número de alumnos. Este tipo de formación debe tener un alto contenido práctico y en

entorno real. Dentro de los contenidos se deben abordar las características principales de las enfermedades que generan la dependencia así como el comportamiento derivado de esas enfermedades.

En cuanto a la formación continua, tanto los empresarios como los trabajadores del sector ponen de manifiesto que deberían existir cursos orientados a los cuidadores profesionales, es decir, cuidado del cuidador, cursos orientados a formar a los profesionales para que realicen correctamente sus tareas y eviten las lesiones en el trabajo, etc. Éstos deberían llevarse a cabo dentro del horario laboral, para garantizar la formación de los trabajadores (en algunos casos, se han puesto en marcha iniciativas de formación continua fuera del horario laboral que han tenido poca asistencia).

El certificado de profesionalidad puede ser una herramienta efectiva para dar solución, en parte, a la falta de profesionales formados en el sector. No se ha podido evaluar la eficacia de esta medida debido a su reciente aprobación. Este mecanismo permitirá cualificar a cuidadores no profesionales cuya experiencia será tenida en cuenta a la hora de solicitar el correspondiente certificado. Los empresarios del sector opinan que esta medida podría resultar eficaz para responder a las necesidades de trabajadores cualificados.

Por otra parte, las distintas modalidades de formación existentes capacitan en competencias técnicas, pero requieren potenciar “cómo” se prestan (afecto y calidad relacional). Esta carencia parece repetirse en el ámbito organizativo laboral, por la falta de reconocimiento de la actitud, además de la aptitud.

4.4. Aspectos relativos al puesto de trabajo

Parece haber ciertas dificultades implícitas al puesto de trabajo de cuidador profesional, debido al desequilibrio entre la polivalencia, la complejidad creciente en las necesidades sanitarias que atender y el objetivo ambicioso de los servicios (preventivos, rehabilitadores, etc), unido a la limitada remuneración, la calidad de los contratos (sólo el 6,7% indefinido), y el bajo reconocimiento social.

Ante este panorama entre las medidas propuestas para dar respuesta a estas circunstancias destaca: a) la necesidad de equilibrar el nivel de exigencia con la remuneración (salarial y no salarial), que permita la sostenibilidad del sector, b) la aceptación de que el grado óptimo de calidad en los cuidados se alcanzará progresivamente con la maduración del sector, c) el fomento del empleo estable en este sector con medidas públicas, d) el uso campañas de sensibilización social para la mejora del reconocimiento social del cuidador profesional y e) la polivalencia debe acotarse a una formación troncal y la capacitación específica debería diferenciarse en especialidades (enfermedad mental, demencias, etc.). Además, el cuidador debería contar con un equipo consultor interdisciplinar que desarrollara un plan integral de atención consensuado con la familia, que el cuidador se encargara de ejecutar.

4.5. Aspectos relativos al modelo empresarial SAAD

Parece haber ciertas dificultades implícitas al desarrollo del modelo empresarial del servicio de ayuda a domicilio, debido

a, entre otros aspectos a el escaso margen de beneficios empresariales, los retrasos en los pagos, las dificultades para la gestión del SAAD por parte de las administraciones locales, las dificultades para la fidelización de los trabajadores y la existencia de una estructura organizativa dependiente de las bandas horarias con mayor demanda.

Ante este panorama, se requiere “reinventar” el modelo de ayuda a domicilio para hacerlo sostenible. En este aspecto, sería conveniente regular ciertas características de los servicios que permitieran, por una parte, acotar las exigencias a los proveedores y por otra, ofrecer sistemas que aseguren el cobro a tiempo de los servicios. También, sería conveniente investigar modelos de economía social que pudieran disminuir los costes de transacción y repartir el riesgo.

4.6. Aspectos relativos a la implantación de la Ley

La ley de la dependencia ha sido concebida como una ley de servicios, con ciertas excepciones, sin embargo a día de hoy las prestaciones económicas excepcionales de cuidados en el entorno oscilan alrededor del 50% de las prestaciones totales concedidas.

En este sentido, el servicio de ayuda a domicilio parece ser más adecuado como soporte a los cuidados proporcionados por una familia implicada en ello. Cuando no viene a soportar a unos cuidados familiares, dada la escasa intensidad de atención actual, el servicio de ayu-

da a domicilio no puede resolver por sí mismo los cuidados a una persona con grado avanzado de dependencia en el hogar. Esta situación, podría estar afectando a la preferencia social por la PE para cuidados en el entorno.

Las prestaciones económicas, respondiendo al espíritu de la LAPAD de mejorar la calidad de vida de la persona con dependencia, no deberían estar contrapuestas a la provisión de servicios; al contrario deben garantizar la atención adecuada a la persona con dependencia: bien a través del familiar (PE para cuidados en el entorno), bien a través de cuidados profesionales de mayor alcance diario (asistente personal o similar) o recursos.

La PE ligada al entorno podría estar siendo utilizada para reconducir esta situación, contratando un mayor nº de horas, de manera más estable, a un menor coste en economía sumergida; y esta situación debería reorientarse.

4.7. Aspectos relativos a la administración

Teniendo en cuenta las expectativas generadas de empleo y riqueza vinculadas a los cuidadores profesionales, la actual situación de demanda y los datos de empleo se requiere: a) aumentar la disponibilidad de cuidadores profesionales capacitados (cantidad y calidad) mejorando las circunstancias económicas y laborales de los mismos. Esto debería ser a expensas de reorientar la distribución de los fondos existentes, y para ello se requiere replantear el modelo, b) definir el catálogo de servicios y prestaciones y valorar la aparición de fórmulas que hicieran posible la coexistencia de un sistema maduro y actual que potencie la autonomía del paciente y el cuidador a la hora de elegir servicios y los profesionales, garantice la

sostenibilidad económica del sistema, permita la coexistencia de modalidades que ofrezcan una mayor cobertura de los cuidados que se requieren con menor rotación de los mismos y mayor estabilidad laboral, c) la Administración Central y las Regionales deben actuar de manera sinérgica y coordinada, para asegurar un catálogo formativo centrado en las necesidades reales actuales, ordenando un sistema simple pero efectivo que garantice la suficiente calidad y claridad en la provisión de las titulaciones. Se requiere la sinergia y comprensión por todas las partes, para desarrollar con responsabilidad, un sistema capaz y sostenible.

4.8. Aspectos Generales

Parece apropiado crear un entorno de análisis y reflexión en el que se evalúen los resultados obtenidos con la implantación de la Ley, con el fin de detectar las potencialidades de la misma y los elementos que deben cambiar para dar solución a los problemas que han ido surgiendo. Esta evaluación continuada permitiría asentar las bases de un modelo de mejora que tenga en cuenta las necesidades de los usuarios y las experiencias en la implantación de la Ley.

5. CONCLUSIONES

1. La evolución demográfica, la necesidad social de atención a la dependencia, los cambios sociales y la evolución de la políticas de atención a la dependencia justifican las importantes expectativas de creación de empleo existentes en el sector de los cuidados profesionales, pero también determinan y corroboran la necesidad de realizar una fuerte apuesta por el desarrollo de las ocupaciones relacionadas con los perfiles profesionales demandados por la sociedad.

2. El sector sociosanitario ha observado un crecimiento continuo, tanto en términos económicos como laborales, durante el periodo 2000-2008, más acusado en el periodo que se corresponde con la implantación de la LAPAD (2006-2008), a pesar de la desaceleración del mercado español.

3. El mercado laboral en el subsector de los cuidados profesionales en los últimos años y, especialmente, en el pasado año 2009 siguió una tendencia positiva, generando empleo incluso en una etapa de adversidad económica. Cabe destacar que el sector empresarial privado ha sido el motor del crecimiento del empleo por cuenta ajena en el ámbito de actividad de los cuidados profesionales.

4. Existe una gran diversidad y heterogeneidad de perfiles profesionales vinculados al ámbito de los cuidados y la atención personal.

5. Existe una extensa y diversa oferta formativa en el sector de los cuidados profesionales.

6. El acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 2008 supone un antes y un después respecto a los requisitos y estándares sobre la cualificación de los profesionales del sistema y reconoce la necesidad de acreditación de las competencias profesionales adquiridas con la experiencia laboral.

7. Como corroboran los análisis tanto cualitativo como cuantitativo incluidos en el estudio, existe una importante demanda de cuidadores profesionales cualificados por parte de los proveedores de servicios, que resulta difícil de cubrir. A esta dificultad de las empresas se suman los requerimientos del mercado que,

a menudo, se relacionan más con las características personales y las actitudes del cuidador que con sus aptitudes.

8. A pesar de que en todos los países revisados se ha detectado la misma problemática con respecto al empleo y la formación de los cuidadores profesionales, se han encontrado iniciativas muy inspiradoras, que no han conseguido demostrar de manera significativa una mejora evidente del empleo ofertado en este sector.

9. Para alcanzar los objetivos iniciales de convertir el sector de los cuidados profesionales en un motor de desarrollo social serán necesarias múltiples medidas entre las que destacan:

- Sensibilizar a la población de los beneficios de los cuidados profesionales capacitados para ello.
- Mejorar las condiciones laborales de los cuidadores profesionales
- Rediseñar un modelo de atención domiciliaria sostenible. Sólo entonces constituirá un adecuado motor de desarrollo social.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Adecco Medical & Science, Federación de residencias y servicios de atención a los mayores (LARES). El incremento de los centros residenciales alcanza la cifra record de 329.311 plazas. Nota de prensa 19 noviembre 2009.

2. Ageing, Disability and Home Care (ADHC). <http://www.dadhc.nsw.gov.au/DADHC.htm>

3. **Análisis de los desarrollos normativos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).** Estudio comparativo autonómico. (2009). Comité de Representantes de Personas con Discapacidad. (CERMI).

4. **Angley, P., and B. Newman. (2002),** "Who Will Care? The Recruitment and Retention of Community Care (Aged and Disability) Workers", Brotherhood of St. Laurence, Fitzroy.

5. **Aproximación a las necesidades formativas del sector formal de la atención a la dependencia en Zaragoza.** Secretaría de Política Institucional y Diálogo Social de U.G.T. Aragón. Diciembre 2006.

6. **Bayarri-Catalán,V. (2007).** El futuro Sistema Nacional de Dependencia: retos y oportunidades. Revista del MTAS. Vol 65, pág 93.

7. **Bermejo, L. (2006).** La situación de los sistemas de formación y de cualificación de las ocupaciones en la atención a mayores con dependencia. Propuestas de avance en la elaboración de perfiles ocupacionales y en la formación por competencias. Madrid, portal mayores, informes portal mayores nº50.

8. **BOE n. 87, 11/04/2007. Real Decreto 395/2007,** de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo.

9. **BOE núm. 303. 17/12/2008.** Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la

capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/12/17/pdfs/A50722-50725.pdf>

10. **Cachon-Rodriguez,L. (1995).** Los "Nuevos Yacimientos de Empleo" en España: una (primera) visión general. Revista de Economía y Sociología del Trabajo, nº 29/30, sep-dic.

11. **Casado, D. Documento Marco.** La dependencia funcional y el "tercer sector" en España. II foro tercer sector. Fundación Luis Vives.

12. **Casao-Marín,D., López i Casanovas, G. (2001).** Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección de Estudios Sociales N°6. Fundación La Caixa.

13. **Comisiones Obreras. 2005.** Formación y Ley de Autonomía Personal.

14. **Descripción y análisis de los perfiles ocupacionales demandados en el sector de la dependencia en Andalucía.** Dirección General de Intermediación e Inserción Laboral. Servicio Andaluz de Empleo. Enero 2008.

15. **Dizy, D., Fernández M., Ruiz Olga.** Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España. Universidad Autónoma de Madrid. Marzo 2006

16. **Domiciliary (Personal) Care Adults and Older People Approved List.** Disponible en: <http://www.hants.gov.uk/TC/socialservices/>

preferred/dom_index.html

17. *En qué consiste cuidar*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Disponible en: www.segg.es

18. Escobedo A, Fernandez DM, D, Mos P, Coram T. *Surveying Demand, Supply and Use of Care Consolidated Report*. Care Work in Europe Current understandings and future directions. 2002.

19. *Estudio Análisis de las principales ocupaciones dentro del sector de Atención a Personas y del subsector de Turismo Sostenible y Ocio Cultural del sector de Actividades Culturales y deportivas*. Consellería de Treball i Formació. GOvern de les Illes Balears. Comissions Obres de les Illes Balears. Diciembre 2009.

20. *Estudios de las necesidades formativas de los profesionales que prestan servicios de atención a la dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO 2007.

21. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Employment in social care in Europe*. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

22. Fujisawa, R.; Colombo, F. *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. OECD Health Working Papers, 2009; No. 44 [acceso 3 de marzo de 2010] Disponible en: [http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/linkto/delsa-elsa-wp2-hea\(2009\)1](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/linkto/delsa-elsa-wp2-hea(2009)1).

23. *Fundación tripartita*. 2005. Formación Continua. Informe de resultados 2005.

24. Howes, C. (2006), "Building a High Quality Home Care Workforce: Wages, Benefits and Flexibility Matter", <http://www.iowacaregivers.org/uploads/pdf/053106conncolleageexecutivesummaryfinal.pdf>, accessed 4 November 2008.

25. INEM-Servicio Público de Empleo Estatal. 2004 *Escuelas Taller y Casas de Oficio, Talleres de Empleo: Inserción laboral 2004*. Evaluación de resultados. Disponible en : <http://www2.sepe.es/sgst/BDlegislativa/documentospdf.asp?archivo=Legis/Referencias82.pdf>

26. *Informe Final del Grupo de Expertos para la Evolución del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. IMSERSO, Septiembre 2009.

27. *Informe Implementación Ley Dependencia en España: valoración CCAA*. Borrador informe: Alicia Azaña. Universidad de Valencia, 22 ene 2009

28. Instituto Nacional de Estadística (2009). *CNAE-2009*. Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnae09/notasex_cnae_09.pdf

29. Jensen, Jytte Juul, and Helle Krogh Hansen. 2002a. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions: Surveying Demand, Supply and Use of Care— Denmark." (refworks, informe en pdf)

30. *Jurado de los Santos, P*. 2006. Análisis de necesidades formativas de los profesionales de centros ocupacionales y centros especiales de trabajo en Cataluña. Universitat Autònoma de Barcelona.

31. Koerin BB, Harrigan MP, Secret M. El-dercare and employed caregivers: a public/private responsibility? *J.Gerontol.Soc.Work.* 2008;51(1-2):143-161.

32. Korczyk, S. (2004), "Long-Term Workers in Five Countries: Issues and Options", American Association of Retired Persons (AARP), Washington, D.C.

33. LARES Andalucía (Asociación Andaluza de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores). Necesidades de formación de los profesionales de atención a personas con dependencia. Disponible en: www.laresandalucia.com/mantenimiento/legislacion/legi_11_1.doc

34. Las personas mayores en España. Informe 2008. IMSERSO 2008.

35. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, publicada en el BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006.

36. Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y Protección a las personas mayores.

37. Ministerio de Educación. (Estadística de las Enseñanzas no universitarias (Centros, Personal, Alumnado matriculado y Graduados disponible en: <http://www.educacion.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=310&area=estadisticas>

38. Ministerio de Educación. (Estadística de las Enseñanzas no universitarias (Centros, Personal, Alumnado matriculado y Graduados disponible en: <http://www.educacion.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=310&area=estadisticas>

39. Ministerio de Educación. 2008. Las primeras convocatorias para acreditar la experiencia laboral beneficiarán a los trabajadores de la Dependencia, Educación Infantil y Energías Renovables. Disponible en: <http://www.educacion.es/horizontales/prensa/notas/2008/12/fp.html>

40. Ministerio de Educación. 2009. Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional (SNCFP). Disponible en: http://www.educacion.es/educa/incual/ice_ncfp.html

41. Ministerio de Educación. 2010. Cuidados auxiliares en enfermería. Disponible en: <http://www.educacion.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional/que-puedo-estudiar/todos-los-estudios/sanidad/auxiliar-enfermeria.html>

42. Ministerio de Educación. 2010. Técnico en atención sociosanitaria. Disponible en: <http://www.educacion.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional/que-puedo-estudiar/todos-los-estudios/servicios-socioculturales/atencion-sociosanitaria.html>

43. Ministerio de Educación. 2010. Formación Profesional. Disponible en: <http://www.educacion.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional.html>

44. Ministerio de Trabajo e Inmigración (disponible en: <https://www.redtrabaja.es/es/redtrabaja/static/Redirect.do?page=cf050311>)

45. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Diciembre 2004.

46. **Necesidades de formación para el empleo en el grupo de trabajadores afectados por la aplicación de la ley de la dependencia en Aragón.** Instituto Aragonés de Empleo. Zaragoza 2008.

47. **Penning MJ.** Hydra revisited: substituting formal care for self and informal in home care among the older adults with disabilities. *The Gerontologist*, 2002, 42:4–16.

48. **Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia.** El sector residencial, La atención domiciliaria y teleasistencia. Deloitte 2005.

49. **Reinhard S, Stone R.** Promoting quality in nursing homes: The Wellspring Model. Institute for the Future of Aging Services American Association of Homes and Services for the Aging

50. **Reinhard S, Stone R.** Promoting quality in nursing homes: The Wellspring Model. Institute for the Future of Aging Services American Association of Homes and Services for the Aging

51. **Rostgaard, T. and Fridberg, T. (1998)** Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices, Social Security in Europe 6. Copenhagen: Danish National

52. **Sherard, B. D. (2002)**, “Report to the Joint Appropriations Committee on the Impact of Funding for Direct Staff Salary Increases in Adult Developmental Disabilities Community-Based Programs”, www.pascenter.org/documents/WY_2002.pdf, accessed 4 November 2008.

53. **Stone R, Harahan MF.** Improving the long-term care workforce serving older adults *Health Aff.(Millwood)* 2010 Jan-Feb;29(1):109-115

54. **Stone, R. I. and J. M. Wiener (2001)**, “Who Will Care for Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis”, The Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the Aging, Washington, D.C.

55. **Tejada-Fernández, J. 2009.** Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: una mirada desde la formación. Universitat Autònoma de Barcelona.

56. **Van Ewijk, H., Hens, H., Lammersen, G. (2002).** Mapping of Care Services and the Care Workforce. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn Thomas Coram Research Unit Institute of Education University of London.

57. **Walsh, K., O’Shea, E. (2009).** The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: context and experiences in Ireland. Irish Centre for Social Gerontology (ICSG).

TENDENCIAS RECIENTES
EN EL DESARROLLO DE

LOS SISTEMAS PÚBLICOS EUROPEOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO
Universidad de Alcalá

Palabras claves: dependencia, riesgo, cuidados de larga duración, envejecimiento, régimen de bienestar, socialización del riesgo, privatización, sistema mixto.

Sumario

1. La transición desde un modelo de responsabilidad familiar a la socialización del riesgo de la dependencia
2. Los sistemas de atención a la dependencia en la Unión Europea: Desarrollo y nuevas reformas

1. LA TRANSICIÓN DESDE UN MODELO DE RESPONSABILIDAD FAMILIAR A LA SOCIALIZACIÓN DEL RIESGO DE LA DEPENDENCIA

a) El riesgo de dependencia como problema social

Los cuidados de larga duración o atención a las situaciones de dependencia forman parte de la actividad de reproducción y solidaridad de las sociedades humanas junto al cuidado de los niños. Tradicionalmente esta función social ha estado a cargo casi en exclusiva de las familias y, dentro de éstas, son las mujeres las que han asumido el coste del tiempo de cuidados y los costes de oportunidad asociados al mismo en base a sólidas tradiciones justificadas en gran medida en principios morales.

Si arrojamos una mirada hacia la historia reciente de los países desarrollados con Estados de Bienestar (período 1950-1980) constatamos que el riesgo de dependencia era una combinación de intervención familiar y, secundariamente, institucional. En el modelo de "familia fordista" la mujer ama de casa se encargaba del cuidado de niños y personas en situación de dependencia. Por su parte, el Estado intervenía por dos vías: mediante prestaciones económicas y técnicas en el caso de accidentes laborales que provocan gran invalidez (Seguridad Social) y, excepcionalmente, atendiendo a aquellas personas en situación de dependencia sin recursos económicos ni apoyos familiares (sistema público de servicios sociales y servicios sociales del sector voluntario o sin fin de lucro). En la división social de los cuidados de larga duración la familia era el principal protagonista a través del tiempo no remunerado de la mujer ama de casa, el Estado cumplía una función residual o

de segundo orden, la oferta mercantil apenas si existía y la sociedad civil o sector de organizaciones no lucrativas desarrollaba la función de apoyo asistencial a las personas sin recursos bien directamente bien en colaboración con el Estado. Esta división social de los cuidados puede ser calificada de familiar-asistencial o, sencillamente, asistencial.

Sin embargo, este modelo que calificamos de manera genérica y sin los necesarios matices como asistencial variaba en función de los distintos regímenes de bienestar. Así, el modelo nórdico fue pronto pionero en el desarrollo de un sistema público de servicios sociales que fue sustituyendo a las mujeres cuidadoras a medida que se aceleraba su integración en el mercado de trabajo (década de los años 60 del siglo XX); el modelo continental o corporativo llevó a cabo desarrollos importantes en la protección de la invalidez en el ámbito de la Seguridad Social así como de la familia cuidadora; los países del régimen mediterráneo siguieron anclados hasta recientemente en un modelo de cuidados familiares muy sólido con apoyos residuales en el ámbito de un sistema de servicios sociales escasamente desarrollado. Y los países del régimen liberal combinaban la responsabilidad individual con un apoyo creciente por parte de servicios sociales de naturaleza asistencial. Pero, en general, se puede afirmar que los cuidados de larga duración se basaban en la consideración en la mayoría de los regímenes de bienestar de que se trataba de un riesgo familiar pero en muy escasa medida social. Únicamente los accidentes graves de trabajo eran considerados como un riesgo social.

Este modelo alcanza sus límites sociales en torno a finales de la década de los 70 y primeros años 80 del pasado siglo. Entre esa fecha y

las primeras leyes de dependencia, tres lustros después, se inicia un proceso complejo de transición sociodemográfica que cambia la base social del riesgo, redefine la demanda social y, como consecuencia, la oferta que da respuesta a la misma. Estos tres procesos de cambio están unidos entre sí y a ellos nos referimos a continuación. Pero al mismo tiempo es preciso considerar que la respuesta institucional al riesgo sucede en un momento histórico en el que tiene lugar un cambio profundo o crisis en la naturaleza y modos de intervención del Estado de Bienestar lo que contribuirá a que progresivamente la respuesta al riesgo de dependencia redefine los papeles tradicionales del Estado, el mercado, la familia y la sociedad civil bajo nuevos clusters socio-institucionales en los que el papel del Estado se acrecienta, se expande la oferta mercantil, se reestructura la atención familiar en el seno de los hogares y la sociedad civil organizada afianza su función colaboradora del Estado.

La complejidad de los cambios sociales e institucionales que tienen lugar desde 1980 es de tal naturaleza que no será hasta 2003 cuando la Comisión Europea defina la importancia de garantizar sistemas universales de atención a las situaciones de dependencia en relación con la atención sanitaria e, incluso, con los sistemas de pensiones (**Consejo y Comisión Europea, 2003**). Detrás de esta estrategia está todo el caudal de desarrollo de los sistemas de atención a la dependencia en el mundo nórdico (década de los ochenta) y las nuevas reformas en los países con modelos de Seguridad Social (modelo continental). Las estrategias europeas de protección social e inclusión social integrarán de manera conjunta los ejes de la inclusión social, la sostenibilidad del sistema de pensiones y la coordinación y sostenibili-

dad de los sistemas sanitarios y de atención a la dependencia, estableciendo entre todos ellos una interrelación de apoyos y formas de gobernanza basadas en la cooperación y la coordinación. En la medida en que las situaciones de dependencia generan distintas formas de exclusión, necesidades de recursos de apoyo por parte de los sistemas de protección social y nuevas formas de intervención social y sanitaria, las recomendaciones de la Comisión Europea se sitúan bajo la perspectiva de contemplar la atención a la dependencia dentro de estrategias conjuntas que garanticen sistemas de protección social universales, de calidad y sostenibles. En lo que se refiere a los cuidados de larga duración o dependencia la filosofía de la UE se apoyará justamente en ese triple objetivo de **cobertura universal, atención de calidad y sostenibilidad financiera** que han ido adoptando los sucesivos sistemas nacionales de dependencia y, entre ellos, el español al que nos referimos en el apartado siguiente.

Los tres procesos antes mencionados que cambian la naturaleza y estructura de la atención a la dependencia— cambios sociodemográficos, cambios en la demanda social y nueva estructura de la oferta de de la atención a la dependencia— requieren siquiera unas breves puntualizaciones.

a) En el período aproximado comprendido entre 1980-1995 van a madurar los cambios sociodemográficos que amplían la base social objeto de protección social. Estos cambios se resumen en la coincidencia en el tiempo del **envejecimiento de la población con la incorporación de la mujer cuidadora al mercado de trabajo**. No es necesario recordar que el envejecimiento de la población en sí mismo no es

un factor de riesgo, ya que se trata de un éxito social, sino algunas de las consecuencias asociadas al mismo como son el incremento de la población mayor de 80 años y el riesgo de multidiscapacidad que conlleva la mayor esperanza de vida y, de manera particular, el riesgo de demencias cognitivas a edades provecas elevadas. También el crecimiento de discapacidades asociadas a la salud mental laboral y los accidentes de carretera. No es casualidad que la mitad de la población en situación de dependencia tenga 80 y más años y que más del 60 por cien sean mujeres. De ahí que si la dependencia recorre toda la estructura de edades y los sistemas europeos tienden a una cobertura universal, en la práctica el esfuerzo organizativo y financiero de la oferta pública así como de la oferta privada esté centrada en los colectivos de población de mayor edad. Y por esa misma razón a largo plazo son las políticas de prevención las que podrán lograr que los años de vida sin discapacidad y sin dependencia se reduzcan ya que ello supondrá mayor calidad de vida y ahorro de recursos.

El proceso de envejecimiento de la población en el espacio social europeo y las necesidades de cuidados vienen a coincidir con la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo lo que crea inicialmente un problema en la oferta así como en la demanda de cuidados ya que la mujer cuidadora se convierte en demandante de servicios y prestaciones económicas. La propia estrategia europea de crecimiento y cohesión social, sobre todo a partir de la Estrategia de Lisboa 2000, va a impulsar la incorporación de la mujer al mercado de trabajo con el objetivo de llegar a tasas medias en la UE del 70 por cien. A ello se une un profundo cambio cultural y moral en las sociedades europeas que se orientan a

un reparto de la carga de cuidados entre la familia y la sociedad y dentro de aquella entre hombres y mujeres. La articulación de la respuesta al riesgo entre Estado y familia será un primer paso hacia formas más complejas de respuesta en las que junto al Estado y la familia gane peso progresivamente el ciudadano individualmente.

b) Estos cambios comportan, como es sabido, un cambio objetivo en la **demanda social de cuidados** ya que la red familiar de mujeres cuidadoras tiende a reducirse en parte lo que exige una redefinición de la estructura de oferta de los cuidados. Cambios profundos en el tamaño y funciones de la familia aceleran el proceso de cambio social que acompaña el proceso de integración laboral de la mujer. La construcción de dicha demanda ha venido por varias vías: por una parte, la demanda de las asociaciones de personas afectadas y sus familiares. En este sentido las organizaciones voluntarias de mujeres y familiares han sido claves en la inclusión de la atención a la dependencia en la agenda política. También el papel de las organizaciones no lucrativas prestadoras de servicios no solo ha cubierto inicialmente los déficit de la oferta colaborando con las Administraciones Públicas sino que ha contribuido a estructurar la demanda de colectivos en situación de riesgo de dependencia; finalmente, las capas medias de la población en las que el porcentaje de mujeres profesionales y trabajadoras es elevado han presionado a favor de una oferta de servicios y prestaciones sin renunciar a la coordinación familiar de los cuidados a las personas dependientes.

c) Pero los cambios objetivos no adoptan formas sociales e institucionales nuevas hasta que no existe un conjunto de ideas y po-

líticas que articulan las necesidades o riesgos emergentes, los distintos intereses en liza y los recursos que se está dispuesto a invertir para dar respuesta al riesgo. La atención a la dependencia que, insistimos, no es nueva en los sistemas de protección social europeos, entra en la agenda política a finales de los años 80 y primeros 90 del pasado siglo cuando la respuesta al riesgo empieza a desbordar la capacidad de la familia tradicional para dar respuesta a la extensión (más personas) y profundización del riesgo (mayor duración en el tiempo y nuevas discapacidades). Ello requería una respuesta institucional al riesgo que superara la barrera asistencial y fuera capaz de estructurar una oferta para todos los ciudadanos como un derecho social más. En el ámbito de la UE dicha respuesta, con los matices que luego señalaremos entre los distintos modelos, ha sido tendencialmente parecida: un cambio desde modelos asistenciales hacia modelos de cobertura universal bajo modos concretos de organización, provisión y financiación. De hecho la combinación entre la responsabilidad del Estado, el mercado, la familia y la sociedad civil ha variado según los distintos regímenes de bienestar, como veremos en el epígrafe segundo.

El cambio de tendencia no ha significado, sin embargo, un giro institucional radical. Por el contrario los nuevos sistemas se asientan en sus mecanismos protectores tradicionales y a partir de ellos crecen y desarrollan; en algunos casos se trata de nuevas formas de ordenación, reorganización y racionalización de las prestaciones ya asistentes. Que la atención a la dependencia se funde en el sistema sanitario o en el sistema de servicios sociales es un factor diferencial importante que afecta, además, a las formas de conexión y coordinación entre ambos sistemas. Es más, el desarrollo de

los sistemas de atención a la dependencia ha sido posible debido en parte a la transferencia de cuidados personales del sistema sanitario al de servicios sociales por razones de eficiencia y efectividad.

De este modo emerge una nueva estructura de oferta de cuidados o de atención a la dependencia en la que la familia no desaparece sino que redefine sus funciones, responsabilidades y tiempo. Prácticamente en ningún país de la UE ha retrocedido la función familiar de cuidados, lo que ha sucedido es que desarrolla sus funciones mediante el apoyo de prestaciones sociales públicas a la que puedan acceder todas las personas en situación de dependencia que cumplan los requisitos de un baremo de dependencia; la familia sigue siendo responsable y participa en el proceso de elección de las prestaciones sociales que son más adecuadas dentro de la oferta existente u opta por prestaciones en metálico como compensación de la función de cuidados o para poder acceder a servicios públicos o privados existentes. Pero sobre todo el nuevo modelo se apoya en una extensión de la cobertura basada en el derecho subjetivo a los cuidados que hasta recientemente no existía en este ámbito. Al mismo tiempo los nuevos modelos tratan de establecer continuos socio-sanitarios en los que la coordinación de la atención esté garantizada. Sobre la base de un nuevo desarrollo del Estado de Bienestar los sistemas de atención a la dependencia, como luego veremos, garantizan formas de protección que casi nunca son ilimitadas. Se trata de prestaciones sociales que tienden a garantizar una parte de la atención a la que tiene que contribuir la persona afectada con sus recursos, el llamado copago en función de su renta y patrimonio, y la familia mediante su tiempo y responsabilidad en la función de cuidados.

b) Rasgos del modelo europeo de atención a la dependencia y sus recientes cambios

Antes de analizar los modelos de dependencia o de cuidados de larga duración en los diferentes regímenes de bienestar de la UE es necesario trazar lo que sería de manera tentativa el modelo social europeo de dependencia, es decir, el conjunto de tendencias relativamente comunes que lo caracterizan y que suponen una cierta convergencia en cuanto a la filosofía política de los cuidados y las formas de organización, financiación y control. Ello se justifica en el doble hecho de que, por un parte, los cuidados de larga duración, forman parte de la estrategia europea de protección social e inclusión social y, por otra parte, por el hecho de que el Método Abierto de Coordinación Social o MAC Social está estimulando (bien los Informes Conjuntos o Joint Reports y los Peer Review) la difusión de las mejoras prácticas institucionales en materia de autonomía y dependencia y de manera concreta lo referente a cobertura de los nuevos sistemas, las formas de combinar prestaciones en servicios y monetarias, la garantía de la financiación, sistemas de gobernanza que refuercen la responsabilidad, cooperación y coordinación de los agentes institucionales, sociales y personas afectadas y, no menos importante, los aprendizajes en evaluación de la calidad en un sistema de tan específica atención personal como es el de atención a la dependencia.

El modelo social europeo de cuidados de larga duración lo podemos caracterizar del modo siguiente: **permanencia y refuerzo de la familia; extensión de la responsabilidad del Estado en cuanto a cobertura, financiación y coordinación del sistema de atención bajo la forma de descentralización y nexos variables de colaboración con el sistema sanitario; consolidación selectiva del Tercer Sector como**

prestador de servicios en colaboración con el Estado a la vez defensor de derechos de los colectivos más vulnerables; y avance de la esfera mercantil como oferta propia mediante seguros complementarios de dependencia y como prestador de servicios públicos en competencia con el Tercer Sector. Consideremos a continuación cada uno de estos rasgos.

- Un primer rasgo común en los sistemas nacionales de atención a la dependencia de la UE es que, en general, no sustituyen a la familia que sigue siendo la estructura fundamental que hace frente a los cuidados personales. Se podría decir incluso que los **nuevos sistemas refuerzan el papel de la familia en cuanto a cuidados** mediante la garantía de prestaciones que facilitan dicha función tradicional. Ello es en parte así porque los cuidados personales siguen perteneciendo a la esfera íntima de los hogares y existe una reserva irrenunciable a su control. Esto sin duda alguna supone que la familia en cuanto esfera de cuidados se sitúa en un campo de ambivalencia: por una parte no renuncia al control de los cuidados e incluso participa activamente en los mismos; por otra parte, demanda apoyos para hacer posible dicha función de cuidados de modo que sea compatible con la integración laboral de la mujer cuidadora a la vez que facilite nuevas formas de división del tiempo de cuidados entre hombres y mujeres. Dicha ambivalencia supone que las políticas públicas de dependencia refuercen el papel tradicional de la familia en cuanto a cuidados (lo que supone seguir en la senda de la feminización de los cuidados) y, al mismo tiempo, estimulen nuevas formas de organización de los cuidados familiares que favorezcan una mayor igualdad de género. Un atento análisis de las tendencias europeas confirma esta consideración de la especial ambivalencia de las políticas públicas en cuanto a la función de la familia. Esta

función se ha reforzado en los últimos años en la medida en que la confluencia de la necesidad de consolidación fiscal y la demanda de una mayor libertad de elección de los ciudadanos esta favoreciendo las prestaciones económicas frente a los servicios ya se trate de prestaciones económicas para compensar al cuidador ya se trate de formas de cheque servicios o combinaciones entre prestaciones económicas y servicios, además del desarrollo de formas de conciliación del trabajo y los cuidados mediante permisos, excedencias y fórmulas que no alteren la carrera de seguro. De este modo las nuevas políticas favorecen al mismo tiempo y paradójicamente un refuerzo de la familia tradicional cuidadora y una cierta desfamilización. La refuerzan en cuanto que la estructura moral de los cuidados en el seno de la familia sigue siendo muy relevante (Rogero, 2010); y la deconstruyen en parte en cuanto que la integración laboral de la mujer y la igualdad de género tienden a desplazar el riesgo hacia la sociedad y el Estado con el objetivo latente de compartir el riesgo.

En la práctica social de los cuidados lo que se observa es que los hogares combinan formas variadas de cuidados en las que tienen un papel tanto las formas tradicionales de cuidados, formas tradicionales con apoyo institucional en el hogar (cuidador no profesional), formas residenciales o formas de delegación como son las que tienen lugar entre el familiar responsable, mujer casi siempre trabajadora de clase media o media alta, y una cuidadora normalmente inmigrante (Bettio, 2006; Martínez Buján, 2010; Colombo y otros, 2009).

- A esta reconstrucción del papel tradicional de la familia en cuanto a cuidados de personas en situación de dependencia contribuye activamente el **Estado de Bienestar**. Si hasta recientemente lo hacía por vía asistencial o a

través del régimen contributivo de la Seguridad Social ahora da un paso más abriendo una tercera vía, que ya estaba abierta en el régimen nórdico de bienestar, en la que ya no solo se protege a la persona sin recursos ni apoyos familiares o al trabajador que sufre un grave accidente sino a todos los ciudadanos en situación de dependencia de acuerdo con un baremo de valoración. Los diferentes modelos de atención bien a partir de la Seguridad Social, bien a partir del sistema asistencial existente o bien a partir del sistema sanitario o, lo más común, mediante combinaciones de todos ellos, han ampliado la red de protección social mediante una ordenación de lo existente y nuevas formas de provisión. Se podría afirmar que, en general, no ha habido rupturas o cambios radicales en este ámbito de protección sino un desarrollo y perfeccionamiento de políticas y programas que ya existían. Donde si hay una cierta ruptura o avance fundamental es en el reconocimiento del derecho social a la protección de la dependencia y en el hecho de que el Sector Público se convierte en la estructura de regulación y financiación por excelencia de la atención a la dependencia, en estructura de apoyo a la familia y en la creación de redes de servicios públicos de gestión mixta en las que ganan protagonismo el sector mercantil y la economía social.

Los sistemas públicos de dependencia no podían ser sino mixtos debido a que el giro institucional hacia formas de universalización de la cobertura del riesgo eran dependientes de la responsabilidad familiar y de sistemas de servicios sociales en los que la economía social tenía un peso importante en la provisión de servicios. A esta última se unirá el sector mercantil en la medida en que la provisión de servicios se convierte en un espacio de rentabilidad empresarial y como esfera que da respuesta a las necesidades de grupos de elevada

renta o a las clases medias con servicios y productos complementarios de las prestaciones públicas.

Es importante enfatizar en el path-dependency o seguimiento de la senda tradicional de las políticas públicas para entender la complejidad organizativa y financiera que tienen los sistemas actuales de atención a la dependencia. Así, adelantándonos al siguiente epígrafe, observamos como la elevada integración de la mujer en el mercado de trabajo en el mundo nórdico y una visión ampliamente socializadora de los cuidados de larga duración se tradujo muy pronto en que la atención a la dependencia se anclara en el sistema de servicios sociales desde los que desarrolla la respuesta al riesgo. Por el contrario en el régimen continental, bismarkiano, la centralidad de la familia en la estructura de cuidados ha supuesto una cierta división del trabajo entre un sector público (Seguridad Social sobre todo) que financia prestaciones económicas que se traducen en compensaciones al cuidador o en cheque de servicios, siendo las primeras la fuente preferente de compensación del riesgo. La responsabilidad social y legal de la familia en los cuidados de las personas en situación de dependencia explica en gran medida el importante papel que tiene aquella en el sistema de dependencia. Una responsabilidad también muy elevada es la que tiene la familia de los países del régimen mediterráneo y que explica que los diseños institucionales lo tengan en cuenta en lo referente a la compensación del tiempo del cuidado informal, como luego veremos en la práctica del caso español. Por contra, en el régimen anglosajón de bienestar la responsabilidad familiar es ampliamente compartida con la responsabilidad individual del riesgo y la función de apoyo asistencial del Estado para las personas sin recursos.

Por otra parte, los sistemas públicos de dependencia, como hemos visto, combinan entre sí varios subsectores institucionales (servicios sociales, Seguridad Social, sistema sanitario) y territoriales (Estado, regiones o comunidades y municipios). La tendencia general de todos los modelos europeos ha sido hacia la **descen-tralización y formas de coordinación entre sistemas sociales y sanitarios**. En el caso del régimen nórdico la atención a la dependencia tiene en el municipio su estructura fundamental en cuanto a regulación, organización, provisión e, incluso, financiación. El Estado contribuye complementando la financiación municipal. En los países del régimen continental la regulación es estatal, la competencia y gestión está en manos de las regiones, de las que dependen los municipios y la financiación es una combinación de recursos que proceden del Estado, las regiones y los municipios. Las formas de coordinación socio-sanitaria varían entre modelos pero la tendencia está trazada ya que servicios sociales y sanidad intervienen en el proceso de valoración de la dependencia (que suele estar bajo competencia del sistema sanitario o tiene un carácter mixto, caso español) y el propio sistema de atención. Incluso existen elevados niveles de coordinación social y sanitaria como es el caso del régimen nórdico ya que los centros de servicios sociales y sanitarios están integrados. Es preciso recordar que uno de los ejes de fuerza que han favorecido el desarrollo de los sistemas de dependencia ha sido la necesidad de descargar al sistema sanitario (más caro que los servicios sociales y menos eficiente en cuanto a cuidados personales en la vida cotidiana) de los cuidados personales a la vez que crear formas de coordinación entre ambos sistemas.

- En los nuevos sistemas de dependencia la división social e institucional de los cuidados es una estructura compleja. El Sector Público

reconoce el derecho a la protección como derecho subjetivo, garantiza unas prestaciones mínimas que materializan el derecho en todo el territorio de un Estado, interviene con programas y actuaciones complementarias para equilibrar la oferta de servicios en el territorio, favorece formas de gobernanza que potencien la coordinación y cooperación y, por último, regula la fiscalidad para favorecer las prestaciones complementarias que puedan ofertar los seguros privados. A partir de aquí, las restantes esferas intervienen con su tiempo y recursos (familia), mediante la prestación de servicios públicos (economía social) o mediante la prestación de servicios privados, servicios privados y formas de aseguramiento complementario (sector mercantil). De este modo en los sistemas nacionales de dependencia se ha creado una **estructura mixta de intervención** donde el mayor o menor peso de cada agente depende tanto de sus tradiciones como de las opciones políticas en un momento determinado.

Así, el **Tercer Sector social o economía social** ha sido una de las estructuras fundamentales en la atención a las situaciones de dependencia en los regímenes continental y mediterráneo bien como colaborador del sector público, bien como oferta propia para los grupos de mayor riesgo. La presencia del **sector mercantil** ha supuesto una cierta división del trabajo entre ambos sectores, mercantil y no lucrativo, de modo que el primero tiende a la gestión de servicios, públicos y privados, en los que los usuarios suelen proceder de niveles medios de renta. Por el contrario, la economía social tiene a gestionar aquellos servicios públicos con una menor rentabilidad y a dar respuesta a los colectivos de mayor riesgo y con menos recursos. Ello ha supuesto, por ejemplo, que en Alemania se haya producido un desplazamiento importante de la oferta no lucrativa, que era la predominante hasta mitad de la década de

los 90, por el sector mercantil, si bien esto no ha sucedido de manera tan drástica en España donde la economía social tiende a conservar sus usuarios tradicionales hasta el momento. Lo destacable del nuevo sistema son dos hechos relacionados entre sí: en primer lugar, que el Estado ha tendido a retirarse de la función de provisión de servicios que deja en manos de la esfera mercantil y no lucrativa. El caso español es paradigmático de lo que decimos: en 1996 la mitad del empleo en servicios sociales era público, a finales de 2010 era escasamente el 15 por cien. El segundo hecho es que los nuevos sistemas de dependencia si bien garantizan una protección mínima para todos los ciudadanos, un avance nada desdeñable en el desarrollo de los derechos sociales y en la lucha contra la desigualdad social, al mismo tiempo tienden a consolidar la estructura de la desigualdad en la medida en que los colectivos de renta elevada pueden complementar sus niveles de protección mediante fórmulas de aseguramiento privado. Es decir junto a la desmercantilización relativa que provocan los nuevos sistemas públicos de dependencia constatamos que al mismo tiempo aparecen nuevas formas de mercantilización que expresan las desigualdades en cuanto a renta; no toda la población dispone de recursos para la compra de seguros privados. Al mismo tiempo esta remercantilización refleja la influencia de ciertos segmentos de la demanda social que apuestan por una mayor libertad de elección en cuanto a la forma de satisfacción de las necesidades sociales lo que se traduce tanto en la demanda de cómo asignar los recursos o prestaciones públicas como en formas de desgravaciones fiscales para la compra de productos de aseguramiento. En este sentido la estructura mixta de la oferta actual refleja la estructura social y de renta existente. La contención

e incluso parcial retroceso del sector social del sistema de dependencia abre incertidumbres sobre la protección de los colectivos de mayor riesgo que, además, suelen suponer un mayor coste (discapacidades más graves). Al mismo tiempo una concentración de la oferta debido a la contención del crecimiento del sector social y al incremento de la competencia en el seno del propio sector mercantil también abren interrogantes futuros sobre la determinación de la demanda por una estructura dual de oferta en fase de concentración.

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

2. LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA: DESARROLLO Y NUEVAS REFORMAS

a) La atención a la dependencia como derecho social y su desarrollo institucional

Antes de ofrecer una síntesis de los procesos de cambio recientes en los sistemas nacionales de atención a la dependencia es necesario señalar sus etapas fundamentales de desarrollo. Podemos diferenciar dos períodos de desarrollo bajo la convención de dos décadas

históricas en las que la década de los 90 del pasado siglo fue la década de despegue de los sistemas públicos de dependencia y la década 2000-2010 una década de reorientación.

- En efecto, en el período o década de **1990-2000**, insistimos que de manera aproximada, tienen lugar tres procesos de cambio: expansión del sistema público en el régimen nórdico de bienestar bajo la forma de servicios; rápida expansión de los sistemas de protección a la dependencia en el régimen continental de bienestar con Austria y Alemania a la cabeza seguidas posteriormente, al inicio de la siguiente década, por Luxemburgo, Francia, Flandes y a finales de la misma de España; europeización cognitiva de la importancia política y social de los cuidados de larga duración en el conjunto de la UE. Es la década de la toma de conciencia social plena en una parte importante de los países de la UE de la necesidad de dar una respuesta a la extensión del riesgo de dependencia. En general, los distintos gobiernos integraron en la agenda política la nueva política a pesar de ser un período de tiempo en el que las tensiones financieras e ideológicas sobre el futuro del Estado de Bienestar estaban a la luz del día. Las diferentes políticas y programas que se pusieron en marcha optaron por sistemas públicos en los que se abrió la puerta al desarrollo de un nuevo derecho social, reordenaron los sistemas existentes y crearon estructuras de cooperación descentralizadas en el seno de los Estados y de colaboración con el sector privado.

Los sucesivos sistemas se orientaron hacia los servicios, aunque dejando abierta la posibilidad de elección de las prestaciones económicas, con el objetivo de dar cobertura a la población en situación de dependencia en

todos sus grados (entre 3 y 5 grados según los países, todos ellos reducibles a grados de dependencia grave, severa y moderada); los impuestos y/o cotizaciones sociales, además de cierto copago en función de la renta y el patrimonio, fueron la vía de financiación y, finalmente, la gestión de los servicios tenía una naturaleza mixta.

- En la década **2000-2010** los sistemas de dependencia se vieron sometidos a un profundo debate ideológico en el que confluyeron desde preocupaciones sobre su posible inviabilidad financiera (si bien el gasto público se situaba en una horquilla de gasto entre el 1 y 3 por cien del PIB), expectativas pesimistas de carácter sociodemográfico, presiones en favor de un mayor espacio privado de provisión, nuevas actitudes ciudadanas proclives a un mayor capacidad de elección entre prestaciones sociales y la propia posición de la Comisión Europea que promovió políticas de dependencia universales, de calidad y sostenibles financieramente. La crisis económica y financiera que se inicia en 2008 refuerza lo que podría denominarse como las fuerzas de la contención en la responsabilidad financiera del Estado en la atención a la dependencia de modo que sin cambiar la actual regulación se ampliará el espacio privado en la provisión de servicios y en la elección del usuario vía nuevas formas de fiscalidad. En este contexto los gobiernos han tendido a favorecer las prestaciones económicas frente a los servicios, sin renunciar al control de su utilización, como vía de contención del gasto público, a dar prioridad protectora a los niveles más graves de dependencia y al fomento de la fiscalidad como vía de complementariedad de las prestaciones públicas.

En este sentido cabe señalar que situados a la altura de 2011 se observan continuidades pero también cambios en los sistemas nacionales de cuidados de larga duración o de atención a la dependencia. Entre las continuidades y desarrollos hay que señalar la consolidación de sistemas públicos de dependencia en todos los países del régimen continental y su expansión al régimen mediterráneo con España a la cabeza e Italia a la espera de una regulación nacional; consolidación de la atención a la dependencia como estrategia europea de modernización de la protección social al mismo nivel que las pensiones y el sistema sanitario; se ha consolidado un cierto modelo europeo en cuanto a valoración de la dependencia, por grados y niveles, y realizados por profesionales del ámbito socio-sanitario; también es continuidad el progresivo desarrollo de redes de servicios públicos en las que se han integrado o con las que colaboran los servicios privados mercantiles y sin fin de lucro; se ha consolidado un modelo de cuidados orientados a apoyar a las personas en su casa frente al modelo de tipo residencial que queda reservado a las situaciones de dependencia más graves o a las etapas finales de una dependencia (como el caso del Alzheimer y otras demencias cognitivas); finalmente, los modelos de financiación son mixtos y combinan financiación pública, copago y desgravaciones fiscales.

Pero igualmente se han producido nuevos cambios en la segunda mitad de la década pasada como tendencias a la contención del gasto social en dependencia mediante la preferencia de las prestaciones monetarias respecto de los servicios; una mayor insistencia en la responsabilidad familiar e individual de los ciudadano ante el riesgo; un retroceso relativo del Tercer Sector y mayor expansión de

la oferta mercantil en la gestión de servicios público y en la organización de una oferta privada; y una tendencia a concentrar la atención en el grado de dependencia más grave. No se trata de cambios nuevos sino de la maduración de otros previos en los que la atención a la dependencia se consolida como un sector sui generis que forma parte de las tradiciones de los servicios sociales pero en el que están teniendo lugar nuevas articulaciones entre lo público y lo privado en cuanto a financiación y provisión. En el sector de la dependencia se consolida la externalización de los servicios, un modelo de proximidad al ciudadano que conlleva nuevas formas de elección y negociación entre los profesionales y las personas afectadas y sus familiares o tutores, nuevas formas de gobernanza entre los distintos niveles de gobierno no exentas de tensiones financieras y organizativas; y no menos importante la liberalización de los servicios en el seno de la UE que afecta a los servicios sociales y plantea nuevos debates en torno a las cláusulas sociales y a la garantía de lo que son ya en la actualidad servicios fundamentales para los ciudadanos (Casas Mínguez, 2010).

Estas continuidades y cambios son expresión a su vez de los cambios en el conjunto del Estado de Bienestar, de las tensiones institucionales que se producen en los sistemas de protección social en el marco europeo de la globalización donde los objetivos de competitividad (productividad) y cohesión social (redistribución) fluctúan entre cierta coordinación y el conflicto. Por ello, las reformas en los sistemas de protección a la dependencia que tienen lugar desde 2005 hasta la actualidad (Lundsgaard, 2005; OECD, 2005; Pacolet, 2006; Pavolini y Ranci, 2008) van a depender del conjunto de las reformas en los sistemas de

pensiones y de sanidad. Y en este punto es necesario resaltar que las tensiones y contradicciones entre las necesidades de los mercados y las necesidades sociales no podrán traducirse en retrocesos profundos en los derechos sociales ya que ello afectaría a la legitimidad del propio modelo social europeo. De ahí, como veremos a continuación en el análisis de la atención a la dependencia en algunos de los regímenes de bienestar de la UE, las distintas reformas tratan de mantener un cierto equilibrio entre la garantía de derechos y la sostenibilidad financiera, garantizando la cobertura a la vez que se tiende a reducir la intensidad la protectora o extendiendo la responsabilidad protectora hacia el ciudadano y los hogares. El equilibrio entre cobertura universal, calidad y sostenibilidad financiera e institucional se muestra como un equilibrio inestable y dependiente del conjunto de las reformas y cambios en el conjunto de los sistemas de protección social de los países miembros de la UE.

b) Tendencias de cambio en los sistemas europeos de atención a la dependencia

En la literatura española encontramos trabajos en los que se analizan los distintos modelos europeos de atención a la dependencia (Rodríguez Cabrero, 2004, 2005, y 2009; Sotelo, 2007; Arriba y Moreno, 2009). Aquí analizamos los modelos con los que se cuentan con más información. En este sentido los sistemas de los nuevos países miembros de la UE no son objeto de consideración. De manera sintética recogemos en el Cuadro 1 los rasgos definitorios de los modelos europeos diferenciando el período de despegue (1980-2000) y la década de reformas 2000-2010. A continuación analizamos cada uno de los regímenes de atención a la dependencia señalando los casos nacio-

nales específicos como ejemplos concretos de cada régimen. Diferenciamos siguiendo a **Esping-Andersen (1990)** cuatro regímenes de bienestar: anglosajón, nórdico, continental y mediterráneo.

a) En el **modelo anglosajón** suele incluirse al Reino Unido e Irlanda. Se trata de un modelo asistencial con amplia cobertura de servicios, sobre todo en el caso del Reino Unido, en el que las propuestas de universalización han quedado bloqueadas sucesivamente desde finales de la década de los años 90. En concreto, el inglés (puesto que cabe diferenciar otros submodelos en el Reino Unido) es un modelo de protección social dual en lo referente a la atención de la dependencia ya que la protección sanitaria es universal y la atención a la dependencia asistencial. A su vez, en el caso inglés, la atención a la dependencia o cuidados de larga duración (long-term care) se basa en dos pilares: prestaciones monetarias que financia la Seguridad Social para personas mayores dependientes (attendance allowance), personas con discapacidad (disability living allowance) y ayudas a los cuidadores familiares (care allowance), en todos los casos bajo demostración de carencia de recursos. El segundo pilar son servicios sociales municipales al que pueden acceder todos los ciudadanos gratuitamente (si se demuestra carencia de recursos) o mediante el copago correspondiente. Este modelo dual, como consecuencia de la demanda social de cuidados, ha extendido la cobertura de servicios bajo un modelo de creciente externalización de la provisión hacia el sector mercantil; al mismo tiempo ha promovido la sustitución progresiva de la oferta de servicios por las prestaciones económicas con el fin de que la persona afectada compre en el mercado los servicios o compense al cuidador principal.

Ya desde la primera reforma de los servicios sociales de 1993 (**Means, Morbey y Smith, 2002**) el modelo de dependencia se dirigió hacia la consolidación de un modelo asistencial que protegiera sobre todo a las personas sin recursos y con mayores niveles de dependencia así como al fomento de los seguros privados mediante el incentivo de las desgravaciones fiscales. La idea y práctica del presupuesto personal o personal budget para que la persona afectada compre los servicios en el mercado de servicios o incluso en el propio sector público se abre paso con cierta rapidez, en mucha menor medida los seguros privados.

Bajo este esquema, sólidamente asentado en la era Thatcher, los intentos posteriores de reforma enfocados hacia la universalización van a fracasar. Nos referimos a las propuestas de la Royal Comisión sobre long-term care en 1999 y las propuestas más recientes del Green Paper en 2009. La dependencial modelo asistencial histórico ha sido muy intensa de forma que la extensión en cobertura de servicios y prestaciones no ha modificado apenas la filosofía asistencial. Esta asistencialización se ha visto ampliada y reforzada mediante las nuevas políticas de provisión y promoción de los seguros privados.

b) Los países del **modelo nórdico**, no han regulado la atención de la dependencia mediante leyes específicas (**Sipillä, 1997**). Sencillamente han extendido la red de servicios sociales municipales progresivamente a medida que la demanda social fue creciendo. Un caso específico es Holanda ya que es un modelo que tiene rasgos del modelo nórdico y del modelo continental de Seguridad Social; en este último caso los cuidados de larga duración se incardinan en el sistema sanitario. En general

los países que forman parte de este modelo lograron a finales de la década de los ochenta, bajo gobiernos socialdemócratas, una amplia cobertura de servicios comunitarios y residenciales y fueron orientando la oferta pública, la privada era residual o casi inexistente, hacia un modelo de atención preferente en el domicilio respondiendo a la demanda social y a exigencias de eficiencia económica. La influencia de la nueva economía y la llegada al gobierno de partidos conservadores, caso de Suecia, supuso un cierto giro progresivo hacia nuevas políticas en las que se combinó la contención del gasto social, muy superior a la media del gasto social de la UE, con fórmulas de gestión de servicios en las que se está desarrollando la externalización de los servicios y la competencia entre proveedores. En modelos de provisión estrictamente públicos apareció la provisión mercantil como consecuencia de la presión del mercado y de la puesta en marcha de nuevas formas de gestión pública que tenían como objetivo contener el coste del gasto social.

Las nuevas reformas no han reducido apenas el sector público de los servicios sociales sino que sobre la estructura pública existente han favorecido el peso de las prestaciones económicas familiares y la competencia entre proveedores. Dinamarca es una excepción a esta regla. Por otra parte, el elevado grado de descentralización de los servicios sociales conlleva que las nuevas reformas tengan un carácter desigual y que mientras unos municipios favorecen una reorientación parcial hacia la gestión privada, otros continúan con el modelo público tradicional. Ahora bien, con un desarrollo desigual se ha producido la transición hacia un modelo mixto en cuanto a gestión de servicios sociales y de estímulo de

las prestaciones económicas tal como demuestran diferentes autores (**Blomquist, 2004; Huber y otros, 2005 y 2009**). El nuevo modelo, variable entre municipios, supone una tendencia progresiva hacia la adopción de la tendencia general de los países de la UE, es decir: externalización de la provisión de servicios, reforzamiento de la idea y práctica de la libertad del usuario o consumidor para elegir entre prestaciones y proveedores y estímulos fiscales para la compra de seguros privados. Esta tendencia de expansión complementaria del sector mercantil, sin cuestionar el sistema público es una tendencia que confirma la investigación social (**Dahl, 2005; Rostgaard, 2006**). El modelo de financiación pública, con cierto copago, y la orientación a los servicios comunitarios y domiciliarios, se mantiene en el conjunto del modelo y se hace compatible con una progresiva corresponsabilidad entre Estado y ciudadano basada, en este último caso, en la libertad de elección entre prestaciones y proveedores. Libertad de elección no ilimitada, sometida a controles públicos y a la garantía de la calidad asistencial y a los derechos de las personas. En este punto, la libertad de elección, existe un choque de enfoques entre la libertad que defienden las organizaciones de personas afectadas y los límites a los que apelan los sindicatos temerosos de que dicha libertad suponga un retroceso en la oferta de servicios públicos de la atención a la dependencia. En algunos países, como Holanda, híbrido de dos concepciones institucionales, las reformas han sido más intensas.

Los Países Bajos han afrontado reformas intensas desde mediados de la década de los años 90. La atención a la dependencia surgió como gastos sanitarios excepcionales (AWBZ), es decir, como atención sanitaria específica

para las situaciones de dependencia. En 1995 se introdujo el presupuesto personal (personal budget) a partir del cual tiene lugar el desarrollo de las prestaciones canjeables en servicios o como compensación al cuidador no profesional. En 2006 tuvo lugar una segunda reforma mediante la cual el sistema amplía y consolida la externalización de los servicios sociales, favorece la atención domiciliaria frente a la residencial, amplía la capacidad de elección del usuario, extiende el copago a la atención domiciliaria y abre la competencia en el seno del sector público de los servicios socio-sanitarios. La ley de servicios sociales de 2007 consolida estas tendencias de contención de costes transfiriendo el servicio de ayuda a domicilio, que estaba en el sector sanitario, a los servicios sociales municipales lo que provoca por una parte una mayor accesibilidad pero también un mayor grado de discrecionalidad y una contención de costes basada en una menor intensidad protectora en horas de cuidados. (**Shut y Van den Berg, 2010**).

c) **El modelo continental** de protección social a la dependencia es el que ha sufrido cambios más relevantes dentro del modelo social europeo, además de España. Entre los países que han realizado cambios con cierta profundidad a partir del sistema de Seguridad Social están Austria, Alemania, Francia, Luxemburgo y Flandes. Aquí nos limitaremos a la consideración de los tres primeros países dada su especial importancia e influencia en otros modelos. Todos ellos han afrontado dos fases de reforma: una primera de construcción de sistemas universales de dependencia en las que se reconoce el derecho subjetivo a la protección social, a la que se accede mediante valoración del grado de dependencia por el sector sanitario y social, financiados con

impuestos y cotizaciones, además del copago, con prestaciones en servicios y monetarias y basado en un sistema de gobernanza o de cooperación entre el Estado y las administraciones territoriales (regionales y locales). Las organizaciones no lucrativas, además del sector mercantil, colaboran en la prestación de servicios sociales públicos. En la segunda fase, desde los primeros años de la pasada década, las reformas han tendido a la contención del gasto público mediante distintas fórmulas de externalización de los servicios, copagos, estímulo de las prestaciones económicas y fomento de los seguros privados. Hay que tener en cuenta que todos los sistemas de tipo continental surgen en el ámbito de la Seguridad Social bajo la idea de apoyar a la familia cuidadora a quien se considera la principal responsable de los cuidados.

Austria es el primer país del régimen continental que aprueba una ley de dependencia en 1993 que transforma el modelo asistencial en otro de cobertura universal. Al igual que el modelo alemán los cuidados de dependencia tradicionalmente pertenecían (y siguen perteneciendo) al ámbito de la familia y sólo en circunstancias especiales el sistema de asistencia social se hacía cargo de los cuidados; los servicios eran gestionados normalmente por organizaciones voluntarias y religiosas, además del Estado. Este modelo residual se transforma en 1993 en dos ramas de protección: la primera no genera un derecho subjetivo, es la rama tradicional de servicios sociales asistenciales (financiados con impuestos generales), que sigue vigente, bajo gestión provincial y para situaciones de apoyo social en personas sin problemas de dependencia, si bien también presta servicios a personas en situación de dependencia; la segunda rama protectora,

que crea el seguro universal de dependencia, tiene una dimensión estatal, bajo el sistema de Seguridad Social, y crea una nueva rama de protección universal basada en el derecho subjetivo; se accede mediante valoración por parte de la Seguridad Social, las cotizaciones sociales financian las prestaciones que son todas monetarias y topadas y cuya cuantía depende del grado de dependencia. En el caso austriaco estamos, por tanto, ante un sistema de protección que se articula entre la Seguridad y la familia, siguiendo la senda histórica del propio sistema. Lo que sucede es que el nuevo sistema no comprende solamente a la población ocupada sino a la totalidad de la población. Es una extensión del sistema de Seguridad Social al que contribuye en parte el sistema tradicional de los servicios sociales. Las prestaciones monetarias tuvieron desde el principio un amplio apoyo por parte de las organizaciones de afectados y las familias en la medida en que facilitan la elección de su destino final. Para garantizar la sostenibilidad financiera el sistema reconoce prestaciones topadas (actualizables) que no cubren todo el coste de la atención y formas de copago en función de la renta y el patrimonio.

Dadas las necesidades crecientes de cuidados familiares el recurso a personas cuidadoras inmigrantes ha sido una práctica creciente que el sistema ha tenido que reconocer regularizando su existencia. De ahí que, como en otros países de la UE, (**Óesterle y Heitzman, 2009; Da Roit, Le Bihan y Óesterle, 2007**) Austria ha extendido desde 2007 este sistema de apoyo a los cuidados familiares mediante la regulación de la ayuda doméstica de veinticuatro horas o de regularización de cuidadoras domésticas inmigrantes. Esta decisión fue consecuencia de una demanda de la mujer

trabajadora austriaca que no puede hacerse cargo directamente de los cuidados pero que no renuncia a su dirección y control. Esta extensión de la responsabilidad familiar mediante delegación ha venido acompañada de nuevas prestaciones monetarias financiadas por la Seguridad Social. Por lo tanto, el sistema de Seguridad Social universal únicamente concede prestaciones monetarias cuyo destino decide la persona afectada o sus familiares. Los servicios sociales de atención a la dependencia del ámbito local y provincial contribuyen al desarrollo del sistema y se nutren de sus propios recursos y de los pagos procedentes de las prestaciones económicas y otros recursos de las personas en situación de dependencia.

Por su parte **el modelo alemán** se aprueba en 1995. Es un modelo de cobertura universal al que se accede previa valoración de la situación de dependencia que clasifica en tres grados: grave, severo y moderado. De este sistema público están excluidos los grupos de renta media-alta y alta que tienen que acceder obligatoriamente a los seguros privados (en torno al 10 por cien de la población). El reconocimiento de la dependencia es un derecho subjetivo y se materializa en unas prestaciones básicas a elegir por la persona afectada o sus familiares entre servicios y prestaciones monetarias (**Schneider y Reyes, 2007**). Las prestaciones son topadas y de hecho han estado congeladas entre 1995 y 2008 por lo que la diferencia del coste entre las prestaciones y, en su caso, los servicios, ha sido asumido por las personas dependientes, sus familias o los municipios a través de los recursos de la asistencia social. Las prestaciones básicas son financiadas mediante cotizaciones sociales si bien la prestación de servicios sociales por los municipios se realiza también mediante im-

puestos generales y recursos propios.

El modelo alemán de dependencia está dirigido, como el modelo austriaco, a reforzar los cuidados familiares. Los cuidadores familiares están integrados en la Seguridad Social y hacen del trabajo de cuidados carrera de seguro. Las excedencias del trabajo por razón de los cuidados también forman parte del sistema. Si en el modelo austriaco todas las prestaciones son en dinero, en el caso alemán se puede optar entre prestaciones en servicios y en dinero. Todas ellas son topadas pero la cuantía de las primeras es casi el doble que el de las prestaciones monetarias. La persona afectada que opta por prestaciones sociales en servicios pueda decidir entre proveedores que en el caso alemán eran inicialmente organizaciones no lucrativas que han sido progresivamente desplazadas por la competencia mercantil.

El sistema alemán ha reforzado la sostenibilidad financiera mediante un incremento de la participación de los salarios en la financiación del sistema con el fin de equilibrar un sistema tendencialmente deficitario. Al mismo tiempo ha favorecido las prestaciones económicas frente a los servicios si bien la tradición de cuidados familiares ha sido favorable a las mismas sobre cuyo destino decide bajo determinados controles de uso.

El modelo francés de dependencia, después de un primer desarrollo de tipo asistencial en 1997 - *Prestation spécifique dépendance* -, que no respondió a las expectativas de la población al ser dirigido a las personas sin recursos, pone en marcha en 2002 un sistema de cobertura universal basado en la llamada prestación de autonomía personal o *allocation personnalisée à l'autonomie* o APA y en

deducciones fiscales para los que emplean cuidadores a domicilio. Este sistema cubre a la población mayor de 60 en situación de dependencia reconocida. Como todos los modelos continentales, y también el español, es un modelo mixto que interrelaciona las diferentes esferas de bienestar: el Estado amplía su esfera mediante la universalización de prestaciones, la familia es protegida con mayor intensidad para que continúe su función tradicional de cuidados y el mercado amplía su espacio en la prestación de servicios públicos y mediante el desarrollo de seguros privados. Los cuidados de dependencia dan prioridad a la atención domiciliaria y dejan amplia libertad para que la persona en situación de dependencia y sus familiares organicen los cuidados. De este modo los cuidados informales familiares constituyen el núcleo a proteger. El APA justamente tiene como objetivo reforzar los cuidados familiares que son obligatorios en Francia. Por esta vía no solo se refuerza el sistema tradicional de cuidados familiares sino que se contribuye a contener el coste de la atención ya que la familia asume en tiempo y en costes de oportunidad una parte importante del mismo. (Le Bihan y Martin, 2007).

A la prestación de dependencia (APA) se accede mediante la valoración de la dependencia (escala AGGIR de seis niveles). La prestación es asignada por un equipo profesional con la intervención de la familia que puede elegir atención profesional o mediante cuidados familiares, bajo el control de los servicios sociales. Al igual que en todos los sistemas europeos las prestaciones sociales son topadas, cubren solo una parte del coste al que la persona afectada o la familia contribuye mediante el copago.

d). **El régimen mediterráneo** de atención a la dependencia, comprende el conjunto de países del Sur de Europa en los que históricamente la familia tiene un papel central en la función de cuidados y el sector público intervenía de manera subsidiaria y asistencial. Este modelo histórico ha tenido que hacer frente, sobre todo en los casos de España e Italia que aquí consideramos, a profundos y rápidos cambios sociodemográficos en los que han venido a coincidir un rápido envejecimiento de la población, la aceleración de los cambios en las funciones tradicionales de la familia y la integración laboral de la mujer. Frente a estos cambios han emergido demandas sociales a favor de nuevas formas de ayuda y protección social a las situaciones de dependencia. La familia sigue haciéndose cargo de los cuidados pero demanda prestaciones que hagan compatible la función de cuidados con la inserción laboral de las mujeres cuidadoras y formas de conciliación entre cuidados informales y empleo ordinario que favorezcan repartos más igualitarios entre hombres y mujeres de la carga de cuidados

Italia no dispone de un sistema universal de cuidados como el español pero si ha desarrollado un conjunto de prestaciones de apoyo a la familia sobre el que pudiera construirse en el futuro un sistema de tipo universal que articule las actuales políticas regionales y estatal de atención a la dependencia. De facto Italia ha ampliado progresivamente un sistema asistencial que no ha concluido aún en otro de tipo universal. En 1980 se aprueba una prestación monetaria por ayuda de tercera persona para personas con grave discapacidad menores de 65 años (*indennità di accompagnamento*) financiado por la Seguridad Social. Esta prestación se extiende en 1988 a

la población mayor de 65 años con grave discapacidad. Desde dicho año la extensión de la cobertura de una prestación fija, que no se modula por niveles de dependencia ha sido impresionante en la población de 65 años en adelante. De los 1,7 millones de beneficiarios, la población mayor de 65 años es el 83 por cien del total de beneficiarios y casi el sesenta por cien tiene 80 y más años. Esta extensión asistencial de la prestación (472 euros en 2009) es un sistema de compensación del cuidado informal y un medio también para remunerar a las empleadas domésticas, en su mayoría mujeres inmigrantes e, incluso, para financiar parte del coste de servicios formales públicos o privados.

El modelo italiano completa su cobertura asistencial con los servicios sociales municipales y regionales, de base asistencial, externalizados hacia empresas y organizaciones no lucrativas mediante una extensa delegación de los cuidados a las mujeres inmigrantes por parte de las familias y las mujeres trabajadoras que mantienen la dirección y control de los cuidados) (**Bettio y otros, 2006**). Una parte de dichas cuidadoras inmigrantes está regularizada y otra parte en situación irregular. Se trata de un modelo en proceso de cambio pero con una arquitectura incompleta (**Paolini y Ranci, 2008; Naldini y Saraceno, 2008**). La paradoja del modelo italiano es que habiendo logrado un notable grado de cobertura mediante la prestación monetaria única de dependencia (el 24 por cien de la población mayor de 65 años) y un gasto público importante en esta prestación, más de medio punto porcentual del PIB, no ha dado el salto hacia un modelo universal que articule los recursos y prestaciones de los diferentes niveles de gobierno existentes.

En relación con el sistema español de autonomía y dependencia (SAAD) destacamos a continuación de manera sintética su naturaleza, estructura y funciones para cuya profundización el lector dispone en la actualidad de una amplia bibliografía (entre otros y a modo indicativo: **Casado, 2004; Defensor del Pueblo, 2000; Cobo Gálvez, 2009; Fantova, 2008; Marbán, 2009; Montserrat Codorniu, 2005 y 2009; Navarro, 2005 y 2007; Rodríguez Cabrero, 2004 y 2007; Rodríguez Rodríguez, 2006; Sarasa, 2003; Vilá, 2009; Grupo de Expertos, 2009**).

Hasta finales de la década de los años 80 del pasado siglo la atención a las situaciones de dependencia tenía una doble respuesta. Por una parte la Seguridad Social mediante la pensión de gran invalidez que establece un complemento por ayuda de tercera persona equivalente al 50 por cien de la pensión para todos aquellos que antes de la edad de jubilación hubieran tenido un accidente laboral grave; este complemento se extiende al nivel no contributivo en 1982 para las personas con discapacidad y se perfecciona con la ley de prestaciones no contributivas de 1990 para las personas con elevado grado de discapacidad que les impide realizar actividades de la vida diaria. Por otra parte, el sistema de servicios sociales de los Municipios, Diputaciones y Comunidades Autónomas, con una oferta de servicios comunitarios y residenciales para personas con necesidad de ayuda orientado progresivamente a toda la población pero bajo criterios de entrada de tipo asistencial.

Es en 1992, con la aprobación del Plan Gerontológico Estatal, cuando adquiere relevancia el debate sobre el impacto del envejecimiento y dentro de éste las situaciones de dependencia.

Los debates posteriores ponen de manifiesto que estaban empezando a madurar con gran rapidez los factores sociales y políticos asociados al envejecimiento de la población en conexión profunda con cambios familiares y una profunda revolución de género. La carga que las mujeres cuidadoras asumen en los cuidados de personas dependientes empieza a ver la luz y a adquirir valoración social así como la dimensión positiva que suponen para las personas afectadas y los propios cuidadores. El reconocimiento social, la conciencia social del problema, fue previo al diseño de programas locales y regionales de atención a la dependencia, de propuestas de protección social y de no escasos debates científicos y políticos. Así, después de un largo período de debate y acuerdos sociales en seno del Pacto de Toledo (2003), la publicación del Libro Blanco de la Dependencia en 2005 inicia una senda de debate político de casi dos años, que concluye el 30 de noviembre de 2006 con la aprobación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).

El sistema español es un modelo complejo de atención a la dependencia que responde y es influido por la nueva generación de derechos sociales y por la propia estrategia europea de cuidados de larga duración, donde la cobertura del riesgo se comparte entre varios agentes institucionales y sociales, personas afectadas y cuidadores familiares; se garantiza una cobertura universal en base a prestaciones básicas topadas; se gestiona de manera descentralizada; la provisión de servicios es mixta en un marco de creciente competencia entre los sectores mercantil y la economía social; y canaliza las reivindicaciones y demandas sociales mediante un amplio sistema de participación

de los agentes sociales y económicos y las ONG en varios sistemas consultivos. Así, se trata de un sistema de protección social universal pero sometido a reglas de cooperación, contenido financieramente y sometido a un cierto grado de racionalización y coordinación institucional. Todo lo cual ha dado pie a las inevitables tensiones institucionales y financieras de la puesta en marcha de un sistema complejo. Al mismo tiempo se trata de una nueva extensión del Estado de Bienestar que contribuye a reforzar el sistema de protección social en su conjunto en un contexto no precisamente favorable que conlleva su racionalización y contención (**Álvarez, S. y Guillén, A. 2004**).

El diseño del modelo español es un mix entre el modelo nórdico (cobertura universal, financiación con impuestos – también cotizaciones - y orientado por norma a los servicios sociales) y el continental (regulación estatal de la valoración de la dependencia, garantía de igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo mediante prestaciones básicas por la Administración Central, valoración de la dependencia por grados y niveles, importancia de la libre elección de las personas afectadas y sus familias, Seguridad Social del cuidador no profesional, descentralización en las CCAA de la planificación y gestión), a los que en cierto modo ha seguido partiendo de la existencia de un conglomerado o rama de atención histórica en el que confluían el sistema sanitario, los servicios sociales y las prestaciones de la Seguridad Social. Entre finales de 2007, en que el sistema empieza realmente a aplicarse ya que los primeros meses son de producción normativa para el desarrollo de la ley, y finales de 2010 se ha desarrollado un sistema de creciente cobertura, con amplias diferencias entre Comunidades Autónomas, preferencia

por las prestaciones económicas respecto de los servicios (la mitad de las prestaciones, en lo que sin duda ha influido una oferta de servicios que es aun insuficiente a pesar de su notable crecimiento en los últimos veinte años y el impacto de la crisis económica y financiera) y un modelo de gobernanza entre Administración Central y Autonómica relativamente estable, después de las tensiones y ajustes iniciales de su puesta en marcha, con un papel subordinado de las corporaciones locales.

A la espera de los resultados de la evaluación institucional prevista en la ley cabe destacar algunos de sus efectos más relevantes: una extensión de la cobertura que alcanza a 650.000 personas de los Grados III y II de dependencia; el crecimiento de unos cien mil nuevos empleos directos en servicios sociales sin considerar los empleos inducidos vía prestaciones económicas, cuyas condiciones de trabajo son objeto de análisis sindical (**Comisiones Obreras, 2008**); un reforzamiento del sistema regional y municipal de servicios sociales que parece transitar desde un modelo asistencial a otro mixto; un crecimiento de la oferta privada mercantil en los servicios sociales que consolida un desarrollo iniciado en la década de los 90 y, junto a ello, nuevas ofertas del sector privado que promueven seguros complementarios para grupos de renta elevada.

Como sistema mixto el modelo español de autonomía y dependencia da respuesta a varios requerimientos. Por una parte tiende a reconstruir y reforzar el sistema de cuidados familiares que sigue contando con un importante apoyo en la población española. Por otra parte, potencia los servicios en la medida en que éstos liberan el trabajo de la mujer cuidadora y generan empleo. Se está dando

al mismo tiempo un proceso de refamilización de los cuidados informales y de socialización del riesgo al igual que en otros países de la UE. De ahí que no sea una sorpresa, a la luz

de los modelos continentales sobre todo, el que la elección social se haya inclinado por las prestaciones económicas que inicialmente se previeron como excepcionales.

MODELOS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN				
REFORMAS DEL PERÍODO 1980-2000	Modelo anglosajó (Reino Unido, Irlanda)	Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica)	Modelo nórdico (Suecia, Finlandia, Dinamarca)	Modelo mediterráneo (España, Italia, Portugal,)
Derecho social a la protección social de la dependencia	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho universal	Derecho mixto: universal en atención sanitaria; asistencial en servicios sociales
Financiación	Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta	Cotizaciones en el nivel contributivo; impuestos en el nivel no contributivo; copago en la prestación de servicios.	Impuestos generales y locales; copago	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta
Prestaciones sociales	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas	Servicios y prestaciones monetarias topadas. Ayudas técnicas	Servicios sociales y ayudas técnicas	Prestaciones monetarias, servicios sociales y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios	Municipal	Regional y Municipal
Provisión de servicios según importancia	Empresas, ONGs y ayuntamientos	ONGs y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas	Ayuntamientos, ONGs y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo al cuidador informal	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Limitado apoyo al cuidador informal
Situación actual de los modelos	Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia	Reformas en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda	Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos	Aprobación de la ley de la dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia.

Los cambios sociales y morales son a veces más lentos que las decisiones del legislador y más aún que las previsiones de los expertos. En la medida en que el proceso de integración laboral de la mujer española se amplíe y con-

solide y maduren los cambios culturales en las funciones de la familia y en el reparto de la carga de cuidados se producirá un progresivo giro hacia los servicios. Pero este es un proceso de tiempo.

REFORMAS 2000-2010				
PRINCIPIOS ORIENTADORES	Consumerismo individualización del riesgo	Refamiliarización y mercantilización	Universalización, familiarización y mercantilización dual	Universalismo, familiarización y mercantilización
ACCESIBILIDAD	Preferencia personas en grave dependencia sin recursos	Universal	Universal	Transición hacia cobertura universal
PRESTACIONES	Preferencias prestaciones monetarias y presupuesto personal	Preferencia prestaciones monetarias y programas conciliación	Servicios: crecimiento prestaciones monetarias y presupuesto personal	Preferencia prestaciones monetarias; servicios sociales municipales y regionales
PROVISIÓN	Privada mercantil	Privada: mercantil; tercer sector en declive	Pública con crecimiento sector mercantil	Mixta: provisión tercer sector y crecimiento sector mercantil
FINANCIACIÓN	Mixta: pública y copago	Mixta: impuestos, cotizaciones y copago	Pública y copago	Mixta: impuestos y copago. También cotizaciones
GOBERNANZA	Fragmentación institucional y regulación central	Regulación central y gestión regional con financiación compartida	Regulación central y gestión municipal	Fragmentación con tendencia a sistematización

Fuente: Elaboración propia en base a: Gledinning (2007); Huber (2009); Pommer, Weittiez y Stevens (2007); OCDE (2005)

3. CONCLUSIONES

El proceso de envejecimiento de la población, las demandas de calidad de vida, los cambios en el seno de la familia tradicional y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los procesos de reestructuración del Estado de Bienestar han conducido al desarrollo en el espacio social europeo de sistemas de atención a la dependencia y de apoyo a la autonomía. Junto con las pensiones y la atención sanitaria constituye la triada de la estrategia europea de protección social junto a la inclusión social. Una nueva extensión del Estado de Bienestar paralela a procesos de ajustes en el gasto sanitario.

Los sistemas de dependencia tienen raíces nacionales profundas lo que implica que su diseño es altamente dependiente de su historia social e institucional. En la práctica los diferentes sistemas han ordenado sus sistemas tradicionales en una sola rama o sistema, los han dado coherencia y racionalidad, han asegurado su financiación y han articulado un conjunto de responsabilidades coordinadas por el sector público. Más que un cambio radical se ha producido una ordenación, racionalización y expansión de las políticas existentes. Los sistemas de dependencia no sustituyen los cuidados informales ni la familia, al contrario los refuerzan en cierto modo y ponen también las bases para un desarrollo que facilite el reparto de la carga de los cuidados en los hogares y una socialización del riesgo que promueva la integración laboral de la mujer. En este sentido los sistemas de dependencia son conservadores al reforzar los cuidados informales pero también son reformadores al liberar tiempo de cuidados y poder destinarlos a otros usos como es el trabajo remunerado.

Los nuevos sistemas de dependencia son mixtos: el Estado regula el conjunto del sistema, garantiza unas prestaciones básicas y reequilibra las políticas regionales y locales; la familia sigue siendo estructura central en el sistema de cuidados; y la provisión de servicios se ha transferido sobre todo al sector privado mercantil y sin fin de lucro. La garantía de unas prestaciones básicas no cubre el coste de los cuidados de ahí que el copago sea una de las fuentes de financiación, si bien es en conjunto la menor. La libertad de elección del usuario y las políticas de contención del gasto social confluyen a favor de un desarrollo de las prestaciones monetarias en detrimento de los servicios. Este desarrollo es objeto de debate en la medida en que refuerza el papel tradicional de la mujer cuidadora y no facilita la creación de empleo en el sector de los servicios sociales.

La consolidación del desarrollo de las políticas y sistemas de dependencia es un hecho en una buena parte de los países de la UE. Al formar parte de la estrategia europea de protección social difícilmente se producirán ajustes a la baja; además cuentan con un amplio apoyo social. Pero mantener los actuales sistemas, bajo su orientación universal, de calidad y sostenibilidad, no implica que no puedan tener lugar reformas o contrarreformas que tiendan a reducir la intensidad protectora o a desarrollos que retornen a la familia parte de la carga de cuidados. Las tensiones entre los cambios sociales y demográficos (que presionan hacia nuevas formas de socialización del riesgo) y las financieras (que presionan a formas de contención del gasto y de reparto^o del coste entre sociedad, familia, usuario y Estado) son inevitables y evidentes en la actualidad. En este sentido y aunque las políticas sociales son de competencia nacional no cabe duda de que

las tendencias de convergencia en el conjunto de la UE marcarán la dirección y el contenido de las políticas de atención a la dependencia.

BIBLIOGRAFÍA:

Arriba, A y Moreno, J. (edi.) (2009) El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: IMSERSO.

Álvarez, S. y Guillén, A. (2004) The OECD and the Reformulation of Spanish Social Policy: a combined search for expansion and rationalization. In K. Armingeon and M. Beleyer (eds.): The OECD and European Welfare States. Chelham: Edward Elgar

Blomquist, P. (2004) The choice revolution: privatization of Swedish Welfare Services in the 1009s". Social Policy Administration, volume 38, nº 2.

Bettio, F. et al. (2006). Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean. Journal of European Social Policy, 16(3): 271-285.

Casado, D. (dir.) (2004) Respuestas a la dependencia, Madrid, CCS.

Casas Mínguez, F. (2010) Los servicios sociales y el mercado de servicios en la Unión Europea. En Rodríguez Cabrero, G (Coor.): Servicios sociales y cohesión Social. Madrid: CES.

Cobo Gálvez, P. (2009) Génesis y elaboración de la Ley de promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia. Documentación Administrativa, nº 276-27. Monográfico sobre El sistema para la autonomía y la atención a la dependencia.

Colombo, F., Fujisawa, R., Llena, A., Pearson, M. (2009) La necesidad creciente de trabajadores para cuidados de larga duración (CLD). ¿Qué están haciendo los países de la OCDE?. Revista Economistas, nº 122.

Comisiones Obreras (2008) El empleo en la atención a la dependencia. Hacia un sector productivo de calidad. Madrid: Confederación Sindical de CCOO.

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

Da Roit, B, Le Bihan, B., Ósterle, A. (2007) Long-term care policies in Italy, Austria and France : variations in cash-for-care schemes. Social Policy & Administration, vol. 41, nº 6.

Dahl, H.M. (2009) New public management, care and struggles about recognition. Critical Social Policy, 29 (4).

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

Esping-Andersen, G. (1990) The three worlds of welfare capitalism, Cambridge: Polity.

Fantova, F. (2008) "Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas". Bilbao: Instituto de Derechos Humanos (Universidad de Deusto).

Huber, M., Hennessy, P., Izuni, J., Kim, W. & Lunsgaard, J. (2005) Long-term care for older

people. Paris: OCDE.

Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasió, K., Marin, B. (2009) Facts and figures on Long-term care: Europe and North America. European centre for Social Welfare Policy and Research. Viena..

IMSERSO (2005), Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España, Madrid, Imserso.

Le Bihan, B. y Martin, C. (2007) Cash for care in the French welfare state: a skilful compromise?. En En Urgenson, C. y Yeandle, S. (eds) Cash for care in developed welfare states. Houndmills: Plagrove MacMillan.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Lundsgaard, J. (2005) Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employments and fiscal sostenibility. Health Working Paper, vol. 20.Paris: OECD.

Marban, V. (2009) La atención a la dependencia. En L.Moreno (edi) Reformas de las políticas de bienestar en España. Madrid: Siglo XXI.

Martínez Buján, R. (2010). Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos, Madrid: CSIC.

Means, R., Morbey, H. y Smith, R. (2002) From community care to market care? The development of welfare services for older people. Bristol: The Polity Press.

Montserrat Codorniu, J (2005), El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo, Presupuesto y Gasto Público, nº 39/2005.

Montserrat Codorniu, J. (2009) Evolución y perspectivas de la financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Documentación Administrativa nº 276/277.

Naldini, M. y Saraceno, C. (2008) Social and familia policies in Italy: not totally frozen but far from structural reforms. Social policy % Administration, vo. 42, 2.

Navarro, V. (2005): La situación social en España I. Madrid, Biblioteca Nueva.

Navarro, V. dir. (2007) La situación social de España. Madrid: Biblioteca Nueva.

OECD (2005) Ensuring quality long-term care for older people. Policy Brief, vol march 2005. Paris: OECD.

Óesterle, A. y Heitzman, K. (2009) Welfare State development in Austria: strong traditions meet new challenges. En Schubert, K., Hegelech, S., Bazant, U. (eds) The handbook of European Welfare Systems. London: Routledge.

Pacolet, J. (2006) "Protección social de personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración". Revista Española del Tercer Sector, nº 3, Mayo-Agosto.

Pavolini, E. and Ranci, C. (2008) "Restructuring the Welfare State: reforms in long-term care in Western European countries". Journal of European Social Policy, volume 18, nº 3.

Rodríguez Cabrero, G. (2004) Protección social de la dependencia en España. Documento de Trabajo 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas.

Rodríguez Cabrero, G. (2005) Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo. En V. Navarro (dir.) La situación social en España, Madrid, Biblioteca Nueva

Rodríguez Cabrero, G. (2009), "El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)", Gestión y Análisis de Políticas Públicas, nº 2, julio-diciembre 2009, pp 33-58.

Rodríguez Rodríguez, P. (2006) "El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia". Madrid: Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 87.

Rogero García, J. (2010) "Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores". Madrid: IMSERSO.

Rostgaard, T. (2006) Constructing the care consumer: free choice of home care for the elderly in Denmark. *European societies*, 3 (3).

Sipilä; (ed.) (1997) Social care services: the key to the Scandinavian welfare model. Ader-shot: Avebury.

Sarasa, S. (2003) Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores. Madrid: Fundación Alternativas.

Schneider, U y Reyes, C. (2007) Mixed blessings: long-term care benefits in Germany. En Urgenson, C. y Yeandle, S. (eds) Cash for care in developed welfare states. Houndmills: Plagrave MacMillan.

Sotelo, H. (2007) Tendencias recientes en los servicios sociales europeos: algunos ejemplos paradigmáticos. En D. Casado y F. Fantova (coordinadores): Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Madrid: FOESSA.

Schut, F. T. y Van den Berg, B. (2010) Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands. *Social Policy and Administration*, 44(4).

Vilá, A. (2009) Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales. Madrid: EAPN.

VV.AA. (2009). Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (en línea). <http://www.imserso-mayores.csic.es>

LA PERCEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LOS CIUDADANOS ESPAÑOLES, AÑO 2010

ANTONIO FLORES ALBA

Director General de Front & Query

Palabras clave: dependencia, percepción de dependencia, envejecimiento, ayuda a domicilio, cuidadores familiares, cuidadores profesionales, catálogo de servicios, valoración social.

Sumario

1. El impacto de la dependencia en la población española.
2. Perfil de los españoles en situación de dependencia.
3. Servicios y Apoyos ligados a la dependencia.
4. La Financiación de los Servicios Ligados a la dependencia.
5. Análisis específico del Servicio de Ayuda Domiciliaria y su Profesionalización.
6. Análisis específico de los Familiares Cuidadores.
7. Percepción del Grado de Avance en la concesión de Ayudas a la dependencia.
8. La valoración de las ayudas a la dependencia por parte de las familias (Influencia de la tipología, retraso y proporción económica).
9. Percepciones del SAAD de las familias sin personas en situación de dependencia.
10. Sensibilización del colectivo no afectado por la dependencia en la actualidad.

La intención del presente artículo consiste en resumir, de la manera más clara posible, los distintos hallazgos realizados por la Fundación CASER para la dependencia, en las sucesivas oleadas de investigación que está desarrollando para conocer en mayor profundidad la percepción de los españoles del fenómeno de la dependencia y sus servicios asociados, pero muy especialmente la desarrollada a finales del año 2010.

En concreto, durante el año 2010, la Fundación CASER para la dependencia ha desarrollado un total de 6.948 encuestas a españoles, durante los meses de octubre y noviembre, para dar continuidad a su estrategia de investigación, realizada en los años anteriores.

La investigación trataba de conseguir un fiel reflejo de la percepción general, que en la población española existe, del fenómeno de la

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA	
ÁMBITO	Territorio nacional, excluidas Ceuta y Melilla.
POBLACIÓN	Unidades familiares con o sin personas en situación de dependencia.
TAMAÑO MUESTRAL	6948 entrevistas.
DISEÑO MUESTRAL	La muestra seleccionada se extrajo mediante procedimiento aleatorio de un panel nacional de tipo privado
CONTROL DE INTERLOCUCIÓN	Se excluyeron aquellos entrevistados menores de edad.
TIPOLOGÍA DE ENTREVISTA	La entrevista se realizó a través de metodología CAWI (Computer Assisted Web Interviewing)
ERROR MUESTRAL	Se ha especificado un rango de error muestral asumiendo que $p=q=50$, con un intervalo de confianza del 95%. Dado que N es mayor que 100.000, se trabaja bajo la hipótesis de que la población es de tamaño infinito. El error muestral de todas las muestras por CCAA pertenece al intervalo (1,58% ; 3,03%)
FECHA INICIO/FINALIZACIÓN	Octubre - Noviembre 2010
TIPO DE CUESTIONARIO	estructurado - cerrado

Fuente: Fundación CASER Dependencia 2010

Muestra Estudio: 6948 entrevistas.

Margen Error +/- 0,58% (Intervalo de Confianza 95%)

dependencia así como de las distintas actuaciones de las Administraciones Públicas, tanto en el terreno legal, como en el terreno de los servicios. Para ello, se seleccionó una muestra representativa de la población nacional, con 6.948 encuestas, extraídas de forma aleatoria, con un margen de error muestral de +/- 0,58%, para un intervalo de confianza del 95%.

El estudio analiza de forma notablemente diferenciada, la percepción del fenómeno de la dependencia, en función de que la familia entrevistada tuviese entre sus miembros, alguna persona en situación de dependencia o no. En el primer caso, aquel en el que las familias tuviesen entre sus miembros alguna persona en situación de dependencia, la entrevista profundizaba tanto en el perfil dicha dependencia, como los servicios necesarios para el cuidado de dicha persona, así como las percepciones de las distintas ayudas ofertadas por las Administraciones en este proceso. En caso contrario, las familias sin personas en situación de dependencia, la encuesta buscaba información sobre la percepción de la implantación del SAAD, así como del fenómeno de la dependencia en sí mismo y su importancia subjetiva.

1. EL IMPACTO DE LA DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Según los datos del estudio de la Fundación CASER para la dependencia del año 2010, un 27% de las familias españolas reconoce la existencia en su seno, de al menos persona en situación de dependencia. Con relación a las oleadas anteriores del estudio, este dato no parece haber oscilado sensiblemente, y se mueve en un rango que oscila levemente alrededor del 30%. Así, se puede por tanto afirmar, que alrededor del 30% de las fami-

lias españolas tienen al menos una persona en situación dependencia dentro de su seno, lo que implica una importante presencia social del fenómeno de la dependencia.

2. PERFIL DE LOS ESPAÑOLES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Si analizamos en mayor profundidad el perfil de las personas en situación de dependencia, podemos ver que en su gran mayoría, el 72% de los casos el estudio del año 2010, corresponden a perfiles de personas mayores de 65 años, mostrando una fuerte vinculación del fenómeno de la dependencia al a edad. Dada esta especial vinculación, también se puede concluir, que en una población como es la española, con fuerte tendencia al envejecimiento, la dependencia será un fenómeno creciente en los próximos años.

Lo cierto es que, actualmente existen relativamente pocos españoles en situación de dependencia en edades por debajo de los 65 años, así tan sólo un 13% de los las personas en esta situación, se encuentra entre los 45 y los 65 años, un 10% se situaría entre los 25 y los 44 años y tan sólo un 5% tendría menos de 24 años.

El estudio ha excluido lógicamente del análisis, los niños menores de tres años, para evitar la confusión que podría derivar del hecho de que los encuestados considerasen, que dado que los niños de esta edad no son capaces de valerse por sí mismos, pudieran ser considerados como personas en situación de dependencia.

Dada esta relevante concentración de perfiles de personas en situación de dependen-

cia, en personas mayores de 65 años, parece evidente que la principal causa de dependencia en España, con un 45% de los casos es la “edad-vejez”, y así ha sido reconocida por los encuestados. No obstante, el estudio ha profundizado en la existencia de otras causas, que pudieran ser simultáneas a la edad, como pueden ser la enfermedad física, la enfermedad psíquica o los accidentes.

Resulta especialmente interesante señalar, como aunque intuitivamente pudiera parecer algo diferente, los accidentes tan sólo están presentes en el 6% de las personas afectadas por la dependencia, siendo por tanto la enfermedad, en sus distintas versiones la segunda gran causa de dependencia, muy próxima a la vejez.

Mención especial merecen, como causa de dependencia, las enfermedades psíquicas, que como el Alzheimer o la demencia senil, entre otras, generan una tipología especial de dependencia, que por su incidencia, debiera ser analizada de una forma específica. El estudio de la Fundación CASER para la dependencia, ha ido detectando, a lo largo de sus sucesivas oleadas, una cierta equiparación entre las enfermedades físicas y las enfermedades psíquicas como causa de dependencia, y así como en años anteriores la enfermedad física ocupaba una segunda posición clara por detrás de la edad como causa de dependencia, en las últimas mediciones se está observando una cierta equiparación entre ambas.

Cuando se analiza el aspecto del sexo de las personas en situación de dependencia, encontramos uno de los datos más relevantes del estudio y es que se trata de mujeres en un 65% de los casos, frente a tan sólo el 35% de los hombres. Este aspecto, es un refrendo

más de la vinculación que la dependencia tiene al fenómeno del envejecimiento de la población, ya que como es sabido, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y por lo tanto alcanzan, en un porcentaje más alto las edades avanzadas, en las que la dependencia tiene mayor incidencia.

3. SERVICIOS Y APOYOS LIGADOS A LA DEPENDENCIA

Uno de los aspectos más interesantes, alrededor del análisis del fenómeno de la dependencia, es sin duda, la necesidad que genera de servicios externos e internos a la familia. En el estudio que estamos analizando, se han estudiado cuatro tipologías clásicas de servicios relacionados con la dependencia (Residencias, Centros de día o noche, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia), analizando de manera claramente separada la figura del “cuidador informal” o del “familiar cuidador” del dependiente.

Hemos de aclarar, que las respuestas recogidas en la encuesta, responden a la globalidad de los servicios recibidos por las familias con personas en situación de dependencia, sea cual fuera su vía de financiación y con independencia de cuál fuera el porcentaje de ayuda que las Administraciones Públicas pudieran ofrecer en cada caso.

En relación con los resultados del año 2010, hemos de constatar, que como en años anteriores, la llamada “Ayuda Domiciliaria”, que la encuesta recogía cómo “la disposición de alguna persona externa que ayudara en el domicilio al familiar afectado por la dependencia”, se ha mostrado como la más demandada entre las familias españolas, con un 37% de presencia en este colectivo. Éste porcentaje, es

incluso superior al obtenido en el año 2009, en el que presentaba una incidencia del 35,3%.

En segundo lugar, muy alejada de la Ayuda Domiciliaria, se sitúa la Tele asistencia (consistente en distintos tipos de servicios o dispositivos, que procuran un punto de contacto de comunicación, que coordina la ayuda a las personas en situación de dependencia en casos extraordinarios). Este servicio ha tenido en el año 2010 una presencia del 22% en la encuesta, también por encima del 17% obtenida en el año anterior.

Muy alejados de estos porcentajes, se encuentran tanto las Residencias para personas en situación de dependencia, con una presencia del 15% de las familias encuestadas, y los Centros de día o noche, con una presencia del 14%.

En ediciones anteriores, este estudio se analizó en profundidad si la mayor presencia de la Ayuda Domiciliaria y la menor incidencia de los servicios como las Residencias, se debía (según el criterio subjetivo de los entrevistados), a aspectos relacionados con la necesidad o a cuestiones relacionadas con las preferencias. En este sentido hemos de constatar, que todos los servicios relacionados con la Ayuda Domiciliaria, tienen un grado de aceptación muy alto entre las familias, siendo muy pocas las personas en situación de dependencia que se oponen a recibir este tipo de ayuda. Por el contrario existen numerosos casos, en que las personas en situación de dependencia, o sus familias, muestran un rechazo fuerte al internamiento del dependiente en una residencia, pese a que éste pudiera ser recomendable desde el punto de vista estrictamente sanitario. Éste aspecto sociológico, nos hace presagiar, que

en la medida en la que el deseo o la opinión de los ciudadanos, pudiera tener un papel relevante la elección del tipo de servicio que las Administraciones Públicas puedan ofrecerles, el tipo de servicio externo que más crecerá en los próximos años, es el de Ayuda Domiciliaria.

4. LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS LIGADOS A LA DEPENDENCIA

Uno de los aspectos más relevantes de este estudio, es aquel que profundiza en la vía de financiación que actualmente usan las familias españolas, para pagar los servicios que reciben sus familiares en situación de dependencia. En este sentido la encuesta analiza tan sólo tres opciones, la "financiación propia" aquella en la que todo el coste se asume dentro de la familia, la financiación "mixta", en la que el servicio está subvencionado por las Administraciones en un porcentaje determinado, y por último la "financiación pública" en la que en apariencia, y siempre según los datos recogidos en la encuesta, todo el coste es soportado por las distintas Administraciones, sin que el dependiente o su familia tengan que pagar ningún porcentaje del servicio.

El estudio, en su oleada del año 2010 muestra, cómo en años anteriores una mayor presencia de la "financiación propia", presente en el 54% de los casos. Éste es uno de los datos que puede resultar más preocupante sobre el posible alcance real del fenómeno de la dependencia en nuestro país, ya que si utilizamos el argumento que del mismo se desprende, existirían en España prácticamente tantas personas en situación de dependencia no incluidas por el momento en el SAAD, como aquellas incluidas en el mismo.

El aspecto tiene un matiz muy interesante, consistente en que el porcentaje de familias que manifiesta no estar recibiendo en estos momentos una ayuda específica, para las prestaciones que su familiar en situación de dependencia está recibiendo, está muy correlacionado con el nivel de renta familiar. En este sentido vemos que para rentas superiores a 4.500 netos mensuales, el porcentaje de “financiación propia” para servicios es de más del 63%, lo que implica, que la prestación para la dependencia, es un fenómeno de mayor presencia entre los estratos de menor renta de la sociedad.

Por otro lado, analizando este aspecto “a sensu contrario”, los casos de dependientes en que la Administración se ocupa de un porcentaje del pago de los servicios, alcanza al 46% de los casos (21% “financiación mixta” y 25% “financiación pública”).

5. ANÁLISIS ESPECÍFICO DEL SERVICIO DE AYUDA DOMICILIARIA Y SU PROFESIONALIZACIÓN

El estudio de la Fundación CASER para la dependencia, ha buscado una información específica sobre el servicio externo con mayor presencia entre la población en situación de dependencia: La Ayuda Domiciliaria. Dada su envergadura, los autores del estudio han querido analizar diversos factores sobre los que los medios de comunicación han mostrado un interés especial en los últimos años y que tienen que ver fundamentalmente con la profesionalización de este tipo de servicios.

Un primer factor de profesionalización, es el hecho de que la persona o personas que prestan el servicio, no realice una mezcla de ac-

tividades propias del servicio doméstico, que no tengan relación con la atención al familiar en situación de dependencia. Esta mezcla de actividades, tiene una relativa facilidad para producirse y en caso de ser excesivamente frecuente, evidencia una baja profesionalización del servicio de Ayuda Domiciliaria. En este sentido, las encuestas realizadas el año 2010, ha mostrado un grado de presencia de Ayuda Domiciliaria exclusiva para el dependiente del 50%, mejorando notablemente las cifras registradas en años anteriores.

Un segundo factor de profesionalización del servicio de la Ayuda Domiciliaria, es el hecho de que la persona que lo presta, tenga algún tipo de titulación. En este sentido, también el año 2010 se han dado mediciones mejores que en años anteriores, ya que según la encuesta el 31% de las personas que prestan Ayuda Domiciliaria posee alguna titulación, frente al 27% del año anterior. En todo caso, la existencia de un 69% de personas que no tienen ninguna titulación específica muestra un evidente campo de desarrollo para los servicios de la Asistencia Domiciliaria.

Como en anteriores ediciones del estudio, el perfil de inmigrantes ubicados profesionalmente en la Ayuda Domiciliaria a personas en situación de dependencia, es muy importante, con una proporción del 40% sobre el total de prestaciones de servicios. Éste porcentaje, es tres veces más alto que el que se presenta en otros tipos de servicios profesionales en nuestro país, por inmigrantes, ya que suponen un 12% de la población según el último Padrón Municipal del INE.

El estudio del año 2010 también muestra una baja presencia de las distintas Adminis-

traciones en la elección de la persona que va a prestar los servicios Domiciliarios. Así han aparecido en la encuesta tan sólo un 28% de casos, en los que la Administración tiene alguna relación con la elección de la persona que presta los servicios al dependiente.

El conjunto de estos cuatro factores nos daría un perfil de la Ayuda Domiciliaria con una importante presencia de inmigrantes, cuyas actuaciones aún muestran una mezcla con el servicio doméstico en el 50% de los casos, con una muy baja presencia de la Administración en su elección y con ratios aún bajos de titulación. Todo ello nos hace pensar, especialmente al analizar las tendencias en este aspecto con anteriores ediciones del estudio, que la atención a los españoles en situación de dependencia está sufriendo un fuerte proceso de profesionalización, que sin embargo aún tiene un importante camino por delante.

6. ANÁLISIS ESPECÍFICO DE LOS FAMILIARES CUIDADORES

Como se ha comentado anteriormente, además de analizar la existencia de servicios externos para las personas dependientes, la encuesta realizada por la Fundación CASER para la dependencia ha analizado expresamente, la existencia del “Cuidador Familiar”. En este sentido, la encuesta demandaba a las familias con personas en situación de dependencia, que respondieran si dentro de la familia alguna persona dedicaba un porcentaje relevante de su tiempo a ejercer como “cuidador informal del familiar en situación de dependencia”. En este sentido hemos obtenido que en el 17% de los casos, ninguna persona dentro de la familia ejercía en un porcentaje relevante de su tiempo de cuidador, y que sin

embargo en el 83% de los casos al menos una persona dedicaba un porcentaje de su tiempo relevante al cuidado del familiar en situación de dependencia. Este porcentaje tiene correlación con el de dependientes no ingresados en residencias, por lo que podríamos afirmar con poco margen para el error, que en los casos en los que el familiar en situación de dependencia no está ingresado, la familia percibe de forma mayoritaria que hay alguna persona que dedica un porcentaje relevante de su tiempo a las labores de su cuidado. En este análisis podemos ir incluso más lejos, ya que en un 31% de los casos, existe más de una persona que dedica un porcentaje relevante de su tiempo al cuidado del familiar en situación de dependencia.

El estudio analiza, cuál está siendo en España, el perfil del “Cuidador Familiar” que corresponde de manera mayoritaria a mujeres (79% de los casos), con una media de edad aproximada de 53 años y con una relación consanguínea directa claramente mayoritaria (ya que se trata en un 52% de los casos de hijos o hijas de las personas en situación de dependencia y en un 16% de los casos de padres de estas personas). En todo caso, lo que resulta más importante del estudio realizado, es que el porcentaje de cuidadores, que no trabajan fuera del hogar, ha sido también mayoritario con el 52% de los casos. Éste dato podría tener una doble interpretación, por un lado podría estarse produciendo el fenómeno de que personas que antes compatibilizaban su trabajo externo con el cuidado del familiar, hubieran perdido su empleo como consecuencia de la crisis económica y por otro, que la existencia de ayudas económicas para los cuidadores familiares, estuvieran generando una oportunidad para algunas de las personas de

la familia en situación de desempleo. En todo caso también podría interpretarse como una medición del impacto social que supone la dependencia, ya el que el 48% de las personas que cuidan a sus familiares en situación de dependencia, no la compatibilizan esta labor con una actividad externa remunerada.

También, como en el caso anterior, el estudio ha solicitado de las familias con este tipo de “cuidadores” si estas personas estaban recibiendo alguna ayuda económica por parte de la Administración. En el año 2010, el 16% de estas familias, afirmaba estar recibiendo algún tipo de ayuda en esta materia, porcentaje claramente más alto que el del año anterior, cuando el estudio tan sólo registraba un 10,2% de casos en estas circunstancias.

7. PERCEPCIÓN DEL GRADO DE AVANCE EN LA CONCESIÓN DE AYUDAS A LA DEPENDENCIA

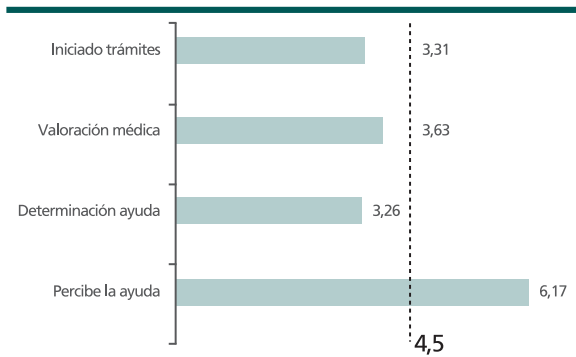
Uno de los aspectos de mayor interés de este estudio, es la percepción que los ciudadanos con familiares en situación de dependencia tienen, del grado de avance de los procesos de petición de ayudas concretas al SAAD. Obviamente, los datos de este estudio, de ninguna manera tratan de cuestionar las estadísticas públicas sobre la evolución de concesión de estas ayudas, que de manera recurrente publica la Administración, sin embargo creemos que ofrecen una interesante contraparte, al presentar el punto de vista de los ciudadanos en este aspecto. Las mediciones realizadas por la Fundación CASER para la dependencia, pueden ser especialmente útiles para diagnosticar, cuál sería el volumen de población que por una causa o por otra, en estos momentos aún no ha iniciado la petición de ayudas al

SAAD, a las que eventualmente podría tener derecho.

El análisis realizado por la encuesta, pide a los familiares que contesten qué parte del proceso de petición de ayudas del SAAD ya habrían terminado, y cuáles por el momento están pendientes. El estudio analiza cuatro tramos de posibles pasos en la petición de ayudas al SAAD (inicio de los trámites, valoración médica, determinación de ayuda económica o servicio concreto, y recepción efectiva de la ayuda).

SATISFACCIÓN EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE LA CONCESIÓN

Datos Población Dependiente 2010



Según los datos del año 2010, en la actualidad podrían existir en torno a un 40% de las familias con personas en situación de dependencia, que no han iniciado aún la petición de ayudas al SAAD. Este dato además muestra un interrogante, ya que no se percibe avance con respecto al año anterior en términos porcentuales. La interpretación de este aspecto, es un reto para los investigadores, ya que resulta evidente que del año 2009 al 2010 son numerosos los dependientes que han iniciado la solicitud de ayudas.

Tras diversos análisis y valoraciones, nuestra

interpretación sobre esta circunstancia es que puede obedecer a tres posibles causas:

- La primera de ellas sería, que el fenómeno de la dependencia, por distintas causas, ha aumentado su difusión y notoriedad en el transcurso del año, por lo que algunas personas que desconocían que podían tener ayuda, al hacerse más notorio el fenómeno, puedan haber ingresado “psicológicamente” en el grupo de las familias con derecho a prestación por dependencia, que aún no han iniciado los trámites.

- La segunda de las posibles causas, es el envejecimiento poblacional y sus consecuencias. La dependencia, es un fenómeno fuertemente ligado desde el punto de vista estadístico al envejecimiento poblacional, por lo que cada año aparecerán nuevos dependientes, simplemente por el efecto del paso del tiempo.

- La última de las posibles causas, sería el efecto sobre la percepción de la dependencia, de la crisis económica y el desempleo. Habida cuenta, que existen prestaciones económicas para familiares cuidadores de dependientes, en momentos de un alto desempleo, puede ser una opción creciente para un buen número de familias que vean en este pequeño subsidio, una salida al desempleo al menos para uno de los familiares.

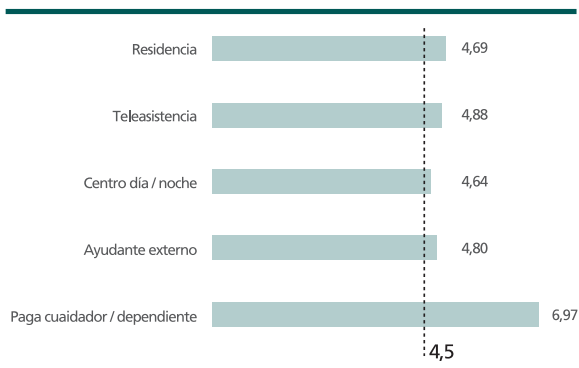
En todo caso, la encuesta muestra que un 32% de los solicitantes de ayudas para dependencia, ya estarían recibiendo la prestación, lo que supone un incremento de prácticamente un 5% sobre el año anterior.

8. LA VALORACIÓN DE LAS AYUDAS A LA DEPENDENCIA POR PARTE DE LAS FAMILIAS (INFLUENCIA DE LA TIPOLOGÍA, RETRASO Y PROPORCIÓN ECONÓMICA)

A continuación, vamos a analizar uno de los aspectos de mayor notoriedad de que el estudio en anteriores ediciones, consistente en pedir a aquellas personas que tienen familiares en situación de dependencia, que otorguen una valoración a su grado de satisfacción con los servicios recibidos del SAAD. Es importante señalar, que la satisfacción con el servicio recibido es durante el año 2010 superior a la percibida en el año 2009, con casi un punto sobre diez de avance.

SATISFACCIÓN POR TIPO DE SERVICIO RECIBIDO

Datos Población Dependiente 2010



Fuente: Fundación CASER Dependencia 2010
 Muestra Estudio: 6948 entrevistas.
 Margen Error +/- 0.58% (Intervalo de Confianza 95%)

En todo caso, debido a distintos factores, entre los que el retraso en la recepción puede haber jugado un importante papel, la nota media que otorgan las familias con personas en situación de dependencia a su satisfacción con el servicio recibido de la Administración en este aspecto, ha sido en este año de 4,5.

Durante este año la Fundación CASER para dependencia ha hecho un esfuerzo específico, para profundizar en cuáles son los aspectos en

los que los ciudadanos perciben mayor valor por parte de la Administración, habiendo analizado de manera diferenciada la influencia de éstos en su satisfacción global.

En concreto se ha analizado la influencia de:

- El tipo de servicio que se recibe o al que se aspira.
- El estado en el proceso de concesión de las ayudas.
- El nivel de co-pago, percibido por las familias.

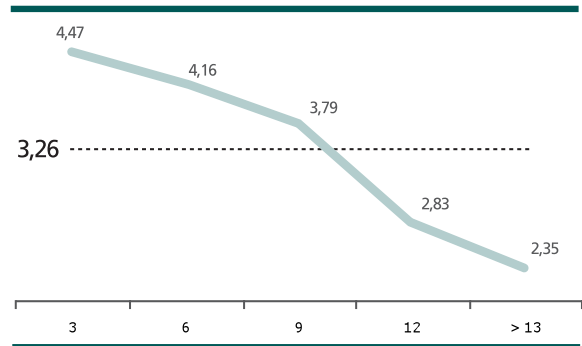
Gracias a este trabajo, la Fundación CASER para la dependencia ha podido diagnosticar, cómo afectan estos tres factores al nivel de satisfacción percibido por el ciudadano en relación con la dependencia.

En primer lugar, vamos a estudiar, el impacto del tipo de servicio recibido, o al que se aspira, en la satisfacción del ciudadano. Resulta especialmente interesante conocer, como todos los servicios para dependencia tienen una puntuación similar a excepción de la "Paga al Cuidador". La valoración de la satisfacción de esta paga, supone prácticamente dos puntos más sobre 10 en la satisfacción percibida por las familias. Obviamente este aspecto es de una incidencia muy notable en la satisfacción global, que cada Comunidad Autónoma obtenga en este proceso, ya que en la medida en la que oriente sus prestaciones hacia un mayor o menor posicionamiento en la "Paga al Cuidador" frente al resto de los servicios, va a obtener una mayor o menor valoración por parte del ciudadano.

En segundo lugar, el estudio ha constatado una influencia radical, de la duración de los

procesos de concesión de las ayudas, en la satisfacción de los ciudadanos. Así, de media, los ciudadanos que ya están recibiendo ayudas otorgan una satisfacción de 6,17 sobre 10 al SAAD, mientras que aquellos que se hallan en trámites previos a su obtención efectiva, otorgan puntuaciones muy inferiores.

SATISFACCIÓN SEGÚN LA DILACIÓN, MEDIDA EN MESES DE ESPERA



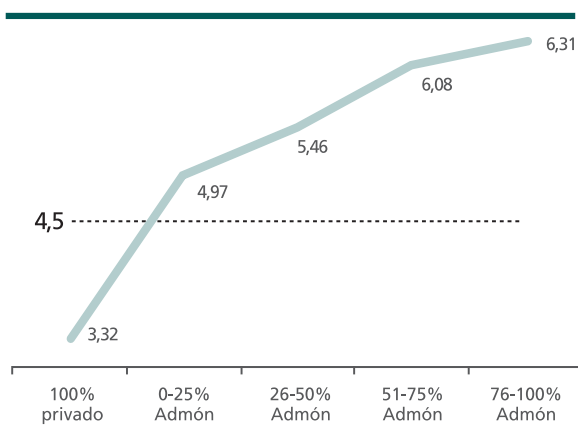
Fuente: Fundación CASER Dependencia 2010
 Muestra Estudio: 6948 entrevistas.
 Margen Error +/- 0.58% (Intervalo de Confianza 95%)

Resulta interesante considerar la importancia que la duración media de la espera, desde el momento en que la ayuda económica o servicio se determina, hasta que finalmente se recibe, tiene en la satisfacción de los ciudadanos. En este sentido, observamos como una vez conocida la cuantía o el tipo de servicio que se va a recibir, la valoración experimenta un importante aumento, que cae drásticamente en función de los meses que van pasando hasta que realmente se recibe. En este sentido, hemos de afirmar, que la curva tiene una pendiente especialmente pronunciada en su caída de la satisfacción, en el período que superan los nueve meses de espera desde la concesión.

Por último, resulta curioso observar la relación del porcentaje de co-pago que recibe la

NIVEL DE COPAGO PERCIBIDO

Datos Población Dependiente 2010



Fuente: Fundación CASER Dependencia 2010
 Muestra Estudio: 6948 entrevistas.
 Margen Error +/- 0.58% (Intervalo de Confianza 95%)

familia, con la satisfacción que se tiene con el SAAD. En este sentido, se obtienen niveles muy razonables de satisfacción, desde cuotas relativamente bajas de porcentaje de co-pago por parte de la Administración.

9. PERCEPCIONES DEL SAAD DE LAS FAMILIAS SIN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Como comentamos al inicio de este análisis, el estudio de la Fundación CASER para dependencia también ha analizado cuál es la percepción del SAAD, de aquellas familias que no cuentan entre sus miembros en estos momentos con ninguna persona afectada por la dependencia. A este colectivo se han realizado preguntas que tienen que ver con el grado de reconocimiento de la ley de dependencia, la identificación de la ley de dependencia con algunos servicios en concreto, la percepción del grado de avance de implantación de dicha ley de dependencia, así como el grado de

concienciación que este colectivo tiene con el fenómeno en sí de la dependencia y cómo puede afectarles en el futuro.

El grado de reconocimiento de “la ley de dependencia”, ha ido evolucionando los últimos años de una manera claramente creciente, de modo el año 2010 ha recogido un porcentaje del 65% de la población no dependiente, que reconoce la existencia de una nueva legislación en este aspecto. Resulta significativo no obstante, que este porcentaje de personas que reconocen la ley de dependencia, no haya crecido en el año 2010 con respecto al año anterior, lo que indicaría una cierta pérdida de protagonismo de esta partida en el escenario global del “ Estado del Bienestar”. No cabe duda de que probablemente, la existencia de una discusión de fondo sobre otros aspectos de dicho Estado del Bienestar, como son las pensiones de jubilación, pudieran haber “eclipsado” de alguna manera la primacía de la ley de dependencia en el debate social.

Los ciudadanos que no poseen entre sus familiares a personas en situación de dependencia, reconoce no obstante de una manera mayoritaria los servicios asociados a la dependencia, siendo claramente mayoritarios en todo caso los relacionados con la “ paga al Cuidador Familiar” con un 83% de asociaciones y la Ayuda Domiciliaria con un 74% de asociaciones.

Este aspecto es otro matiz, que debe hacernos reflexionar sobre el futuro crecimiento de los servicios relacionados con la dependencia, y muy especialmente con el crecimiento esperable de los servicios que se materialicen en Cuidadores Externos o Ayuda Domiciliaria. Recordemos que así como otros servicios,

como las residencias, tienen un cierto rechazo familiar por motivos emocionales, sin embargo la Asistencia Domiciliaria es vista de una manera ventajosa por los ciudadanos por lo que probablemente sus demandas sociales se encaminarán preferentemente hacia este tipo de servicios.

El estudio del año 2010 de la Fundación CASER para dependencia ha solicitado también información, de las familias sin personas en situación de dependencia, sobre cuál sería su percepción sobre el estado del proceso de implantación de la ley de dependencia, que arroja un posicionamiento mayoritariamente acertado, ya que el 34% del colectivo considera que el proyecto se encuentra en un grado de implantación elevado, en el que las personas en situación de dependencia han iniciado ya la recepción de las ayudas, aunque no de manera completa. En todo caso, este colectivo parece recoger la sensación de que la implantación del proceso se ha visto afectado por la crisis económica de manera negativa, en un 83% de los casos, y en un 86% de las ocasiones, que podría haber caído en una generación excesiva de expectativas que no está siendo posible cubrir.

10.SENSIBILIZACIÓN DEL COLECTIVO NO AFECTADO POR LA DEPENDENCIA EN LA ACTUALIDAD

En todo caso la población española, aunque en su familia no se haya dado por el momento ningún caso de personas con dependencia, está especialmente sensibilizada por el problema ya que el 88% de los casos, manifiesta su concienciación con respecto a los gastos y la necesidad de servicios que la dependencia genera, incluso hasta el punto de que el 70% de esta población considere que sería una buena idea cubrirse mediante seguros de esta eventualidad.

Como conclusión de este apartado relacionado con las personas no dependientes, podríamos decir que en general la ayuda a la dependencia es un fenómeno que ha calado en la población española, aunque ha perdido algo de protagonismo en el último año por la crisis de otros aspectos del Estado del Bienestar como las pensiones, que los ciudadanos son conscientes de las dificultades adicionales que la crisis ha generado para la implantación del sistema y que en todo caso se trata de un aspecto que ha conseguido sensibilizar fuertemente a la población española.



Para la Dependencia

