



Revista Española del

Tercer Sector

Nº3 MAYO-AGOSTO 2006

La Protección Social de la Dependencia

- *Artículos*

Demetrio Casado

Rafael de Lorenzo García y Álvaro Martínez Rivero

Julia Montserrat Codorniu

- *Panorama*

Jozef Pacolet



Fundación Luis Vives



Revista Española del Tercer Sector

El próximo número de la Revista Española del Tercer Sector tratará el tema de **la Migración**. La publicación del nº4 está prevista para el mes de diciembre de 2006.

Además de la Revista Española del Tercer Sector, algunas de las publicaciones más recientes de la Fundación Luis Vives son:



Todas las publicaciones pueden descargarse en www.fundacionluisvives.org, o bien solicitarse en formato impreso por correo electrónico a publicaciones@fundacionluisvives.org, o por teléfono al +34 91 540 08 78.

La Fundación Luis Vives publica, con una periodicidad quincenal, un boletín electrónico de noticias sociales de Europa y de España, cuya suscripción puede hacerse desde www.fundacionluisvives.org.

REVISTA ESPAÑOLA DEL

Tercer Sector

Nº3 MAYO-AGOSTO 2006



Fundación Luis Vives

Revista Española del Tercer Sector
Nº3 MAYO-AGOSTO 2006

- Versión accesible para personas con discapacidad en:
www.fundacionluisvives.org

Todos los derechos reservados.
Prohibida la reproducción total o parcial
de esta revista, por ningún procedimiento electrónico
o mecánico, sin el permiso por escrito del editor.



Fundación Luis Vives

Impreso en España - Printed in Spain
Dirección de Arte y Producción:
Carlos Halcón de Villavicencio
© Fundación Luis Vives

ISSN:1886/0400

Publicación cuatrimestral
Precio del número suelto
P.V.P.: 10 €
Precio suscripción anual
P.V.P.: 22 €

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director:
Gregorio Rodríguez Cabrero

Subdirector:
Vicente Marbán Gallego

Secretaria:
Blanca Spottorno Rubio

Consejo de Redacción:
Silverio Agea Rodríguez
Óscar Alzaga Villaamil
Luis Ayala Cañón
Luis Cayo Pérez
Paula Cisneros del Prado
Carmen Comos Tovar
Rafael de Lorenzo García
Fernando Fantova Azcoaga
José Manuel Fresno García
Juan A. Gimeno Ullastres
Carlos Mataix Aldeanueva
José Luis Piñar Mañas
Víctor Renes Ayala
Teresa Sanjurjo González
Joan Subirats Humet
Alfred Vernis Doménech

COMITÉ CIENTÍFICO

Luís A. Aranguren Gonzalo
Demetrio Casado
Marta de la Cuesta
Carmen Marcuello
Julia Monserrat
Luís Moreno Fernández
Azucena Penelas Leguía
Manuel Pérez Yruela
Pilar Pujol Furriols
Jesús Ruíz Huerta
J. Ignacio Ruiz Olabuénaga
Carmen Valor Martínez
Fernando Velasco
Imanol Zubero

CONSEJO ASESOR

Cruz Roja Española, *Leopoldo Pérez Suárez*
Cáritas Española, *Silverio Agea Rodríguez*
Confederación de Centros de Desarrollo Rural, *Juan Manuel Polentinos Castellanos*
Plataforma de Organizaciones de Infancia, *Juan Merín Reig*
Unión de Asociaciones Familiares, *Isabel Pizarro*
Federación Nacional de la Mujer Rural, *Juana Borrego Izquierdo*
Federación de Mujeres Progresistas, *Carmen Toledano Rico*
Federación de Scouts de España, *Julio del Valle Iscar*
Organización Juvenil Española, *José Antonio Callén*
Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados, *Paca Tricio*
Federación de Asociaciones de Mayores de Canarias, *Herminio Lozano*

Confederación Coordinadora de Minusválidos Físicos de España, *Roser Romero Soldevilla y Ana Aparicio Menéndez*
 Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, *Luis Cayo Pérez Bueno*
 Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, *Luciano Poyato Roca*
 Asociación UNIVER-SIDA, *Gema Vela*
 Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España
 Comisión Española de Ayuda al Refugiado, *Enrique Santiago Romero*
 Asociación de Trabajadores Inmigrantes Marroquíes en España, *Kamal Rahmouni*
 Asociación Española Contra el Cáncer, *José Ignacio Martín-Gromaz*
 Confederación española de organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual, *Paulino Azúa Berra*
 Confederación nacional de Sordos de España, *Mar Amate García*
 Confederación de Centros de Desarrollo Rural, *Juan Manuel Polentinos Castellanos*
 Fundación ESPLAI, *Maria Jesús Manovel*
 Fundación Secretariado Gitano, *Isidro Rodríguez*
 Fundación Juan Ciudad Orden Hospitalaria San Juan de Dios, *Calixto Plumed Moreno*
 Organización Nacional de Ciegos Españoles, *Carlos Rubén Fernández Gutiérrez*
 Unión Romani, *M^a Carmen Bastante García*
 Médicos del Mundo, *Antonio González*
 Plataforma de ONG de Acción Social, *Juan Lara*
 Confederación Española de Cajas de Ahorro, *Carlos Balado*
 Fundación Bancaja y Fundació Caixa Castelló, *José Fernando García Checa*
 BBK Solidaria Fundación, *Arantza Gandaraisbeitia*
 Fundación Un Sol Món, *Angel Font*
 Fundación Viure i Conviure, *Joseph Solans*
 Obra Social de Caixa Galicia, *Manuel Aguilar López*
 Fundación Caixa Sabadell, *Fermí Pons- Pons*
 Caja de Badajoz, *M^a José Pajuelo*
 Obra Social de Caja Madrid, *Carlos M^a Martínez*
 Obra Social de CAM, *Carlos de la Torre*
 Obra Social Ibercaja, *Román Alcalá*
 Fundación La Caixa, *José Francisco de Conrado i Villalonga*
 La Caja de Canarias – Obra Social, *Magaly Miranda*
 Fundación Caja Granada, *José Villalba*
 Kutxa – Obra Social, *Francisco Esquiros*
 Obra Social de Unicaja, *Francisco de Paula*
 CEPES, *Marcos de Castro*
 Organización Iberoamericana de Seguridad Social, *Adolfo Jiménez*
 Price WaterHouse, *Miguel Cruz Amorós*
 Universidad Carlos III, *Agustina Palacios*
Antonio Jiménez Lara

EDITORIAL

ARTÍCULOS

Demetrio Casado	
<i>Respuestas a la dependencia funcional y agentes</i>	15
Rafael de Lorenzo García y Álvaro Martínez Rivero	
<i>La futura Ley de Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España</i>	49
Julia Montserrat Codorniu	
<i>El coste y el modelo de los cuidados de larga duración en la Ley de la Dependencia</i>	81

PANORAMA

Jozef Pacolet	
<i>Protección social de personas mayores dependientes: Sostenibilidad del Estado del Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración</i>	111

NOTAS Y COLABORACIONES

Juan Manuel Suárez del Toro Rivero.	
<i>Presidente. Cruz Roja Española</i>	163
José Ramón Solanillas Vilá	
<i>Secretario General de Lares</i>	167
Luís Cayo Pérez Bueno	
<i>Movimiento asociativo de personas con discapacidad CERMI</i>	173
Francisco J. Leturia	
<i>Servicios Sociales de Fundación MATIA</i>	177
Luís Carlos Martín Pindado	
<i>Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España</i>	183

RESEÑAS Y HEMEROTECA INTERNACIONAL

<i>La situación social en España Fundación F. Largo Caballero Editorial Biblioteca Nueva. Madrid</i>	187
<i>El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia</i>	193
<i>Actores sociales y reformas del bienestar, Consejo Superior de Investigaciones Científicas</i>	197
<i>Soziologie der Pflege.Grundlage, Wissensbestände und . . . Perspektiven</i>	201
<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bericht zum Projekt „Bürokratie in der Pflege – Inhalt und. Aufwand indirekter Pflege in der stationären Altenhilfe“</i>	205

DOCUMENTOS

<i>Envejecer en el siglo XXI</i>	209
--	-----

<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	213
-------------------------------	-----

<i>NORMAS DE PUBLICACIÓN</i>	225
--	-----

EDITORIAL

La protección social de las personas en situación de dependencia constituye una nueva dimensión institucional de la protección social en diversos Estados de Bienestar de la Unión Europea, si bien han existido siempre programas y acciones de intervención en este ámbito. En unos casos la acción protectora ha sido consecuencia de la extensión del sistema de servicios sociales y del propio sistema sanitario, como sucede en los países nórdicos y Holanda. En otros casos, países continentales como Alemania, Austria, Francia y Luxemburgo, ha tenido lugar un diseño ex novo de la acción protectora desde mediados de la década pasada hasta los primeros años de la presente. Finalmente, los países del Sur de Europa se están incorporando al debate político y diseño de políticas de protección social de las personas en situación de dependencia en su vida diaria, así como de las familias cuidadoras y cuidadores informales en general.

En el caso de España ha tenido lugar un largo proceso - iniciado en 1992 y que concluye en 2006 con el proyecto de Ley de promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia - de debate científico y político así como la aplicación de planes y programas estatales, autonómicos y municipales para la protección de las personas mayores en situación de dependencia o con capacidades diferentes que precisan de apoyos personales y/o instrumentales en su vida diaria.

A lo largo de este período de tiempo las iniciativas de las Administraciones Públicas Centrales y Territoriales junto al debate de las sociedades científicas, las demandas y acción asistencial de las organizaciones del Tercer Sector, el Informe del Defensor del Pueblo de 2000, la influencia de los debates y políticas para la dependencia en la Unión Europea, en las que ha estado presente España y, en general, el debate de los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, ha cristalizado en un proyecto de ley en fase de debate parlamentario y enriquecido con los informes del Consejo Económico Social y el Consejo de Estado.

La Revista Española del Tercer Sector tenía que estar presente en el debate de la protección social de la dependencia en general y la promoción de la autonomía personal y en el muy concreto del actual proyecto de ley por muy diferentes razones. En primer lugar, porque se trata de la generalización e institucionalización de una dimensión específica de la protección social que afecta al conjunto de los españoles en la que el Tercer Sector ha estado siempre presente con una actividad asistencial y prestacional pionera. En segundo lugar, porque en el diseño del Sistema Nacional de Dependencia el Tercer Sector tiene un papel singular al que no debe renunciar como es el de la prestación de servicios de proximidad, innovación social y técnica y defensa de los derechos de las personas en situación de dependencia. Finalmente, porque la voz modesta pero comprometida y eficaz del Tercer Sector puede contribuir a la construcción de un nuevo sistema de solidaridad que garantice principios básicos constitucionales como son los de igualdad, equilibrio interterritorial y coordinación de políticas sociales.

Es en este contexto en el que el número 3 de la RETS aborda la problemática general de la protección social de la dependencia con especial referencia al proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia que a finales de 2006 se convertirá en una ley de protección social que iniciará su andadura en 2007.

El primer artículo, de **Demetrio Casado**, analiza desde una perspectiva general-conceptual la naturaleza social y técnica de la dependencia funcional, sus dimensiones y grados. A continuación describe y valora las respuestas tradicionales a las situaciones de dependencia (comunitaria, formal voluntaria, poderes públicos), la transición asistencial del siglo XIX y la actual división institucional de papeles en la que el Estado tiene un papel fundamental como institución de regulación, financiación y redistribución junto a actores tradicionales comunitarios, el mercado y las organizaciones del Tercer Sector, que obliga a modos de articulación coordinados con el fin de garantizar la igualdad y la solidaridad.

En el segundo artículo, desde la perspectiva jurídico-constitucional, **Rafael de Lorenzo y Álvaro Martínez Rivero** analizan la oportunidad social y política de la protección social de la dependencia en el contexto de las políticas sociales de los diferentes países de la Unión Europea a los que se hace referencia de manera específica. Los autores abordan la dimensión constitucional del proyecto de ley de la dependencia y los debates que ello ha suscitado así como las diferentes opciones: artº 149.1.1, el artº 41 y el artº 149.1.17. Junto a ello se analizan las fortalezas y debilidades del proyecto de ley desde la perspectiva de las organizaciones voluntarias.

El tercer artículo de **Julia Montserrat Codorniu**, analiza la dimensión económico-financiera del proyecto de ley de la dependencia. Primero se analiza el modelo de prestaciones que plantea el proyecto de ley, la peculiar combinación entre servicios y prestaciones económicas por servicios o para compensar a cuidadores familiares. A continuación se analiza la actual política de concertación y el papel del Tercer Sector en este campo. En tercer lugar se analiza críticamente el coste estimado de la ley y su comparación con planteamientos alternativos así como el esfuerzo de financiación a realizar por los usuarios, el Estado Central y las Comunidades Autónomas, con una especial referencia al papel de las Corporaciones Locales en la financiación y gestión de los servicios sociales.

En la sección de Panorama el profesor **Jozef Pacolet** de la Universidad de Lovaina hace una valoración general de las políticas sociales de la dependencia de los países miembros de la Unión Europea, en particular del grupo de los quince. En el texto se destaca la generalización de los sistemas de protección social de la dependencia, la importancia social de los mismos así como su sostenibilidad financiera en un contexto de continuidad y relativa estabilidad de los Estados de Bienestar de la Unión Europea.

En la sección de **Notas y Colaboraciones** se han recogido las opiniones de una consulta realizada a una representación de directivos de ONG relacionadas con la problemática de la dependencia – Juan Manuel Suárez del Toro (Cruz Roja), José Ramón Solanillas Vilá (Lares), Luis Cayo Pérez Bueno (Cermi, del sector de la discapacidad), Francisco Javier Leturia (Fundación Matia) y Luis Carlos Martín Pindado (UDP)- sobre el impacto del Sistema Nacional de Dependencia en el devenir del Tercer sector y el papel que este sector y las organizaciones que lo conforman pueden desempeñar en el desarrollo del futuro del citado Sistema Nacional de Dependencia.

En la sección **Reseñas y Hemeroteca Internacional** se analizan tres textos de investigadores nacionales y dos textos de la sociología alemana de la dependencia.

En **Documentos** la RETS ha incluido una reseña del nº 21 del Boletín de Envejecimiento del IMSERSO bajo el título "Envejecer en el siglo XXI" en el que se analiza el panorama de la investigación social del envejecimiento en el Reino Unido desde la perspectiva de la calidad de vida y el envejecimiento activo. El número 3 finaliza con una selección bibliográfica sobre protección social a la dependencia que recoge trabajos de investigación, libros y artículos de revistas científicas que pueden ser de utilidad al lector.

ARTÍCULOS

Demetrio Casado
*Director del Seminario de Intervención
y Políticas Sociales*

RESPUESTAS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y AGENTES

Demetrio Casado Pérez, Doctor en Farmacia y Diplomado en Sanidad, es Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales y ha dirigido publicaciones como, entre otras, *Respuestas a la dependencia* (Editorial CCS, Madrid, 2004) y *Avances en bienestar basados en el conocimiento* (Editorial CCS, Madrid, 2005). También es autor de obras como *Imagen y realidad de la acción voluntaria* (Hacer Editorial, Barcelona, 2003) y coautor en la investigación coordinada por Gregorio Rodríguez Cabrero: *Las entidades voluntarias de acción social en España* (Fundación FOESSA, Madrid, 2003).

RESUMEN

Tras un breve recordatorio conceptual relativo a la dependencia de ayuda personal para actividades comunes, se aborda la cuestión del reparto de responsabilidades y actuaciones relativas a la misma entre los distintos actores institucionales: la familia y otras estructuras comunitarias, el mercado, las entidades voluntarias y los poderes públicos. Se reseñan los papeles tradicionales de estos agentes, así como los cambios en los mismos derivados de la crisis del Antiguo Régimen. Se concluye con un examen y valoración de la situación actual, en la que confluyen el incremento absoluto y relativo de las situaciones de dependencia y el debilitamiento de de la capacidad familiar de afrontarlas.

PALABRAS CLAVE

Dependencia funcional, discapacidad, envejecimiento, intervención y políticas sociales, sectores institucionales.

ABSTRACT

After briefly reviewing the concepts related to dependency and the need for help in everyday activities, this paper looks at how responsibilities and tasks are shared amongst the different agents: family and other community structures, market, volunteer's organizations and public authorities. Traditional roles and the changes experienced after the crisis in the Ancien Régime are described. Finally, the current situation in which the number of cases of dependency has increased whereas families capacity to face them has diminished is examined and assessed

KEY WORDS

Functional dependency, disability, aging, actions and social policies, institutional sectors.

1. LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SUS GRADOS.

La dependencia es una relación de necesidad o supeditación respecto a muy diferentes factores o proveedores. De este modo, la palabra "dependencia" es un sustantivo verbal abstracto con tantos significados como referentes le asignemos (Casado, 2004, 17-23). Ortega utilizó ese término para señalar la sujeción del hombre en las sociedades tradicionales a las circunstancias naturales y a las relaciones sociales de dominación: "Para el 'vulgo' de todas las épocas, 'vida' había significado, ante todo, limitación, obligación, dependencia: en una palabra, presión. Si se quiere, dígase opresión con tal que no se entienda por ésta sólo la jurídica y social, olvidando la cósmica." (Ortega y Gasset, 1956, 77). En las sociedades ricas y libres se registra también dependencia material y supeditación personal –gobierno de la propia vida- con carácter casuístico. Por otra clase de relación, la dependencia afectiva condiciona también poderosamente las conductas individuales. Lo mismo cabe decir de aquella que resulta de la adición a drogas psicotrópicas, salvo que la producción, tráfico y represión de una y otro han llevado el impacto de esta dependencia de lo individual a lo colectivo. Aquí y ahora, en virtud de la iniciativa político-social en curso concerniente a ella, la dependencia de mayor actualidad es la que consiste en necesidad de ayuda funcional para la realización de actividades comunes: levantarse de la cama, asearse, comer, desplazarse, hacer compras, estudiar o trabajar, tomar decisiones concernientes a la propia vida y a los familiares sin capacidad jurídica.

La dependencia funcional que acabo de apuntar se da de modo universal en los niños. Las crías de la especie humana son dependientes de apoyos funcionales –y también materiales o económicos y afectivos- en alto grado y durante más tiempo que cualquier otro mamífero. Se piensa que, en algún tiempo muy lejano de su largísimo proceso evolutivo, el predecesor del *homo sapiens* optó por valerse de sus pezuñas delanteras para tomar frutos y/u otros objetos, apoyándose a la vez en sus patas traseras. A fuerza de intentarlo durante milenios, acabó teniendo éxito y experimentó dos importantes efectos: la manipulación hizo necesario y produjo el crecimiento del cerebro; la bipedestación trajo consigo un estrechamiento de la pelvis. Vistas estas transformaciones desde el punto de vista del parto, fue sucediendo que los fetos tenían la cabeza cada vez más grande, en tanto que la ventana por la que habían de sacarla se estrechaba. Ante tal problema, la Naturaleza resolvió que el parto humano tuviera lugar antes de que resultara imposible. El coste de esa prematuridad es la acusada y prolongada pluridependencia de los cachorros humanos. Pero, por su carácter natural, la dependencia funcional infantil debe ser considerada normal o no patológica, y la dejo fuera del objeto de esta exposición.

Algunos niños, jóvenes, maduros y viejos se hallan afectados de discapacidades tan graves que suponen dependencia extraordinaria o patológica. Pero, antes de entrar en sus grados, veamos la estructura de la discapacidad (Casado, 2005, 222-223). Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001, 12), la discapacidad se manifiesta en dos niveles: primero, el de la deficiencia; después, el de las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación que se relacionan con aquella. Las deficiencias consisten en alteraciones físicas y psíquicas que interesan la anatomía y el funcionamiento humano de modo prolongado o crónico. El repertorio de estas alteraciones es muy amplio y diverso: va desde lo más visible, como la carencia de un brazo, hasta lo más oculto, como la causa o causas del autismo. Las deficiencias entrañan riesgos de limitaciones en las actividades: también desde las más animales, como caminar, hasta las más humanas, como el discernimiento intelectual. Mediante intervenciones rehabilitadoras se puede reducir el desarrollo de las deficiencias y de su impacto en la capacidad para realizar actividades: los tratamientos de atención temprana bloquean o menguan ciertos riesgos de deficiencias y deficiencias que se aprecian al nacimiento; previo el aprendizaje oportuno, la combinación de varias nuevas tecnologías de la información permiten salvar las limitaciones de la ceguera para la lectura y la escritura con ordenador. Establecidas las deficiencias, podemos evitar que su efecto se potencie por las barreras físicas y sociales llevando a cabo adaptaciones en los entornos: accesibilidad arquitectónica, urbanística, en las telecomunicaciones, en los medios educacional, laboral, de las instituciones políticas, del ocio. Así pues, además de sus bases biopsíquicas, la discapacidad y, por consiguiente, la dependencia funcional tienen otras dimensiones indirecta o directamente sociales.

Tabla 1

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN LA CIF

ASPECTOS POSITIVOS	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación
Funcionamiento		
ASPECTOS NEGATIVOS	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación
Discapacidad		

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid, p. 12.

Dije antes que la dependencia funcional patológica se da en casos de discapacidad grave; en relación al esquema conceptual de la OMS, es más propio decir que

consiste en una limitación determinante para realizar actividades inexcusables para el funcionamiento humano. Precisamente se viene recurriendo a la clasificación de esas actividades, que suelen caracterizarse como propias de la vida diaria, para obtener una primera escala de gravedad de la dependencia funcional. La gama de actividades de la vida diaria (AVD) abarca las llamadas básicas (ABVD) o de autocuidado; las instrumentales (AIVD) o de desenvolvimiento como usuario en el medio social; y las avanzadas (AAVD), que permiten la participación social. Éstas últimas son las relativas a la educación, el empleo, las relaciones sociales, el tiempo libre. El Instituto Nacional de Estadística de España, en la explotación de su Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), de 1999, adopta un elenco de trece actividades, de carácter básico e instrumental (INE, 2002, 150, 151, 278, 279, 390 y 391). He aquí una propuesta de asignación de las mismas a las dos primeras clases (Jiménez Lara y Huete García, 2003, 119):

ABVD:

- Realizar cambios de las diversas posiciones del cuerpo y mantenerlas
- Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado
- Desplazarse dentro del hogar
- Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto
- Controlar las necesidades e ir solo al servicio
- Vestirse, desvestirse y arreglarse
- Comer y beber

AIVD:

- Deambular sin medio de transporte
- Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios
- Cuidarse de las comidas
- Cuidarse de la limpieza y cuidado de la ropa
- Cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa
- Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

Como he señalado en otra ocasión (Casado, 2005, 224), en algunos de los instrumentos empleados para identificar y valorar la dependencia funcional, se omiten actividades que implican el buen funcionamiento intelectual y/o emocional. De este modo no se detectan situaciones de dependencia para actividades de gestión de la propia vida, frecuentes en las personas afectas de deficiencias intelectuales y enfermedad mental. La CIF, en cambio, abarca ese flanco mediante *ítems* de actividades como estas: “d175 Resolver problemas”, “d177 tomar decisiones”, “d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas”, “d570 Cuidado de la propia salud”, “d610 Adquisición de un lugar para vivir”, “d720 Interacciones personales

complejas”, “d760 Relaciones familiares”, “d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo”, “d870 Autosuficiencia económica” (OMS, 2001, 41-44).

Recordé antes que la rehabilitación puede modificar el desarrollo de las deficiencias y su impacto sobre las actividades. Añado ahora que la acción rehabilitadora se sirve con frecuencia de prótesis y otras ayudas técnicas. La EDDDES, como indiqué también en ocasión anterior (Casado, 2005, 224), considera las limitaciones graves para realizar las actividades aunque el afectado salve aquellas mediante “ayudas técnicas **externas** (muletas, sillas de ruedas, prótesis que sustituyen algún miembro, aparatos auditivos, oxígeno, sondas, ...)”; no considera, en cambio, las limitaciones para las actividades que se salvan con lentes oculares o con “ayudas técnicas **internas** (marcapasos, lentes intraoculares de cataratas, prótesis articulares de la rodilla, válvulas cardíacas, válvulas de descompresión cerebral, clavos, ...)” (INE, 2002, 22). El primer criterio me parece contradictorio con la conciencia y las prácticas actuales relativas a las discapacidades.

Centré en las deficiencias la base de la dependencia funcional, sin considerar –como se hace con frecuencia– la edad avanzada como causa de aquella. La observación muestra una fuerte asociación de la mayor edad con la dependencia funcional, pero no parece correcto considerarla causa de la misma, en cuanto que no resulta propio asignar el diagnóstico de discapacidad a la limitación en las actividades por efecto del envejecimiento normal. Este fenómeno fisiológico lleva consigo una “pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a circunstancias anómalas, internas o externas, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas” (Martín Carmona, 1997, 120). Es obvio que de tal proceso se derivan limitaciones importantes para ciertas actividades comunes, especialmente las laborales; así pues, en abstracto, cabría decir que la edad avanzada aboca a la discapacidad. Pero, en general, las sociedades han adoptado soluciones más o menos eficaces para evitar la aplicación de ese diagnóstico o equivalentes al común de las personas de edad avanzada. Consisten tales soluciones en estatus y roles que les liberan de las expectativas de capacidad y esfuerzo propias de los jóvenes y de los maduros: “En la vejez no hay fuerzas. No se le pidan fuerzas a la vejez. Por tanto no sólo por ley, también por las costumbres, nuestra edad está liberada de las cargas que no pueden ser sobrellevadas sin fuerzas. Así, no sólo no estamos obligados a lo que no podemos, sino ni siquiera a todo aquello que sí podemos.” (Cicerón, [44 a. de C], 2001, 167). En nuestras sociedades actuales, se evita la discapacidad laboral de las personas de edad avanzada por medio de la jubilación reglada –el derecho a pensión previene también, salvo problemas de cuantía, de la dependencia económica–.

Tabla 2

POBLACIÓN EUROPEA CON ENFERMEDAD CRÓNICA, INCAPACIDAD O DEFICIENCIAS CRÓNICAS QUE IMPIDEN REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN GRADO SEVERO (%)

EDADES	16-64	65-79	80 Y +	TOTAL
Países nórdicos	4,6	14,4	26,4	6,6
Países continentales	5,5	20,6	37,9	8,5
Países meridionales	2,8	13,5	27,7	5,5
Países anglosajones	2,9	13,5	34,5	5,6

Fuente: FOGHE, sexta ola, 1999. Elaboración de Gregorio Rodríguez Cabrero, “Conocimientos sociográficos sobre la dependencia funcional en España y su dimensión aplicada”, en Demetrio Casado, dir., *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, Madrid, Editorial CCS, 2005, p. 168.

Dicho lo anterior, corresponde indicar ahora que la fuerte asociación de la dependencia funcional con las edades avanzadas deriva de la frecuencia en las mismas de deficiencias derivadas de enfermedades y traumatismos. El curso del tiempo acumula deficiencias aparecidas en el nacimiento con las que se producen después: por alteraciones genéticas latentes, como son presumiblemente algunas de las degenerativas más discapacitantes; por accidentes, violencia terrorista y otras clases de traumatismos; por intoxicaciones, como las producidas por el aceite de colza, y medioambientales diversas; por enfermedades agudas que dejan secuelas discapacitantes, como la poliomielitis –incluido el síndrome postpolio–; como la diabetes mal cuidada –que puede hacer necesarias amputaciones de miembros inferiores– y otras; etc.

2. RESPUESTAS TRADICIONALES Y AGENTES

Las respuestas tradicionales a la dependencia funcional han consistido en ayuda personal básica, subvención material de subsistencia en casos de pobreza asociada a la dependencia, y asistencia sanitaria de mantenimiento. Tales prestaciones fueron provistas o gestionadas principalmente por los familiares y otros próximos, pero no son desdeñables las aportaciones de la acción voluntaria formal y de los poderes públicos.

2.1 La solución comunitaria

Los cuidados –como los aportes materiales- que reciben los niños en su etapa de dependencia natural forman parte de la cadena de reciprocidad propia de la especie humana; ellos mismos la continúan cuando, al llegar a jóvenes o maduros, proveen los cuidados personales -y apoyos económicos- que eventualmente puedan necesitar sus mayores enfermos o envejecidos. La ayuda con expectativa de correspondencia –hoy por ti, mañana por mí- para situaciones de dependencia -y otras necesidades- se practica también entre cónyuges, hermanos y otros familiares, así como entre amigos y miembros de comunidades cooperativas más amplias.

El carácter comunitario de la reciprocidad y de la ayuda mutua no propicia acuñaciones conceptuales precisas ni, por otra parte, deja apenas rastros que faciliten su visibilidad histórica. La copiosa preceptiva ética y moral, así como las escasas normas jurídicas concernientes a la ayuda comunitaria no identifican, por lo general, de modo expreso las situaciones de dependencia funcional: sirvan como muestra las disposiciones del Código Civil sobre la ayuda intrafamiliar, es decir, el “derecho de alimentos” (arts. 142-153) (Vilà, 2004, 141). Por otro lado, las relaciones informales de ayuda, por definición, no dan lugar a instituciones burocratizadas que dejen rastros documentales (ordenanzas, actas, registros, etc.). Además, las relaciones comunitarias no tienen necesidad de edificios que dan testimonio de la función, incluso cuando la misma ha desaparecido (sedes seculares de instituciones asistenciales transformadas en paradores y hoteles). Por esa débil imagen de la acción comunitaria, resulta obligado resaltarla.

Por de pronto, me parece oportuno recordar que la ayuda personal en régimen de reciprocidad expresa un rasgo esencial de la condición humana: “Sólo creó desnudo al hombre, débil, tierno, desarmado, de carne blandísima y cutis delicado... sólo el hombre nace en un estado que por mucho tiempo le obliga a depender totalmente de ayuda ajena. No sabe ni hablar, ni andar, ni buscarse la comida, sólo implorar asistencia berreando, para que de ahí podamos deducir que se trata del único animal nacido exclusivamente para la amistad, que principalmente madura y se refuerza con la ayuda mutua. Por eso la naturaleza ha querido que el hombre reciba el don de la vida no tanto por sí mismo como para orientarlo hacia el amor, para que entienda bien que está destinado a la gratitud y la amistad. Es así que no le dio un aspecto feo u horrible como a otros sino dulce, pacífico, marcado por el sello del amor y la ternura. Le dio una mirada afectuosa que refleja los movimientos del alma. Le dio brazos capaces de abrazar. Le dio el sentido del beso para que las almas puedan unirse al mismo tiempo que se unen los cuerpos. Sólo a él le acordó la risa, signo de la alegría. Sólo a él le acordó las lágrimas, símbolo de clemencia y de misericordia...” (Erasmus de Rotterdam, 2000, 171).

En el plano de los hechos, es del caso subrayar que la acción comunitaria ha sido con mucho la vía de ayuda personal, incluida la concerniente a situaciones de dependencia funcional, más importante en nuestras sociedades. Esa ayuda personal se realizaba comúnmente por los familiares de modo directo y sin apenas aportaciones externas; sólo las clases acomodadas contrataban servidores domésticos para esa función. No existía oferta privada ni pública de cuidados profesionales a domicilio provistos por servicios técnicos.

2.2 Respuestas formales voluntarias y de los poderes públicos

Sin perjuicio del aludido predominio de la acción comunitaria, las sociedades tradicionales instituyeron importantes respuestas formales a las situaciones de dependencia funcional, mediante iniciativas voluntarias y de los poderes públicos. No es fácil apreciarlo mediante la información comúnmente disponible, sobre todo porque dichas respuestas no tomaron como objeto diferenciado dicho problema, sino que lo abordaron en asociación o mezcla con otros. Esto es manifiesto en importantes instituciones asistenciales pretéritas. Ciertamente, se crearon y mantuvieron legados, pósitos, cofradías y establecimientos con destinatarios y/o medios ajenos a la dependencia funcional patológica: provisión de dotes para doncellas que entraran en religión, préstamos de grano para la siembra, honras al patrón y ayuda mutua económica por y para los miembros de un colectivo profesional, acogimiento de niños expósitos o de peregrinos. Pero también se instituyeron y gestionaron entidades en cuyo objeto se incluía la dependencia funcional bajo ofertas complejas. Veámoslo mediante una recensión sumaria.

En la Edad Media y en la Moderna, se dio el nombre de hospitales a establecimientos residenciales de objeto diverso: sanitario, ayuda personal, socorro material y aun educación. La asistencia hospitalaria de carácter sanitario, salvo excepciones, cubría las situaciones de enfermedad de la población pobre y desvalida; por supuesto, una parte de ellas tenían carácter crónico y grave, de modo que implicaban dependencia funcional –eventualmente vista bajo el enfoque del envejecimiento-. Sirva como ejemplo el Hospital de la Santa Caridad, de Sevilla, fundado por la Hermandad del mismo nombre siendo Hermano Mayor de la misma (1663-1679) Don Miguel de Mañara –en quien se ha querido ver, al parecer sin fundamento, el antecedente histórico de Don Juan Tenorio-: se instituyó “para los incurables y la suma vejez” (Sebastián y Bandarán, 1996, 8).

La acción hospitalaria tradicional relativa a problemas de salud graves e incurables se realizaba, tanto en establecimientos generales, como especializados: muchos de estos –como el que fundara, en 1803, la Condesa viuda de Lerena en Madrid- fueron identificados mediante la citada especificación. Cabe pensar que la acción de los mismos alcanzara a una proporción de casos de dependencia funcional

mayor que otros hospitales. Como parte del proceso histórico de tecnificación asistencial, la atención material y personal a las personas principalmente pobres afectas de dependencia funcional no asociada a enfermedades en curso fue afrontándose mediante recursos centrados en la discapacidad grave. Así, en el Reglamento de la Ley General de la Beneficencia de 1849, aprobado por Real Decreto de 14 de marzo de 1852, se prevén establecimientos para “decréptos, imposibilitados e impedidos” (art. 5).

Otra especialización asistencial que interesa mencionar aquí es la relativa a las enfermedades mentales, muchos de cuyos afectados padecían dependencia funcional. La oferta de estos establecimientos era también compleja: atención al enfermo y protección para la familia y la sociedad de la eventual peligrosidad del mismo, es decir, asistencia y contención. De este modo, el internamiento no era necesario sólo para la población pobre y desvalida. Tal es el caso del Hospital de Inocentes, sito en la ciudad de Valladolid y que data del siglo XV. Sus destinatarios principales debían acreditar pobreza y demencia, pero se aceptaban también enfermos mentales no pobres mediante el pago de derechos de estancia y honorarios, llegando a ser muy importante este capítulo para la financiación del establecimiento (Mata Zorrilla, 1985, 94); esa apertura a los no pobres hace plausible que Delibes, en *El hereje*, haga ingresar a una paciente de familia burguesa en ese hospital (cap. XIII).

Quiero referirme finalmente a las situaciones de dependencia funcional ocultas bajo la imagen social del vagabundaje y la mendicidad. Desde muy temprano, tanto la sociedad como el poder político, recelaron de los vagabundos, entre otros factores porque su régimen de vida comportaba dificultades para el control social y para la justicia; recordemos la política tradicional relativa a los gitanos. El recelo era aun mayor si el vagabundaje iba acompañado de la mendicidad, que representaba una carga económica y molestias para los potenciales donantes. Mas como, sobre el sentimiento humanitario, el Cristianismo imponía el deber de la caridad, resultó necesario discriminar los casos de vagabundaje y/o mendicidad legítimos de los ilegítimos; sirva como muestra el debate Soto-Robles ([1545] 1965). La pobreza vinculada a la incapacidad para trabajar fue el criterio principal aceptado por las instancias morales y políticas para avalar y autorizar la mendicidad. Se aceptó también la mendicidad de las personas pobres con impedimentos, no biopsíquicos, sino sociales para ganar el sustento: viudas, estudiantes, escuderos, etc. El peregrinaje religioso, principalmente jacobeo, no sólo fue considerado motivo justo para la vida caminera y la petición de socorros, sino que inspiró una constelación de obras –como caminos, puentes, refugios- e instituciones asistenciales –además de las religiosas- que recuerda la densidad y el brillo de la Vía Láctea (Carasa Soto, 1988, 15). El control del vagabundaje y la mendicidad se realizó, además de mediante normas morales y jurídicas, por intervenciones privadas y públi-

cas. Vienen del Renacimiento las propuestas e iniciativas orientadas a suprimir la mendicidad por medios positivos, como la captación organizada de ayudas para su entrega a los pobres. Sobre todo en la etapa de la Ilustración, este enfoque se asocia al encerramiento forzoso de mendigos y a la incorporación de los válidos para el trabajo a tareas productivas. Y sigue la práctica del internamiento forzoso después, según vemos que les ocurre en la novela realista-naturalista de Galdós *Misericordia* a Almudena y *Benina*, que son llevados a los hospicios madrileños de San Bernardino y de El Pardo (caps. 35 y 38). He traído a colación los hechos reseñados para indicar que, con toda seguridad, entre esos mendigos que a lo largo de los siglos fueron válidos para el trabajo, no podían faltar casos de dependencia funcional por efecto de limitaciones y alteraciones intelectuales y afectivas no asequibles a la diagnosis de entonces. Incluso hoy, cuesta mucho trabajo identificar la dependencia funcional por incapacidad para gestionar la propia vida entre las personas “sin hogar” (Casado, 2004, 29-30).

3. EL CAMBIO ILUSTRADO-LIBERAL Y SU IMPACTO EN LOS AGENTES SOCIALES

El cambio histórico de nuestras sociedades tradicionales produjo transformaciones importantes en la acción relativa a las necesidades humanas extraordinarias, como la dependencia funcional. No parece arriesgado decir que tales cambios se orientaron, no sin titubeos ni pasos atrás, hacia la racionalización técnica y administrativa u organizacional. Ese proceso tuvo lugar en el contexto de otro más general de centralización política y se vio afectado también por hechos coyunturales como las necesidades o conveniencias coyunturales del poder político. La Ilustración y la política liberal del XIX fueron decisivas en ese orden de hechos y produjeron fuertes impactos en los agentes de la acción asistencial: supresión de numerosas cofradías y de otras entidades asociativas, muchas de las cuales desarrollaban labores asistenciales para sus asociados y/o para terceros; pérdida de autonomía y patrimonio, y aun nacionalización, de fundaciones asistenciales, entre otras; impulso a la acción comunitaria; incremento y articulación territorial de la acción pública (Casado, 1997, 17-25). Como no puedo hacer un examen extenso del fenómeno, voy a reseñar un testimonio ideológico y una construcción institucional en los que se observan algunos de esos cambios.

3.1 El plan de Cabarrús

Ya Vives observó y denunció –en su medio- importantes fallos de racionalidad y buen gobierno en los establecimientos asistenciales ([1525] 1992, 161-162). En la Ilustración, el Conde de Cabarrús hace presa en ese problema dentro de un plan-

teamiento integral de política económico-social en el que adopta resueltamente un enfoque de centralización política y, a la vez, apoyo en la comunidad. Lo expone en la primera de las cinco cartas que escribió a Jovellanos a finales de 1792 y principios de 1793 -después de que el citado redactara el famoso "Informe en el Expediente de la Ley Agraria"- (Cabarrús, 1820). Como dije, la propuesta de Cabarrús es de carácter socio-económico: "Por una parte tenemos caminos y canales por abrir, ríos que hacer navegables, lagunas que agotar, puertos que construir. Por otra tenemos millares de pobres que mantener, y que en efecto mantenemos. Veá vmd. que operación tan sencilla: combine estas necesidades y ambas quedarán atendidas, mantenidos los pobres y ejecutadas las obras." Su plan abarca, no sólo a los desvalidos y pobres incapaces, sino también a los desempleados forzosos."

La base de todo ello sería un fondo de socorros o de caridad con el que acometer las iniciativas que propone en la carta. En la enumeración de las fuentes financieras, Cabarrús denuncia mala gestión y corrupción en la práctica caritativa organizada y/o institucionalizada. Entiende que las fundaciones, en el sentido amplio del término, cuentan con una masa de recursos muy importante que está mal administrada. Uno de los fallos radica en la gestión deficiente y aun corrupción de los administradores vitalicios y venales. Los fundadores tuvieron buenas intenciones, pero los administradores las desvirtúan. Cabarrús aborda también las rentas de la Iglesia Católica, sobre las que sugiere medidas pseudofiscales en pro del fondo de socorro que propugna. Se refiere también a los recursos del erario público, pero ello no obsta al sentido centralizador y desamortizador de su propuesta, lo que supone mengua del papel de las entidades voluntarias, incluida la Iglesia, en beneficio del papel público.

En otro sentido, Cabarrús mantiene el criterio de que la sociedad tiene una gran potencialidad de protección "natural", si vale decirlo así, de pobres y desvalidos, en tanto que los modos institucionalizados vigentes a la sazón llevaban aparejada la degradación y corrupción de esa potencialidad. Sin duda en función de ese criterio propone una forma comunitaria de gestionar la acción protectora: "Fórmese en cada pueblo, según su población, una junta de caridad que anualmente se renueve, nunca menor de cinco personas, nunca mayor de treinta. Compóngase en el primer caso del alcalde del estado llano, del cura y de tres vecinos, nombrados sin distinción de clase, por la pluralidad de votos del vecindario, en la forma en que se nombran los síndicos personeros. Sígase en los lugares más populosos la misma proporción y los mismos principios, y sobre todo, que el secretario sea siempre otro vecino nombrado a pluralidad de votos, y que ningún derecho, ni ningún emolumento profanen un cargo tan sublime."

Comienza Cabarrús su exposición de políticas para las diferentes áreas sociales por los expósitos. Critica la práctica social de castigar la maternidad de hijos ilegítimos mediante la estigmatización absoluta de las madres, lo cual les induce al abandono de sus hijos para suprimir la prueba de la falta; lo cual iba en perjuicio de aquellos, especialmente teniendo en cuenta el régimen de crianza mediante amas profesionales. Propone que se aproveche el instinto natural de la gente en pro de los niños: "Este es el orden que debemos seguir: si la madre no puede estar rodeada de los suyos, la caridad ingeniosa la sustituirá otra familia para aquellos instantes críticos; pero no una familia de empleados mercenarios, en quienes la continuación del mismo espectáculo haya destruido la sensibilidad que inspira, sino una familia escogida; y no será por de contado entre las más pobres donde se encontrará menos humanidad y virtud." Para los casos en que fuera necesaria la prestación de un ama de cría, "la familia adoptiva quede encargada de atender que el ama cumpla las obligaciones de su destino."

Pasa después Cabarrús a tratar la protección de "el hombre criado y ya adulto; pero postrado por enfermedad, y destituido de socorros" -aduce su experiencia en la materia por haber sido, como Jovellanos, consiliario [consejero] de hospitales-. "Nuestra caridad le da la mano, es cierto, y le conduce a nuestros magníficos hospitales; pero ¡justo Dios! ¿Qué caridad? ¿Pudo jamás la tiranía más ingeniosa, y más intensamente combinada, reunir en tan corto espacio más insultos a la humanidad? A título de darles algunos socorros de un arte imperfecto siempre escasos, siempre atropellados, y por consiguiente, frecuentemente ineficaces, quando no homicidas; se la [les] quitan por de contado todos los beneficios y auxilios de la naturaleza, la ventilación, el sosiego, los consuelos, el esmero del parentesco, del amor y de la amistad..." Si ello es inherente a tales establecimientos, dice, deben reducirse a lo imprescindible, dando paso a un abordaje comunitario de la atención a los enfermos desvalidos: "Qualquiera hombre que tenga un hogar, una familia, un amigo, no necesita de un hospital, y estará mejor asistido en su domicilio. Allí se curarán mejor quantos enfermos pueblan nuestros hospitales: allí tendrán los mismos socorros, siempre que los facultativos estén distribuidos con debida proporción, y que cada pueblo que pueda sufragarlo, mediante la dotación proyectada de socorros, tenga médico, cirujano, botica, y que las aldeas circundantes puedan acudir y valerse de aquellas proporciones. Arreglado así, quedarían sólo para los hospitales, o aquellos hombres destituidos de toda conexión o parentesco, o aquellos que pidan operaciones extraordinarias. Para todos estos objetos convendría que en cada partido hubiera hospitales dirigidos por otros principios; y en esta parte nuestros vanos reglamentos nunca reemplazarán los institutos sublimes de San Juan de Dios, o de las Hermanas de la Caridad." En este párrafo se observan dos orientaciones que me parecen relevantes: la opción por la hospitalización domiciliaria, que se institucionalizará más adelante; y el aprecio de los institutos

religiosos de vida consagrada a la asistencia, que se libran de la conocida enemiga de los ilustrados a las entidades voluntarias.

Se refiere seguidamente Cabarrús a los afectos de secuelas permanentes, como sucede “en los impedidos, en los dementes, en los ciegos, etc.”; discapacidad grave y eventual dependencia funcional, diríamos hoy. Como ya hiciera Vives ([1525] 1992, 157-175), sin duda buscando la racionalidad en la protección y la economía, adopta el principio de adaptación de la misma al grado de discapacidad: “Si no pueden servir para nada, ¿Quién duda que los socorros han de ser absolutos, como las necesidades... Pero si no llegasen a este último apuro, si no padeciesen más que una disminución de facultades, la sociedad les debe facilitar (y no más), objetos a que aplicar las que les quedan...” Denuncia la práctica asistencial de los establecimientos destinados a personas con discapacidades graves: “Ya veo vuestros hospicios con los mismos inconvenientes que nuestros hospitales, y con resultas todavía más horribles. En nuestros hospitales al cabo se sacrifican los pobres; pero en nuestros hospicios se les degrada y se les pervierte...” Y propone también la fórmula comunitaria, combinada, en el caso de los parcialmente capaces, con lo que hoy se llamaría empleo protegido –o, más púdicamente, especial-, bien que a domicilio: “Hemos visto como los enfermos estarán mejor y más económicamente asistidos en sus casas que en los hospitales. Asimismo estarán mejor ocupados en sus casas que en los hospicios los pobres débiles y acreedores de una ocupación honesta.”

Termina su propuesta de intervenciones selectivas con la relativa a los desempleados forzosos, que enuncia así: “...sólo queda que atender a los brazos robustos, que la falta de trabajo, o permanente u ocasional, condena a la inercia, y por consiguiente a la mendiguez: plaga tanto más peligrosa cuanto es mas insensible, y que sólo se percibe quando es más difícil de remediar...” Propone para ellos la aplicación de socorros del fondo de caridad, anteriormente mencionado, a realizar obras públicas, tanto municipales como generales, es decir, nacionales o estatales, en la estructura política actual.

3.2 La Beneficencia pública

La política ilustrada llevó a cabo en el siglo XVIII importantes medidas que incidieron en el fortalecimiento del papel del Estado en la acción asistencial a costa del debilitamiento de las posiciones tradicionales del sector voluntario. La supresión de entidades del mismo alcanzó a algunas, como las mutualistas, muy relevantes desde el punto de vista asistencial. Los ilustrados justificaron esta política por la mala administración, despilfarro, desviación de fines y corrupciones de las cofradías y hermandades; así como por el freno de las asociaciones profesionales al progreso económico. Aparte de los hechos en que se fundaban estas denuncias,

no debe desconocerse la enemiga ilustrada a todo cuerpo intermedio ajeno al control o inspiración del Estado, que pudiera dificultar su plan de centralización estatal. También alcanzó al sector voluntario la política desamortizadora, en la que se incluye una Real Orden, de 25 de septiembre de 1798, que impone la enajenación de “todos los bienes raíces pertenecientes a Hospitales, Hospicios, Casas de Misericordia, de Reclusión y de Expósitos, Cofradías, Memorias, Obras pías, y Patronatos de legos, poniéndose los productos de estas ventas, así como los capitales de censos que se redimiesen, pertenecientes a estos establecimientos y fundaciones, en mi Real Caja de Amortización, bajo el interés anual del tres por ciento...” Salvo que no se aplicó plenamente la medida, debe ser valorada teniendo en cuenta al menos estas dos circunstancias: 1) su objeto no era la formación de un fondo de fin social, como el propuesto por Cabarrús, sino cubrir el déficit público resultante de las guerras exteriores (Tomás y Valiente, 1971, 38-45); 2) el interés del tres por ciento previsto para compensar la expropiación no fue abonado, de modo que se mermó el caudal de recursos aplicables a la acción asistencial (Mata Zorrilla, 1987, 177).

El crecimiento de la intervención del poder público en la acción asistencial alcanza un punto crítico al institucionalizarse la Beneficencia en el siglo XIX. La misma constituye un salto cualitativo en relación con la acción tradicional pública del Antiguo Régimen: intervención reguladora y de control irregular; procura discrecional de recursos a ciertas entidades voluntarias de objeto asistencial –dotaciones, tasas, privilegios, etc-; acciones de fomento; aleatorias iniciativas públicas de gestión directa. La superación de estas pautas está en la línea de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, en la versión que encabeza la Constitución francesa de 1793: “Las ayudas públicas son una deuda sagrada. La sociedad está obligada a proporcionar medios de subsistencia a los ciudadanos desgraciados, dándoles trabajo o asegurando la existencia de aquellos que se hallan incapacitados para trabajar.” (art. 21).

La Constitución de Cádiz (1812) asume la idea de ayuda en situaciones de menesterosidad, salvo que no abarca la provisión de empleo, y sienta las bases para un sistema general de Beneficencia, que precisamente identifica con esta denominación. Encomienda a los ayuntamientos “cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban” (art. 321.6º). A las diputaciones provinciales se les asigna la misión de control, así como la de proponer al Gobierno medidas reguladoras (art. 335.8º).

Una primera regulación de la Beneficencia instituida por la Constitución de 1812 quedó sin efecto por la derogación de ésta, mediante Decreto de 1814 dado por Fernando VII. Tras restablecerse el régimen constitucional por el pronunciamiento de Riego en 1820, y en el curso del trienio liberal, las Cortes aprueban, a finales

de 1821, una Ley de Establecimiento General de Beneficencia, que sería promulgada por el Rey el 6 de febrero de 1822. La vuelta al absolutismo en 1823, mediante la intervención francesa -los Cien mil hijos de San Luís-, impidió que se aplicara de inmediato esa primera Ley General de Beneficencia, pero merece la pena reseñarla siquiera sea brevemente, no sólo por su posterior rehabilitación, sino como muestra de la ideología sobre el asunto del liberalismo entonces llamado progresista.

La Ley de Beneficencia de 1822 pretendió institucionalizar un sistema público de protección para las personas desvalidas (niños, viudas) y pobres en lo relativo a la ayuda personal, subsistencia material, asistencia médica, y educación-capacitación e inserción laboral (destinadas a ciertas clases de asistidos). Para ejercer la responsabilidad que en materia de Beneficencia asigna la Constitución de 1812 a los ayuntamientos, la Ley comienza regulando los órganos colegiados encargados de auxiliarlos. Se prevé una Junta Municipal de Beneficencia, y Juntas Parroquiales de Beneficencia subordinadas en las poblaciones grandes. Se regula la participación de eclesiásticos y vecinos particulares en las Juntas, a las que se les imparte la directriz de contar, para las tareas asistenciales, con las Hermanas de la Caridad y con asociaciones dedicadas a las mismas (arts. 14 y 15). Esta opción supone que no se incluye a estas entidades en el rechazo del periodo ilustrado anterior al grueso de las entidades asociativas.

La Ley, de acuerdo con una pauta que contaba con antecedentes ya aludidos, establece que “Los fondos de Beneficencia procedentes de fundaciones, memorias y obras pías de patronato público, sea real o eclesiástico, cualquiera que fuese su origen primitivo, quedan reducidos a una sola y única clase, destinados al socorro de las necesidades a que se provee por esta ley.” (art. 25). De este modo, la asunción municipal de actuaciones a la sazón del sector voluntario habría de financiarse mediante una desamortización de los recursos correspondientes a dichas actuaciones que pasarían a los ayuntamientos. No obstante, se prevén aportaciones del poder central para cubrir déficit.

Los medios de acción previstos por la Ley son: casas de maternidad, que contarían con la posibilidad de encomendar lactancias a nodrizas externas; casas de socorro, consistentes en asilos con funciones asistenciales y de formación; socorros domiciliarios; hospitalidad domiciliaria; y hospitalidad pública, para enfermos comunes, convalecientes y locos (títulos III-VII). Llamo la atención sobre los socorros y la hospitalidad domiciliaria, que suponen la entrada solemne del enfoque comunitario en la acción asistencial pública. Quiero señalar, por otra parte, que la primera Ley de Beneficencia incluye varias disposiciones destinadas a garantizar los que hoy se denominan derechos humanos de los asistidos y su atención bajo un enfoque humanista (arts. 45, 46, 73...).

La abolición de la Ley de 1822 no significó la supresión de la actividad y la política benéficas, pero frenó la construcción del sistema de la Beneficencia. Tras alguna rehabilitación administrativa de la Ley derogada, se restablece por Decreto de 8 de septiembre de 1836. Pero pronto se optará por una nueva regulación, que sería llevada a cabo bajo el reinado de Isabel II, con gobierno moderado, dentro del marco de la Constitución de 1845. Esta segunda y última Ley General de Beneficencia fue promulgada el 20 de junio de 1849.

La nueva norma legal toma el mismo objeto de su precedente. También coincide aparentemente con ella en la opción de concentrar en el sector público todos los establecimientos de la Beneficencia, pero deja a salvo de tal medida desamortizadora a los privados funcionalmente legítimos (art. 1). De este modo, se da fundamento y carta de naturaleza a la Beneficencia particular, a la vez que se posibilita la acción voluntaria tradicional. En cuanto a la asignación de responsabilidades, la nueva Ley se aparta de la opción municipalista anterior y clasifica a los establecimientos públicos en “generales, provinciales y municipales” (art. 2). Para cada uno de estos niveles, se establecen las correspondientes Juntas de Beneficencia. La relación del sistema benéfico con el poder gubernativo es de signo centralista. En cuanto a participación, las vicepresidencias de las Juntas general y provinciales se asignan a eclesiásticos; y se cuenta con las llamadas Juntas de señoras para regir ciertas atenciones asistenciales. No incluye la Ley disposiciones de garantía de la calidad de trato a los usuarios, pero excluye expresamente de su ámbito los establecimientos disciplinarios y correccionales.

El Reglamento de la Ley, aprobado por Real Decreto de 14 de mayo de 1852, regula la estructura organizativa y técnica de la Beneficencia pública, de acuerdo con un criterio de jerarquía territorial –que la norma presenta en sentido centralista- y de asignación, determinada para el nivel central y flexible para los otros dos, de obligaciones. Al nivel central se le fijan los siguientes “Establecimientos generales”: “seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordomudos y dieciocho de decrepitos, imposibilitados e impedidos.” (art. 5). Para el nivel provincial se establece que “En cada capital de provincia se procurará que haya por lo menos un hospital de enfermos, una Casa de misericordia, otra de huérfanos y desamparados y otra de maternidad y expósitos.”; y además “Se procurará que haya asimismo en cada provincia –debe entenderse aparte de la capital- un Hospital de enfermos, que se denominará de distrito.” (art. 6). Finalmente, “En todos los pueblos donde haya junta municipal de Beneficencia, habrá por lo menos un Establecimiento dispuesto para recibir a los enfermos que por no ser socorridos en sus casas llamaren a sus puertas. En cada uno de estos establecimientos municipales se tendrán preparados los medios necesarios para transportar al Hospital del distrito los enfermos del pueblo que hayan de curarse en él y cualquier otro menesteroso que por su clase haya de pasar a otros Establecimientos, ya provinciales, ya

generales”; además, “La Beneficencia domiciliaria se organizará en todos los pueblos que tengan Junta municipal” (art. 7). Esta medida confirma la opción comunitaria de la Ley de 1822. Por otra parte, el Real Decreto regula las obligaciones y derechos de los Establecimientos de beneficencia. Destaco este precepto: “Ningún establecimiento de Beneficencia puede excusarse de recibir a pobre alguno o menesteroso de la clase a que se halle destinado” (art. 8). En cuanto a financiación, el Reglamento prevé la cobertura de los déficit económicos por los entes político-administrativos de los tres niveles (art. 67).

El Reglamento de 1852 diseña un sistema público de servicios de protección social para las personas afectas de pobreza y desamparo. En principio, el común de la población no tenía necesidad de ayudas de subsistencia, pero sí podría tenerla de prestaciones técnicas; en relación con ello el Reglamento autoriza la admisión de clientes de pago en los establecimientos de la Beneficencia pública (arts. 13, 14 y 15).

La alternancia de los progresistas y los moderados en el gobierno da lugar a modificaciones de signo público y municipalista, por un lado, y de gestión mixta y control centralista, por otro. Sirva como muestra la medida tomada al producirse la Restauración monárquica, liderada por el moderado Cánovas: con fecha 27 de abril de 1875, es decir, sólo tres meses y pico después de la entrada en Madrid de Alfonso XII, se publica una Instrucción por la que se pseudoprivatiza la Beneficencia pública y se asocia con la privada, lo que supone una política formalmente inversa a la desamortizadora, si bien coincide con ella en el propósito de trasvasar recursos privados a una función de responsabilidad pública. Sirva como anécdota indicativa de la citada alternancia que Fermín Hernández Iglesias se vio obligado a reformular su obra *La Beneficencia en España* (1876) como consecuencia de la Instrucción citada.

4. LA DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE PAPELES, HOY

No sin estancamientos y rectificaciones, la tendencia secular de cambio de nuestras sociedades apunta al fortalecimiento del poder político, en relación con los otros agentes, y al incremento de sus responsabilidades. Pero tal proceso no está libre de dificultades ni sus resultados son satisfactorios para todos. Aquí y ahora, el debate sobre el poder político se concentra obsesivamente en la dimensión territorial del mismo. Mas, si adoptamos la mira del interés de los ciudadanos, hemos de plantearnos también -y antes, creo yo- el asunto de la división de responsabilidades y tareas entre los distintos agentes o bloques institucionales: familiares y otros próximos, el mercado de bienes y servicios, las entidades voluntarias y el

sector público (Casado, 1986, 89 y ss.). Para discernir lo que más conviene en ambos planos estructurales son de obvio interés los principios relativos a la organización de la vida colectiva, pero no podemos soslayar las circunstancias particulares relativas a los distintos objetos, en este caso, la dependencia funcional. En el *Libro blanco* sobre la dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004) se abordan con amplitud; para contextualizar el examen que sigue, propongo una relación esquemática de las actividades relativas a la dependencia deseables según la conciencia actual:

De carácter colectivo:

- acciones preventivas de salud pública (desde programas de prevención de defectos al nacimiento hasta los de prevención geriátrica de la dependencia funcional)
- acondicionamiento de los entornos físicos de uso colectivo (urbanismo, edificaciones, transportes y telecomunicaciones)
- acondicionamiento de los ámbitos funcionales (conciliación de la vida laboral y familiar, compatibilidad de la pensión de invalidez con el salario, accesibilidad de los actos públicos, etc.)
- apoyo a entidades voluntarias incidentes en la prevención o atención a la dependencia funcional.

De alcance individual:

- ayuda personal directa, informal o de servicios sociales
- prestaciones sanitarias, incluidas las ortoprotésicas
- adaptaciones ergonómicas personalizadas de la vivienda, de los puestos de estudio y trabajo a domicilio y provisión de transporte individualizado
- medidas laborales y de Seguridad Social relativas a funciones familiares
- beneficios fiscales
- prestaciones monetarias para situaciones de dependencia funcional

4.1 La acción comunitaria

Hoy, la imagen de la acción comunitaria para las situaciones de dependencia funcional es acaso más débil que en el pasado, en relación con la prestada por vías formales, privadas y públicas. Sin embargo, la respuesta familiar y afines a las necesidades de la dependencia funcional tienen plena vigencia, por varios factores, como los que reseño a continuación.

Por de pronto, según podemos ver en la tabla 3, predomina ampliamente el alojamiento en el domicilio particular de las personas afectas de dependencia funcio-

nal. Ocurre también que los familiares –sobre todo, mujeres- siguen siendo los principales proveedores de cuidados en el domicilio para las situaciones de referencia. Los empleados domésticos y ayudantes personales –muchos de ellos, en la España de hoy, inmigrantes- representan un 6% aproximadamente del total de los cuidadores; y los cuidadores provistos por los servicios sociales –en su mayor parte públicos- no llegan al 2,5% del total (Rodríguez Cabrero, 2004, 60). Quede nota igualmente de que también en los otros países europeos la familia es el principal recurso de ayuda a las situaciones de dependencia funcional (Rodríguez Cabrero, 2004, 57-59).

Tabla 3

POBLACIÓN DEPENDIENTE EN DOMICILIO Y EN RESIDENCIAS. ESPAÑA, 2000

	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL	%
1.Población 6-64					
a) Domicilio	258.471	158.317	54.018	470.806	95,2
b) Residencia	6.826	5.650	11.064	23.540	4,8
TOTAL	265.297	163.967	65.082	494.346	100,0
2.Población 65 y +					
a) Domicilio	429.755	3 80.908	206.441	1.017.104	88,1
b) Residencia	51.340	37.394	48.723	137.457	11,9
TOTAL	481.095	418.302	255.164	1.154.561	100,0
1+2					
TOTAL DOMICILIO	688.226	539.225	260.459	1.487.910	90,2
TOTAL RESIDENCIA	58.166	43.044	59.787	160.997	9,8
TOTAL	746.392	582.269	320.246	1.648.907	
%	45,3	35,3	19,4	100,0	

Fuente: Elaboración de RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio a partir de la fuentes que cita en "La población dependiente española y sus cuidadores" (2004), En Demetrio Casado, *Respuestas a la dependencia*. Editorial CCS, Madrid, p. 58.

La solución domiciliaria es deseable, según vieron los ilustrados del XIX y los liberales del XIX, por su menor costo y para evitar los graves inconvenientes de los hospicios. Cabe argüir que, afortunadamente, se superaron las negligencias y la corrupción denunciadas por dichos actores políticos, pero no debe olvidarse que los internados contemporáneos han causado y causan –salvo en casos selectos- problemas tales como privación afectiva, mengua de la autonomía personal, desarraigo, etc. No debe extrañar, por ello, que se preconice la permanencia de las personas afectas de dependencia en su entorno habitual, incluyendo su domicilio (Rodríguez Rodríguez, 2006, 52).

La, según hemos visto, frecuentísima práctica de la ayuda de los familiares es deseada generalmente por ellos y por los asistidos. Pero esto no debe llevar a minusvalorar los papeles de los actores extrafamiliares formales. En primer lugar ha de tenerse en cuenta que, de la gama de actividades propuesta anteriormente, los familiares –y los otros agentes comunitarios- no pueden asumir las actividades de alcance colectivo; y de las actividades de aplicación individual, sólo pueden ser protagonistas en la actividad de ayuda personal. Aparte de esto, no debemos olvidar los casos de personas afectas de dependencia funcional que no cuentan con buenas posibilidades sociales de recibir ayuda familiar. En tercer lugar, la acción de los agentes no comunitarios es necesaria para prestar apoyos a la acción familiar de modo que la misma pueda mantenerse con unos costes personales de los cuidadores aceptables (Casado, 2005, 226-228).

Para valorar adecuadamente la viabilidad del apoyo familiar, hemos de comenzar por tener en cuenta la tendencia declinante tanto de la llamada familia extensa como del tamaño de la nuclear. Esto supone una disminución de la capacidad familiar objetiva de asistencia a sus miembros afectos de dependencia –como a los menores-. Por otra parte, se registra una creciente incorporación de las mujeres –principales agentes de los cuidados familiares- al empleo y también a otras manifestaciones extradomésticas de la vida social. Mujeres y varones, por lo demás, tienen unas expectativas crecientes de realización personal al margen de la familia. Mirando ahora a la demanda, se registra un incremento de la supervivencia de personas afectas de enfermedades y deficiencias graves en edades anteriores a la vejez cronológica, así como y sobre todo de la población de ese estadio, en el que la dependencia alcanza su mayor prevalencia. Es posible reducir la aparición de la dependencia por medidas de prevención; cabe incluso esperar alguna reducción de la necesidad de prestación humana en el campo que nos ocupa mediante la domótica y la robótica; pero no parece fácil que estos posibles logros tengan un impacto superior en gran medida al efecto de los factores de incremento indicados.

En cuanto a los costes personales, es asunto importante la fatiga emocional y física que con frecuencia lleva consigo el cuidado de familiares afectos de dependencia funcional. En cuanto a costes de oportunidad, la información de la tabla 4 parece indicar que la prestación de cuidados a los familiares comporta limitaciones nada desdeñables de la vida personal a quienes los proveen.

Tabla 4

ACTIVIDADES O RELACIONES QUE HA TENIDO QUE REDUCIR SUSTANCIALMENTE O SUPRIMIR EL CUIDADOR PRINCIPAL QUE VIVE EN EL HOGAR DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1. Ninguna porque éste es su trabajo	1,1
2. Su trabajo remunerado o estudios	17,0
3. Su trabajo doméstico	28,3
4. Su vida familiar	26,6
5. Sus actividades de ocio y relaciones sociales	53,0
6. Otras actividades habituales	27,7
7. Ninguna en especial	35,0

Fuente: Elaboración, en base a INE, EDES 1999, de RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. "La población dependiente española y sus cuidadores" (2004), en Demetrio Casado, dir. *Respuestas a la dependencia*. Editorial CCS, Madrid, p. 67.

4.2 El mercado

La actividad mercantil relativa a la satisfacción de ciertas demandas sociales puede ser cuestionada y aun suprimida -como hizo el régimen de Franco con ciertas actividades de previsión social- aduciendo la contradicción moral del lucro con los estados de necesidad. En las democracias occidentales resulta muy difícil fundamentar jurídicamente y legitimar en el orden político las restricciones del mercado. Por lo demás, en el orden práctico y viniendo al caso de la dependencia funcional, tenemos en España experiencias que invitan a circunstanciar el rechazo a la producción mercantil de prestaciones técnicas y económicas de servicios sociales.

En el campo de las prestaciones técnicas, una parte -ciertamente muy pequeña- de la población española no tiene acceso gratuito a la asistencia sanitaria pública (Aznar, 2001, 154). Por otra parte, la llamada prestación de atención sociosanitaria, regulada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 14) y de obvia relevancia para las situaciones de dependencia funcional no está garantizada. En la rama de los servicios sociales, los fallos del sector público relativos a universalidad son mucho más graves: predomina la discrecionalidad y la oferta de prestaciones técnicas concernientes a la dependencia funcional es muy inferior a la demanda, de modo que, en general, sólo los afectados por ella de rentas bajas tienen acceso a dichas prestaciones (Montserrat Codorniu, 2004, 89-90). Cabe añadir que la actividad mercantil en servicios gerontológicos ha permitido y sigue permitiendo al sector público ampliar su muy corta oferta para situaciones de dependencia funcional con equipos propios, mediante contratación de servicios y plazas.

Por lo que se refiere a las prestaciones monetarias de la Seguridad Social, la suma de las secciones contributiva y no contributiva deja muchos casos sin cubrir. Sirva como ejemplo que nuestra regulación de la pensión por "gran invalidez" excluye a los afectados por dependencia funcional cuando la misma sobreviene después de la jubilación. Por lo demás, incluso contando con la previsión pública, la complementación del aseguramiento privado puede resultar deseable para muchos ciudadanos.

Conviene reparar en que la actividad mercantil sólo es viable para actividades de aplicación individual, pero no para la mayor parte de las de carácter colectivo, indicadas antes. Por otra parte, la oferta mercantil de prestaciones individuales tiene un inconveniente muy grave desde el punto de vista social para consumos inexcusables, como lo son en muchos casos los de servicios para la dependencia funcional: la desigualdad de acceso en función de la capacidad adquisitiva.

4.3 Entidades voluntarias

Para valorar las posibilidades y limitaciones del sector de las entidades voluntarias en la acción relativa a la dependencia funcional, conviene tener en cuenta: por una parte, la diversidad interna de este sector en lo que concierne, no sólo a formas jurídicas, sino también a su sentido o misión institucional; por otra, las funciones que aquellas desarrollan. Por supuesto, las entidades del "tercer sector de acción social" (Plataforma de ONG de Acción Social, 2006, 13) tienen una presencia sobresaliente en las causas de la dependencia funcional, pero también intervienen otras, de modo que me referiré al conjunto del sector voluntario.

Espero que sirva para indicar de modo resumido la diversidad institucional de las entidades voluntarias que interesan a esta exposición. Una tipología en la que, siguiendo ensayos anteriores (Casado, 2003a, 13 y ss.), combino las formas jurídicas con la misión o el sentido de la acción. Tienen una importante presencia en la acción y en las discusiones de los asuntos relativos a la dependencia funcional las asociaciones horizontales, es decir, las integradas por afectados y familiares; sirvan como ejemplo las relativas a enfermedades neurológicas degenerativas - Alzheimer, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), etc.-, enfermedad mental, discapacidad intelectual, deficiencias sensoriales, discapacidades motóricas, parálisis cerebral, ictus, etc. Por la fuerte asociación estadística de la dependencia funcional y la edad avanzada, también inciden en la gestión colectiva de la misma las asociaciones de "mayores". Por otra parte, dentro de la clase asociativa, hallamos una serie de entidades integradas por personas que se identifican con las causas de la dependencia funcional, sin estar afectados por ella; es el caso de ciertas órdenes religiosas de objeto asistencial, cual la de San Juan de Dios, y de algunas sociedades científicas, como la Sociedad Española de Geriátrica y

Gerontología o la asociación de partícipes del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. Tienen el mismo sentido, pero distinta forma jurídica, las fundaciones tradicionales de heteroayuda gratuita. Pongo este adjetivo para distinguirlas de ciertas fundaciones que inciden eventualmente en el campo de la dependencia funcional a cambio del cobro directo de sus servicios o sirviendo a la mercadotecnia de sus entidades matrices. Finalmente, recuerdo a dos entidades de forma jurídica singular y objeto múltiple: Cruz Roja y Cáritas, citadas por orden de antigüedad.

En cuanto a las aportaciones de las entidades voluntarias a las causas de la dependencia funcional, se registra también gran variedad, la cual depende de las misiones institucionales, de circunstancias contextuales que no han sido sistematizadas y, también, de opciones particulares de las entidades. Con propósito meramente indicativo, apunto esa variedad en relación con tres funciones básicas de las entidades voluntarias. Vaya por delante que una misma entidad puede desarrollar varias funciones (Casado, 2003b).

La producción y distribución de bienes y, sobre todo, servicios directos es la función más común en las entidades voluntarias. Una parte de esa producción no tiene visibilidad económica, en cuanto que se realiza gratuitamente, ya sea en régimen de ayuda mutua o de heteroayuda altruista y gratuita; pero ello no mengua su importancia. En relación a la dependencia funcional, merece ser recordada la acción asociativa tradicional de apoyo personal y familiar mutuo para necesidades también personales y familiares. Esta acción, además de producirse mediante intercambios directos de información, orientaciones, apoyo moral y cuidados de los miembros de asociaciones horizontales, ha cobrado una enorme envergadura al crear dichas entidades una importante red principalmente de centros de día y residenciales, una parte de cuyas plazas se destinan a personas gravemente afectadas; destacan en esta línea las entidades de afectados por discapacidades y familiares, como las integradas en la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS). También protagonizan una importante contribución a las tareas de apoyo personal-familiar las entidades de heteroayuda especializadas en enfermedad, discapacidad y envejecimiento, como los Hermanas de la Caridad o Cruz Roja; estas entidades, además de prestaciones individuales de sus integrantes o voluntarios, han creado también servicios que alcanzan, entre otras situaciones, a las de dependencia funcional.

No debemos olvidar la línea de servicios indirectos concernientes a la dependencia funcional, entre los que destaca la acción preventiva de ciertas enfermedades, de las deficiencias y del envejecimiento patológico a causa de unas y otras. Las entidades asociativas de afectados son poco activas en esa importante función. Merecen por ello reconocimiento excepciones como la Asociación Española de

Lesionados Medulares, las asociaciones de afectados de ELA o la Asociación Gallega contra las Enfermedades Neuromusculares. Es más común, en cambio, el compromiso preventivo de las entidades de misión o inspiración científica, como la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS) o Alezeia.

Lo que de hecho hacen las entidades voluntarias de diversas clases en la producción y distribución de bienes y servicios debe de ser el principal factor de su importante volumen absoluto y relativo de actividad económica y de empleo (Ruiz de Olabuénaga, 2005, 145-146). La aportación de servicios de ayuda personal y familiar para las situaciones de dependencia funcional de las entidades voluntarias especializadas en enfermedades, discapacidades y envejecimiento es valiosa, desde luego, por su magnitud; pero creo que deben ser destacadas también las aportaciones para situaciones de dependencia derivadas o asociadas a enfermedades y discapacidades con requerimientos específicos. Para los casos en que no cabe la solución familiar y en el actual estado de desarrollo de la oferta pública y comercial de servicios sociales, la contribución de las entidades voluntarias especializadas aludidas a la provisión de cuidados para situaciones de dependencia funcional –y otras menos graves– parece indispensable.

Para valorar justamente las aportaciones de la acción voluntaria en la producción y distribución de bienes y servicios, es obligado considerar también las limitaciones. En el orden técnico y en relación con la dependencia funcional, la acción voluntaria hace muy escasas aportaciones en investigación biomédica, farmacológica o de ayudas técnicas. Una gran parte de la actividad de servicios se financia –por vía de conciertos o subvenciones, principalmente– con recursos públicos. Por otra parte, hemos de tener en cuenta que la acción voluntaria, por su naturaleza institucional, no puede garantizar la provisión universal de ninguna clase de producto o servicio; no se aduzca como posible excepción el caso de la ONCE, puesto que la misma, desde su fundación, tiene el carácter de corporación de derecho público, que a los efectos que aquí importan es más relevante que su condición asociativa. En el capítulo de los servicios indirectos, como los de prevención de carácter colectivo, la contribución de los agentes voluntarios es muy estimable, pero su papel es complementario del que corresponde al poder político en salud pública.

Un segundo bloque funcional en el que se implican ciertas entidades voluntarias es el de relaciones de abogacía y presión, por lo general ante los poderes públicos. Las asociaciones de afectados por enfermedades y discapacidades mantienen una importante actividad en este frente, sobre todo mediante sus órganos de integración federales y confederales; como el Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI). Viene jugando también un gran papel en la función de abo-

gacía y presión en relación con la dependencia funcional la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Finalmente, debo recordar que las entidades de carácter científico pueden lograr efectos análogos a los que busca la abogacía y la presión, con frecuencia mediante asesoramientos prestados a demanda o de oficio.

En las sociedades dotadas de estados democráticos, la función de abogacía y presión es propia de las entidades voluntarias, las cuales son insustituibles en ella. Para aquilatar el alcance de estas afirmaciones, ha de tenerse en cuenta, claro, que aquellas no tienen de hecho capacidad técnica ni representatividad para expresar por sí solas el interés general: así, por ejemplo, las demandas relativas a la dependencia funcional que manifiestan los afectados y sus valedores voluntarios deben ser contrastadas con los intereses y la voluntad de quienes las han de financiar, así como con las que plantean, de modo manifiesto o latente, los afectados por otras necesidades que compiten por los mismos recursos. Lo cual hace necesario recurrir a medios de participación complejos, como el Pacto de Toledo –aparte de asumir la responsabilidad última de los órganos de decisión del poder político. Conviene recordar, por lo demás, que el ejercicio del papel de abogacía y presión de muchas entidades viene condicionado por su dependencia económica –subvenciones, conciertos, contratos, etc.- del poder político.

Sobre todo las asociaciones de afectados por enfermedades y discapacidades, realizan también funciones consistentes en la asunción estratégica de intereses, valores e identidades colectivas. Sirva como ejemplo muy neto el asociacionismo de personas sordas que optan por el uso exclusivo o primordial de la lengua de signos. Por lo que se refiere a la dependencia funcional, cabe citar el movimiento *Independent living* –Vida independiente, en España-. En los años 60 y en los USA, personas afectas de deficiencias físicas y sensoriales graves, a partir de la denuncia, entre otras circunstancias adversas, de tutelajes autoritarios por parte de ciertos profesionales e instituciones o servicios, propugnaron la emancipación personal mediante su habilitación para decidir de modo efectivo sobre su propia vida. En relación con ello, además de llevar a cabo funciones de prestación de servicios –centros de vida independiente- y de presión, vienen construyendo una conciencia y una identidad colectivas.

La limitación de las entidades voluntarias en la gestión de identidades e intereses colectivos ligados a ellas estriba en la enorme diversidad, no sólo de clases de deficiencias y circunstancias objetivas conexas, sino también de opciones personales o familiares. Los casos indicados son ejemplares al respecto. La adhesión fundamentalista a la lengua de señas no es unánime: los implantes cocleares, por ejemplo, salvan la incapacidad de audición en muchos casos y obvian la necesidad de aquella. El movimiento Vida independiente, de hecho, es minoritario entre

los afectados por las circunstancias objetivas que lo inspiraron; a la vez, según he observado en países de América ibérica, le siguen personas que no sufrieron tutelaje profesional alguno, sino que carecieron de toda clase de apoyos.

4.4 Sector público

En los estados sociales abiertos a la participación privada, las aportaciones de la comunidad, la oferta del mercado y la intervención de las entidades sociales reducen cuantitativamente, pero no suprimen, la necesidad de acción del sector público en la cobertura de las demandas de la dependencia funcional; y no simplifican su papel, sino que lo hacen más complejo. La reducción cuantitativa indicada resulta de la división de cargas entre los distintos sectores institucionales, obviamente. La complicación del papel estatal viene dada porque ha de integrar: labores de ordenación y control de las actividades privadas y públicas, medios de facilitación y fomento de las acciones privadas legítimas y ejecución directa de ciertas actividades públicas.

Incluso con pautas de gobierno poco intervencionistas, si se toma como referencia el bienestar de la población, la abundancia de aportaciones privadas no hace ociosa, sino especialmente necesaria, la acción pública de ordenación y control. Por ejemplo, para el ámbito familiar, es importante la adecuada regulación del llamado “derecho de alimentos”, de modo que no quede duda del alcance del mismo en lo que concierne, no sólo a las prestaciones materiales y atenciones domésticas, sino también a los cuidados personales que exige la dependencia funcional. Es importante también asegurar que los cuidados familiares se procuran sin mengua de la autonomía personal; por ejemplo en lo que se refiere a la administración de los bienes del afectado. Por supuesto es importantísima la regulación de la tutela, en caso de incapacitación legal, así como la vigilancia de su correcto ejercicio. Otro ejemplo, éste relativo a las entidades mercantiles y voluntarias: resulta inexcusable la intervención pública al menos para regular las calidades de los servicios técnicos y de seguros relativos a la dependencia funcional –y situaciones parecidas-, así como para la concesión de licencias, inspección y sanciones por incumplimiento.

La acción de fomento está indicada para facilitar a los afectados por dependencia funcional la actividad económica, regulando la compatibilidad de las pensiones a que les da derecho su situación con el trabajo remunerado; como lo hacen la Ley General de Seguridad Social, cuyo texto refundido fue aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (art. 141.2). Corresponde a los poderes públicos facilitar la ayuda familiar a las personas afectas de dependencia funcional sin que los cuidadores deban renunciar a sus opciones laborales. Es propio que los poderes públicos fomenten la adaptación y el equipamiento ergonómico de las vivien-

das, entre otros medios, mediante la prestación de ayuda técnica y económica –ésta para casos de bajas rentas-. En cuanto a las entidades privadas, la Constitución Española reconoce la libertad de empresa en el marco de la economía de mercado (art. 38), el derecho de asociación (art. 22) y el de fundación para fines de interés general (art. 34). De este modo, salvo circunstancias y normas excepcionales, los poderes públicos están obligados al menos a posibilitar el ejercicio de esas libertades y derechos. En el caso de la dependencia funcional, por su gravedad, me parece prudente, no sólo posibilitar, sino también fomentar la pluralidad de oferta, especialmente de las prestaciones más escasas o problemáticas por cualquier circunstancia.

Finalmente, la acción directa es indispensable para cubrir demandas desatendidas por la acción comunitaria y de las entidades privadas. Incluso en el caso de una gran actividad de esos sectores, es imposible que abarque todas las actividades demandadas por la dependencia funcional y que relacioné anteriormente. Cabe una amplia participación de la acción comunitaria, de la mercantil y de la voluntaria en tareas de cuidados personales y en adaptaciones ergonómicas de la vivienda propia. Pero el sector público, en relación con el interés general y en virtud de los mandatos constitucionales concernientes al bienestar, está obligado a protagonizar actividades como estas: prevención de enfermedades y deficiencias que pueden abocar a la dependencia funcional, mediante programas de salud pública; acondicionamiento de los entornos físicos de uso colectivo (urbanismo, edificaciones, transportes y telecomunicaciones) en orden a lograr y mantener su accesibilidad; acondicionamiento con los mismos fines de los ámbitos funcionales (accesibilidad de actos públicos, programas culturales y de ocio, etc.); mantenimiento y gestión de un sistema de prestaciones monetarias; mantenimiento de una red pública de servicios sociales que provean, entre otras, prestaciones para la situaciones de dependencia no cubiertas por la acción privada; inclusión en el Sistema Nacional de Salud de las prestaciones sanitarias que requieren la prevención y asistencia de las situaciones que nos ocupan. Por supuesto, los agentes privados pueden colaborar en el diseño y aplicación de estas medidas –por ejemplo, mediante la concertación o contratación de servicios con el sector público-; pero sus limitaciones estructurales, que he venido señalando, confieren a éste el protagonismo en las acciones mencionadas.

Paso ahora a la cuestión del reparto territorial de responsabilidades y poderes o competencias del sector público en lo referente a la dependencia funcional. Menciono primero las responsabilidades porque aquí se plantea el asunto en cuestión desde el punto de vista del buen servicio al ciudadano, al que debe subordinarse la división del poder político. Esta afirmación, que se fundamenta en la ética democrática básica, nos llama a examinar la disyuntiva descentralización-centra-

lización territorial política con total libertad, sin hipotecas históricas ni prejuicios ideológicos.

En el orden de los hechos históricos, la responsabilidad pública en materia asistencial del Antiguo Régimen estaba muy poco centralizada, y parece que se derivaban de ello graves inconvenientes para el buen servicio. Así lo juzgó Concepción: “La descentralización administrativa, la poca uniformidad en las leyes y el exagerado respeto a la expresión material de la voluntad de los fundadores de asilos piadosos, dieron a la Beneficencia un carácter local, fatalísimo para el bien de la Humanidad: dado el estado social y político era difícil que sucediera de otro modo. Cada ciudad, cada villa, cada lugar, tenía sus fueros, sus privilegios, su señor, su ley: eran otros tantos pequeños estados que se regían por reglas diversas, que tenían intereses diferentes o tal vez opuestos. Fuera de ciertos límites que la ley marcaba, ni el mendigo hallaba limosna, ni el desvalido asilo, ni el enfermo hospital. Este espíritu de localidad era fatal para la Beneficencia.” (Concepción Arenal, 1861, 24).

La descentralización política y administrativa de nuestro Antiguo Régimen fue cuestionada y corregida, primero, por la Ilustración y, luego, por el movimiento liberal. No obstante esto, resulta obligado recordar que la Constitución de 1812, fundante del Estado español moderno, adopta una estructura de responsabilidades básicamente municipalista en materia de Beneficencia (art. 321.6º). Y debemos recordar también que la Ley de Establecimiento general de la Beneficencia, de 1822, siguió fielmente la pauta de ese referente jurídico. Pero tal opción fue criticada por ser obviamente disfuncional para la gestión de asuntos concernientes a la acción asistencial de alcance supramunicipal (Posada Herrera [1845] 1995, 265). Y la Ley General Beneficencia promulgada el 20 de junio de 1849 estableció un reparto jerarquizado de responsabilidades relativas a la provisión de servicios, basado en criterios funcionales, entre los niveles central (general), provincial y municipal.

En el orden ideológico, las opciones descentralización-descentralización no están apoyadas por principios básicos de los estados occidentales modernos. Salvo olvido de mi memoria, esos términos no figuran en el acervo normativo que va desde la Declaración de Derechos de Virginia hasta la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Esto significa, en primer lugar, que no hay riesgo de salirse de la ortodoxia democrática por las opiniones que se tengan en materia de distribución territorial del poder político; así pues, ¡fuera inquisidores y complejos! En segundo lugar y viniendo a España, hemos de referir y condicionar a los preceptos del capítulo I de nuestra Constitución el principio de descentralización que la misma adopta en su artículo 103; aquellos regulan los derechos y deberes fundamentales, en tanto que éste se refiere sólo a las Administraciones

Públicas –a no confundir con el Estado-. Parece muy acertado que así sea: la absolutización del “descentralismo” territorial podría conducir, no ya sólo a la deconstrucción del Estado Español, sino también de las comunidades autónomas y de los entes locales, para llegar a la autogestión individual o familiar.

En el campo político, es de razón que las opciones centralizadora y descentralizadora se supediten a criterios de economía y buen servicio, incluyendo en esta noción el principio de igualdad: “...parece obvio que debe subordinarse el ideal autonómico, al que sirve la descentralización, al principio de igualdad de derechos en igualdad de situaciones. No es admisible que, por efecto de la descentralización territorial que ha generado la Constitución de 1978, la protección o apoyo que reciba un ciudadano pobre o vulnerable de la comunidad autónoma A pudiera venir a ser menor que la que reciba otro ciudadano en circunstancia equivalente en la comunidad B.” (Casado, 1983, 21). Salvado esto, la opción “descentralista” tiene ante sí un amplio campo de aplicación. La estructuración territorial –y también la institucional, según vimos- de responsabilidades y facultades no tiene porque hacerse sólo por materias, sino que cabe diversificar dentro de cada una de ellas el régimen correspondiente a las diversas funciones. De las materias que más interesan a esta exposición, nuestra norma máxima reservó las competencias básicas al Estado (central) en Seguridad Social y sanidad (art. 149.1.16º y 17º), habilitando la descentralizaran de la ejecución; en cambio, posibilitó que se descentralizara el grueso de los servicios sociales, cuya cobertura de la dependencia funcional presenta disparidades regionales muy importantes (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004, 355-356).

Cabe argüir que, como ocurrió en el régimen de Franco, la centralización no asegura la igualdad ni la equidad, incluso en materias relevantes desde un punto de vista humano y social, a la vez que propicia el uniformismo. Este antecedente nos sirve para advertir de que la realización de aquellos valores requiere, no solo de la centralización de ciertas responsabilidades y poderes, sino también el contexto de un estado democrático en el que estén institucionalizados los derechos sociales de modo que puedan ser exigidos por los ciudadanos. En cuanto al uniformismo, parece claro que es efecto de un exceso de centralización que debe ser corregido mediante la técnica, ya indicada, de diversificar los regímenes competenciales por funciones.

BIBLIOGRAFÍA

Arenal, Concepción (1861), *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad*, Imprenta del Colegio de Sordo-mudos y de Ciegos, Madrid.

Aznar López, Manuel (2001), “Los derechos sociales de los extranjeros en España”, *Cuadernos de Derecho Judicial*, VIII.

Cabarrús, Francisco (1820), “Sobre los cortos obstáculos que la naturaleza opone a los progresos de la agricultura y medios para removerlos”, *Cartas del Conde de Cabarrús al Sr. D. Gaspar de Jovellanos, sobre los obstáculos que la naturaleza, la opinión y las leyes oponen a la felicidad pública*, Lawalle joven y sobrino, Burdeos.
Carasa Soto, Pedro (1988): *Crisis del Antiguo Régimen y Acción Social en Castilla*, Junta de Castilla y León.

Casado, Demetrio (1983), “Criterios para la descentralización territorial de los servicios asistenciales y sociales”, en *Los Servicios asistenciales y sociales en el Estado de las autonomías*, Marsiega, Madrid.

Casado, Demetrio (1986), *El bienestar social acorralado*, Promoción Popular Cristiana, Madrid.

Casado, Demetrio (1997), “Antecedentes históricos de la política social en España”, en Carmen Alemán y Jorge Garcés Ferrer, *Política social*, McGraw-Hill, Aravaca (Madrid).

Casado, Demetrio (2003a), *Imagen y realidad de la acción voluntaria*, Hacer Editorial, Barcelona.

Casado, Demetrio (2003b), “Las entidades sociales y las enfermedades mentales”, en Gregorio Rodríguez Cabrero (Coordinador), *Las entidades voluntarias de objeto social en España. Informe general*. Fundación FOESSA, Madrid.

Casado, Demetrio (2004), “La dependencia funcional y sus abordajes”, en Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Casado, Demetrio (2005), “La dependencia funcional y sus demandas”, en *Documentación Social*, nº 138, julio-septiembre, 2005.

Cicerón, Marco Tulio ([44 a. de C.] 2001), *De Senectute, Acerca de la vejez*, Editorial Triacastela, Madrid.

Erasmus de Rotterdam, *Adagios del poder y de la guerra y Teoría del adagio*, Pretextos, Valencia, 2000.

Hernández Iglesias, Fermín (1876), *La Beneficencia en España*, Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, Madrid, dos tomos.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2002), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Resultados nacionales detallados*, Madrid.

Jiménez Lara, Antonio y Huete Gracia, Agustín (2003), *La discapacidad en España. Datos estadísticos*, Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid.

Martín Carmona, José Manuel (1997), “Manifestaciones físicas, psíquicas y sociales del envejecimiento”, en Pilar Rodríguez Rodríguez y Carmen Valdivieso Sánchez, *El servicio de ayuda a domicilio*, Editorial Médica Panamericana, Madrid.
Mata Zorrilla, Elena (1985), *Valladolid: sus pobres y la respuesta institucional (1750-1900)*, Universidad de Valladolid y Junta de Castilla y León, Valladolid.

Mata Zorrilla, Elena (1987), *Pobreza y asistencia social en España, Siglos XVI al XX*, Universidad de Valladolid.

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

Montserrat Codorniu, Julia (2004), “Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual”, en Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid.

Ortega y Gasset, José (1956), *La rebelión de las masas*, Espasa-Calpe, Madrid.

Plataforma de ONG de Acción Social (2006), *Plan estratégico del tercer sector de acción social*, Madrid.

Posada Herrera, José ([1845], 1995), *Lecciones de administración del Sr. D. José Posada Herrera. Estudios sobre la Beneficencia Pública*. Universidad de Oviedo.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2003): “Aproximación al análisis del tercer sector de objeto social: marco general, objetivos y metodología”, en *Las entidades voluntarias de objeto social en España. Informe general*. Fundación FOESSA, Madrid.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2004): “La población dependiente española y sus cuidadores”, en Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2005), “Conocimientos sociográficos sobre la dependencia funcional en España y su dimensión aplicada”, en Demetrio Casado, dir., *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, Editorial CCS, Madrid.

Rodríguez Rodríguez, Pilar (2006), *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*, Fundación Alternativas, Madrid.

Ruiz De Olabuénaga, José Ignacio (2005), “El tercer sector español y sus campos de actuación”, *Tercer sector*, nº 1, oct.-dic.

Sebastián y Barandarán, José (1966): *Breve noticia histórica de la Hermandad de la Santa Caridad de Nuestro Señor Jesucristo y descripción de su iglesia y hospital*, Sevilla.

Soto, Fray Domingo de (1965): *Deliberación de la causa de los pobres (y Réplica de Fray Juan de ROBLES)*, Instituto de Estudios Políticos, Madrid.

Vilà. Antoni (2004), “Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España”, en Demetrio Casado, *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Vives, Juan Luís ([1525] 1992), *Del socorro de los pobres*, Editorial Hacer, Barcelona.

Rafael de Lorenzo García
Profesor asociado UNED

Álvaro Martínez Rivero
Abogado

LA FUTURA LEY DE DEPENDENCIA COMO PILAR
FUNDAMENTAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA

DRafael de Lorenzo García es licenciado en Derecho por la Universidad Complutense y Doctor (con premio extraordinario) por la Universidad de Alcalá. Ha sido profesor en la Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid, Letrado Asesor Laboral de la ONCE, organización en la que ha desempeñado diversas responsabilidades tales como Vicepresidente (de 1988 a 2001). Actualmente es Secretario General del Consejo General de la ONCE, Profesor Asociado de la Universidad Carlos III de Madrid, miembro del Club de Roma y del Consejo Asesor de la Asociación Española de Fundaciones.

Álvaro Martínez Rivero, abogado.

RESUMEN

En este texto, escrito en clave jurídico-constitucional, se parte del análisis de un doble contexto que hace necesario y oportuno el desarrollo de una Ley de Dependencia en España. Por una parte, se menciona el contexto social y demográfico español, en especial, las crecientes demandas sociales provenientes de un amplio sector de la población que requiere protección y atención de situaciones de dependencia así como las presiones demográficas hacia el envejecimiento de la población. Por otro lado, se analizan tanto el contexto de las políticas sociales de los diferentes países de la Unión Europea como las declaraciones y recomendaciones internacionales a favor de las personas en situación de dependencia. Los auto-

res continúan desgranando diferentes claves y reflexiones para el encaje de competencias del Proyecto de Ley de Dependencia en la Constitución Española para concluir con un análisis de los puntos fuertes y débiles del proyecto de ley desde la perspectiva de los movimientos sociales, en especial en lo que concierne a los conceptos manejados, a su tramitación y a la presencia del Tercer Sector en la articulación del Sistema Nacional de Dependencia.

PALABRAS CLAVE

Política social, Dependencia, movimientos sociales, Constitución Española

ABSTRACT

This text, written from a judiciary and constitutional stand point, analyses a double context which makes a Dependency Law in Spain not only necessary but timely as well.

On the one hand, there are references to the social context and Spanish demographics. There are growing social demands that come from a wide sector of the population which requires protection and care in dependency situations as well as the demographic pressures towards the ageing of the population. On the other hand, the context of social policies in the different EU countries is analyzed as well as the declarations and international recommendations in favour of those people who are in a situation of dependency. The authors also pinpoint the different key issues and responsibilities involved in the Dependency Law in the Spanish Constitution to conclude with an analysis of the strengths and weaknesses of the law from the point of view of social law, specially when it comes to the management of concepts, the procedures and the role of the Third Sector in the articulation of the National Dependency System.

KEY WORDS

Social Policy, Dependency, social movements, Spanish Constitution.

1. COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Los objetivos de este artículo, una vez remitido al Congreso el pasado mes del mayo el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹, son reflexionar sobre la necesidad de adoptar una norma de estas características dentro del contexto social y demográfico en el que nos encontramos; analizar los modelos ya existentes, y el encaje de la Ley en el entorno europeo e internacional; analizar el Proyecto de Ley desde el punto de vista del reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas; así como reflexionar sobre las principales fortalezas y debilidades de un Proyecto de ley tan relevante para la protección social en España.

2. LA NECESIDAD Y OPORTUNIDAD DE ADOPTAR UNA LEY DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA.

2.1. Contexto social y demográfico.

Todos los estudios, informes y memorias previos al Proyecto de Ley de Dependencia han hecho uso de La Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, 1999²) como principal fuente de información estadística, y a efectos de justificar social y demográficamente la necesidad de adoptar una norma estatal que garantizase protección y atención a las personas en situación de dependencia. Dicha encuesta, sitúa la esperanza de vida en España en torno a los 80 años. Las tendencias de futuro, asimismo, según un estudio efectuado por UNESPA³ en 1998, sitúan en 9 millones las personas mayores de 65 años en el 2026.

La Memoria del Proyecto de Ley⁴ incide en la “clara correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad”, de forma que más del 32% de las personas mayores de 65 años tienen algún tipo de discapacidad, mientras que en personas menores de 65 la proporción se reduce al 5%. La Memoria, al igual que hiciera años atrás el Libro Blanco⁵ estima el número de personas dependientes en función del grado de dependencia [ver Tabla 1]. En España, se calcula (informe EDDES 99) que residen más de 1.125.000 personas en situación de dependencia, sea ésta gran dependencia, severa, o moderada.

¹ Proyecto de Ley 121/000084. VII Legislatura.

² Encuesta elaborada por Instituto Nacional de Estadística (INE), la Fundación ONCE y el Imserso.

³ Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

⁴ Memoria del análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal del Anteproyecto de Ley [abril 2006].

⁵ Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España [23 de diciembre de 2004].

Tabla 1 Proyección del número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de Cuidapaña. 2005-2020

	2005	2010	2015	2020
Personas dependientes				
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226

Fuente: Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España (diciembre 2004).

Existe, pues, un amplio sector de la población (personas discapacitadas, personas mayores, enfermos de larga duración) que precisa apoyo y atención por parte de los poderes públicos. Personas dependientes que precisan cuidados de terceros para poder realizar tareas habituales para el resto de ciudadanos. Dichas tareas engloban Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse solo, lavarse y cuidar su aspecto; controlar las necesidades y utilizar solo el servicio; vestirse, desvestirse, arreglarse, comer y beber; y aquellas actividades asociadas a la vida doméstica y relacionadas con el medio (AIVD).

2.2. Pasos previos en la elaboración del Proyecto de Ley de Dependencia.

A finales de diciembre de 2004, y con la coordinación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, se publicó el Libro Blanco de Atención a la Dependencia. Este extenso documento multidisciplinar recoge el resultado de estudios económicos, sociales, jurídicos y demográficos realizados durante los últimos años en nuestro país.

Los once primeros capítulos del Libro Blanco se dedican a describir extensamente la situación actual: las bases demográficas, el régimen jurídico, el apoyo informal, los recursos sociales, sanitarios y socio sanitarios existentes, los presupuestos y recursos económicos, los criterios y técnicas de valoración y clasificación de la dependencia, la estimación de la generación de empleo, análisis de modelos de atención a la dependencia vigentes en otros países, etc. En el último capítulo se recogen, a modo de conclusión, una serie de propuestas, consideraciones y retos ante la elaboración de una Ley reguladora de la protección a la dependencia.

Como bien pudo apreciar el Gobierno tras la publicación del Libro Blanco de la Dependencia, la red pública de servicios sociales es realmente insuficiente [ver Tabla 2]. Del cuidado y apoyo de este sector de la población se ocupan principalmente las familias; sistema que no puede tener cabida en un modelo de Estado social como el español.

Tabla 2

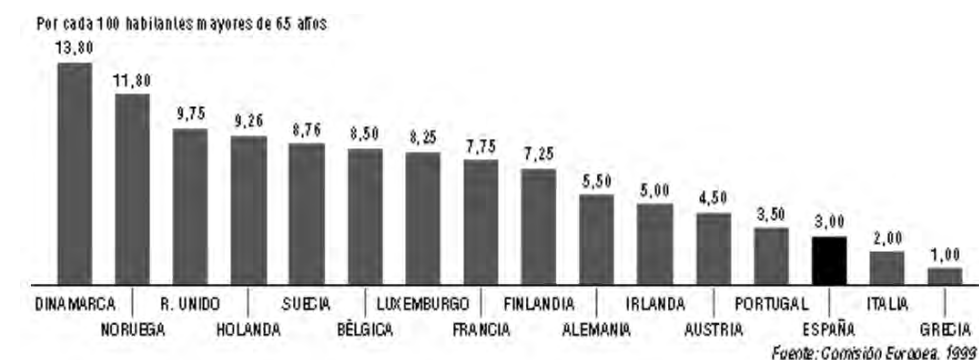
Cuadro 1 Servicio de atención residencial en España.

Evolución del número total de centros y plazas e índice de cobertura. 1975 -2004.

Años	Población >65	NºTotal de centros	NºTotal de Plazas	Índice de Cobertura (1)
				%
1975	3.757.754	—	55.000	1,46
1988	4.961.456	—	106.485	2,15
1994	5.761.767	2.702	163.338	2,83
1999	6.739.558	3.720	199.058	2,95
2000	6.842.140	3.982	206.575	3,02
2001	7.037.553	4.167	216.583	3,08
2002	7.169.439	4.800	239.761	3,34
2003	7.276.620	4.890	251.826	3,46
2004	7.276.620	4.888	266.392	3,66

Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2004.

Cuadro 2 Número de plazas residenciales en Europa.



*Cuadro 3 Servicio Público de ayuda a domicilio en España.
Número de usuarios atendidos e índice de cobertura. 1985-2004.*

Años	Población>65	Nº usuarios atendidos	Índice de cobertura
1985		707	—
1986		1.485	—
1987		4.261	—
1988	4.961.456	6.467	0,13
1989		9.977	—
1990	5.359.908	34.181	0,64
1995	6.086.365	63.712	1,05
1999	6.739.558	112.797	1,67
2000	6.842.140	118.507	1,73
2001	7.037.553	139.384	1,98
2002	7.169.439	197.306	2,75
2003	7.276.620	221.708	3,05
2004	7.276.620	228.812	3,14

Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2004.

*Cuadro 4 Servicio Público de teleasistencia en España.
Número de usuarios atendidos e índice de cobertura. 1995-2004.*

Años	Población>65	Nº usuarios atendidos	Índice de cobertura
1995	6.086.365	7.070	0,12
1999	6.739.558	48.574	0,72
2000	6.842.140	60.518	0,88
2001	7.037.553	78.917	1,12
2002	7.169.439	104.202	1,45
2003	7.276.620	129.826	1,78
2004	7.276.620	148.905	2,05

Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2004

Si bien el Estado y las Comunidades Autónomas han adoptado una serie de medidas, de orden normativo o administrativo, relacionadas con la dependencia; sin embargo, no existe un marco mínimo de garantías, lo que genera una cierta desigualdad territorial que resta efectividad a las distintas políticas. La realidad actual demuestra, en efecto, que, a pesar de las distintas políticas emprendidas la asistencia al colectivo de personas en situación de dependencia descansa sobre el sector privado, en particular, sobre las familias, y que apenas un tres por ciento de los cuidados (según el estudio EDDDES 99) son proporcionados por los servicios sociales.

Resultaba necesario, pues, que el Estado adoptase una regulación clara que contemple, en una única norma, el marco básico de los derechos de las personas en situación de dependencia, a través de unas adecuadas prestaciones y servicios sociales. Norma, cuya aprobación, como ha indicado el Defensor del Pueblo (Informe, 2000), responde a criterios de solidaridad.

La consideración de la dependencia como una de las prioridades del futuro más inmediato constituyó una de las principales novedades incorporadas por el Congreso a las Recomendaciones del Pacto de Toledo de 1994. Se propuso en dichas recomendaciones configurar un sistema integrado que abordara globalmente el fenómeno de la dependencia, con participación de la sociedad y de la Administración pública en todos sus niveles, definiendo el papel que debe desempeñar el sistema de protección social.

En estos términos, la Recomendación Adicional nº 3 sobre la Dependencia de la Comisión no Permanente para la valoración de los resultados obtenidos por el Pacto de Toledo (incluida en el Informe aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados con fecha 2 de octubre de 2003) señala: "...resulta, por tanto, necesario configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia. Ello debe hacerse con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública a todos sus niveles, todo ello a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia en la que quede claramente definido el papel que ha de jugar el sistema de protección social en su conjunto".

En este sentido, la dependencia deja de verse como un problema exclusivamente individual o familiar para percibirse como una situación que afecta a la sociedad en su conjunto, necesitando de medidas protectoras y económicas concretas. Para ello se requiere una adecuada regulación de lo que empieza a denominarse el Cuarto Pilar del Estado del Bienestar (tras la sanidad, la seguridad social y la educación). Regulación, que ha sido objeto de un importante debate, análisis, y consenso con los diversos sectores afectados, como el CERMI y Consejo Estatal de Personas Mayores, con los agentes sociales, con los que se ha suscrito un documento de "Acuerdo sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia"; además de diversas reuniones con la FEMP y las Comunidades Autónomas reunidas en Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales.

Con los agentes sociales el Gobierno suscribió el Acuerdo de 21 de diciembre de 2005, al que precede el Acuerdo sobre Competitividad, Empleo Estable y Cohesión Social, firmado el 8 de julio del 2004, en el que se expresó la voluntad de abordar un proceso de diálogo en el ámbito de la protección social. Y ello, con el fin de adaptar "nuestra protección social a las nuevas realidades, que configuran nuevas

necesidades, siendo prioritaria la atención a las situaciones de dependencia, uno de los principales problemas tanto de los jubilados y discapacitados como de sus familias”.

En el Acuerdo de diciembre de 2005, el Gobierno y las organizaciones sindicales y empresariales acuerdan impulsar un Sistema Nacional de Dependencia mediante una Ley que tenga la condición de norma básica, que promueva la autonomía personal y garantice el derecho a ser atendido en situaciones de dependencia, y en la que se establecerán las condiciones básicas y los requisitos de acceso a los servicios y prestaciones en condiciones de equidad en todo el territorio del Estado. El Sistema Nacional de la Dependencia se configuraría como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora de la Seguridad Social y del Estado.

El Consejo de Ministros aprobó, el pasado 23 de diciembre de 2005, el Informe relativo al Anteproyecto de Ley; iniciando, de esta forma, la necesaria regulación de los derechos y prestaciones de las personas en situación de dependencia. Anteproyecto que ha sido objeto de Dictamen por el Consejo Económico y Social y por el Consejo de Estado. Pero antes de entrar en el análisis del Proyecto de Ley de Dependencia, resulta necesario enmarcar esta norma en el contexto europeo e internacional, comparando modelos de protección en otros países, y la solución adoptada por el legislador español.

3. LA DEPENDENCIA EN LOS TEXTOS INTERNACIONALES Y EUROPEOS MÁS RELEVANTES. POSIBLES REGULACIONES Y MODELOS COMPARADOS.

3.1. Declaraciones y recomendaciones internacionales.

Existe un importante número de declaraciones, resoluciones, recomendaciones y proclamas internacionales de derechos a favor de las personas en situación de dependencia que han influido notablemente en las legislaciones adoptadas por los diferentes países. Recogemos, sin ánimo exhaustivo los más importantes:

3.1.1. La Organización Mundial de la Salud (1980)

Definió la situación de dependencia como la “restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal”. La OMS, en su documento de contribución a la Segunda Asamblea

Mundial sobre el Envejecimiento⁶, define una serie de términos de vital importancia para la efectiva integración y participación de mayores, enfermos o discapacitados en la sociedad: como el de autonomía [“la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias”]; independencia [“capacidad de desarrollar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás”]; envejecimiento activo [proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”]; o asistencia de larga duración [“sistema de actividades desarrolladas por educadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona pueda valerse por sí misma, pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana”]. Términos todos ellos que orientan las políticas adoptadas en el Proyecto de Ley de Dependencia.

3.1.2. El Consejo de Europa

Constituyó a mediados de la década de los noventa, un grupo de expertos que trabajó durante dos años en la elaboración de un texto de consenso que pudiese ser asumido desde la mayoría de los países miembros de este organismo internacional. El resultado de ese trabajo fue la aprobación, en septiembre de 1998, por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, de una Recomendación relativa a la Dependencia [R(98)9]. La Recomendación define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

En enero de 2003, el citado grupo de expertos elaboró un informe sobre “La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes”, en el que se realizan diez recomendaciones de suma importancia que deberían concretarse en “una declaración formal de derechos de las personas mayores dependientes”, y manifestando que “estos derechos necesitan ser garantizados legislativamente”, sin que, en modo alguno, deban “usarse argumentos secundarios como excusa para la inactividad y la inercia del Estado en la provisión de los derechos estatutarios de las personas mayores dependientes y sus cuidadores”.

⁶ “Envejecimiento activo: un marco político”.

3.1.3. La Primera y Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena 1982 y Madrid 2002),

Han ido configurando iniciativas, políticas, principios y recomendaciones de suma importancia para la protección de las personas mayores en situación de dependencia. En la Conferencia Ministerial sobre el Envejecimiento de la CEPE [Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas, Berlín 11 al 13 de septiembre de 2002], los gobiernos se comprometieron, entre otras cosas, a garantizar la plena integración y participación de las personas mayores en la sociedad; a adaptar los sistemas de protección social en respuesta a los cambios demográficos y a sus consecuencias sociales y económicas; a esforzarse para garantizar la calidad de vida a todas las edades y mantener una forma de vida independiente que incluya la salud y el bienestar; y apoyar a las familias que proporcionan cuidados a las personas mayores.

Todas estas declaraciones, recomendaciones y proclamas internacionales, hacen un llamamiento a los gobiernos para que, sin más demora, y ante la creciente demanda social, adopten medidas legislativas como las recogidas en el Proyecto de Ley español para garantizar y cubrir la atención social de aquellas personas que, por una u otra causa, se vean sometidas a una situación de dependencia.

3.2. La Unión Europea y la dependencia.

3.2.1. La Unión Europea ha sido igualmente activa en este ámbito.

Así, por lo que se refiere a las personas mayores cabe destacar: la Resolución de 18 de febrero de 1982, sobre la situación y los problemas de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea [DOCE C 66, de 15 de marzo de 1982]; la Resolución de 10 de marzo de 1986 sobre las ayudas a los ancianos [DOCE C 88, de 14 de abril de 1986]; la Resolución de 14 de mayo de 1986, sobre una acción comunitaria para mejorar la situación de las personas de edad avanzada [DOCE C 148, de 16 de junio de 1986]; la Decisión del Consejo, de 26 de noviembre de 1990, relativa a las acciones comunitarias a favor de las personas de edad avanzada [DOCE L 28, de 2 de febrero de 1991]; o las más recientes Comunicaciones que, de una u otra forma, han abordado con amplitud la cuestión del envejecimiento. Entre otras, la Comunicación de la Comisión “Hacia una Europa para todas las edades: fomentar la prosperidad y la solidaridad entre generaciones” [COM(1999) 221 final, de 21 de mayo]; la Comunicación sobre “una estrategia concertada para modernizar la protección social” [COM(1999)347]; o la “Evolución futura de la protección social desde una perspectiva a largo plazo: pensiones seguras y viables” [COM(2000)622 final].

Por su parte, la Comisión Europea manifestó [COM(2002) 143 final, de 18 de marzo] que “el envejecimiento de la población requiere que las políticas públicas tengan en cuenta todos y cada uno de los factores que inciden en la calidad de vida”.

Para ello, “las políticas nacionales deberían sentar las bases para garantizar buenas condiciones de salud y bienestar en un contexto de longevidad cada vez mayor”, siendo necesario “un planteamiento en materia de salud que abarque todas las etapas de la vida y un nuevo equilibrio en materia de salud y prevención de las enfermedades”. A estos efectos, “los gobiernos deberían incluir entre sus prioridades la necesidad de mantener la calidad de vida y la integración social de las personas mayores”, siendo “especialmente relevante para el bienestar de estas personas la existencia de sistemas de vivienda, transporte y comunicaciones seguros y adaptados a sus necesidades”. Finalmente, y por lo que se refiere a las familias, la Comisión Europea considera que “las familias son cada vez menos capaces de asumir todas las responsabilidades en materia de cuidados y de prestar por sí solas el apoyo que requieren sus miembros dependientes y vulnerables”; por lo que sería necesario prever estructuras formales de cuidados.

3.2.2. A nivel comunitario cobra especial importancia la inclusión en el Tratado CE del artículo 13.

A partir de entonces la Comunidad goza de poderes específicos para actuar contra toda discriminación por motivo de sexo, de origen racial o étnico, religión o creencias, discapacidad, edad o tendencias sexuales (la modificación operada en el Tratado de Ámsterdam entró en vigor el 1 de mayo de 1999, tras la ratificación del texto por los quince Estados miembros). De esta forma, por primera vez en la historia de la Comunidad, se inserta en los Tratados una cláusula específica sobre no discriminación, entre otros motivos, por edad o discapacidad.

La Comisión Europea está estimulando desde hace años el debate político entre los Gobiernos de cara a profundizar en la acción protectora en materia de dependencia. En este sentido hay que recordar, entre otras, tres iniciativas importantes. La primera, es la publicación (Pacolet et al 1998) del informe “Social Protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway”, primer estudio comparativo europeo de la acción protectora de los gobiernos en este campo. La segunda iniciativa, la promoción de la estrategia europea contra la exclusión social a través de los Planes Nacionales de Acción de los países miembros, en la que la dependencia es considerada como una situación a resolver. La tercera iniciativa es de marzo de 2003, un informe conjunto de la Comisión y el Consejo bajo el título “Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores” en el que se plantean tres objetivos: el acceso de

todos los ciudadanos a las prestaciones y servicios sociosanitarios “con independencia de los ingresos o el patrimonio”, el logro de un alto nivel de calidad de la asistencia y la sostenibilidad de los sistemas de asistencia.

Por su parte, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, adoptada el 7 de diciembre de 2000 en el Consejo Europeo de Niza, tras establecer que “todas las personas son iguales ante la ley” (artículo 20), introduce en el artículo 21 un cláusula fundamental para la defensa de los derechos de los discapacitados y de las personas mayores: “Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación social”. Asimismo, el artículo 25 de esta Carta, relativo a “los derechos de las personas mayores”, establece el derecho de las personas mayores a llevar “una vida libre e independiente y a participar en la vida social y cultural”.

Por otro lado, el artículo 34 reconoce “el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez”. Finalmente, en el artículo 26 se hace una referencia específica a la “integración de las personas discapacitadas” comprometiéndose la Unión Europea a reconocer y respetar “el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la Comunidad”.

3.3. Posibles alternativas de regulación: modelos comparados.

Teniendo en cuenta los documentos internacionales y europeos comentados, no han sido pocos los países que ya han adoptado mecanismos de protección y atención a las personas en situación de dependencia.

3.3.1. Se puede clasificar la organización del servicio público de protección de la dependencia, en torno a tres modelos fundamentales:

- El modelo asistencial, que condiciona el acceso a los distintos tipos de protección a las rentas de la persona dependiente [países del sur de Europa].
- El modelo universal, que configura un derecho subjetivo a la atención pública con independencia del nivel económico de la persona dependiente [países nórdicos y Holanda]

- El modelo a través del sistema de la Seguridad Social, mediante prestaciones que tienen su origen en cotizaciones [países centroeuropeos, Alemania, Austria y Luxemburgo].

En el Libro Blanco de la Dependencia (Capítulo XI) se analizan con detenimiento estos tres modelos de protección social.

La tendencia general dominante en los países de la Unión Europea se orienta hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo o de Seguridad Social, si bien son modelos que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. La participación, en mayor o menor medida, de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países.

El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada. El criterio para ser beneficiario de la prestación social pública es la necesidad de cuidados. La prestación, como ya se ha indicado, cubre una parte sustantiva del coste, siendo el beneficiario quien asume el resto.

El modelo asistencial está representado, principalmente, por Francia, Bélgica o Italia. En estos países, el coste de una plaza en una residencia se divide en dos componentes: el sanitario y el residencial. El primero, que incluye todos aquellos costes relacionados con la asistencia sanitaria propiamente dicha (cuidados de enfermería, consumo farmacéutico...) lo cubre enteramente la Administración mediante fondos procedentes del sistema sanitario público. El componente residencial, de gran importancia económica, lo paga el usuario de su propio bolsillo, e incluye todos aquellos costes no sanitarios (alojamiento, manutención...). Si los ingresos del individuo no alcanzan a cubrir el coste de este segundo componente, la Administración asume la diferencia.

3.3.2. En Francia, país con gran tradición en ayudas sociales, las medidas más importantes a favor de las personas dependientes son las previstas en la *Ley nº 97-60*, de 24 de enero de 1997, que responde a atender mejor las necesidades de las personas mayores dependientes con la creación de una prestación específica de dependencia (PSD).

El modelo francés concede a partir de entonces, e independientemente de otras ayudas o cuidados que pueda recibir este colectivo (pensiones, ayudas sanitarias, etc.), una prestación específica de dependencia a aquellas personas que lo necesiten para el desarrollo de las actividades esenciales de la vida, tendente a mante-

ner a las mismas en su entorno familiar y respondiendo, igualmente, a las necesidades de sus cuidadores.

La dependencia se entiende como “el estado de la persona que, a pesar de los cuidados que pueda recibir, necesita ser ayudada para el desarrollo de los actos esenciales de la vida o requiere una vigilancia regular”⁷. La dependencia se evalúa a partir de la tabla de Autonomía Gerontológica de Grupos (AGGIR), con una graduación de dependencia de 1 a 6.

Años después se aprobó la Ley nº 2001-647, de 20 de julio de 2001, relativa al sostenimiento de la pérdida de autonomía de las personas mayores y de la ayuda personalizada de autonomía. Esta Ley, por la que se modifican determinados artículos del Código de Acción Social y de las Familias, y del Código de la Seguridad Social, establece en su artículo 1º que: “Toda persona mayor residente en Francia que se encuentre en la incapacidad de asumir las consecuencias de la pérdida de autonomía relacionadas con su estado físico o mental tiene derecho a una ayuda personalizada de autonomía que le permita afrontar sus necesidades. Esta ayuda, definida en condiciones idénticas en el conjunto del territorio nacional, está destinada a las que personas, que a pesar de los cuidados que puedan recibir, tienen necesidad de una ayuda para la realización de los actos esenciales de la vida o cuyo estado necesite una vigilancia regular”⁸.

Norma, que se completó con la Ley núm. 2004-626, de 30 de junio de 2004, «relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées» (relativa a la solidaridad para la autonomía de las personas mayores y de las personas discapacitadas).

Finalmente, la Fundación francesa de Gerontología y el Ministerio de Trabajo y Solidaridad redactaron, en 1987, una Carta de derechos de las personas dependientes. Si bien esta Carta no es legalmente obligatoria, es única en este campo y ha servido como documento de referencia de numerosos profesionales e instituciones a la hora de tomar decisiones así como de información a los mayores que se han hecho más conscientes de sus derechos.

3.3.3. El “modelo universal” está representado por países como Austria (Ley de julio de 1993), Alemania (Ley federal de mayo de 1994), Luxemburgo (1999), países escandinavos o Japón (1999); concibiéndose la protección de la dependencia, en particular, en los tres primeros, como la “quinta columna de la Seguridad Social”,

⁷ Artículo 2 de la Ley de 24 de enero de 1997 sobre Prestación Específica de Dependencia, y Decretos de aplicación nº97-426 y nº97-427 de 28 de abril de 1997.

⁸ Artículo L. 232-1, del Código de Acción Social y de las Familias.

considerándola una contingencia del mismo tipo que la enfermedad, el desempleo, los accidentes de trabajo y las pensiones.

3.3.3.1. En Alemania, la definición de dependencia es más precisa: “Son dependientes las personas que debido a una enfermedad física, mental o psíquica o a una discapacidad de la misma naturaleza tienen una necesidad regular e importante de asistencia de una tercera persona para los actos esenciales de la vida”⁹. La referida Ley de 26 de mayo de 1994 creó, en el marco del sistema de la seguridad social, el denominado Seguro Obligatorio de Dependencia. Este seguro garantiza a los beneficiarios una importante cobertura para los cuidados de larga duración, independientemente de la edad, de la causa de su dependencia o de sus ingresos [con un límite salarial mensual de 4500 € en 1999]. Como dato significativo, en 1997 se beneficiaban de este seguro más de 1,2 millones de personas mayores. Por otro lado, la Ley establece una serie de medidas para ayudar a los cuidadores informales o familiares: como poder beneficiarse cuatro semanas al año de un sistema de acogimiento de la persona mayor en centros de día o de noche (en este caso, el seguro de dependencia cubre los gastos ocasionados por los cuidados de base, las actividades de vigilancia y de consejo). Para mejorar la calidad de la atención que proporcionan los cuidadores informales, la Ley prevé que las aseguradoras de enfermedad ofrezcan cursos de formación gratuitos. Finalmente, la Ley establece que el cuidador familiar pueda coger hasta cuatro semanas de vacaciones al año, beneficiándose en este caso la persona dependiente de un derecho a una prestación sustitutoria.

3.3.3.2. En Japón, la Ley de cuidados de larga duración entró en vigor el 1 de abril de 2000, y según esta norma son asegurados y a la vez, pagan las cotizaciones todos los residentes mayores de 40 años. Las personas mayores de 65 años estarán protegidas si necesitan cuidados de larga duración que son la causa de su dependencia. Sin embargo, los asegurados de menos de 65 años sólo estarán cubiertos si la causa de su dependencia está ligada a una patología de tipo geriátrico. A cada nivel de dependencia (hay seis), corresponde un límite superior de contraprestación. Para el nivel más alto, es de 350.000 yenes al mes, y por la más leve es de 60.000 yenes. En este país, el pago de este seguro no es en metálico sino en especie, y la financiación corresponde tanto a la Administración como al beneficiario.

3.3.3.3. En los países escandinavos son tres las fuentes de financiación utilizadas. En primer lugar, el Gobierno central cede a los condados, municipios, etc, una parte de los ingresos obtenidos mediante los impuestos de ámbito estatal. La segunda fuente de financiación tiene su origen en los gobiernos regionales (conda-

⁹ Artículo 14 de la Ley de 26 de mayo de 1994 relativa a la cobertura del riesgo de “necesidad de cui-

dos o municipios). Éstos, para complementar la cuantía de las transferencias que reciben del gobierno central, suelen destinar una parte de sus ingresos propios a financiar los servicios que ellos mismos se encargan de proveer. La tercera fuente de financiación existente es la cofinanciación: los usuarios pagan una parte del coste del servicio que utilicen, calculándose dichos copagos según sea el tipo de servicio utilizado. En el caso de las residencias, la aportación viene determinada por la cuantía de su pensión. En Dinamarca es diferente ya que el usuario retiene completamente su pensión pero debe aportar el 15% de toda su renta (pensión y otros ingresos) a la residencia, además de pagar una serie de tasas de cuantía fija por diversos conceptos (alojamiento, electricidad, etc).

Por su parte, en el caso de la atención domiciliar y de otros servicios no residenciales, los usuarios están obligados a pagar un determinado porcentaje del coste de los mismos, siendo de nuevo Dinamarca la excepción a este respecto (no existen copagos de ningún tipo). En el resto de países escandinavos, sin embargo, hay que señalar que la cuantía de los copagos varía con el nivel de renta de los beneficiarios.

3.4. El modelo español.

El Sistema Nacional de Dependencia regulado en el Título I del Proyecto de Ley establece un conjunto de prestaciones y servicios básicos tendentes a garantizar en la protección de las personas en situación de dependencia. Los principios que inspiran la Ley son:

- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.
- La participación de todas las Administraciones en el ejercicio de sus competencias.

El Proyecto tiene por objeto garantizar la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia. Sin embargo, las administraciones autonómicas y locales podrán, con cargo a sus presupuestos, ampliar o mejorar las condiciones básicas.

De entre los modelos comentados, el Proyecto tiende hacia un sistema particular de protección universal en el que:

- No se exige a los beneficiarios requisitos específicos de afiliación o cotización.
- Establece limitaciones en el acceso al tener que superar el baremo de entrada al Sistema (en función del grado y nivel de dependencia).

- La financiación, esta tendrá su origen en el sistema impositivo del Estado, así como en el copago por parte de los usuarios en las condiciones que se establezcan.

En estos términos, el Sistema Nacional de Dependencia se configura como una nueva modalidad de protección social complementaria del Sistema de la Seguridad Social. En estos términos, el Dictamen del Consejo Económico y Social¹⁰ sitúa al Sistema Nacional de Dependencia como “uno de los principales componentes de la protección social en España”.

4. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA Y LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA.

4.1. La creación de un Sistema Nacional de Dependencia y la configuración del Proyecto de Ley español tiene perfecto encaje en la Constitución española. Norma Fundamental que consagra el modelo de Estado social e impone a los poderes públicos deberes de proveer o garantizar ciertos servicios, instrumentando las políticas públicas adecuadas.

En efecto, ya desde el artículo 1 CE, se puede observar el compromiso del Estado español con las cuestiones sociales y con la consecución de la necesaria igualdad entre todos los ciudadanos: “España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores del ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”.

De forma más concreta, el artículo 9.2 establece que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

Asimismo, el artículo 41 alude a que “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”. El artículo 49, a su vez, obliga a los poderes públicos a realizar una política de integración social de los ciudadanos con discapacidad “para el disfrute de los derechos que éste título otorga a todos los ciudadanos”. Y, el artículo 50, en fin, insta a los poderes públicos a garantizar “mediante pensiones adecuadas y periódicamente actua-

¹⁰ 20 de febrero de 2006

lizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

El cumplimiento de estos deberes constitucionales ha de instrumentarse, precisamente, con unas políticas adecuadas e integrales de protección social a las personas en situación de dependencia. Y ello, por una razón muy sencilla: existe un amplísimo sector de la población (más de 1 millón de personas, EDDDES 99) que no puede realizar tareas cotidianas o básicas.

En todo caso, una norma de estas características ha de completarse con la prescripción constitucional de que todos los españoles han de tener los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio español (art. 139.1 CE), así como por la competencia estatal para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (art. 149.1.1 CE).

La intervención estatal está, por tanto, legitimada, en términos constitucionales, sin perjuicio del reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas que se analiza más adelante. En efecto, una Ley de estas características requiere el apoyo y el consenso de todas las Administraciones con algún tipo de responsabilidad en la materia, coordinando esfuerzos para el logro del fin social que se propone: la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia.

4.2. Sin embargo, no puede olvidarse que el régimen que la Constitución impone en relación con los derechos sociales (Título I, Capítulo III), es el que resulta del artículo 53.3 CE. Establece dicho precepto que los denominados principios rectores de la política social y económica tendrán el siguiente alcance jurídico: “Informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos”. Añade a continuación que “solo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen”.

Esta remisión a las leyes de desarrollo ha llevado a la doctrina y a la jurisprudencia a sostener que no existe una garantía constitucional directa de los derechos sociales. Su eficacia y, por tanto, su exigibilidad ante los tribunales, depende de lo que establezca en cada caso el legislador. Ya el Tribunal Constitucional desde sus primeras Sentencias (entre otras la 19/1982, de 5 de mayo), afirmó que “impide considerar a tales principios (entre los cuales los derechos sociales) como norma sin contenido y obliga a tenerlas presentes en la interpretación de las restantes normas constitucionales como de las leyes”.

A pesar de dicha doctrina, no existe hoy una diferenciación tan radical entre los derechos del Capítulo II (derechos y libertades) y los derechos del Capítulo III (principios rectores); ni la configuración legislativa de los derechos de las personas mayores y de las personas con discapacidad como derechos fundamentales.

En efecto, ya la primera Ley postconstitucional relacionada con los derechos de las personas en situación de dependencia (la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.- LISMI) invocaba, como fundamento constitucional único de toda la regulación en ella contenida, lo establecido en el artículo 49 CE. Sin embargo, esta configuración de los derechos de los discapacitados en base a lo establecido en el artículo 49 CE ha sido objeto de una interesante y radical modulación, que ha apoyado la legislación ulterior a la LISMI, así como el Proyecto de Ley de Dependencia.

El referente principal de este cambio de orientación lo constituye la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU). Con fundamento en los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución, esta Ley ha incorporado al ordenamiento español una nueva concepción de los derechos de los ciudadanos con discapacidad, a los efectos del disfrute pleno de los derechos que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos.

El cambio está presente en la misma Exposición de Motivos de la LIONDAU, en la que se utilizan como apoyos de la nueva regulación tres preceptos constitucionales además del artículo 49. Las nuevas referencias son, por el orden que aparecen en el preámbulo, el artículo 14, que reconoce la igualdad ante la ley sin que pueda prevalecer discriminación alguna; el artículo 9.2 que atribuye a los poderes públicos la responsabilidad de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitando su participación en la vida política, cultural y social; en fin, el artículo 10 de la Constitución, que establece entre los derechos y deberes fundamentales, el de dignidad de la persona como fundamento del orden político y de la paz social.

El cambio de orientación también es significativo en cuanto que la política legislativa que se plasma en la LIONDAU no radica exclusivamente en la fijación de un cuadro de prestaciones dirigidas a la integración social del minusválido, que fue la orientación preferente de la LISMI, sino que el objetivo en esta segunda entrega legislativa es que las personas con discapacidad “puedan disfrutar del conjunto de todos los derechos humanos: civiles, sociales, económicos y culturales”.

Este cambio de perspectiva se observa, igualmente, en el Proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. El nuevo enfoque, implica una reubicación constitucional de los derechos de las personas mayores y de las personas discapacitadas, que se vinculan no a los artículos 49 y 50 de la Constitución exclusivamente, sino sobre todo, a los artículos 1, 9.2 y 14, que consagran el principio de igualdad (recogido en la Exposición de Motivos y en el articulado del Proyecto de Ley).

Esta cuestión tiene una enorme relevancia jurídica que, hasta el momento, ha pasado desapercibida en los análisis e informes difundidos en el sector, o elaborados por la doctrina general, sobre la significación de la nueva regulación.

En definitiva, este cambio de perspectiva es esencial, porque supone ver que la atención a las personas en situación de dependencia, en tanto que ciudadanos, va mucho más allá de las atenciones personales que su situación merece. Este colectivo de personas son ciudadanos con dificultades de acceso al disfrute de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución. La plena satisfacción de este derecho, del que son titulares como el resto de los ciudadanos, es una cuestión que concierne a la plena eficacia de los derechos fundamentales. Por tanto, son aplicables para conseguirla, todos los límites y garantías que la Constitución establece en relación con la acción de los poderes públicos y de los particulares, correspondiendo al Estado regular las condiciones básicas para que la igualdad de las personas en situación de dependencia sea real y efectiva [STC 216/1991].

5. ENCAJE COMPETENCIAL DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN EL ARTÍCULO 149.1.1ª CE.

5.1. La competencia Estatal del artículo 149.1.1

El Proyecto recoge en su Disposición Adicional Octava que la Ley se dicta al amparo de la “competencia exclusiva del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes constitucionales, conforme al artículo 149.1.1 de la Constitución”.

A esta cuestión la dedica gran parte de su análisis el Dictamen del Consejo de Estado sobre el Anteproyecto de Ley¹¹, considerando que “a la vista de la jurisprudencia constitucional, entiende este órgano consultivo que el Estado tiene competencia para regular la materia objeto del Anteproyecto”.

¹¹ Aprobado el 23 de marzo de 2006.

Y así, recuerda el Consejo de Estado su reciente Dictamen 1.579/2005 [referido a la LIOUNDAU], en el que entendía que la jurisprudencia constitucional había venido delimitando el sentido y alcance del artículo 149.1.1ª CE; señalando que dicho precepto, “más que delimitar un ámbito material excluyente de toda intervención de las Comunidades Autónomas, lo que contiene es una habilitación para que el Estado condicione - mediante, precisamente, el establecimiento de unas “condiciones básicas” uniformes- el ejercicio de esas competencias autonómicas con el objeto de garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de sus deberes constitucionales” (STC 98/2004, f.j. 3 y STC 178/2004, f.j. 7).

En efecto, el artículo 149.1.1ª de la Constitución constituye un título competencial “con contenido propio, no residual” (STC 172/1998) que otorga al Estado las facultades normativas para determinar y definir las condiciones básicas de la igualdad y no discriminación de las personas en situación de dependencia, de manera que se les garantice los mismos derechos y prestaciones en todo el territorio nacional.

El Tribunal Constitucional, en una consolidada doctrina, recogida en numerosos Dictámenes [Consejo de Estado, Consejo Económico y Social, Libro Blanco de la Dependencia, Memoria del Proyecto de Ley, etc.], ha delimitado el objeto y contenido de este título competencial en los siguientes términos:

- “El Estado tiene la competencia exclusiva para incidir sobre los derechos y deberes constitucionales desde una concreta perspectiva, la de la garantía de la igualdad en las posiciones jurídicas fundamentales, dimensión que no es, en rigor, susceptible de desarrollo como si de unas bases se tratara; será luego el legislador competente, estatal y autonómico, el que respetando tales condiciones básicas establezca su régimen jurídico, de acuerdo con el orden constitucional de competencias”. (STC 61/1997, de 20 de marzo).
- Se entienden por posiciones jurídicas fundamentales: “facultades elementales, límites esenciales, deberes fundamentales, prestaciones básicas, ciertas premisas o presupuestos previos” [STC 173/1998, de 23 de julio].
- La «materia» sobre la que recae o proyecta son los derechos constitucionales en sentido estricto, así como los deberes básicos.
- La regulación de esas condiciones básicas sí corresponde por entero y en exclusiva al Estado, pero con tal normación, como es

evidente, no se determina ni se agota su entero régimen jurídico. En tal contexto, no debe olvidarse que la «igualdad de todos los españoles» representa el elemento teleológico o finalista del título competencial”. [STC 61/1997, de 20 de marzo].

- Dentro de esas «condiciones básicas» cabe entender incluidos, asimismo, aquellos criterios que guardan una relación necesaria e inmediata con aquéllas, tales como el objeto o ámbito material sobre el que recaen las facultades que integran el derecho; los deberes, requisitos mínimos o condiciones básicas en que ha de ejercerse un derecho; los requisitos indispensables o el marco organizativo que posibilitan el ejercicio mismo del derecho; etcétera. [STC 227/1988, o STC 173/1998, de 23 de julio]. Incluido el establecimiento de un régimen sancionador [SSTC 102/1995 y 156/1995].

El Tribunal Constitucional ha sostenido que se trata de un título competencial con contenido propio que habilita al Estado para regular el “contenido primario” de cada derecho o deber (derecho de las personas en situación de dependencia a acceder a las prestaciones y servicios en condiciones de igualdad). Lo que comprende, como hemos visto, el establecimiento de las facultades elementales y los límites esenciales de los derechos, así como la fijación de las prestaciones básicas de los deberes. En ambos casos, la competencia estatal también alcanza para regular ciertos presupuestos del ejercicio de cada derecho o deber, aunque no la totalidad de su régimen jurídico (STC 61/1997, de 20 de marzo, ya comentada).

Sin embargo, como bien recuerda el Consejo de Estado la regulación amparada en el artículo 149.1.1.^a no puede suponer una normación completa y acabada de los derechos y deberes, de forma que dicho precepto constitucional no debe ser entendido como una prohibición de divergencia autonómica. Según la STC 212/2005, debe distinguirse, de un lado, entre los elementos generales conformadores del derecho de que se trate, amparables en el artículo 149.1.1.^a (alcanzables por las normas de rango legal y, cumpliendo determinadas exigencias, reglamentario) y, de otro, los criterios de la política sectorial correspondiente (en particular, en el presente caso, cabría mencionar los de asistencia social y servicios sociales). Así, la jurisprudencia constitucional exige que la regulación estatal de las condiciones básicas deje un margen dentro del cual las Comunidades Autónomas puedan ejercer sus competencias sectoriales (lo que resulta facilitado por la naturaleza de la regulación de la que aquí se trata).

En estos términos resultan fundamentales los mecanismos de cooperación y coordinación establecidos en el Proyecto. Afirma al respecto el Dictamen del Consejo

de Estado que “esos mecanismos de cooperación y coordinación en relación con actuaciones procedentes de las distintas Administraciones públicas, y orientadas a facilitar el disfrute efectivo, por las personas en situación de dependencia, de los derechos que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos, tienen especial sentido dados los llamamientos que a todos los poderes públicos se hacen desde los artículos 49 y 50 de la Constitución”.

A pesar de todo, el Dictamen del Consejo de Estado advierte [Apartado IV. A] en la configuración del Sistema diversas contradicciones o desajustes entre diversos artículos del Proyecto. A estos efectos indica el órgano consultivo que deberían diferenciarse claramente los tres niveles de intervención administrativa:

- 1) un contenido mínimo común garantizado por la Administración General del Estado, acordado en el seno del Consejo Territorial, aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto, y financiado por el Estado (una especie de “mínimo de mínimos”);
- 2) una intensidad o nivel superior de prestaciones derivada de los convenios bilaterales suscritos en el marco del Plan de Acción Integral y cofinanciada entre el Estado y las Comunidades Autónomas, de conformidad con tales convenios; y
- 3) un nivel adicional de mejora, a iniciativa y cargo de las Comunidades Autónomas.

5.2. Encaje del Proyecto en el artículo 149.1.1

Independientemente de los desajustes advertidos por el Consejo de Estado, se puede afirmar que el Proyecto respeta el orden constitucional de distribución de competencias ente el Estado y las Comunidades Autónomas.

En efecto, ya desde la Exposición de motivos, se indica que la Ley garantiza unos derechos básicos que se fundamentan, entre otros, en el principio de igualdad en la atención a las personas en situación de dependencia, desarrollando un sistema de atención integral. Se establece, asimismo, cómo la “ley regula las condiciones básicas (...) con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas”, se configura un Sistema Nacional de Dependencia que “garantiza condiciones básicas y el contenido común de las prestaciones y servicios (...) sirviendo de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus respectivas competencias”. La Ley “define”, por otra parte, los servicios y prestaciones, el catálogo de servicios, así como los grados de dependencia y los criterios básicos para su valoración.

En el Título Preliminar se recogen meras disposiciones generales, que se refieren al objeto de la Ley, principios que la inspiran, derechos y titulares de los mismos, así como la definición de una serie de conceptos. Asimismo, el Sistema de Dependencia que se configura en el Título I, para garantizar la efectividad de los derechos de las personas en situación de dependencia, se limita a establecer la necesidad de una actuación coordinada entre todas las Administraciones Públicas y en el ejercicio de “sus respectivas competencias”, las prestaciones y catálogo mínimo de servicios, definiendo los servicios básicos sin desarrollar su alcance, y estableciendo grandes categorías que deberán ser objeto de posterior desarrollo.

El Proyecto incorpora, igualmente, un cuadro de infracciones y sanciones. También el Estado tiene competencia para ello, ya que según ha explicado el Tribunal Constitucional, “permite -y así lo hemos declarado en la STC 102/1995, fundamento jurídico 32- que, con la finalidad de garantizar unos mínimos de protección comunes a todo el territorio nacional, el Estado pueda establecer con carácter básico un catálogo mínimo de conductas -ampliable por el legislador autonómico- que en todo caso se deberán considerar infracciones administrativas; asimismo, que pueda determinar que algunas de esas conductas tendrán siempre la calificación de infracciones graves y, por último, que pueda establecer los criterios generales para la determinación de la gravedad de las infracciones, así como una escala de sanciones con unos límites máximos y mínimos” [STC 156/1995, de 26 de octubre].

5.3. Regulación autonómica compatible con la estatal.

El Estado y las Comunidades Autónomas han adoptado una serie de medidas de orden normativo o administrativo, en el respectivo ámbito de su competencia, relacionadas con la atención a las personas en situación de dependencia. No existe, sin embargo, un marco uniforme, lo que genera una cierta desigualdad territorial que resta efectividad a las distintas políticas. Motivo más que suficiente para aprobar una Ley como la proyectada.

Las Comunidades Autónomas regulan la atención a la dependencia principalmente con actuaciones de ámbito social, a través de ayudas y servicios. Las definiciones recogidas son análogas y las normas más recientes en su promulgación han sido las siguientes:

- 1) La Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Recientemente se ha aprobado en esta Comunidad la Orden 87/2006, de 30 de enero, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se aprueban las bases regu-

ladoras y se convocan ayudas a familias que atienden en su domicilio a personas en situación de dependencia. En la Convocatoria del año 2006 se fija el importe anual de la ayuda en 2.710 euros.

- 2) La Ley 5/2003, de 3 abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León.
- 3) La Ley 1/2003, de 24 febrero, de Servicios Sociales del *Principado de Asturias*, que establece en el artículo 19 que el sistema público de servicios sociales comprenderá las siguientes prestaciones: g) medidas de apoyo a las personas dependientes y sus familias, entendiéndose como tales a las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.
- 4) O, por último, la Ley 6/2001, de 20 noviembre, de atención y protección a las personas en situación de dependencia de Cantabria.

Las principales críticas al Proyecto se produjeron por parte el Instituto de Estudios Autonómicos de Cataluña [Exp. 17/2006]. El Instituto autonómico puso en duda que el Estado pudiese adoptar una norma como la proyectada, por incidir en una materia de competencia autonómica, como la “asistencia y servicios sociales”. Postura que ha sido rebatida en el detallado Dictamen del Consejo de Estado; precisamente con el objeto de garantizar un mínimo de igualdad en todo el territorio del Estado.

6. CONSIDERACIONES FINALES CRÍTICAS. LA POSIBILIDAD DE REGULAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DESDE LA COBERTURA DEL ART. 149.1.17ª.

6.1. Aplicación gradual de la Ley, costes y beneficios.

Estos dos órganos consultivos han valorado muy positivamente, como no podía ser de otra forma, la futura Ley de Dependencia. Así, el Consejo Económico y Social [Dictamen 3/2006, de 20 de febrero] considera que la norma supone “un avance fundamental en el proceso de modernización del sistema español de protección social, que responde de esta manera a una necesidad cada vez más palpable en nuestra sociedad”.

Asimismo, el Consejo de Estado “valora muy positivamente la finalidad perseguida por el Anteproyecto sometido a consulta, orientada a que grupos especialmente vulnerables encuentren un apoyo básico para el ejercicio de sus derechos e, incluso, para la realización de las actividades de su vida diaria. También ha de destacarse la virtualidad que el artículo 149.1.1.ª de la Constitución puede tener en la estructuración de unas condiciones básicas que garanticen el ejercicio de sus derechos constitucionales por todos los españoles; y que lo hagan estableciendo un marco de igualdad, pero sin pretender una uniformidad monolítica en el régimen aplicable en todo el territorio nacional, sino, antes bien, favoreciendo la mayor adaptación de las normas aplicables en cada Comunidad Autónoma a las necesidades o preferencias que se manifiesten en cada una de ellas”.

Sin embargo, el Consejo Económico y Social advierte de una de las mayores preocupaciones que se plantean en el futuro, como es mantener un justo equilibrio entre la cobertura universal que garantiza la Ley, la suficiencia de la atención ofrecida y la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Dependencia. Lo que justifica, en opinión del CES la gradualidad en la implantación del sistema.

En efecto, la implantación de las prestaciones de dependencia incluidas en el Proyecto se realizará de forma progresiva desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2015, según el siguiente calendario [Disposición Final Primera]:

- El primer año a quienes sean valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 2 y 1.
- En el segundo y tercer año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 2.
- En el tercero y cuarto año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 1.
- El quinto y sexto año a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2.
- El séptimo y octavo año a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia moderada, nivel 1.

Por otra parte, según las estimaciones del Libro Blanco de la Dependencia, la introducción gradual de un Sistema Nacional de Dependencia conllevará la creación de unos 263.000 empleos. Los estudios económicos prevén que el presupuesto de gastos corrientes para establecer el SND exigirá recursos que harán subir el 0,33% del PIB de 2006, hasta el 1 % del PIB en 2015. Para ello, y según la Memoria de la Ley, la Administración General del Estado aportará más de 12.638 millones de euros hasta 2015 para garantizar las prestaciones y servicios del Sistema. La previsión de coste en los primeros ocho años es la siguiente:

Año	Aportación Estado
2007	400.000.000 €
2008	678.685.396 €
2009	979.364.617 €
2010	1.160.330.812 €
2011	1.545.425.613 €
2012	1.673.884.768 €
2013	1.876.030.564 €
2014	2.111.571.644 €
2015	2.212.904.397 €
TOTAL	12.638.197.811 €

A pesar de la importante inversión prevista, no cabe olvidar la importante participación financiera que tendrá el beneficiario en el Sistema (en función de su capacidad económica, coste y tipo de servicio; y mediante impuestos), fuente de las principales críticas del Proyecto. La última de ellas en el reciente artículo publicado en El País (8 de junio de 2006) “Aspectos financieros de la Ley de Dependencia”, donde el inspector de Hacienda D. Eduardo Beut considera que “la participación de los beneficiarios es una prestación patrimonial coactiva (...) que se corresponde (...) con el establecimiento de tasas”.

6.2. La vía de la Seguridad Social (prestaciones no contributivas) para abordar el Proyecto de Ley.

Sin duda este ha sido otro de los aspectos más comentados y criticados desde distintos sectores. Así, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) consideró en su Informe de 14 de febrero de 2006 que la no inclusión del Sistema dentro de la Seguridad Social “hace que toda la arquitectura del proyecto se resienta de una gran debilidad”.

Es cierto que la competencia del Estado en materia de Seguridad Social podría reforzar tanto las competencias estatales para adoptar la Ley, dando una mayor coherencia al Sistema. No obstante, como bien afirmó el Consejo de Estado, “dada la evolución de la concepción del sistema de Seguridad Social y, en general, el desarrollo de los sistemas de protección social en los países de nuestro entorno, no ha de descartarse que en el futuro algunas de las prestaciones previstas en el Anteproyecto sometido a consulta puedan pasar a integrar el ámbito de protección proporcionado por el sistema de la Seguridad Social”.

En efecto, el artículo 41 de la Constitución configura la Seguridad Social como un mecanismo público de protección social, extendido a todos los ciudadanos y garante de asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. A su vez, la Ley General de la Seguridad Social clasifica esa cobertura pública, en dos acciones protectoras, contributiva y no contributiva.

Ese doble sistema de protección fue introducido por la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, y constituye una de las reformas más importantes del sistema de la Seguridad Social. Su objetivo principal, según explicaba la Exposición de Motivos de esa Ley es “el establecimiento y regulación de un nivel no contributivo de prestaciones económicas de seguridad social, como desarrollo del principio rector contenido en el art. 41 de nuestra Constitución, que encomienda a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos”.

El fundamento de este tipo de prestaciones, según el Tribunal Constitucional, se encuentra en la configuración del régimen público de la Seguridad Social como una función de Estado destinada a garantizar “la asistencia y prestaciones suficientes en situaciones de necesidad [lo que] supone apartarse de concepciones anteriores de la Seguridad Social en que primaba el principio contributivo y la cobertura de riesgos o contingencias” [STC 65/1987, de 21 de mayo].

Las prestaciones no contributivas se introducen en nuestro ordenamiento como un derecho subjetivo de todos aquellos que cumplan los requisitos legalmente exigidos, convirtiendo a sus beneficiarios en pensionistas de la Seguridad Social, con la posibilidad de recibir no sólo una renta económica, sino también, asistencia médico-farmacéutica y servicios sociales. Todo ello, con el objeto de cubrir íntegramente el estado de necesidad que la prestación trata de proteger. Sus características más importantes son, por tanto, de un lado, su sujeción a exigencias de necesidad social [por ejemplo, desempleo, invalidez o incapacidad permanente], y por otro, la carencia de recursos como factor determinante para acceder a la cobertura pública. Y, según dispone el artículo 86 de la Ley, están financiadas con impuestos.

Por su parte, las prestaciones por dependencia, según se adelanta en el Proyecto de Ley, consistirían: (a) en una prestación material (acceso a los servicios sociales), susceptible de ser sustituida por una compensación económica en caso de indisponibilidad de tales servicios; (b) o en una prestación económica, a elección del beneficiario que desee permanecer en su ámbito familiar. Se establecería, además, un sistema de copago, de modo que la financiación de esas prestaciones,

correspondería también, a la persona en situación de dependencia, en función de su capacidad económica.

De esta forma, ya priori, la configuración de las prestaciones por dependencia, difieren en gran medida, de las actuales prestaciones no contributivas reguladas en la Ley General de la Seguridad Social. En efecto, la prestación no sería principalmente económica, como ocurre con las prestaciones no contributivas ya establecidas; y la cobertura de la situación de necesidad (la dependencia), no iría en función del nivel de rentas, sino del estado físico o mental del solicitante. La situación económica, por tanto, sólo podría ser determinante del porcentaje con el que el beneficiario contribuiría a la financiación de la prestación, pero nunca, de su concesión.

Todo ello, no obstante, no tiene por qué convertirse en un obstáculo, al menos jurídico, para incluir a las prestaciones por dependencia, dentro del sistema no contributivo de la Seguridad Social. Su naturaleza universal, y su objeto (la protección de una situación de necesidad, la dependencia), justificarían en un momento dado, la modificación del régimen jurídico actual de las prestaciones no contributivas. En este sentido, ha precisado el Tribunal Constitucional que la obligación estatal de mantener un sistema público de seguridad social no predetermina el contenido del sistema, sino que la ley ordinaria puede incrementar o reducir los niveles de cobertura vigentes en el momento de la promulgación de la Constitución [SS .TC. 65 y 134/87, 126/94, 38/95, etc.].

Asimismo indica el Alto Tribunal que el artículo 41 no consagra un principio de irreversibilidad social [Sentencia 38/95] y por tanto, sólo la supresión o la desvirtuación del sistema público significaría la violación constitucional, por invadir entonces el legislador un reducto indisponible [SS TC 37/94 y 206/97]. Por otra parte tiene dicho que la referencia genérica a los ciudadanos no se traduce necesaria e inmediatamente en la universalidad de la cobertura [Sentencias 103/83 y 247/93]; ni la suficiencia de la protección puede ir más allá de las disponibilidades económicas [Sentencia 134/87].

El Estado, por tanto, conforme a esa doctrina constitucional, dispone de amplias facultades de ordenación del sistema de prestaciones, tanto contributivas, como no contributivas, y por tanto, para ampliar la cobertura de la protección estatal a determinados colectivos (como los dependientes). La opción planteada es, en efecto, conforme a la doctrina constitucional, jurídicamente viable, y presenta, además, la indudable ventaja de reforzar la competencia del Estado para aprobar la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, con base en el artículo 149.1.17 de la Constitución.

6.3. Fortalezas y debilidades del Proyecto de Ley desde la perspectiva de los movimientos sociales concernidos.

La fortaleza esencial del Proyecto radica en el modo como se ha acometido su tramitación en fase de anteproyecto, en la que ha demostrado el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales una destacada capacidad de diálogo, muy bien valorada por el sector. Ello ha permitido que, al iniciarse su tramitación parlamentaria, con algunos matices, este texto normativo haya sido acogido con una valoración positiva por el sector y que una norma de marcado contenido prestacional no se vea discutida “prima facie” en aspectos relativos al contenido material de las prestaciones; lo que, sin duda, constituye un avance notable. Paralelamente, en lo que coinciden los movimientos sociales con los autores del texto es en la magnitud del objetivo perseguido con la norma. Según reza la propia Exposición de Motivos, se trata de un “reto de política social ineludible” y que ha de ser objeto de una “respuesta social firme”. La claridad con la que se esbozan esos principios facilitará la introducción en el texto durante la fase de aprobación parlamentaria de alguna de las mejoras propuestas por el sector social. Las mismas persiguen mayoritariamente una mayor concreción en las definiciones de conceptos básicos para el logro del fin propuesto por la norma, como “autonomía”, “dependencia”, “actividades básicas de la vida diaria”; afán de concreción con el que los movimientos sociales no sólo persiguen mejorar la claridad de la redacción, sino ampliar el propio ámbito material de la norma, teniendo en cuenta el principio de universalidad que el mismo texto recoge. En este mismo sentido figura una propuesta, apoyada mayoritariamente por el sector, con la que se pretende suprimir el límite de edad mínimo de 3 años para ser beneficiario del sistema de prestaciones; discriminación que no encuentra fundamentación objetiva alguna. Asimismo, aquella que busca suprimir del concepto dependencia el adjetivo de “estado permanente”. De igual calado, aquellas enmiendas que persiguen la matización de la definición del objeto de la ley, pues el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad no pueden quedar suficientemente amparadas bajo una definición de objeto que, según reza su tenor literal, persigue la “promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”. Cambios de redacción que, sin duda, serán acogidos en trámite parlamentario, pues tienen todos ellos engarce en los principios enunciados en el texto. Coinciden, asimismo, los representantes del sector social en proponer la inclusión de sus representantes en el Comité Consultivo; olvido carente de todo fundamento, dada la funcionalidad de este órgano que persigue informar y asesorar y que completa, sin duda, la participación social en el Sistema, junto con la representación de las organizaciones sindicales y empresariales. Mayor debate entendemos que generará la regulación final de la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, respecto de cuya propuesta inicial, sin haber caído en el error

de formular una crítica abierta a la misma, se han articulado diversas propuestas sobre la base de la fijación de mínimos de ingresos exentos, o la exención en la contribución de determinados colectivos de personas con discapacidad clasificados como de gran dependencia, entre otras. Con estos mimbres, y otros, se inicia el trámite parlamentario de promulgación de la norma para el que contamos con la indudable conciencia social de nuestros representantes políticos en las Cámaras. La misma que ha permitido poner esta primera piedra del Sistema Nacional de Dependencia, que es su anteproyecto normativo.

BIBLIOGRAFÍA

Dictamen 336/2006 del Consejo de Estado sobre el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (23 de marzo de 2006).

Dictamen 3/2006, del Consejo Económico y Social sobre el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. (20 de febrero de 2006).

Libro Blanco (diciembre 2004). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Imserso.

Memoria del análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal del Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (abril 2006). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Pacolet, J. et al (1998): "Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member Status and Norway", European Commission, Bruselas.

Julia Montserrat Codorniu
Profesora de la Universidad Ramon Llull de Barcelona

EL COSTE Y EL MODELO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LA LEY DE LA DEPENDENCIA

Julia Montserrat Codorniu es Doctora en Ciencias Económicas y Auditora de Cuentas. Combina las actividades docentes con la investigación relacionada con la Política Social y el Tercer Sector. Ha sido miembro del comité de expertos de la Ley de Servicios Sociales de Cataluña y ha participado en el Libro Blanco de la dependencia. Ha publicado diversos libros y artículos, entre los que destacan en el ámbito de la protección social a la dependencia "La Ley de atención a la dependencia: Análisis crítico desde la perspectiva económica", "El coste y el modelo de los cuidados de larga duración en la Ley de la dependencia", "Luces y sombras del anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en sus aspectos organizativos y económicos", "El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo", "El gasto en los mayores: el reto de la dependencia".

RESUMEN

Este artículo trata de aportar algunas reflexiones sobre los modelos de provisión y financiación de las prestaciones de la dependencia según el proyecto de Ley pendiente de aprobación parlamentaria. El modelo de prestaciones comparado con el de otros países desarrollados, se destaca por un elevado intervencionismo de la Administración, una reducida soberanía del consumidor y el predominio de las prestaciones en servicios sobre las prestaciones económicas. Por otro lado, la sufi-

ciencia financiera y la sostenibilidad del sistema son dos temas no resueltos en el proyecto de Ley por la opacidad en la estimación de los costes y por la falta de previsión de los ingresos adicionales. Se encuentra a faltar un debate de cómo el Estado soportará el incremento el coste adicional derivada de la Ley de la dependencia, entre el 0,5 y el 0,9% del PIB, en un contexto de reformas impositivas que tienden a la baja de los ingresos fiscales.

PALABRAS CLAVE:

Costes de cuidados de larga duración, financiación, provisión, copagos.

ABSTRACT

This article focuses on the Spanish model of provision and financing of Long Term Care according to the new Law which is in the process of approval. The model of public care, compared with other developed countries, highlights a high interventionism of Public Administration, a low empowerment of the users and a predominance of services over monetary allowances. On the other hand, the sufficiency and sustainability of the System is not well planned because the opacity on the cost estimation and not foresee the proper financing of additional costs. Moreover, there is a lack of debate about how the state is going to cover the additional cost of Long Term Care, between 0.5% and 0.9% of GDP, in a framework of tax reforms which will reduce fiscal income.

KEY WORDS:

Costs of long term care, financing, provision model, copayments..

1.- INTRODUCCIÓN

La futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes (actualmente Proyecto de Ley) representará un avance importante en la ampliación de la cobertura de las prestaciones para las personas en situación de dependencia; no obstante, se detectan algunas limitaciones que afectan, especialmente, al principio de “suficiencia financiera” y al principio de “fomento de la provisión de servicios a través de las organizaciones no lucrativas”.

La suficiencia financiera de la Ley tal como esta recogida en la Memoria Económica es “materia de fe” porque lanza una cifra final sobre cual puede ser el coste anual de las prestaciones de la dependencia, a partir del 2015-fecha en que se prevé la implantación total del proyecto- pero, en cambio, no describe las hipótesis sobre las que se fundamenta para alcanzar dicha cifra. Así, de entrada, el dato del gasto total puede ser “corto” o “largo”, es decir, que la cifra esté estimada en exceso o en defecto porque se desconoce las variables y las hipótesis que se han manejado para obtener dicho resultado.

En este artículo se tratará de contrastar la “consistencia” de la cifra “oficial” del coste del sistema de la dependencia a través de la comparación con otros datos obtenidos a través del desarrollo de un Modelo de estimación de costes. Asimismo, se analizará el modelo de provisión de prestaciones-en servicios y económicas- previstas en la Ley poniendo de relieve que el modelo que se prevé no facilita la posibilidad de que las organizaciones no lucrativas sean proveedoras de los servicios públicos de la dependencia.

La Ley, largamente esperada, aportará una serie de mejoras en la protección social de los individuos. Se prevé un incremento significativo en los servicios de cuidados en el domicilio que puede suponer cuadruplicar la oferta de servicios de ayuda a domicilio conjuntamente con el incremento de las prestaciones a los “cuidadores informales”; asimismo, comportará un incremento de los centros de día y de aquellos otros servicios de alivio y soporte a los cuidadores y familiares de los individuos que viven en el domicilio. Del mismo modo, la cobertura de las plazas residenciales se puede duplicar y, el servicio de teleasistencia puede llegar a ser universal.

La Ley tendrá una incidencia significativa en el bienestar de los usuarios y de sus familiares pero para que esto sea posible es necesario que la Ley prevea un sistema adecuado y flexible de prestaciones y que estas pueden ser financiadas sin “recortes presupuestarios”. La suficiencia financiera se debe manifestar en la consignación anual en los Presupuestos del Estado de las cantidades necesarias para

atender todas las necesidades de la población en situaciones de dependencia. En el caso que no exista suficiencia financiera y la estimación de los costes no sea la correcta, significaría diseñar un modelo de cuidados que dejaría insatisfecha una parte de la demanda de la población o que no garantizaría unas prestaciones adecuadas.

La Ley de la dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes) es ambiciosa en su objetivo de prever la universalidad de las prestaciones a toda la población en situaciones de la dependencia; así, también debe ser ambiciosa en estimar el coste que ello va a representar. Es un Ley que incide directamente en el bienestar, no solo de los afectados, sino también de sus familias y de la sociedad en general; por lo tanto, sería una lastima perder la oportunidad de implantar un modelo suficiente y sostenible por aquello de las “restricciones presupuestarias”, en lugar de valorar los impactos positivos que puede tener en el bienestar de la sociedad.

1.- EL MODELO DE PRESTACIONES EN LA LEY DE LA DEPENDENCIA.

Según el artículo 14 del Proyecto de Ley, *“las prestaciones de dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria”*.

Así, las prestaciones pueden ser de dos tipos- en servicios y en prestaciones dinerarias- y, en cambio las ayudas técnicas no se incluyen como una prestación de la dependencia. Se vislumbra que la distinción entre una “prestación” y “otro” tipo de ayuda como pueden ser las ayudas técnicas se fundamenta en el hecho de que las prestaciones tienen carácter periódico y las ayudas técnicas son de carácter puntual. Las primeras se recibirán regularmente cada día o periodos de tiempo que el evaluador establezca mientras que, las ayudas técnicas se recibirán puntualmente para una actividad concreta, por ejemplo, para hacer una rampa o reformar un baño.

Con independencia de que las ayudas técnicas sean o no consideradas como una prestación, cabe resaltar la importancia que estas pueden tener como “ayudas” para la dependencia. Teniendo en cuenta que el 90% de las personas en situación de dependencia viven en sus domicilios, en el domicilio de sus hijos o familiares y que más de la mitad de las viviendas no están adecuadas a las necesidades de las personas con dependencia, de ahí se puede deducir la importancia que pueden

alcanzar las ayudas técnicas. En cambio, la Memoria económica de la Ley prevé 100 millones de euros, cifra relativamente pequeña si se tiene en cuenta que mejorar el bienestar de los usuarios no se trata solo de dispensar teleasistencia o unas horas de trabajadora familiar, sino que implica que las viviendas estén acondicionadas para la movilidad del usuario dentro y fuera del domicilio, eliminando las barreras y asegurando las condiciones de seguridad en la vivienda, etc. La cifra prevista en ayudas técnicas representaría un gasto de 76 euros por dependiente y año, lo cual da una idea de la escasa aportación económica que puede representar este tipo de ayudas

El modelo de prestaciones de la Ley de la dependencia es un modelo con una base muy amplia de prestaciones en servicios y con una base muy pequeña de prestaciones dinerarias. Esto es así, porque la Ley prevé en el art. 14 que tanto las prestaciones dinerarias vinculadas a un servicio (cheque servicio), como las prestaciones dinerarias dirigidas a cuidadores “no profesionales” solo se darán con carácter de excepcionalidad.

1.1.- Las prestaciones en metálico

Las prestaciones en metálico que incluye el proyecto de ley están reguladas en tres artículos: cheque-servicio en casos especiales (art. 17), compensación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales (art. 18) y para la asistencia personalizada (art. 19). El primer caso (art.17) constituiría lo que se conoce como cheque servicio ya que esta prestación está vinculada a la adquisición de un servicio.

La Ley introduce, con nombres diferentes pero con un mismo objetivo, las figuras del “cuidador no profesional” (art. 18) y del “asistente personal”(art. 19) para designar la disponibilidad de una persona externa al vínculo familiar para ayudar al afectado en su falta de autonomía. La diferencia entre las dos figuras parece que está en que, en el caso de los “cuidadores no profesionales” se refiere a aquellos cuidadores que atienden a personas mayores de 65 años mientras que el “asistente personal” parece más vinculado a la ayuda de las personas menores de 65 años. Es curiosa la distinción que durante todo el texto se hace a las prestaciones de la dependencia en función de la edad. A las personas menores de 65 años se les denomina “personas con gran dependencia” como si las personas mayores no pudieran alcanzar dicho grado de la dependencia. Asimismo, la Ley introduce, con nombres diferentes las figuras del “cuidador no profesional” y del “asistente personal” para designar dos figuras con un mismo objetivo. Las diferencias de denominación conllevan a condiciones diferentes en el acceso y, probablemente, en las cuantías de las prestaciones.

Una primera diferencia entre las prestaciones económicas para los mayores y para los menores de 65 años es que para poder disfrutar la prestación incluida en el art. 18 será necesario que el cuidador esté dado de alta de la Seguridad Social, en cambio, la prestación para compensar el asistente personal (art.19) no hay indicios de que el cuidador este obligado a cotizar a la Seguridad Social para desempeñar su trabajo.

Otra diferencia importante entre ambos tipos de prestaciones económicas es el carácter de excepcionalidad que tendrán las de mayores, mientras que la de los menores gozarán de carácter de normalidad. El art. 14, apartados 4) y 5) del Proyecto de Ley, diferencia las prestaciones económicas que pueden recibir los mayores de 65 años y las que pueden recibir los menores de 65 años, estableciendo el carácter de excepcionalidad para las primeras, pero no para las segundas. Así, el art. 14-5 y art.19 describe que la prestación económica de asistencia personalizada (para los menores de 65 años) tiene como objetivo *“la contratación de una asistencia personalizada durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria”*. En este caso se contempla la posibilidad de que el usuario pueda contratar por su propia cuenta a un “cuidador no profesional” como una alternativa normalizada al hecho de recibir un servicio que le prescriba la Administración. Mientras que las prestaciones económicas para mayores (art. 14-4), solo serán posibles con carácter de excepcionalidad y no por voluntad del usuario.

El carácter de excepcionalidad también se aplica a los cheques-servicio (prestaciones económicas condicionadas a la compra de un servicio). Así, el art. 14-3 del Proyecto de Ley menciona que solo en casos que no sea posible que el individuo reciba el servicio público que prevea el evaluador, entonces el usuario podrá ser compensado a través de un cheque-servicio para que pueda comprar en el mercado privado los servicios que necesite. De esta forma para recibir el cheque-servicio se debe dar alguna de las siguientes circunstancias: que la Administración no le pueda proporcionar el servicio bien porque no exista en el lugar donde viva la persona, bien porque la Administración no lo tiene concertado o bien porque las plazas públicas estén todas ocupadas. Se presupone que en estos casos, aunque no exista oferta pública, si existe oferta privada porque en caso contrario, el individuo tampoco podría utilizar el cheque servicio.

El problema de diferenciar las prestaciones económicas en función de la edad puede surgir cuando un menor de 65 años que disfrute de una determinada prestación económica, llegue a ser mayor. El requisito de la edad le conllevará a perder las ventajas de la prestación para menores para ser valorado desde el prisma de las prestaciones de la dependencia para mayores de 65 años. No deja de ser

sorprendente que las prestaciones se valoren en función de la edad y no por las limitaciones que la persona tiene para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

1.1.1.- Las prestaciones económicas a los cuidadores familiares

El art. 18-1) del proyecto de Ley prevé que, excepcionalmente, cuando el beneficiario pueda ser atendido en su domicilio por su entorno familiar, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares. Otra vez, se pone el acento en la excepcionalidad para cuidados en el domicilio de los afectados.

La ventaja de esta prestación dineraria es que, ahora habrá una compensación para aquellos que deseen cuidar a sus familiares dependientes mientras que “antes” no existía ningún tipo de compensación. No obstante, será difícil que la prestación económica pueda compensar el esfuerzo y sacrificio que realizan muchos familiares. Tal como señala Rodríguez Cabrero¹, el modelo español de cuidados personales de los dependientes se caracteriza por ser: un modelo altamente intensivo en tiempos de cuidados (número de horas de atención semanal), extenso en el tiempo (número de años) y con elevados costes indirectos (costes de oportunidad). Más del 60% de los dependientes severos reciben más de 60 horas de ayuda semanal cuando son cuidados por sus familiares.

Cabrá ver si las cuantías de las prestaciones económicas que establezca la Ley compensa lo que podría suponer el coste de oportunidad de “no trabajar” en el mercado laboral. Parece difícil que esto pueda ser así porque, si el modelo español sigue como ejemplo el modelo alemán, las cuantías de las prestaciones económicas que ofrece Alemania están por debajo del 50% de lo que supondría el coste para la Administración si le administrara directamente los servicios. Así, a primera vista, la Administración no ofrece una paridad entre ambos tipos de prestaciones y, por lo tanto, la prestación económica no constituye una alternativa real a la prestación en servicios.

Por otra parte, el modelo español, parece que va a acotar los posibles beneficiarios de las prestaciones económicas por cuidadores familiares por el hecho de que el cuidador deberá darse de alta en la Seguridad Social en el epígrafe correspondiente para desarrollar dicha actividad. Ello implica que excluirá de ser beneficiarios a todos aquellos cónyuges jubilados y que, por las circunstancias de la convivencia, están cuidando a su marido/esposa cuando devienen dependientes.

¹ Rodríguez Cabrero,G (2004a): “La población dependiente española y sus cuidadores” en D. Casado (coord), Respuestas a la dependencia. Edit. CCS. Madrid.

Si tenemos en cuenta, por un lado, el carácter de excepcionalidad de la prestación y, por otro lado, que más del 55% de las personas dependientes que viven en el domicilio están con su pareja y, que el 75% de los dependientes son mayores de 65 años, lo cual incide en una alta probabilidad que el cónyuge también haya llegado a la edad de la jubilación, se deducirá que será muy reducido el número de beneficiarios que podrán tener acceso a dicha prestación.

2. PRESTACIONES EN SERVICIOS

Si no hay variaciones en el proyecto de Ley de la dependencia en su trámite parlamentario, el modelo que se prevé es de provisión (compra de servicios) por el Estado mientras que la capacidad de compra directa por el usuario será pequeña. Asimismo, el modelo incentiva la financiación pública para servicios, mientras que las prestaciones económicas tendrán un carácter muy reducido.

El modelo de prestaciones de servicios para las personas dependientes previsto en el proyecto de Ley se edifica sobre un Sistema en que el Estado asume todos los papeles desde ser: evaluador, prescriptor, financiador y provisor (comprador) de los recursos y, en algunos casos, gestor de los servicios.

La intervención de la Administración en todas las fases de gestión del servicio público ha sido una característica común de los Estados de Bienestar hasta los años 80 del siglo veinte, momento en que empieza a introducirse una nueva cultura de la gestión pública. Los nuevos modelos muestran una separación de competencias entre las funciones de provisión (gestión directa o compra de servicios) y la de la financiación pública. Así, mientras que las fases de evaluación, prescripción y financiación se consideran materias reservadas a la Administración Pública, la fase de **provisión se externaliza**.

En los inicios del Estado del Bienestar, los servicios públicos eran gestionados directamente por el Estado, lo que significa que tanto las instalaciones, las compras y el personal eran contratados directamente por el Estado. A medida que se multiplican los centros y servicios públicos, la Administración constata la existencia de rigideces tanto en los procesos de compra como en el de la contratación de personal, todo ello unido, a los controles de la Intervención previa para ejecutar cualquiera de sus actuaciones. Paulatinamente, se inicia un proceso de **externalización** de la gestión de los servicios así como la compra de servicios a otros organismos externos al de la Administración.

2.1. La concertación

La nueva cultura de la gestión pública pone el énfasis en que la provisión de los servicios del Bienestar no debe ser competencia exclusiva de la Administración y que la provisión pública puede ser realizada por otras vías como es la “compra” de servicios a otras organizaciones e incluso, va un poco más lejos, y llega a la “externalización” de la gestión de sus propios servicios de titularidad pública. Es así como el proceso de “concertación” experimenta un crecimiento muy rápido especialmente en los ámbitos de Sanidad y Educación. En cuanto a los Servicios Sociales, paulatinamente, se incrementa la concertación como forma de la **provisión pública de servicios**.

Se dice que los **servicios concertados** tienen las características de los servicios públicos por lo siguiente: la Administración es la institución que compra los servicios, regula las condiciones que desean que se presten los servicios, determina los requisitos de acceso de los usuarios y, como contrapartida, establece el precio que pagará por los mismos. Así, los centros concertados se convierten en gestores de los servicios públicos porque, en definitiva, actúan por cuenta de la Administración ya que no tienen autonomía para atraer a los clientes (son los que le envía la Administración), ni tampoco para fijar los programas de atención ya que estos deberán ajustarse a los que prescriba la Administración aunque asumen un “cierto” riesgo empresarial por el hecho de que si el precio del concierto no cubre el coste del servicio, el déficit corre a cargo de la organización y viceversa, en el caso de superávit.

La Ley de la dependencia fomentará el proceso de concertación de los servicios públicos ya que la nueva Ley impactará de forma importante en el incremento de la oferta de los mismos. Parece poco plausible que la Administración asuma el incremento de la oferta de servicios a través de aumentar el número de centros públicos gestionados directamente por las dificultades en: realizar un alto gasto en inversión en poco tiempo, la necesidad de disponer con rapidez dichos servicios, las restricciones presupuestarias para incrementar el capítulo de gastos de personal, las restricciones en la agilidad de la gestión de los servicios, entre otras.

La Ley de la dependencia, en su art. 16. prevé la provisión pública de servicios a través de la concertación cuando dice *“la red de servicios del sistema nacional de dependencia estará formada por los centros y servicios públicos de las Comunidades autónomas y Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados”*. Del enunciado de este apartado se deduce que los centros concertados pasaran a formar parte de la red pública de servicio en igualdad de condiciones que los centros públicos.

Aunque los servicios públicos en centros concertados y los servicios públicos en centros de titularidad pública pasan a tener la misma categoría para los usuarios, no obstante, hay que señalar ciertas diferencias entre unos y otros. Así cabe señalar que la titularidad de los centros concertados nunca será pública, ni tampoco sus instalaciones, lo cual significa que la inversión que la Administración realice en dichos centros será a fondo perdido porque la titularidad de la inversión no le compete, a no ser que la Administración participase como socio en dichas organizaciones en cuyo caso le correspondería la parte alícuota al capital que hubiese invertido en las mismas.

Otra de las casuísticas entre los centros públicos y concertados es que mientras los primeros, toda la capacidad del centro estará destinada a proveer servicios públicos, en cambio, en los concertados no hay ninguna obligación de ofrecer toda la capacidad del centro a dicho fin. De hecho, hay centros que prefieren reservarse una parte de la oferta para ofrecer servicios privados debido a que de esta manera pueden ofrecer una gama de productos mucho más variada y ejercer una mayor atracción a los clientes a través de mostrar la parte más cara. Asimismo, la combinación de plazas públicas y privadas les permite asegurar un grado de ocupación plena durante todo el ejercicio, lo cual asegura la rentabilidad del centro aunque la Administración pague por sus plazas públicas, un precio menor al privado.

El proceso de concertación se puede ejercer en cualquiera de los servicios incluidos en el catálogo de servicios. Así, el art. 14-2) dispone que *“los servicios del catálogo del art. 15 tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública del sistema mediante centros y servicios públicos o privados concertados”*. Así pues, la Administraciones públicas no tendrán ninguna limitación para poder concertar cualquier tipo de servicio. No obstante, como cualquier proceso de compra, la concertación de servicios no está exenta de complejidades, desde la burocracia que genera todo el proceso de confección del pliego de las cláusulas técnicas, concurso y adjudicación de los servicios, como el hecho de fijar un precio justo que, a la vez que sea garantía de una prestación de calidad, sea eficiente. Por lo general, la fijación del precio es uno de las partes más difíciles ya que la Administración no siempre dispone de la suficiente información como para estimar cual puede ser el “precio justo” en función de los requisitos de la prestación y de la calidad que desea prestar. Por otro lado, el afán que muestran algunas organizaciones para ganar la licitación de un concurso hace que ofrezcan precios bajos que no cubren los mínimos de calidad exigidos repercutiendo en una no correcta calidad del producto. La gestión y evaluación de los concursos es por sí misma compleja porque es difícil disponer de un conjunto de indicadores e inspectores suficientes que permitan detectar los casos irregulares. Generalmente, cuando se

detecta una situación anómala ya es demasiado tarde para poder poner en aplicación ninguna medida correctora.

Por otra parte, el hecho señalado anteriormente de la oferta de servicios públicos y privados, a la vez, por parte de algunas organizaciones y, el hecho de la existencia de una dualidad en los precios, hace que pueda existir un agravio comparativo entre los usuarios de un mismo centro por el hecho de que, aunque en principio no puede haber trato discriminatorio, de hecho es muy difícil que se pueda prestar la misma calidad de servicio a precios distintos.

2.1.1. La concertación y las organizaciones del Tercer Sector

La Ley de Contratos del Estado por la cual se rige el proceso de concertación no contempla ninguna discriminación positiva a favor de las organizaciones no lucrativas (ONL) ya que los requisitos para concursar se determinan en función de las características de los servicios y no de la experiencia, del conocimiento o de la tipología jurídica de la organización. Asimismo, el precio que ofrezca la organización concursante será crucial para la decisión de la adjudicación del contrato.

La ley de la dependencia parece querer introducir algún sistema de discriminación positiva a favor de las ONL cuando el art.16-2 establece que *“Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector”*. Lo que no dice cuáles serán esas condiciones especiales para la incorporación de las organizaciones del Tercer Sector en la red de servicios públicos.

En realidad, el proyecto de Ley de la dependencia introduce ciertas limitaciones a las empresas privadas en el acceso a los concursos públicos por la vía de hacerles cumplir la normativa en el empleo de personas discapacitadas. Así, la cláusula adicional decimocuarta establece que las empresas privadas, si quieren concertar con la Administración pública, deberán cumplir con las cuotas de reserva para personas con discapacidad o, en su defecto, con las medidas de carácter excepcional reguladas en el Decreto 364/2005, de 8 de Abril. El hecho de introducir dicha cláusula aunque no beneficia directamente a las ONL en la concertación de servicios para la dependencia, en cambio, les favorece indirectamente ya que es una forma de forzar a las empresas privadas a que contraten a personas discapacitadas o que les compren servicios estimulando de este modo el crecimiento de las ONL aunque sea de forma indirecta.

La experiencia muestra que las empresas mercantiles tienen más probabilidades de ganar los concursos que las ONL por diversos motivos, entre los que destacan:

mayor dimensión de las organizaciones, los aspectos formales de presentación de los proyectos, capacidad para realizar inversiones, mayor capacidad de asumir el riesgo en la gestión, mayor visibilidad de las organizaciones ante los gestores públicos, utilización de marketing, etc.; todo ello hace que las ONL se encuentren en una situación de “debilidad” para concertar con la Administración.

En cambio, las ONL están en mejor posición que las empresas privadas para la gestión de los servicios de proximidad por sus propias características de ser, generalmente, organizaciones de tamaño más reducido, ubicadas mucho más cerca de las necesidades de los usuarios, la agilidad en dar respuesta a las nuevas necesidades, la flexibilidad en la organización de los recursos humanos, el valor añadido de disponer del voluntariado, la capacidad de adaptación a la multiculturalidad de los usuarios, etc. Todo ello hace que las ONL sean más competitivas que las empresas mercantiles para ofrecer los servicios de cuidados en el domicilio y todos aquellos relacionados para la permanencia del usuario en su domicilio.

Las políticas públicas de fomento de las ONL en la prestación de los servicios de proximidad no deberían descartar la posibilidad de utilizar políticas alternativas a la Ley de Contratos del Estado. Dentro de las posibles alternativas se vislumbra que una política de prestaciones dinerarias a los usuarios para los cuidados a domicilio permitiría que los usuarios pudieran comprar servicios a las ONL, las cuales, a su vez, estarían financiados públicamente. De esta manera se evitaría todo el proceso de concertación, lo cual supondría un menor coste en “burocracia” para la Administración y, por otro lado, una mayor oportunidad para prestar servicios a través de las organizaciones no lucrativas. Esta es una de las políticas asistenciales que vienen desarrollando varios países europeos para ofrecer servicios de proximidad a los usuarios.

La concertación no siempre es la mejor alternativa para proveer servicios públicos; en aquellos casos que se debe ofrecer servicios muy ajustados a las necesidades de los usuarios (trajes a medida), que la Administración deba comprar pequeñas cantidades de los servicios o que deba atender a usuarios de características muy diversas (diferencias culturales) es posible que a la Administración no le compense el coste de sacrificar la soberanía del usuario o de gastar recursos económicos en burocracia con el posible beneficio de un cierto ahorro presupuestario pero que no satisficaría adecuadamente las necesidades de la población.

3. PRESTACIONES MONETARIAS VERSUS SERVICIOS

Un estudio reciente de la OCDE² examina los diferentes tipos de prestaciones que utilizan los Gobiernos para asistir a las personas que viven en sus domicilios y las que están institucionalizadas. El informe revela la diversidad de programas en la atención domiciliaria en términos de estructura, dimensión y formas de la prestación. Incluso cuando se comparan países que han puesto en práctica programas similares, los objetivos políticos para su implantación pueden no haber sido los mismos, teniendo en cuenta las diferencias en el contexto social económico y político de los mismos.

El estudio señala que hay una tendencia en los países examinados de ofrecer una política asistencial que consiste en, proveer servicios públicos cuando la persona se encuentra institucionalizada (residencia, centros de día, etc.) y, en cambio, cuando se trata de ofrecer cuidados a domicilio existe una mayor variedad de formas entre las que destaca, la prestación en metálico para que el afectado elija su proveedor de servicios o si quiere ser cuidado por un familiar o emplear a un asistente personal. Así, los Gobiernos tienden a ofrecer flexibilidad en la provisión de servicios reforzando la soberanía del consumidor y la diversidad en las prestaciones en los cuidados a domicilio.

3.1. La soberanía del usuario

Una de las tendencias que se observa en los países europeos es la de incrementar la soberanía del usuario dándole la opción de escoger el tipo de prestación que desee y que el usuario sea el responsable de gestionarse su “propia” prestación aunque, de una manera u otra, deba justificar su aplicación ante la Administración (con los recibos o con una evaluación del plan de cuidados). La prestación económica puede tener diferentes opciones que oscilan desde que el usuario la puede elegir y gestionar íntegramente como en el caso de Holanda o Austria, hasta otros casos en que está condicionada a que la Administración la prescriba como por ejemplo Noruega. En otros casos, se da al individuo la opción de escoger entre servicios y prestaciones en metálico como en el caso de Alemania o de forma modular en Luxemburgo.

Uno de los países más relevantes en la política de reforzamiento de la soberanía del usuario es Holanda a través de la prestación de cuidados al domicilio. Desde Abril del 2003, toda persona en situación de dependencia tiene el derecho de reci-

² 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, employment and fiscal sustainability?. OECDHealth Working Papers.

bir una prestación económica, la cual la puede dedicar a la compra de servicios formales, emplear a un asistente personal, o a pagar a familiares; asimismo, dicha ayuda es compatible con la compra de ayudas técnicas como una silla de ruedas, una cama articulada, etc. En el caso de emplear a un asistente personal o remunerar a un familiar se debe hacer a través de un contrato formal y el familiar solo puede ser remunerado si no vive con el afectado. En todos los casos los cuidadores deben cumplir los objetivos establecidos en el Plan de cuidados individualizados. Los beneficiarios reciben el cheque a través de una cuenta bancaria y ellos realizan los pagos correspondientes. La justificación es a posteriori y se debe justificar como se ha gastado mensualmente dicha prestación; en caso contrario, esta debe ser devuelta.

De forma parecida, en Austria todas las prestaciones para cuidados en el domicilio se efectúan a través de prestaciones económicas sin que estén condicionadas a la compra de un servicio formal pero los usuarios deberán justificar el gasto aplicado a los cuidados del dependiente.

En todos los programas en que el Gobierno paga prestaciones económicas del tipo “presupuestos personales”³, cuando el usuario la emplea para remunerar a cuidadores no “profesionales” estos deben disponer de un contrato de empleo formal aun cuando sean familiares de los afectados debiéndose dar de alta en la Seguridad Social. Los asistentes personales son pagados por un determinado número de horas y pueden proporcionar cuidados a varias personas al mismo tiempo. El nivel de cuidados cubierto por dichos programas varía entre, 3 y 10 horas por semana en el programa de Noruega, hasta un máximo de 66 horas por semana en un programa innovador en California⁴. Sin embargo, los familiares y los empleados como asistentes personales frecuentemente trabajan más horas de las que les son pagadas.

La comparación del modelo que introduce la Ley de la dependencia en relación al de otros países europeos pone en evidencia que nuestro modelo es “tutelar” siendo los profesionales públicos quienes deciden por cuenta del usuario, no sólo la prestación recomendable, sino también donde y quien le debe prestar el servicio sin dejar opción al usuario a poder elegir.

Es evidente que no todos los usuarios están en disposición de poder decidir sobre sus servicios (para eso están los profesionales) pero si que existe un porcentaje de la población que tiene capacidad par obrar y para poder elegir el *que, como o donde* quiere que se le preste el servicio o si prefiere una prestación económica.

³ Presupuestos personales son prestaciones económicas que el usuario puede gestionar como desee. Se debe justificar su aplicación, excepto un determinado porcentaje en algunos casos.

⁴ El nombre del programa es “In-home supportive services”.

Querer dar las mismas respuestas a todos los usuarios sin tener en cuenta sus capacidades o posibilidades no es deseable, ni adecuado; La flexibilidad en la oferta de las prestaciones debería ser una de las normas comunes en la Ley, la cual junto con el principio de soberanía del consumidor haría posible un Modelo mucho mas ajustado a la medida de las necesidades de los usuarios.

4.- LA SUFICIENCIA DEL MODELO DE LA LEY DE LA DEPENDENCIA

Asegurar el éxito de la Ley supone construir un modelo que económicamente sea suficiente y sostenible en el tiempo. La suficiencia financiera está relacionada con el hecho de que la financiación pública sea suficiente para garantizar unas prestaciones de calidad y, la sostenibilidad del Sistema está relacionada con el hecho de asegurar que el Sistema produzca los ingresos suficientes para poder “sostener” los costes públicos que genera el sistema.

La suficiencia financiera tiene una relación directa con el Modelo de prestaciones que prevea la Ley; así el coste del modelo será diferente dependiendo del tipo de prestaciones, el importe de las mismas, las combinaciones que se prevean ofertar y el publico elegible para dichos prestaciones.

4.1.- El coste de la Ley

Las estimaciones “oficiales” del coste de la Ley de la dependencia según consta en la Memoria económica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales proyectadas al año 2015, dan una cifra de 9.300 millones de euros⁵ para una población de 1.373.252 usuarios dependientes.

El dato del coste “oficial” resultante de la Memoria Económica surge sin explicitar el Modelo que se ha tenido en cuenta para calcularlo. Es decir, no hay “transparencia” de las estimaciones del grado de cobertura de las diferentes prestaciones, los costes o la proporción entre prestaciones en servicios y prestaciones económicas; a partir de ahí, se pueden hacer todo tipo de “apuestas” desde prever que el coste calculado no es suficiente hasta decir que el coste es excesivo.

De hecho, la cifra que maneja la Memoria Económica parte de la hipótesis de una cifra de población elegible que no tiene evidencia empírica ya que no existe una cifra única sobre la población susceptible de recibir prestaciones según la Ley de

⁵ Esta cifra está calculada para precios del año 2005, lo cual significa que al año 2015 habrán incrementado en función de los incrementos del IPC y otros.

la dependencia. Así, a la cifra de 1.125.mil dependientes en el año 2005 se puede contrastar con la de 1.648 mil, que refleja un estudio de Rodríguez Cabrero⁶ realizado, también a través de los datos de la EDDDES. El hecho de dar pesos diferentes a las discapacidades, da como resultado diferentes cifras y ello tendrá repercusión en el momento de calcular los costes de las prestaciones. Ello sirve para poner en evidencia los diferentes resultados que se obtienen según las diferentes combinaciones que se utilicen y, por lo tanto, la necesidad de explicitarlos para poder analizar los resultados.

Con el fin de poder hacer alguna valoración al respecto, se contrastará las cifras “oficiales” con otras “extraoficiales” resultante de un estudio⁷ sobre el Modelo de costes de la atención a la dependencia. La primera observación que cabe hacer es que **no hay un Modelo único, ni un coste único**. Hay diferentes modelos y dentro de cada modelo diferentes escenarios de costes. Una vez elegido un modelo, la interrelación entre las diferentes variables relacionadas dará lugar a diferentes escenarios de costes.

El estudio citado parte de un Modelo que contempla las prestaciones incluidas en el catálogo de la Ley, los importes de las prestaciones según los costes medios de los servicios extraídos de datos del Imserso⁸ y la población protegible mencionada en el Libro Blanco de la dependencia. Para estimar el coste de la dependencia es necesario estimar cual sería la demanda de las prestaciones en proporción a los niveles de la dependencia y a los tipos de las prestaciones. Sin entrar en detalles (ver publicación), las hipótesis básicas del modelo utilizadas en el estudio son: a) el 90 % de las personas viven en el domicilio, b) el 50% reciben servicios de ayuda a domicilio mientras que el 30% reciben prestaciones económicas, c) hay un 20% que, siendo susceptible de recibir prestaciones económicas, es posible que no logre obtenerlas por no reunir los requisitos que marca la Ley, d) el 10% de la población protegible estará institucionalizado (residencias) y e) que las personas que viven en el domicilio pueden recibir otro tipo de servicios como el acceso a un centro de atención especializada, y otro tipo de servicios como las estancias temporales.

6 Rodríguez Cabrero,G (2004): “La población dependiente española y sus cuidadores” en Casado, D. (coord.) “Respuestas a la dependencia”. Editorial CSS.

7 Montserrat,J. (2005): “El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo” en Presupuesto y Gasto Público. Instituto de Estudios Fiscales. 39/2005:309-327.

8 Informe del Observatorio de Mayores del año 2004 del Imserso.

Los resultados del estudio presentarían un Modelo de atención a la dependencia, en el que: a) el 8,2% de la población mayor recibiría cuidados en el domicilio y el 1,6 % de la población mayor tendría una plaza en una residencia⁹. Ver cuadro 1.

Cuadro 1. Cobertura de las prestaciones de un Modelo de atención a la dependencia para mayores

	2005	2015	Ratio* 2005	Ratio* 2015
SAD Nº usuarios	(1)128.496	701.968	1,8	8,20
- Servicios formales		388.044		4,53
- Servicios informales		209.282		2,44
Centros día (plazas)	14.475	182.662	0,20	2,13
Estancias temporales (usuarios)	2.631	73.031	0,04	0,85
Residencias (dependencia severa y muy grave)	74.323	135.162	1,01	1,58
Mayores + 65 años	7.332.267	8.565.718		

Fuentes: INE, Observatorio de mayores y J.Montserrat¹⁰.

*Ratio = %beneficiarios/ total mayores 65 años

El principal impacto de la Ley de la dependencia según los datos del cuadro anterior se daría en la provisión de prestaciones para cuidados en el domicilio, la cual se estima cuadruplicar la cifra de población atendida actualmente.

El nuevo ratio de cuidados en el domicilio, en el caso que se desplegara la cantidad y la intensidad de prestaciones que contempla el estudio, permitiría acercarnos a los niveles de cobertura de otros países europeos. Así, el ratio de cobertura de la población mayor alcanzaría un nivel próximo a Alemania y Luxemburgo aunque aún estaría lejos de alcanzar a Noruega o al Reino Unido. No obstante, la comparación de los datos se debe hacer con cierta “prudencia” porque los datos disponibles de los otros países corresponden al año 2004 mientras que el dato de España sería el que se alcanzaría al final del periodo de transición hasta su despliegue definitivo en el 2015. Ver cuadro 2.

9 Este ratio es menor del que se maneja habitualmente sobre cobertura de plazas residenciales pero hay que tener en cuenta que solo se toma el número de plazas de personas con dependencia severa o muy grave.

10 Estimación de acuerdo con un Modelo desarrollado por la autor y expuesto en la revista “Presupuesto y Gasto Público”, Instituto de Estudios Fiscales,

Cuadro 2. Ratios comparativos de cobertura prestaciones atención en el domicilio

País	% cobertura at.domicilio/ total mayores
Reino Unido	20,3
Noruega	18,0
Austria	14,8
Holanda	12,3
Luxemburgo	9,1
España	8,2
Alemania	7,1

Fuente: Estudio OCDE y elaboración propia

El coste del Modelo del estudio¹¹ mencionado representaría un coste de 11.500 millones de euros para cubrir una población protegible de 1.373.252 personas con dependencia grave y muy grave (severa). Ver cuadro 3.

Cuadro 3. Estimación gasto total en prestaciones para la dependencia (en millones de euros)

	(1) 2015	% /total
Ayuda a domicilio	6.538,30	57
Prestaciones en servicio	3.817,91	33,02
Prestaciones económicas	2.720,39	23,02
Otros servicios para personas en el domicilio (2)	1.564,39	13
Residencias	3.460,17	30
TOTAL PRESTACIONES	11.562,86	100,00

(1) La estimación de los costes del 2015 se han calculado sobre precios del 2005.

(2) Otros servicios como: centros de día/noche, centros de atención especializada y las estancias temporales..

Teniendo en cuenta que los datos “oficiales” muestran un coste de 9.300M€, si lo comparamos con la cifra que resulta del estudio, 11.500M€, se pone en evidencia que las hipótesis utilizadas no han sido las mismas. El coste estimado “extraoficial” supone un coste superior al “oficial”, en un 25%.

Se puede apuntar algunas motivos por el que el coste oficial es inferior como por ejemplo, que los datos oficiales podrían haber previsto una cobertura de la población protegible menor que la prevista en el Libro Blanco, haber estimado intensidades de provisión de recursos inferiores a las que sería recomendable según las necesidades de la persona (menor número de horas de ayuda domiciliaria, etc.),

¹¹ El coste que aquí se expone incluye el conjunto de las prestaciones para mayores y para menores de 65 años

utilizar una mayor proporción de prestaciones económicas y una menor en cuidados de ayuda domiciliaria, prever una menor proporción de otros servicios de atención en el domicilio. En definitiva, para saber de que coste se está hablando es necesario explicitar el Modelo y las hipótesis utilizadas para calcularlo.

4.1.1. Otros costes no contemplados en la Ley

Existen otros costes no incluidos en ninguno de los dos modelos como son:

- No se han incluido los costes de capital para realizar inversiones.
- No se han incluido los costes de atención sociosanitaria (usuarios con una alta dependencia sanitaria).
- No se han incluido las ayudas técnicas
- No se han incluido los costes de los equipos de evaluación
- No se han incluido los costes de la “burocracia”.

Si realmente consideráramos todos estos costes como mínimo sería necesario incrementar entre un 30% y un 40% a la cifra del coste de partida.

Respecto a los costes de la inversión, resulta bastante evidente que será necesario realizar nuevas infraestructuras para poder desplegar la oferta que prevé la Ley; no obstante, la Ley no prevé que modelo utilizará la Administración para realizar dichas inversiones (inversión propia, concesión, subvenciones al capital, etc.).

En cuanto a los costes de la atención sociosanitaria parece ser que hay “imprecisión” sobre si será el sistema sanitario o el sistema de los servicios sociales quien asuma dicha prestación. Las respuestas que se están dando actualmente difieren entre las CCAA; así, en algunas de ellas, la atención sociosanitaria se da desde el propio sistema sanitario, bien a través de hospitales de larga estancia, bien a través de centros especializados como es el caso de Cataluña mientras que en otras CCAA, la respuesta se da desde el propio Sistema de los Servicios Sociales.

En cuanto a las ayudas técnicas y a los equipos de evaluación, existe una estimación alrededor de 184 millones de euros, cifra que puede ser insuficiente si se desea desarrollar una política activa de permanencia de los usuarios en el domicilio, lo cual va a suponer muchos gastos de rehabilitación de viviendas, accesibilidad y material para el hogar y para el usuario.

Finalmente siempre hay los costes olvidados de la “burocracia” que va a generar la implantación de la nueva Ley. Además del incremento propio de los equipos de evaluadores van a ser necesarios otros profesionales y equipos administrativos para otro tipo de tareas que, entre otras son: determinar la aportación de los usua-

rios, gestión administrativa de los cobros, reclamaciones de los impagados, asesoramiento al público, soporte administrativo a los evaluadores, proceso de concertación, registro e inspección de los centros, etc. Tal como se puede intuir, la “burocracia” puede representar un incremento de costes indirectos considerable.

5.- EL COSTE TOTAL Y EL COSTE PÚBLICO DE LA LEY

El coste público no se corresponde con el coste total de las prestaciones¹² ya que una parte de las mismas la pagaran los usuarios a través del “copago”. Así, el coste público es el resultante de restar al coste total, las aportaciones de los copagos.

5.1. El copago y el esfuerzo económico de los usuarios.

La Ley introduce el copago como una responsabilidad del usuario en la financiación del servicio que reciba; ello implica que el usuario habrá de pagar una parte del coste del servicio en función de sus posibilidades económicas (renta + patrimonio) colaborando junto a la Administración a pagar el coste de la prestación en servicio¹³.

Aunque existen argumentos a favor del copago para la compensación de los costes hoteleros y de “valorar” el servicio que reciba, no parece que el espíritu de la Ley sea el de “compensación” sino que establece el “copago” como un instrumento “recaudatorio” para la financiación del Sistema, al establecer que los usuarios pueden aportar un “tercio” del coste total significando unos 3.100 millones de euros según los datos oficiales. Esto va a significar un importante esfuerzo económico para los usuarios aunque este sea “modulable” en función de su renta y patrimonio.

El actual proyecto de Ley ha introducido una novedad importante respecto al anteproyecto al establecer un mínimo exento de pago en todas las prestaciones y para todos los beneficiarios (art.9). Ello implica “disminuir” la presión recaudatoria ejercida sobre los usuarios. Así, el usuario no pagará el coste total del servicio sino solo una parte. No obstante, la Ley no especifica cual será el “mínimo exento” que se aplicara a cada tipo de prestación con lo que puede resultar que el importe del copago que un individuo deba satisfacer represente la casi totalidad del coste del servicio con lo que, en dicho caso, el beneficiario tendrá pocos incentivos para

¹² En este caso nos estamos refiriendo al coste de las prestaciones sin incluir los otros costes: inversión, sociosanitarios, equipos de evaluación, ayudas técnicas y burocracia.

¹³ Queda excluida del copago, la prestación monetaria.

recibir la prestación del sistema público pudiendo autoexcluirse del Sistema, o mejor dicho, el Sistema a través del copago favorecería la exclusión de aquellos individuos con rentas más elevadas.

Aunque la implantación del mínimo exento suponga la disminución de la presión recaudatoria, ésta continuará existiendo y, más si se tienen en cuenta que también se considerará el patrimonio de los individuos. Este es un país de propietarios de inmuebles donde un 80% de la gente mayor declara que el piso es de su propiedad. Cabe suponer que existirán muchos casos con reconocimiento de deuda pública aunque la liquidez no se producirá, generalmente, hasta que se liquide el inmueble.

Teniendo en cuenta que habrá una proporción importante de beneficiarios que, aunque posean patrimonio, tienen unas rentas bajas¹⁴, ello incidirá en que no podrán pagar en efectivo el importe que les correspondería del copago según su nivel económico. Su implicación es que, aunque en el futuro sea posible recuperar los copagos pendientes, la liquidez inmediata del Sistema puede verse afectada por el bajo nivel de las pensiones (importe de los copagos bajos), repercutiendo en una recuperación de costes menor de la que la que se preveía inicialmente. Así, puede haber una menor disposición de presupuesto y verse afectadas las prestaciones en cantidad, calidad o ambas cosas, a la vez, a no ser que se establezca claramente que nivel de Administración deberá hacerse cargo de dicha compensación económica.

El copago tal y como está establecido en el proyecto de Ley (art.33) supondrá un esfuerzo económico importante para el usuario aunque este sea modulable en función de la renta y patrimonio. Con el objetivo de ilustrar las variaciones que puede haber en los importes de los copagos, se reproduce a continuación un cuadro con los “hipotéticos” valores máximos y mínimos para cada una de los costes por niveles de dependencia. A falta del desarrollo reglamentario del mínimo exento, se toma como hipótesis que el usuario pagará como máximo el 80% del coste del servicio (20% exento) y, como mínimo, el 10% del coste del servicio (90% exento) en el caso de rentas bajas. Ver cuadro 4.

¹⁴ Un 62% de los pensionistas de la Seguridad Social tienen rentas, alrededor, de 600 euros al mes

Cuadro 4. Esfuerzo económico del copago.

	Dependencia nivel I	Dependencia nivel II	Dependencia nivel III
Coste medio servicio (1) (€ al año)	9.450	14.111	16.637
Valor máximo (€/ año)	7.560	11.289	13.310
Valor mínimo (€/ año)	945	1.411	1.664

Fuente: J. Montserrat

(1) Los costes medios se deducen del Modelo y los costes calculados con precios del año 2005.

Teniendo en cuenta que, alrededor, del 60% de los pensionistas de la Seguridad Social cobran pensiones no superiores a 600 euros al mes y que, excepto los que están institucionalizados, necesitan disponer de casi la totalidad de la renta para el pago de las necesidades básicas de subsistencia¹⁵, se deduce que, alrededor del 50% de los beneficiarios, contribuirán en los niveles mínimos de los copagos.

La financiación del Sistema Nacional de Dependencia puede resentirse por el lado de los copagos ya que las previsiones de recaudar una tercera parte del coste del sistema pueden fallar por dos motivos: a) la autoexclusión de las rentas altas y b) por los bajos niveles de renta de los pensionistas que no podrán pagar con sus rentas el importe que les corresponda y deberán vender su patrimonio para poder pagar el copago. Al mismo tiempo, el legislador parece empeñado en no renunciar a la liquidez inmediata de los copagos (dejando aparte la liquidez del patrimonio) introduciendo beneficios fiscales a los seguros privados de la dependencia (disposición adicional séptima) para que cuando el beneficiario rescate la renta del seguro sirva para financiar su correspondiente copago.

5.2.- El coste público: las aportaciones de las Administraciones Públicas.

Una primera observación que cabe hacer al respecto es que el coste total de las prestaciones de la dependencia no se corresponde con el "gasto público" ya que los usuarios aportaran una tercera parte del total y las dos terceras partes, las Administraciones públicas.

¹⁵ Necesidades básicas como el pago de alquiler, suministros de agua, luz y teléfono, comida, transporte, ropa, etc.

El coste público, una vez excluido los copagos y asumida la deuda del mínimo exento, la cual se prevé en unos 450M€¹⁶, **alcanzaría la cifra de los 6.650¹⁷ millones de euros**, aproximadamente. Ver cuadro 5.

Cuadro 5. Estimación de las aportaciones a la financiación del SND

	Importe (millones euros)	%/ total
Coste actual aportado por las Autonomías	1.800	
Coste nuevo Adm. Autonómicas	2.200	
Sub-total CCAA	4.000	60
Coste nuevo Adm. Central	2.650	40
Total Gasto Público	6.650	100

Fuente: Elaboración propia

La distribución de la carga financiera entre la Administración General del Estado (AGE) y la Autónoma no correspondería la mitad para cada una, tal como parece desprenderse de las reiteradas declaraciones oficiales, sino que las CCAA aportarían un mayor porcentaje que la AGE, el 60% del coste público, una vez se incluyen las aportaciones actuales, mientras que la Administración General del Estado lo hará con el 40%.

Aunque la AGE se haga cargo del primer nivel de prestaciones (art. 9), el balance entre el coste público y el coste privado aún sigue mostrando una gran presión recaudatoria a cargo de los usuarios. Los costes de las prestaciones de la dependencia se distribuirán en, un 70% para las Administraciones Públicas y, un 30% para los usuarios, lo cual continua siendo todavía una cantidad relativamente importante teniendo en cuenta los niveles de renta. de los beneficiarios del Sistema. Ver cuadro 6.

Cuadro 6. Balance entre el coste público y el privado en las prestaciones de la dependencia.

	Importe (millones euros)	%/ total	%/ PIB
Total Gasto Público	6.650	71,5	0,80
Copagos Usuarios	2.650	28,5	0,32
TOTAL	9.300	100	1,12

Fuente: Elaboración propia

¹⁶ Si consideramos que se exime de pagar, como promedio, un 15% del coste de los servicios, ello podría suponer unos 450M de menor recaudación de los copagos.

¹⁷ Cálculo realizado a partir de la estimación oficial del coste total de 9.300 millones de euros.

En resumen, el gasto de protección social a la dependencia alcanzaría una cifra aproximada del 0,80% del PIB, en la fase del despliegue total de la Ley, lo cual supondría añadir un 0,50% al actual gasto en servicios del 0,28% del PIB. La pregunta clave es ¿cómo se financiarán los 4.850 millones de euros anuales adicionales que supondrá la implantación de la Ley según los datos oficiales y que, según las previsiones extra-oficiales, pueden alcanzar los 7.000 millones de euros?. Esta es una pregunta que no se ha obtenido todavía respuesta de los entes oficiales. La respuesta a esta pregunta es clave para asegurar la sostenibilidad del Sistema a largo plazo.

5.3. La aportación de las Corporaciones Locales

Fruto de la Ley de la dependencia se prevé un importante aumento de la demanda de servicios de atención domiciliaria ya que la oferta actual es muy escasa. Este fenómeno tendrá una incidencia importante en el gasto público de las Corporaciones Locales ya que las prestaciones básicas son de competencia local. Las competencias de las Corporaciones Locales en la gestión de los servicios de proximidad supone, también, su colaboración participando financieramente, alrededor del 30% del coste de las prestaciones. Ello significa que el importante aumento de la demanda de las prestaciones de la dependencia afectará de forma importante al gasto público y, como consecuencia al gasto público de dichas entidades.

El gasto presupuestario de la Corporaciones Locales puede verse incrementado de forma importante si nos fijamos en que el principal servicio que gestionan es el de ayuda domiciliaria y que, dado los bajos niveles de cobertura actuales, la Ley de la dependencia promoverá su incremento. Según estimaciones¹⁸, el promedio de horas a la semana puede llegar a cuadruplicarse, pasando de una media de 3,5 horas a otra de 12 horas y, teniendo en cuenta el incremento de la población protegida, el gasto en atención domiciliaria puede verse multiplicado por 14 veces. Ver cuadro 7.

Cuadro 7 . Evolución gasto atención domiciliaria

2005	2015	Var. absoluta	Nº veces
267M€	3.817M€	1.145M€	14 veces

Fuente: Elaboración propia

A pesar del énfasis que la futura Ley pone en la atención de las personas dependientes que vivan en sus domicilios, en cambio no destaca el importante papel que deben jugar las Corporaciones Locales en la gestión de los servicios de proximidad, ni tampoco prevé mecanismos de compensación financiera para compensar

el incremento del gasto que les supondrá el incremento de la demanda de los mismos. En el proyecto de Ley solo se menciona una vez el rol de las entidades locales en la participación de la gestión de los servicios (art 12). Así, podemos decir que las Corporaciones Locales han sido las grandes olvidadas en el reparto de roles que deben jugar los diferentes niveles de la Administración Pública.

6.- CONCLUSIONES

La futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes (actualmente Proyecto de Ley) representará un avance importante en la ampliación de la cobertura de las prestaciones para las personas en situación de dependencia, lo cual se puede traducir en pasar del actual incipiente gasto social del 0,28% del PIB, a una cifra alrededor del 1% del PIB, lo cual nos situara en unos niveles de protección social mucho más cercanos a la media de la Unión Europea (1,3% del PIB).

Aunque la Ley nace con una vocación de ofrecer soluciones iguales para situaciones de dependencia semejantes, no siempre es adecuado ofrecer las mismas respuestas a todos los usuarios sin tener en cuenta la capacidad y el derecho de los individuos en elegir *como, donde y quien* desea que le presten el servicio. La flexibilidad en la oferta de las prestaciones junto con el principio de soberanía del consumidor haría posible un Modelo mucho más ajustado a la medida de las necesidades de los usuarios.

Es una Ley que nace con la vocación de promover la prestación de servicios dejando en un segundo término las ayudas técnicas o las prestaciones económicas. Teniendo en cuenta que, aproximadamente, el 90% de los usuarios viven en sus domicilios y no siempre con las condiciones adecuadas, debería prestarse más atención a hacer posible las condiciones de accesibilidad y confort en las viviendas para poder asegurar la permanencia de los usuarios en los domicilios. Por otro lado, no siempre la prestación en servicios es la más adecuada a las necesidades de los usuarios por lo que se debería dar igualdad de oportunidades a los diferentes tipos de prestaciones.

El modelo de provisión de servicios que fomenta la Ley traerá como consecuencia el aumento del proceso de concertación, en cambio, el marco jurídico actual de contratación de la Administración (Ley de Contratos del Estado) no permite la posibilidad de introducir cláusulas de discriminación positivas para las organizaciones no lucrativas. No siempre la concertación es el mejor sistema para la prestación de los servicios públicos por lo que representa de costes de “burocracia” y porque las

características o dimensión de los servicios no siempre es la más apropiada para una “compra” eficiente de los mismos. Existen otras alternativas a la concertación, como la utilización del instrumento de cheques servicios que podría promover la oferta de servicios de estas organizaciones no lucrativas sin tener que recurrir a forzar cláusulas discriminatorias en la Ley de Contratos del Estado.

La distribución de las cargas financieras entre diferentes niveles de Administración no es equitativa, siendo las CCAA quienes participan con un mayor nivel de aportación económica, el 60%, frente al 40% de la AGE. Por otro lado, el copago a pesar de haber introducido un mínimo exento para todas las prestaciones y para todos los usuarios, continua teniendo una vocación recaudatoria importante haciendo recaer sobre los mismos casi un tercio del coste total de las prestaciones.

Las Corporaciones Locales deben desempeñar un rol importante en la gestión de los servicios de proximidad. Debido a las bajas cobertura actuales de servicios, la implantación de la Ley de la dependencia supondrá un incremento importante de la demanda de dichas prestaciones, lo que incidirá en un incremento del gasto público de las mismas sin que la Ley haya contemplado ninguna medida de compensación financiera fruto de ese mayor esfuerzo que deberán realizar las Corporaciones Locales.

Por último, la suficiencia financiera del Sistema es importante si se quiere asegurar llegar a una cierta cobertura de la población y a unos niveles de prestaciones adecuados. Los datos oficiales sobre el posible coste de provisión de las prestaciones de la dependencia es una incógnita porque la Administración no ha hecho público el modelo utilizado para alcanzar la estimación de los 9.300 millones de euros anuales cuando esté desplegado el sistema. Ciertas estimaciones indican que la cifra oficial del coste es, como mínimo, un 25% inferior al que sería un modelo “normal” de prestaciones lo cual pone en duda la posibilidad de llegar a alcanzar un nivel de protección social satisfactorio para las necesidades de los usuarios. Además, se detecta la no inclusión de otros costes que deberían haberse considerado como son los costes sociosanitarios (para individuos con alta dependencia sanitaria), los costes de las ayudas técnicas, los costes de inversión y los costes de la “burocracia”. Todo ello no haría sino agravar aún más la diferencia entre la estimación del gasto oficial y el gasto real si se incluyesen todos ellos.

BIBLIOGRAFÍA

Casado, D. (2001): “Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades”. *Gac Sanit* 2001;15(2)154-163.

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

COM (2001) 723: El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera.

COM (2002) 774: Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social.

Defensor del pueblo (2000): La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España.

Montserrat, J. (2006): “La Ley de atención a la dependencia: Análisis crítico desde la perspectiva económica” en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 73/2006.

Montserrat, J. (2005) “El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo” en *Revista de Presupuesto y Gasto Público*. Instituto de Estudios Fiscales. 39/2005:309-327.

Montserrat, J. (2003): “El impacto de la vejez en el gasto social”. *Revista de Presupuesto y Gasto Público*. Instituto de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda, 33/ 2003:123-142.

Montserrat, J. (2004): Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: Gasto razonable versus gasto actual, en Casado (dir.) (2004): *Respuestas a la dependencia*. Edit. CCS, Madrid.

Observatorio de personas mayores (2004): Las personas mayores en España. Informe 2003.

OCDE (2001): Estudios económicos de la OCDE 2000-2001. España.

OCDE (2003): Estudios económicos de la OCDE 2003. España

Rodríguez Cabrero,G y Montserrat,J.(2006): “Luces y sombras del anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia en sus aspectos organizativos y económicos” en *Cuadernos de Información económica*, nº 191, pgs: 175-185.

Rodríguez Cabrero,G (2004a): “La población dependiente española y sus cuidadores” en Casado (dir.) (2004): *Respuestas a la dependencia*. Edit.CCS, Madrid.

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

Rodríguez Cabrero, G.,(Coord.) (1999): *La protección social de la dependencia*. MTAS. Madrid.

SIIS Centro de documentación (2003): Estimación del coste del seguro de la dependencia en la CAPV.

Jozef Pacolet
*Doctor en Economía por la Universidad Católica
de Lovaina, Bélgica*

PROTECCIÓN SOCIAL DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES: SOSTENIBILIDAD DEL ESTADO DE BIENESTAR Y ÁMBITO DEL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Jozef Pacolet es Doctor en Economía por la Universidad Católica de Lovaina, Director de la Unidad de Política Económica y Social en el Instituto Superior de Estudios Laborales, Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.

RESUMEN

El texto analiza la implantación, coste y sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social a la dependencia, también denominados, como cuidados de larga duración (CLD) en el triple contexto de la permanencia de los Estados de Bienestar y de los niveles de gasto social, de la convergencia relativa de los niveles de gasto y modos de acción de los regímenes europeos de Estados de Bienestar y, finalmente, en el contexto de envejecimiento de la población y emergencia de nuevas necesidades sociales de cuidados a las personas en situación de dependencia.

Desde un enfoque económico de tipo comparativo e histórico se analiza cómo la implantación de sistemas de protección social a la dependencia es un desarrollo de los Estados de Bienestar europeos, que se corresponde con las demandas ciudadanas y que pueden construirse bajo sistemas de reparto o de solidaridad de intergeneracional que no excluyen formas mixtas de provisión en las que tienen cabida otros sistemas como los de tipo privado mercantil y no lucrativo.

ABSTRACT

The text analyses the implementation, costs and financial sustainability of the social protection systems for dependency, also known as long term care, in the triple context of the permanence of the welfare states and the level of social expenditure, of the relative convergence of the levels of expenditure and modus operandi of the European welfare states and, finally, in the context of the ageing of the population and the emergence of new social needs for the caring of people in situation of dependency.

From an comparative and historic economic point of view, the author analyses how the implementation of social protection systems for dependency are a development of the European welfare states, which corresponds to the citizen's demands and may be constructed under a system of sharing or intergenerational solidarity that does not exclude mixed forms of provisions that are characteristic of other systems such as the private, commercial and non lucrative system.

PALABRAS CLAVES

Protección social, gasto social, dependencia, cuidados de larga duración, pluralismo de bienestar, solidaridad intergeneracional, convergencia europea.

KEYWORDS

Social protection, social expenditure, dependency, long-term care, welfare pluralism, intergenerational solidarity, European convergence.

1. INTRODUCCIÓN

A mediados de los años noventa, organizamos un estudio comparativo europeo sobre la protección social de personas mayores dependientes y la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración (Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000). Fue precisamente en los años noventa cuando se produjo un interés creciente por el envejecimiento de la población bajo la influencia del Año Europeo y Año Internacional de Las Personas Mayores. Se utilizó en esta investigación una definición amplia de la protección social tanto en prestaciones monetarias como en servicios. El nivel y adecuación de las pensiones y el nivel del seguro sanitario deberían ser considerados junto con los servicios especiales y las prestaciones para personas dependientes (en general o para aquellos mayores de 65 años). También deberían considerarse las formas de financiación, ya que puede existir un nivel muy elevado de financiación pública, aunque también puede darse la privatización ya que cada vez más responsabilidades son asumidas por el sector privado. También podría darse el caso de una total privatización de la provisión de prestaciones y de la financiación de los seguros. Desde entonces, se han tomado nuevas iniciativas en la protección de las personas mayores, sobre todo debido a la introducción de un seguro específico de cuidados de larga duración en algunos países, y a una mayor expansión de los cuidados a personas mayores en otros países. Nuestra primera serie de proyectos sobre la protección social de las personas mayores consistió en la búsqueda de datos y cifras. Desde entonces, el interés especial por el impacto del envejecimiento de la población implica que los cuidados de larga duración (CLD) son, no solo en términos macro-económicos sino también micro-económicos, el centro de interés de la OCDE y la Comisión Europea, tanto en la actualidad como en previsiones de futuro (OCDE, 2006; Comité de Política Económica, 2005).

A continuación, contrastamos la visión que teníamos de los CLD en Europa con las nuevas evidencias que nosotros mismos hemos recopilado en el marco de un proyecto más amplio sobre la situación del Estado de Bienestar en Europa (Pacolet, ed., 2006). Ampliamos nuestro análisis previo a los 25 Estados miembros, aunque aplicando la misma tipología que utilizamos en estudios previos sobre el Estado de Bienestar (Pacolet, 2003; Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000) y la protección social de las personas mayores en situación de dependencia, ya que dicha distinción seguía siendo relevante. Nos centramos especialmente en la sostenibilidad del gasto en pensiones y salud (y cuidados de larga duración) así como las nuevas iniciativas tomadas en ese contexto. Contrastamos aún más nuestra información sobre la disponibilidad y asequibilidad de los servicios para las personas mayores con nuevas evidencias.

El interés por los seguros de cuidados de larga duración llegó tarde a la agenda política, probablemente porque las consecuencias aparecerían más tarde. Se incluyó en la agenda en un momento desafortunado de interés creciente por la competitividad de la economía europea y la necesidad de una ortodoxia y austeridad presupuestaria permanentes. Junto al coste emergente del envejecimiento de la población, la pregunta clave es: ¿en qué dirección están evolucionando los sistemas de protección social de los CLD y cómo se ven influenciados esos sistemas por las fuerzas económicas y el pensamiento económico? Sin embargo, concluimos que el Estado de Bienestar europeo sigue avanzando en el progreso social, especialmente en lo que se refiere al cuidado de personas mayores dependientes.

2. DEFINICIÓN AMPLIA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO DE BIENESTAR DESDE LOS AÑOS NOVENTA HASTA HOY

En nuestro primer informe en 1995 (Pacolet, Versieck, 1998) llegamos a la conclusión de que era demasiado pronto para que la integración económica europea (creación del mercado interno de 1992 y la unión monetaria) mostrara sus efectos. Se demostró que el Estado de Bienestar estaba 'vivo y coleando' y se tomaron nuevas medidas para desarrollar aún más los sistemas de cuidados infantiles, la conciliación de la vida familiar y laboral, y los cuidados de larga duración. Aparecieron entonces las tendencias a la selectividad, la atención a grupos muy concretos, la prueba de recursos y a la responsabilidad individual y algunos temieron que se diera una tendencia a la dualización de la sociedad. Se debatió si el desempleo masivo es el mayor de los problemas puesto que era la consecuencia de la generación del baby-boom que entró masivamente en el mercado de trabajo. No se tomaron decisiones estructurales para afrontar el tema del desempleo. Algunos pensaron incluso que tendría lugar un problema de demanda. Fue en 1997 cuando la UE lanzó la Estrategia Europea Empleo y logró así situar el tema del desempleo como prioridad de la agenda institucional. ¿Fue demasiado poco y demasiado tarde?

En torno al 2000, todos los Estados miembros alcanzaron la unión monetaria bajo una senda de crecimiento, y la mayoría accedió en 1999. A pesar de las diferentes situaciones económicas, los Estados de Bienestar eran estables (Pacolet, 2003). Queríamos poner a prueba la hipótesis del relanzamiento de la protección social. No se produjeron más pasos hacia una mayor expansión de los Estados de Bienestar, y hubo dudas crecientes sobre si continuaría su expansión a la luz de las recientes necesidades demográficas. La introducción de un sistema con tres pilares, más competitividad, más co-seguros, priorizar la lucha contra la pobreza, la

financiación mediante impuestos en vez de con cotizaciones de la Seguridad Social – todos estos elementos podrían haber cambiado sustancialmente el sistema en el futuro. El creciente consenso a favor de una mayor participación en el mercado de trabajo no vino acompañado de una oferta similar de nuevos empleos. ¿Cómo se llegaron a concretar estas tendencias? Desarrollamos este punto con mayor detalle en los siguientes epígrafes.

3. ¿PREOCUPACIÓN CRECIENTE POR EL CRECIMIENTO, LA COMPETITIVIDAD...Y LA PROTECCIÓN SOCIAL?

El estancamiento de la economía europea en los años noventa condujo a una ambición reforzada de la UE por fortalecer la economía europea, su competitividad, su capacidad para crear puestos de trabajo y su cohesión social (Estrategia de Lisboa de 2000 para los próximos 10 años). Informes recientes de grupos de expertos de alto nivel, tales como el de Sapir (2003) y Kok confirman la necesidad de relanzar la competitividad y el reto de combinarla con el Modelo Social Europeo. Las directrices políticas y económicas procuran relanzar la competitividad a través de políticas macro-económicas y micro-económicas. También existe una especial atención (en el Comité Político y Económico entre otros) sobre el impacto del envejecimiento de la población en la sostenibilidad de las finanzas públicas y en el desarrollo económico. Se instauró un Comité de Protección Social. Desde 1997, la Estrategia Europea de Empleo (que ha llegado demasiado tarde, pero esperamos que el esfuerzo no sea demasiado pequeño) se puso en marcha y, desde el año 2001, con el Método Abierto de Coordinación (MAC) se ha relanzado en varias áreas de protección social (pensiones, inclusión social, y también ahora salud y cuidados de larga duración). Mientras tanto, los nuevos Estados miembros preparaban su entrada en la UE y en 1999, se lanzó el euro, tras el proceso de convergencia desde 1992 con los criterios de Maastricht y su reforzamiento en 1997 con el Pacto por la Estabilidad y el Empleo.

A continuación, ofrecemos una ilustración de los grandes hitos de la integración europea económica y social. Se trata de una selección incompleta, que combina acontecimientos clave y otros menos relevantes. El simple hecho de integración del MAC en todas las políticas ilustra el auténtico impacto de la dimensión europea. Pero la cuestión es si la llamada 'regulación blanda' puede influir en el resultado.

Se necesitaron más de dos décadas para añadir – que no integrar - un Protocolo Social al Tratado de Maastricht. El Tratado de Ámsterdam amplió el desarrollo de las competencias en política social al integrar el protocolo, entre otros. La conse-

cución del mercado interno se centraba en el crecimiento. En 2000, la Estrategia de Lisboa lo amplió al crecimiento, el empleo y la cohesión. En 2002, el Tratado de Niza formalizó el Comité de Protección Social establecido por el Consejo sobre la base de las conclusiones del Consejo Europeo de Lisboa, de forma que una visión más equilibrada del futuro de Europa pudiera desarrollarse. Este Comité está diseñado para promover la cooperación entre políticas de protección social entre los estados miembros y la Comisión. La Constitución Europea se refiere a Europa como una 'economía social de mercado'

Tabla 1 Algunos hitos institucionales relevantes en la Unión Europea que contextualizan este artículo

1985	La Comisión envía al Consejo Europeo el Libro Blanco titulado 'Completar el Mercado Interno' (en 1999)
Febrero 1986	Acta Única Europea
Febrero 1992	Tratado de Maastricht (7 de febrero de 1992), combina do con el Protocolo sobre Política Social
1992	Finaliza el proceso de abolición de las barreras restantes al Mercado interno
1993	El Mercado Único Europeo entra en vigor
1995	Austria, Finlandia y Suecia acceden a la UE de los 15
1996	Pacto por la estabilidad que refuerza la Convergencia
Octubre 1997	Tratado de Ámsterdam, integra un capítulo social en el Tratado y amplía el papel de la UE en materia de salud. Comienza la Estrategia Europea de Empleo
Enero 1999	Comienza la Unión Monetaria Europea en 11 estados miembros (zona euro)
2000	Estrategia de Lisboa para el crecimiento, el empleo y la cohesión social
2000	Primera Agenda Social adaptada 2000-2005
Enero 2001	Grecia entra en la zona euro
2001	Comienza el MAC en las pensiones y la inclusión social
7 de diciembre 2000	Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, Consejo Europeo de Niza
Diciembre 2001	Instauración de la Convención del Futuro de Europa
1 de enero 2002	Introducción de la moneda euro
2002	Tratado de Niza: se formaliza el Comité de Protección Social
2003	Integración del Método de Coordinación Abierta (MAC) en las pensiones, la inclusión social, la salud y los CLD que llevan a un informe conjunto sobre protección social a partir del año 2005

2004	Comienzo del MAC en temas de salud y cuidados de larga duración
Mayo 2004	Ampliación de la UE a 10 nuevos estados miembros
Octubre 2004	Una Constitución para Europa
Febrero 2005	Se aprueba la Agenda Social 2005-2010
2006-2008	'Integración completa' Directrices políticas y económicas y MAC en temas de protección social

Las crecientes referencias a la dimensión social deberían esperanzarnos. La cuestión es cual será el auténtico resultado en protección social. Al centrarnos en la salud, los cuidados de larga duración y las pensiones, el impacto del envejecimiento sobre la viabilidad de los estados de bienestar estará en primer plano. Queremos demostrar (o rebatir si es necesario) cómo puede el estado de bienestar asegurar la calidad, unos sistemas adecuados de seguridad social, inclusión, sanidad y pensiones después de la jubilación.

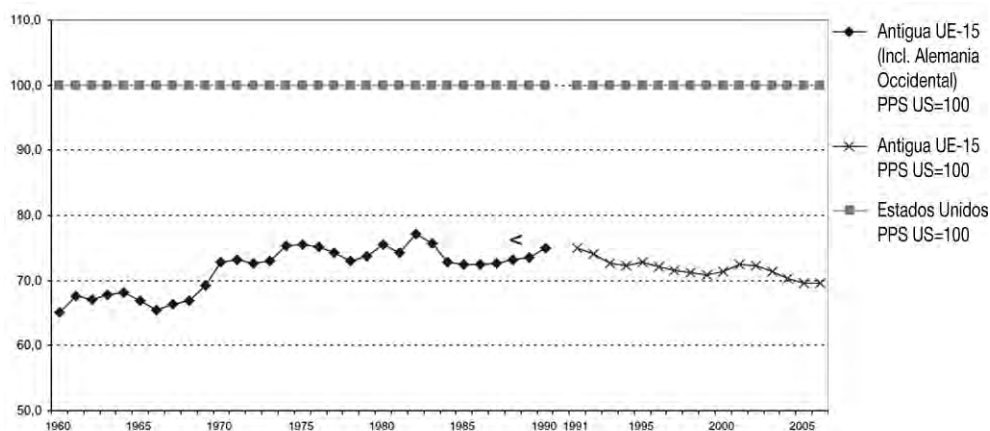
Debido en parte a la subsidiariedad, la protección social llegó tarde a la preocupación de los políticos europeos. Esto puede conllevar que transcurra demasiado tiempo entre los problemas planteados y las políticas que los den respuesta. Un ejemplo de ello es como en 1998 comenzaron las directrices europeas para el empleo en un momento en el que las tasas de desempleo llegaron a su punto más alto, mientras que el pleno empleo había desaparecido desde hacía más de dos décadas en muchos estados miembros. Pero por otro lado, también puede acelerar el interés político, tal y como se demostrará más adelante con las iniciativas que evalúan el impacto del envejecimiento sobre la protección social.

La política social europea forma ahora parte de un gran número de planes e informes que no han hecho más que empezar. El estado de bienestar social es una misión de la Constitución Europea, la carta de derechos sociales está incluida con detalle en la Constitución Europea, así como los métodos para alcanzar los objetivos propuestos. Así, la cuestión crucial sería cómo los procesos europeos influyen en los estados de bienestar nacionales.

4. DEL DESARROLLO ARMÓNICO A LA INCERTIDUMBRE

Al principio de este nuevo milenio nos encontramos ante una UE en peligro, tal y como se señala en el Informe Sapir (Agenda para una Europa en crecimiento, 2003) – así como el Informe Kok que hace el mismo diagnóstico – los primeros 30 años 1945-1975, los 'treinta gloriosos', fueron realmente un periodo de crecimiento, estabilidad y cohesión social sin precedentes. El crecimiento rápido, la estabilidad

macroeconómica y el estado de bienestar se reforzaron mutuamente, resultando en una convergencia comparable con la sociedad opulenta de los EEUU desde un índice de 40 a otro de 70 (la paridad de poder de compra en USA es 100) (Sapir, p. 93). Desde entonces se estabilizó, y recientemente ha empezado a decaer, tal y como señala el Informe Kok (Kok, p. 14, Sapir, p. 21). ‘De mantenerse firme, Europa está ahora perdiendo terreno’ (Kok, p. 14). ‘El coste del estado de bienestar permaneció manejable, la tasa de gasto público en relación al PIB de la UE-15 seguía siendo relativamente modesta con un 36% del PIB en 1970. Tres ítems conformaban casi todo el gasto público: consumo público (15%), transferencias (14%, incluyendo, 12% de transferencias sociales y 2% de subsidios) e inversiones públicas (4%)’.



Fuente: Cálculo propio en base a AMECO (Comisión Europea) IN Sapir, 2003.
Gráfico 1 PIB a precios corrientes per capita (PPP US =100), 1960-2006

Desde entonces, el estancamiento y el desempleo conllevaron déficits presupuestarios y aumento de la carga de la deuda. También las nuevas y crecientes demandas en favor de una mejor protección social hicieron que las tasas de gasto de PIB alcanzaran niveles por encima del 50% en los años noventa. Fue la política europea de Maastricht y el Pacto por la Estabilidad y el Crecimiento los que facilitaron que las finanzas públicas estuvieran bajo control, previniendo así un mayor deterioro de su situación. La sostenibilidad de las finanzas públicas se convirtió en una importante referencia para evaluar los sistemas actuales y futuros de protección social (ver las actividades del grupo de trabajo sobre envejecimiento del Comité Europeo de Política Económica). Lo peor que le podría pasar a los sistemas de protección social sería una especie de ‘Financiación Ponzi’¹ de los déficit públicos.

¹ Aumentar la deuda para pagar el interés de la deuda contraída con anterioridad.

Al comparar el modelo europeo con el de los EEUU, queda claro que el intento de alcanzar la rentas nacional de EEUU se paralizó hace ya décadas. Los altos niveles de protección social se mantuvieron, incluso mejoraron, y probablemente fueron necesarios debido a que el desempleo y los bajos niveles de ocupación persistieron en el tiempo.

Tabla 2 Desarrollo competitivo de la UE vs. EEUU

	PIB per capita		PIB/horas de trabajo		Horas de trabajo por persona ocupada		Empleo / población en edad de trabajar		Población en edad de trabajar/población	
	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000
UE-15	69.0	70.3	64.8	90.7	101.0	85.6	103.6	87.6	101.7	103.4
EEUU	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Sapir, 2003, p. 23

La Estrategia de Lisboa pretendió reaccionar al estancamiento del crecimiento y el dramático nivel de desempleo cambiando las prioridades de las políticas europeas. La posición relativa de Europa frente a EEUU destaca algo de esto en perspectiva. Desde 1950 hasta 1970, hubo un incremento relativo del PIB per cápita comparado con el nivel de EEUU de 45 a 70 (Sapir, 2003, p. 21; Kok, 2004, p.), pero desde entonces se ha estabilizado. No porque no hubiera una baja productividad, ya que continuó el proceso de crecimiento del PIB por hora trabajada, sino debido a la escasez de horas trabajadas por persona empleada y el descenso relativo en el empleo comparado con la población en edad de trabajar (Sapir, p. 23). Lo primero podría indicar una preferencia de los europeos por el ocio, un aspecto importante del progreso social. Lo último es sin duda lo más dramático y también quizás subestimado. Desde que emerge en 1972 el interés por la dimensión social de Europa, no se ha vuelto a lograr el pleno empleo.

El estancamiento del crecimiento económico y el drama de no lograr el pleno empleo desde las dos crisis del petróleo, no sólo frenó el proceso de convergencia con los niveles de EEUU, sino que se produjo el efecto inverso desde principios de los noventa. Ello implicaba una mayor demanda de recursos para protección social, en un momento en el que cada vez era más difícil proveerlos. El envejecimiento de la población hará esta tarea todavía más difícil.

5. PLURALISMO DE BIENESTAR BAJO UNA SENDA COMÚN DE CRECIMIENTO

5.1 Pluralismo de bienestar

No nos centraremos en la forma en la que el estado de bienestar está organizado. En investigaciones previas sobre el estado de bienestar y la protección social de personas mayores dependientes, hicimos una caracterización en línea con los estados de bienestar de Bismarck y Beveridge (Pacoleet, Bouten, Lanoye, Versieck, 2000). La UE se caracteriza por un pluralismo de bienestar lo que implica el logro de objetivos similares con el concurso de diferentes instituciones. La UE-25 ofrece ahora una amplia variedad de diferentes, aunque similares, estados de bienestar del tipo Bismarck, Beveridge, nórdico, mediterráneo o híbridos. En este informe hemos utilizado cuatro grupos en los antiguos estados miembros, distinguiéndolos de los nuevos estados miembros, donde la transición ha venido dándose a un ritmo más rápido. Utilizamos esos grupos para presentar algunas cifras sobre la situación del estado de bienestar y el grado en el que las economías de mercado se han visto modificadas mediante el gasto público.

Tabla 3 Clasificación práctica de los estados miembros UE25 y sus regímenes de estados de bienestar

Antiguos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Bismarck. Región central

Bélgica
Austria
Luxemburgo
Alemania
Países Bajos
Francia

Antiguos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Bismarck. Región mediterránea

Grecia
Italia
España
Portugal

Antiguos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Beveridge

Reino Unido
Irlanda

Antiguos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Beveridge. Países Nórdicos

Dinamarca
Finlandia
Suecia

Nuevos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Bismarck (más o menos)

Hungría
Polonia
República Checa
Eslovaquia

Nuevos Estados Miembros. Región báltica (orientación de tipo nórdico /orientación Beveridge)

Estonia
Latvia
Lithuania

Nuevos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Bismarck. Región mediterránea

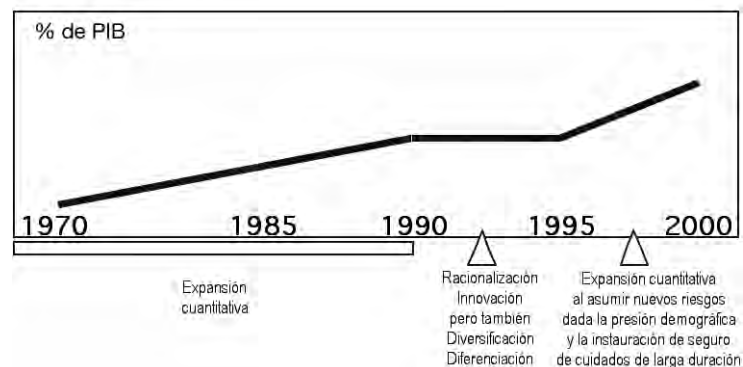
Eslovenia
Malta
Chipre

5.2. Una senda común de crecimiento hacia la protección social

Analizamos a continuación el gasto social de los estados miembros de la UE25 en busca de una senda común de crecimiento de la protección social.

El desempleo, el estancamiento económico, pero también las mismas transiciones demográficas podrán en tensión el estado de bienestar, especialmente los regímenes de pensiones y los sistemas sanitarios.

En el siguiente gráfico, describimos cómo después de los 'treinta gloriosos' años 1945-1975, se ha desarrollado el estado de bienestar, no sólo como respuesta a la crisis del desempleo, sino para ofrecer a las personas una seguridad aceptable y de calidad contra el riesgo de la vejez y la enfermedad. La cuestión es cómo podrá ser sostenible en el futuro para hacer frente a las generaciones del baby boom, ya que precisamente se diseñó para este tipo de riesgos.



Fuente: Pacolet J., R. Bouten, H. Lanoye, K. Versieck, 1999, p. 22

Gráfico 2 Modelo estilizado de expansión de la protección social para las personas mayores: ¿Un modelo europeo común?

6. UNA SÍNTESIS COMPARATIVA POR PAÍSES: CÓMO SE HAN CONVERTIDO LAS SOCIEDADES OPULENTAS EN ESTADOS DE BIENESTAR

6.1. Gasto público total

En los últimos años y meses hemos tenido acceso a información estadística actualizada así como descripciones institucionales de los sistemas del estado de bienestar y protección social.

En este apartado comparativo por países, nos limitaremos a actualizar y/o a analizar algunos aspectos adicionales relacionados con los temas presentados en informes anteriores:

- Nivel y estructura del gasto social público y privado
- Empleo en el sector público y algunos subsectores

La mayor parte del gasto social se destina a seguridad social, de la cual el gasto en salud y pensiones es el principal gasto. En el futuro, este gasto se elevará debido al impacto demográfico del envejecimiento que será cada vez más importante. Aparecerán nuevos riesgos, pero también nuevas expectativas.

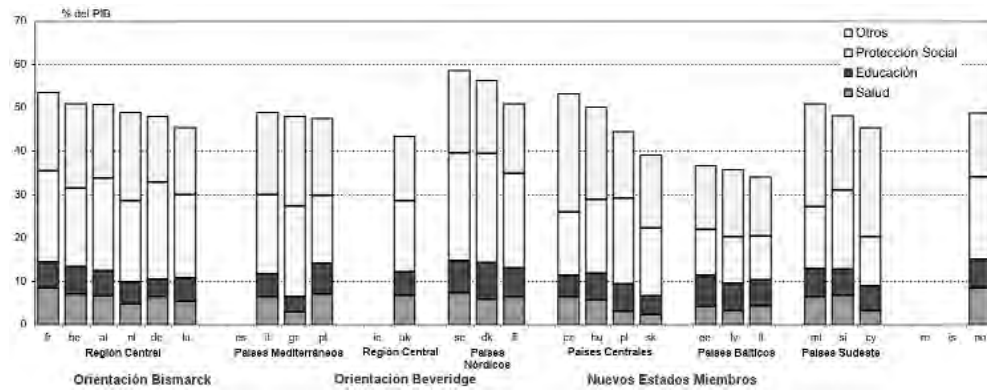
En un sentido más amplio, el gasto social se amplía cuando consideramos otros gastos sociales (Cuadros 3 a 5) como son educación y otros gastos públicos. Pero también existen otras formas de intervención estatal. El papel del estado no está solamente relacionado con el gasto social, tal y como queda ilustrado por el presupuesto total de los Estados miembros (UE-15) en el año 2000. El 44.7% del PIB se distribuyó por el presupuesto del estado, del cual el 19.2% se destinó a protección social, un 5% a educación y 5.6% a sanidad (Sapir, 2003, p. 20).

El gasto público y privado en las economías mixtas o economías social de mercado puede describirse mejor por el peso del gasto público total (lo que implica también impuestos y cotizaciones sociales) en la economía total, el nivel de gasto social y la participación del empleo público o sin ánimo de lucro en el empleo total de la economía.

En las definiciones más amplias, algo más de la mitad de la renta nacional es distribuida a través de la intervención del gasto público. Cuando, en los años 70, esto suponía en muchos países una media de 35% (Salir, 2003), alcanza en la actualidad unos niveles entre 45 y 60%. Distinguimos entre el gasto público destinado a la educación, la sanidad, otras categorías de protección social y otros gastos públicos, especialmente administración, defensa, etc. El nivel más elevado de gasto público sigue estando en los países escandinavos, pero también en los nuevos estados miembros que muestran un elevado nivel de gasto público. Los niveles más bajos se encuentran en los países bálticos.

El gasto público total alcanza un máximo de 59% en Suecia y 56% en Dinamarca y un nivel muy bajo en la actualidad en Irlanda. Una parte importante de ese porcentaje se dedica a consumo propio, administración, hasta un 25% en algunos países escandinavos. El gasto en protección social se incrementa con el gasto en sanidad. Otra última parte del gasto es destinada a educación.

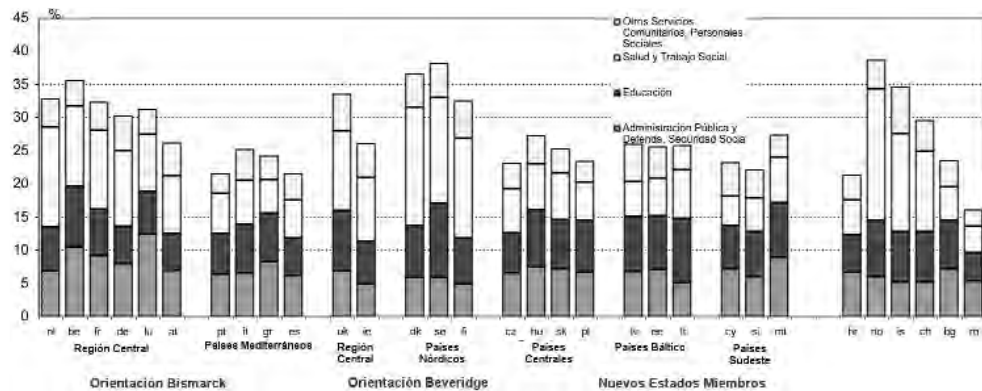
El gasto en educación y en sanidad está considerado cada vez más como inversión en capital humano crucial para el crecimiento económico. Esto se admite en general para educación, y menos a menudo para sanidad, aunque queda descrito claramente en el último informe de la UE sobre competitividad (Informe sobre Competitividad Europea 2004). Aquellas inversiones en capital humano implican la creación de puestos de trabajo (ver más adelante) de forma que nos acercan al pleno empleo al tiempo que mejora la empleabilidad de los trabajadores.



Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

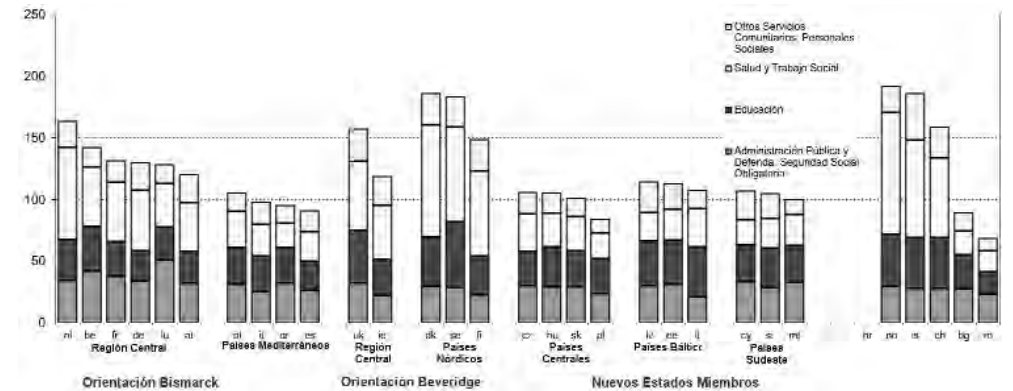
Gráfico 3 Gasto público general por función como % del PIB, 2003 y grupos de países

Otra forma de analizar el gasto público es la creación de puestos de trabajo que existe detrás del consumo público y la provisión de servicios públicos y sociales. Esta creación de puestos de trabajo puede expresarse como una parte de la creación total de puestos de trabajo, o en números absolutos de empleos públicos por 1000 habitantes. Los países nórdicos tienen, en términos relativos y absolutos, el sector público más desarrollado, seguidos por los antiguos estados miembros de orientación bismarckiana. La administración parece desarrollarse de forma similar en todos los estados miembros, pero la sanidad así como otros servicios sociales están más desarrollados en los países nórdicos y en aquellos de orientación bismarckiana. En todos los nuevos estados miembros, y también en los países mediterráneos, la creación de puestos de trabajo en los servicios públicos es escasa. Estos gráficos ilustran especialmente el diferencial de empleo que existe entre esos países, lo que podría facilitar la creación de puestos de trabajo.



Fuente: Eurostat

Gráfico 4 Empleo total en el sector no lucrativo público y privado, como porcentaje del pleno empleo, 2004 (segundo semestre)



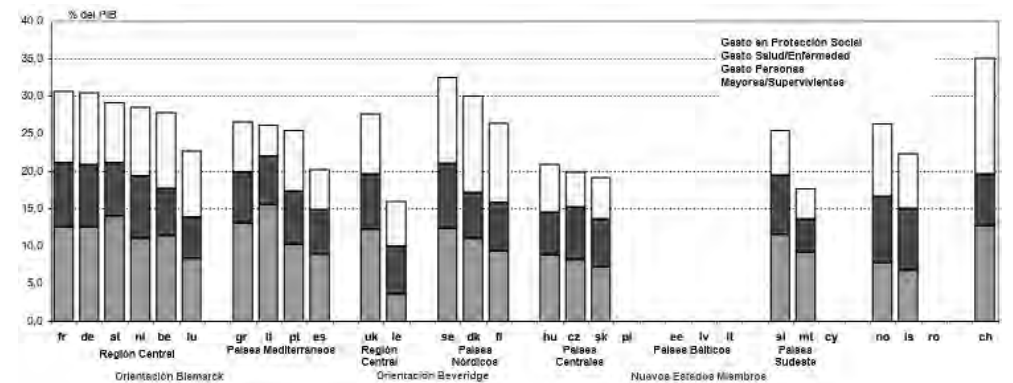
Fuente: Eurostat

Gráfico 5 Empleo total en el sector no lucrativo público y privado, por 1000 habitantes, 2004 (segundo semestre)

6.2. Gasto en protección social

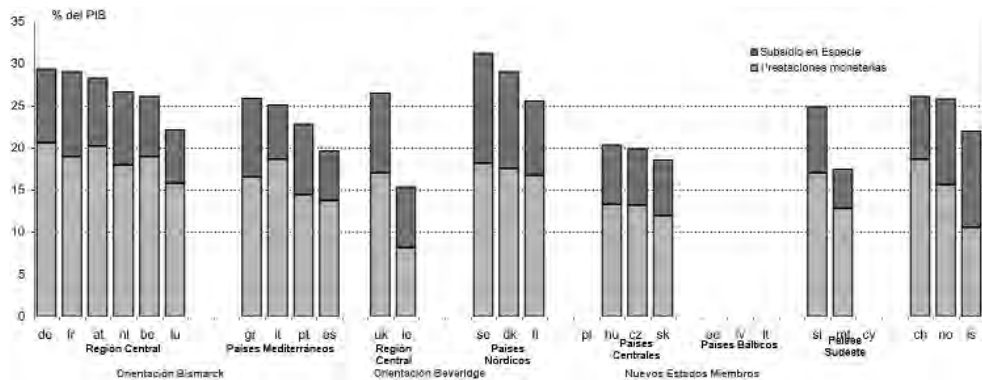
En los gráficos 6 y 7, describimos en detalle el gasto social: seguridad social y sanidad. En casi todos los países, cerca de dos tercios de ese gasto está relacionado con los riesgos del envejecimiento (pensiones y gasto sanitario, de los cuales más de la mitad está dedicado a personas mayores de 65 años).

El gráfico 7 ilustra que en algunos países, los estados de bienestar más maduros tienen mayores prestaciones sociales en especie. Esto suele suponer servicios mejor desarrollados.



Fuente: ESPROSS (Eurostat)

Gráfico 6 Gasto en protección social como % del PIB, 2002

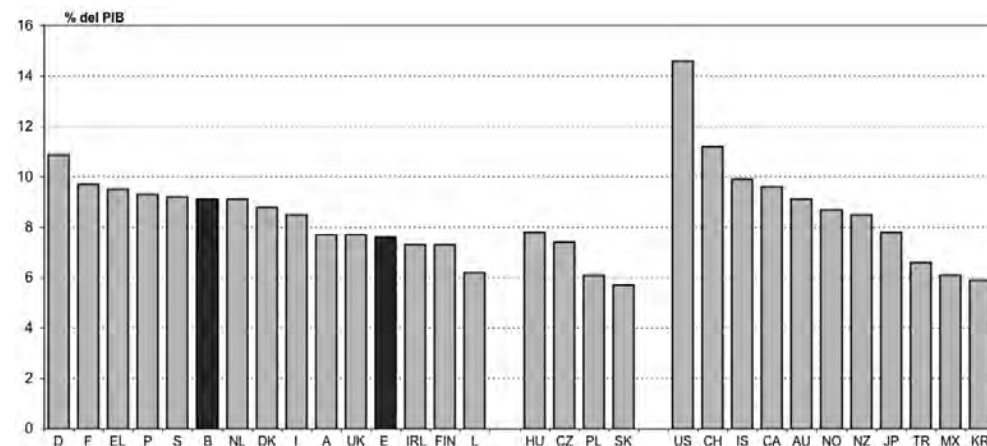


Fuente: ESPROSS (Eurostat)

Gráfico 7 Gasto en protección social, prestaciones sociales en especie y monetarias como % del PIB, 2002

6.3. Gasto sanitario: gasto público y privado y creación de empleo en los servicios sanitarios y sociales

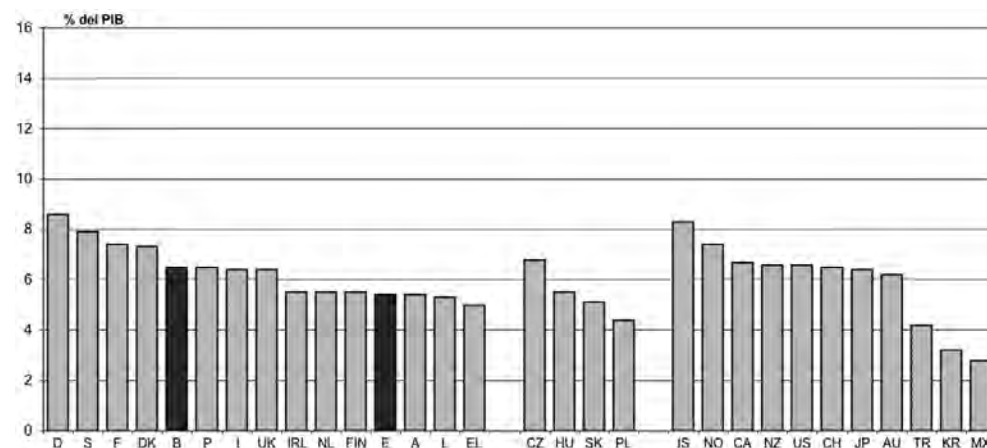
Agrupamos en los gráficos 8 – 10 el gasto total, público y privado, en sanidad (y cuidados de larga duración) para los antiguos y nuevos estados miembros de la UE así como algunos países miembros nuevos y podemos concluir que, por ejemplo en el caso de Bélgica, según la perspectiva de los autores, y en España, según la perspectiva de los lectores, el gasto público y privado no es excesivo y se sitúa en línea con otros países de la región central de Europa. Incluso en EEUU hay un nivel similar de gasto público elevado, y un gasto total todavía mayor. No hay exuberancia. Países como Bélgica y, por supuesto, España, están muy por debajo de los países escandinavos. Tal y como ilustramos más arriba, el gasto social es una combinación de prestaciones sociales en servicios y monetarias. Las prestaciones sociales en servicios implican una mayor expansión de los puestos de trabajo creados en el ámbito sanitario y de los servicios sociales. Ilustramos estos servicios con más detalle en el gráfico 10 donde calculamos también la fuerza de trabajo asalariada y autónoma en los servicios sociales y sanitarios. En este sentido observamos mayores diferencias entre los estados de bienestar escandinavos y nórdicos, la situación intermedia de los estados de bienestar de la región central tales como Bélgica, Países Bajos, Francia, Alemania, Luxemburgo y los bajos niveles de creación de puestos de trabajo en los países mediterráneos. Los nuevos estados miembros tienen un nivel similar de creación de puestos de trabajo. Se constata claramente un ‘diferencial en servicios de sanidad y servicios sociales’ que ilustra además el gran potencial latente de creación de puestos de trabajo en estos servicios, excepto en los países nórdicos.



•Las cifras de Japón, Corea y México datan del año 2001, las cifras para Turquía son del año 2000.

Fuente: Cálculo Pacolet en Coudron (HIVA-K.U. Lovaina) sobre la base de datos sanitarios de la OCDE 2004

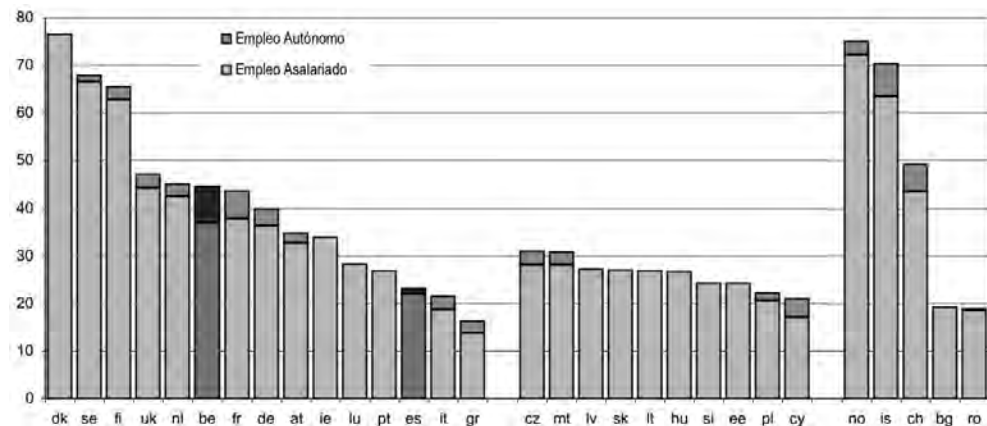
Gráfico 8 Gasto sanitario total como % del PIB, 2002



•Las cifras de Japón, Corea y México datan del año 2001, las cifras para Turquía y los Países Bajo son de 2000 y 1997.

Fuente: Cálculo Pacolet en Coudron (HIVA-K.U. Lovaina) sobre la base de datos sanitarios de la OCDE 2004

Gráfico 9 Gasto público sanitario como % del PIB, 2002



1. Italia y Reino Unido: cifras de población en 2001.
2. Los Países Bajos, Malta e Islandia: cifras del 2002, Luxemburgo: cifras 2000; para Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo, Portugal, Estonia, Latvia, Lituania, Hungría, Eslovenia, Eslovaquia y Bulgaria, no se disponen de cifras fiables para el empleo autónomo.

Fuente: Cálculo Pacolet en Coudron (HIVA-K.U. Lovaina) sobre la base de Eurostat, Encuesta Población Activa

Gráfico 10 Empleo asalariado y autónomo (38 horas semanales) por 1000 habitantes en las industrias de la salud y servicios sociales en varios países europeos, 2003

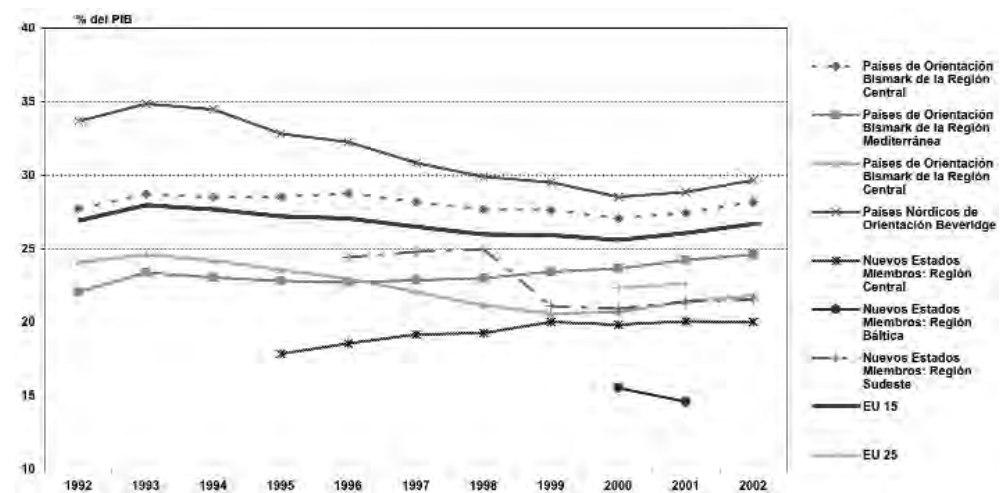
7. LA SOLIDEZ DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN GENERAL CON ESPECIAL ATENCIÓN A LAS PENSIONES

En el periodo de la posguerra, se crearon los estados de bienestar europeos a modo de desarrollo conjunto o ‘concertación’ entre los agentes sociales, los sindicatos, las organizaciones empresariales y el estado. El progreso económico y el crecimiento económico parecían ir de la mano. Aunque anclados en tradiciones y valores que van más allá de este período de la posguerra, en muchos países aquellos modernos estados de bienestar están celebrando sus aniversarios.

En el próximo gráfico, mostramos cómo el nivel medio (aritmético) del gasto social ha sido relativamente estable durante la última década. Decayó menos en los estados de bienestar de orientación bismarckiana, y se incrementó incluso en los regímenes de tipo bismarckiano de la región mediterránea. Junto con el descenso del gasto social de los países nórdicos, constatamos una cierta convergencia en los antiguos estados miembros. En 1992, la diferencia entre el gasto de los estados de bienestar nórdicos y mediterráneos era de más de un 10% del PIB. Esto se redujo

al 5% del PIB en 2002. Debemos subrayar que en todos los estados miembros desde el año 2000, vuelve a producirse un incremento en el gasto social como porcentaje del PIB. ¿Está siendo una realidad el estilizado gráfico 11?

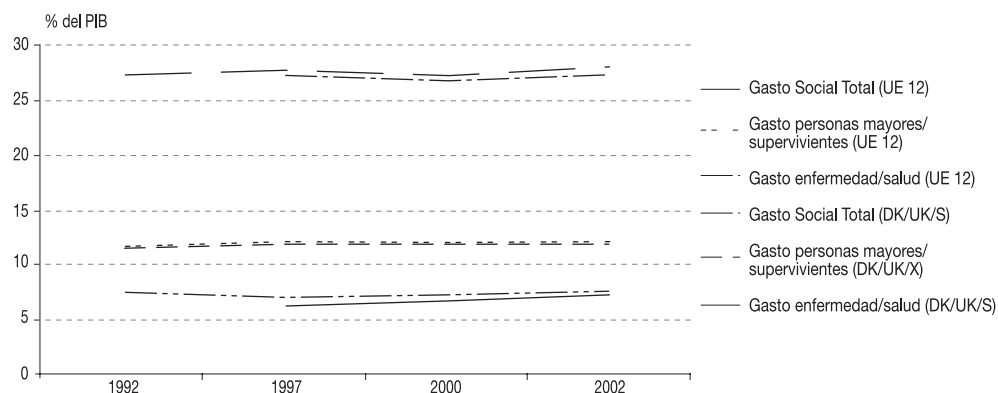
La convergencia hacia una moneda única podría haber influido sustancialmente en el nivel de gasto social. En el gráfico nº 12, mostramos para el gasto sanitario y en pensiones, la diferencia entre aquellos países de la UE15 que entraron en la zona euro, y aquellos que no lo hicieron. Las medias se valoran con la importancia relativa de sus economías. Vemos que no hay una evolución diferente entre la UE12 y el resto (Reino Unido, Dinamarca y Suecia). Incluso hay un ligero aumento en el nivel total del gasto en protección social de la Europa de los 12. Así que no podemos observar diferencia alguna ni en el nivel total del gasto ni en su evolución en el tiempo. Parece que la protección social no está en contradicción con la integración monetaria de la UE. Al menos la moneda única no parece requerir un recorte en protección social hasta ahora.



1 Media aritmética

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

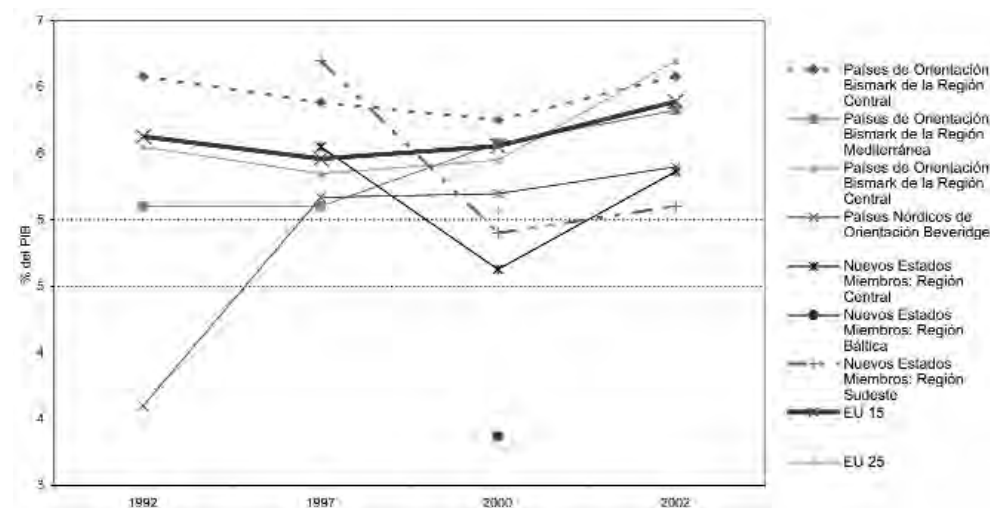
Gráfico 11 Gasto total en protección social como % del PIB; 1992-2002



Fuente: Cálculos propios basados en ESPROSS (Eurostat)

Gráfico 12 Gasto de protección social en la zona euro y el resto de la UE15

En el próximo epígrafe, analizamos con más detalle el gasto sanitario y de cuidados de larga duración. Sólo comentar por el momento (ver Gráfico 13) acerca de otro sistema de protección social: las pensiones. Podemos concluir que desde la última década, no ha habido un cambio sustancial en el porcentaje de PIB gastado en pensiones, pero no hay un claro impacto en el nivel de PIB sobre este gasto. Al contrario, parece ser constante en el tiempo a lo largo de la última década, y no esperamos demasiados cambios por razones demográficas (la generación del baby boom comenzará a jubilarse sobre todo en la próxima década). La gran diferencia entre países con el mismo nivel de renta per capita y su gasto en pensiones es síntoma de diferencias políticas e institucionales. Lo que destaca claramente es la influencia demográfica sobre el nivel total: las economías más antiguas se gastan más en pensiones. De nuevo, esto es lo que puede esperarse, y para ello ha sido diseñado el sistema de pensiones. Así, los sistemas de pensiones parecen ser robustos y viables bajo la presión de cambios demográficos y económicos que han afectado a Europa en la última década. ¿Qué está pasando con la sanidad y los cuidados de larga duración?



1. Media aritmética

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

Gráfico 13 Gasto en personas mayores como % del PIB, 1992-1997-2000-2002

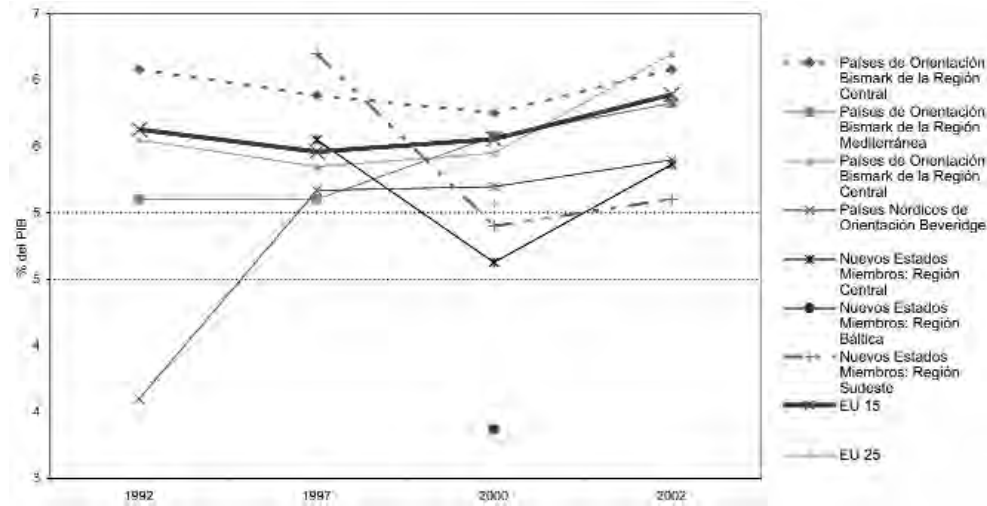
8. LA SOLIDEZ DEL GASTO EN SANIDAD Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LA UE

En materia de sanidad y cuidados de larga duración, intervienen la seguridad social y el estado. Además, existe una creciente coincidencia en que la sanidad contribuye al crecimiento económico y la creación de empleo y existe la creencia de que la longevidad, la riqueza y la renta, y la salud, incrementarán la demanda de más gasto sanitario. Desde principios de los años noventa, hay un interés creciente a nivel internacional por los cuidados de larga duración ya que estos se ven sustancialmente afectados por el envejecimiento de la población, así como varias iniciativas nacionales adoptadas para desarrollar sistemas de seguros de cuidados de larga duración, de modo. Aquí debatiremos sobre la sanidad y los cuidados de larga duración conjuntamente.

Es necesario diferenciar entre la financiación y la provisión de servicios sanitarios y cuidados de larga duración. Con respecto a este último, el pluralismo prevalece: las organizaciones públicas, privadas, sin ánimo de lucro y con ánimo de lucro están presentes en la provisión de servicios.

En el análisis del gasto público en sanidad durante el periodo 1992-1997-2002, constatamos la imagen estilizada de un crecimiento común, un periodo de estan-

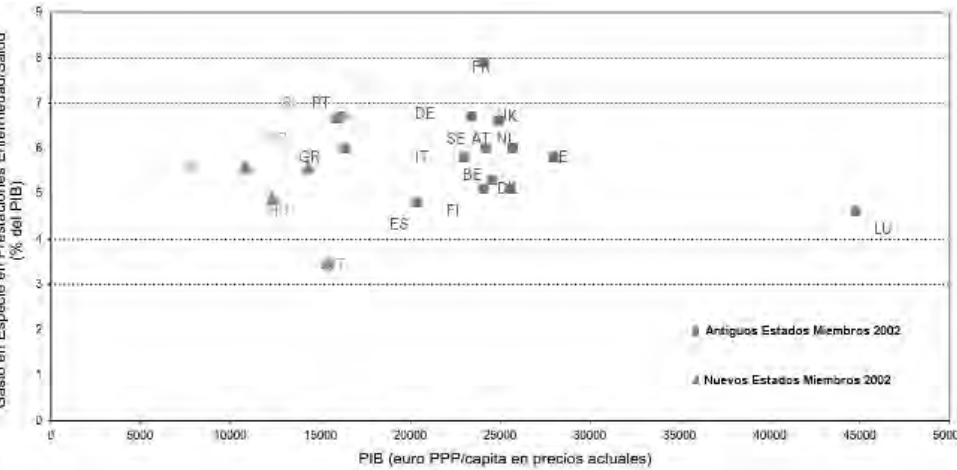
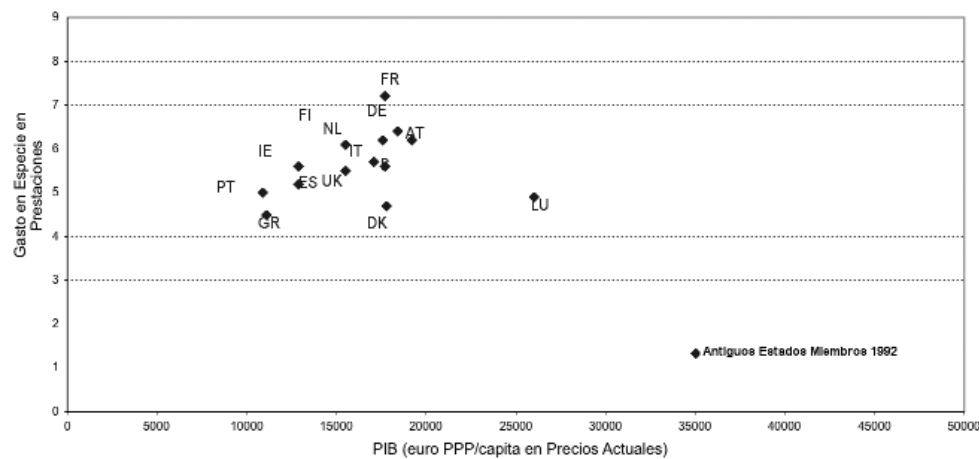
camiento, otro de declive y una posterior expansión. En muchos países la sanidad y los cuidados de larga duración resistieron los recortes presupuestarios, y después de periodos de deterioro o estancamiento ha vuelto a incrementarse en el periodo 1997-2002. En informes anteriores sobre protección social para personas mayores dependientes señalamos que la presión demográfica y 'la voluntad de las personas' o demanda social incrementarían la presión en pro de la expansión del sector sanitario. En algunos países como Bélgica y Reino Unido, esta expansión ha continuado desde 2002. En otros países, el periodo se abrirá con la implantación explícita del seguro de cuidados de larga duración.



1. Media aritmética

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

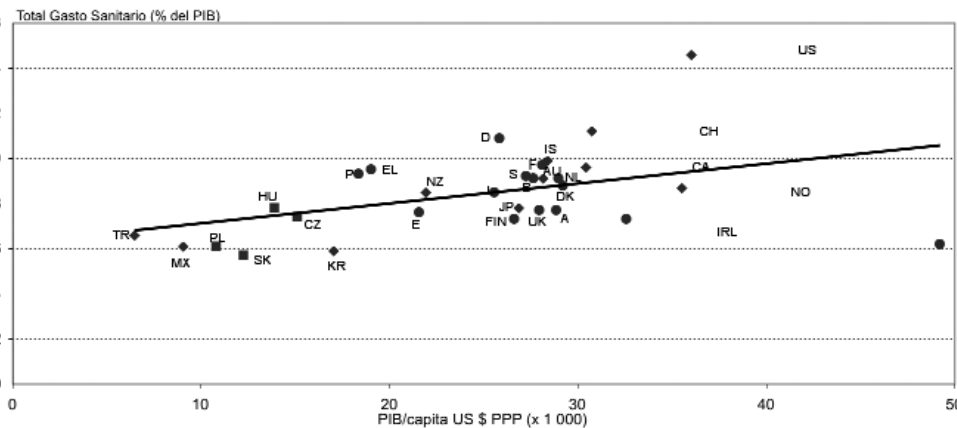
Gráfico 14 Gastos (en servicios y monetarios) en cuidados sanitarios como % del PIB, 1992-1997-2000-2002



Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

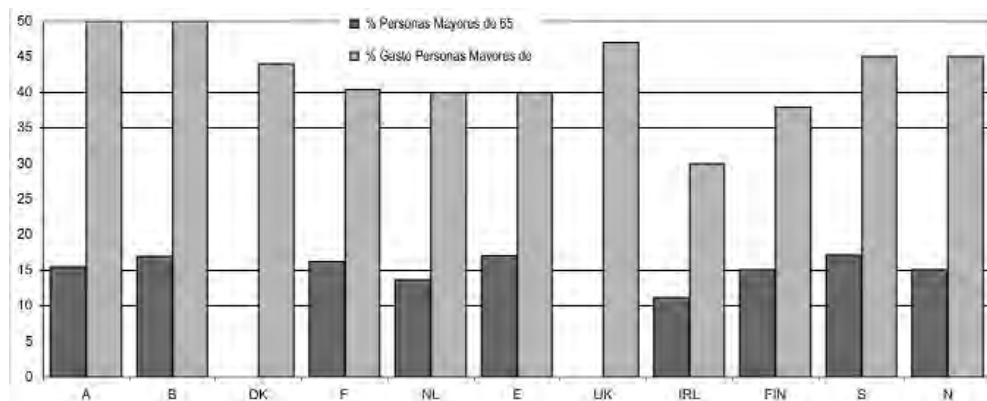
Cuadro 15 Gastos (en servicios y monetarios) en atención sanitaria como % del PIB vs PIB (euro PPP per capita a precios corrientes), 1992 (izquierda)-2002 (derecha)

A nivel europeo, parece que ya no existe una clara relación positiva entre el nivel de renta y el nivel de gasto público sanitario. Esto requiere de una investigación más en profundidad ya que, a nivel internacional, y en una perspectiva más a largo plazo, existe una relación positiva entre el nivel de renta nacional y el gasto total en sanidad (ver gráfico 16). Existe la posibilidad de una cierta sustitución entre el gasto público y el privado, lo que explicaría la relación no directa entre el gasto sanitario y el PIB. Debería hacernos pensar en la adecuación de nuestros sistemas sanitarios el hecho de que una economía desarrollada como la de los EEUU tiene un gasto total en sanidad más elevado que el europeo. ¿Será este bajo nivel de gasto europeo una señal de eficiencia? Ciertamente el sistema europeo es conocido por su equidad y accesibilidad.



Fuente: OCDE

Cuadro 16 PIB y gasto sanitario total, OCDE, 2002



Fuente: Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 2000 u actualización Pacolet en Cattaert, HIVA y Grammenos, 2003

Cuadro 17 Tasa de población mayor de 65 años y tasa de gasto sanitario total para la población mayor de 65 años, en 1995.

Cada vez más, la sanidad y los cuidados de larga duración se consideran conjuntamente en las estadísticas de la OCDE y Eurostat. Los cuidados de larga duración están orientados (aunque no siempre) hacia las personas mayores. Pero también en el gasto sanitario, la mayor parte va destinada a la población mayor de 65 años (ver gráfico 17). En el futuro, la sanidad estará todavía más orientada hacia los mayores (por ejemplo, Bélgica destina ahora un 50% de su gasto sanitario hacia las personas mayores, y se prevé en un futuro destinar dos tercios) (Pacolet, Delière, e.a., 2003).

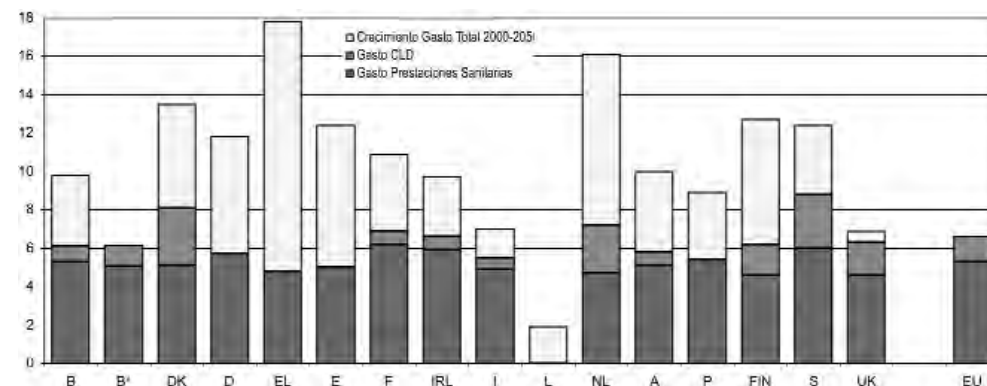
9. LA SOSTENIBILIDAD FUTURA DEL GASTO EN SANIDAD Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Aunque es evidente que los gastos en sanidad y en cuidados de larga duración resistieron los periodos de austeridad y ortodoxia presupuestaria impuestos por los criterios de convergencia de la integración europea, existe la duda popular y también a nivel político sobre su viabilidad en el futuro. El lado negativo de esto es que existe riesgo de que se trate de una profecía que se cumple por sí sola y que apunta a una evolución decreciente o al menos la parte pública de la protección de aquellas personas mayores con necesidades sanitarias. El lado positivo es que existe un creciente interés por este sistema por parte de políticos y analistas económicos. Todavía más positivo es que las investigaciones ilustran mejor el lado opuesto: la expansión de los costes sanitarios es razonable, y puede ser todavía menor de lo esperado. A continuación, ofreceremos los niveles de gasto sanitario y en cuidados de larga duración tomados del grupo de trabajo sobre envejecimien-

to del Comité Europeo de Política Económica² y de un reciente documento de trabajo del Departamento Económico de la OCDE.

9.1 El Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento del Comité Europeo de Política Económica

La información del Comité de Política Económica (CPE) atañe a la UE e ilustra una tasa de PIB para el gasto sanitario relativamente comparable, pero en menor medida en lo que se refiere a cuidados de larga duración. En algunos países no hay información disponible, lo que podría significar que dicho gasto apenas existe. La expansión de dicho gasto es estimada, para la mayoría de los países comunitarios, y en torno a la segunda mitad del presente siglo, entre un 3 a un 5% del PIB.



Fuente: AWP del CEP y cálculos propios para Bélgica.

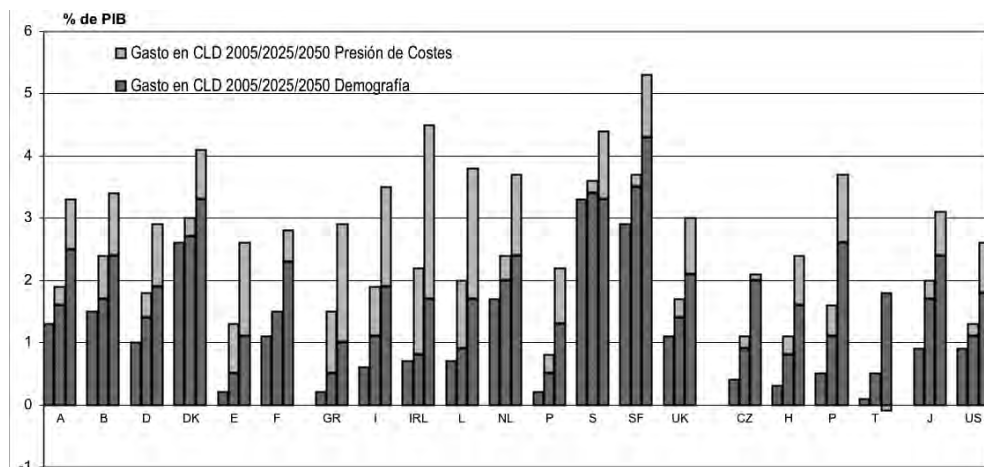
Gráfico 18 Gasto público sanitario y en cuidados de larga duración presente y futuro, según el grupo de trabajo del Comité Europeo de Política Económica

9.2. Proyecciones recientes de la OCDE

En el siguiente gráfico (gráfico 19) presentamos algunos de los principales escenarios utilizados por la OCDE para estimar el gasto sanitario y en cuidados de larga duración. Se hace una distinción entre el impacto demográfico y la mejora de los servicios así como el incremento de los costes. Ofrecemos la información para 2005/2025 y 2050. En la Tabla 4, ofrecemos información más detallada para Bélgica y España, comparados con la media de la OCDE y EEUU. Además de un escenario de costes, también se presenta un escenario de contención de costes (para más información, ver OCDE, 2006). La situación actual es resultado de las necesidades demográficas y del desarrollo social y económico. La pura extrapolación de esas necesidades demográficas es el punto de partida para una futura

² Este grupo fue establecido para evaluar el impacto de la evolución demográfica sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas en Europa.

expansión del gasto. El gráfico 19 ilustra lo limitadas que pueden ser, especialmente en el año 2025 (la generación del baby boom todavía no es demasiado mayor y es independiente) pero también en 2050. Una de las razones es que la OCDE está examinando la hipótesis del “equilibrio dinámico” que dice que junto con un incremento de la esperanza de vida, puede esperarse un incremento similar en la esperanza de vida con salud o libre de discapacidad. Los años de dependencia permanecen constantes por lo que, con una mayor longevidad, los costes se posponen. Existen incluso evidencias que indican que la reducción de la dependencia en este periodo sería posible (reducción de la morbilidad). Esto implica que, tan solo por razones demográficas, los incrementos de los costes serán limitados. Reproducimos más adelante el camino de expansión máxima (la llamada “hipótesis de la presión del coste”) lo que incrementa el gasto total tal y como puede observarse en el gráfico 19. Veamos los casos de Bélgica y España (en la tabla 4 también los comparamos con la media de la OCDE y EEUU). El nivel de gasto en cuidados de larga duración en Bélgica estaría en torno al 1.5% del PIB. En España en torno al 0.2%. Esta cifra se incrementará, pero en teoría, disponemos de 20 a 45 años para adaptarnos. Las cifras citadas para España están alineadas con los niveles actuales de gasto y las necesidades estimadas para un seguro de cuidados de larga duración suficientemente maduro oscilan entre un 1.33% y un 1.6% del PIB tal y como informa J. Montserrat (2004), citada en G. Rodríguez Cabrero (2005, p. 19). Pero, tal y como mencionamos más adelante, la necesidad de expansión no es tanto una necesidad para el futuro, sino una necesidad del presente. Llegamos a esa conclusión antes, y la mantenemos, basándonos en un análisis de la evidencia por parte de la OCDE sobre la disponibilidad de los servicios.



Fuente: OCDE

Gráfico 19 PIB y gasto sanitario total, OCDE, 2002

Tabla 4 Gasto público sanitario y en cuidados de larga duración (CLD), 2005-2025-2050

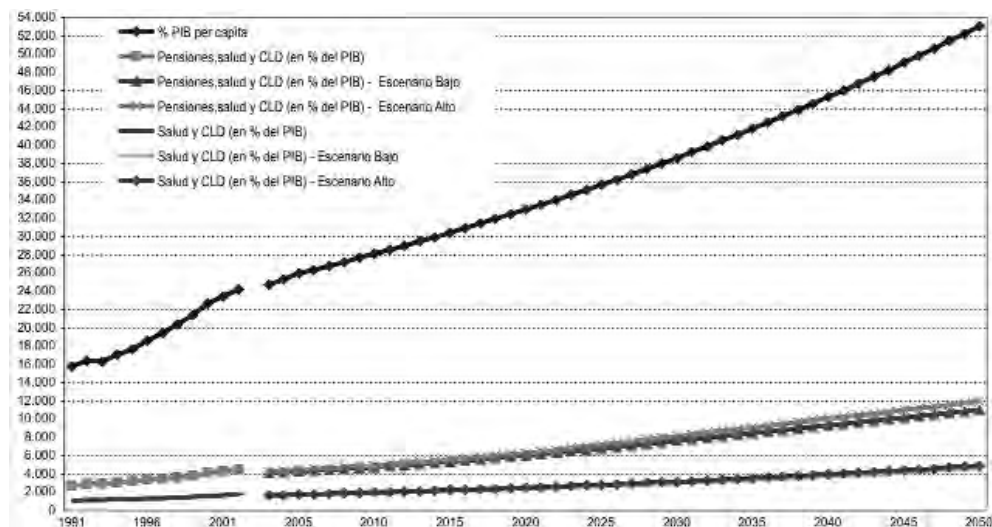
Año	Categoría	España	Bélgica	Media OCDE	EEUU
2005	Salud	5.5	5.7	5.7	6.3
	CLD	0.2	1.5	1.1	0.9
	Total	5.6	7.2	6.7	7.2
2025 Demografía	Salud	5.8	5.7	6.1	6.6
	CLD	0.5	1.7	1.5	1.1
	Total	6.3	7.4	7.6	7.7
2025 Contención de costes	Salud	6.8	6.7	7.0	7.5
	CLD	1.0	1.8	1.5	1.0
	Total	7.8	8.5	8.5	8.5
2025 Presión de costes	Salud	7.1	7.0	7.3	7.8
	CLD	1.3	2.1	1.9	1.3
	Total	8.4	9.1	9.2	9.1
2050 Demografía	Salud	6.4	5.8	6.3	6.5
	CLD	1.0	2.4	2.3	1.8
	Total	7.4	8.2	8.6	8.3
2050 Contención de costes	Salud	7.8	7.2	7.7	7.9
	CLD	1.9	2.6	2.4	1.8
	Total	9.6	9.8	10.1	9.7
2050 Presión de costes	Salud	9.6	9.0	9.6	9.7
	CLD	2.6	3.4	3.3	2.7
	Total	12.1	12.4	12.8	12.4

Fuente: OCDE, 2006, p. 31, 56, 57, 58, 65, 66, 67.

9.3. ¿Es el futuro del gasto social una cornucopia?

Se argumenta a veces que la ausencia de potencial de un mayor incremento de la productividad en el sector sanitario y en servicios sociales personales, comparado con otras actividades industriales, conduciría a una mayor carga para la economía. Esto, no sólo es positivo en si mismo, al igual que con cualquier otra creación de puestos de trabajo, sino que favorece el crecimiento y generará un incremento de la renta de las futuras generaciones. Esto es lo que ilustra el llamado ‘Efecto Baumol’ (Baumol, 1993; ver también OCDE, 2006). Así que este tipo de expansión permitirá, incluso a pesar del incremento de la renta destinada a al gasto sanitario y en servicios sociales, un crecimiento real de la renta de las futuras generaciones. Ilustramos a continuación que incluso con las hipótesis máximas de crecimiento del gasto sanitario, es posible que en el futuro las próximas generaciones tengan

un elevado nivel de renta en términos reales, disponibles para consumo propio y para gasto público. Nos recuerda a la imagen de una 'cornucopia'

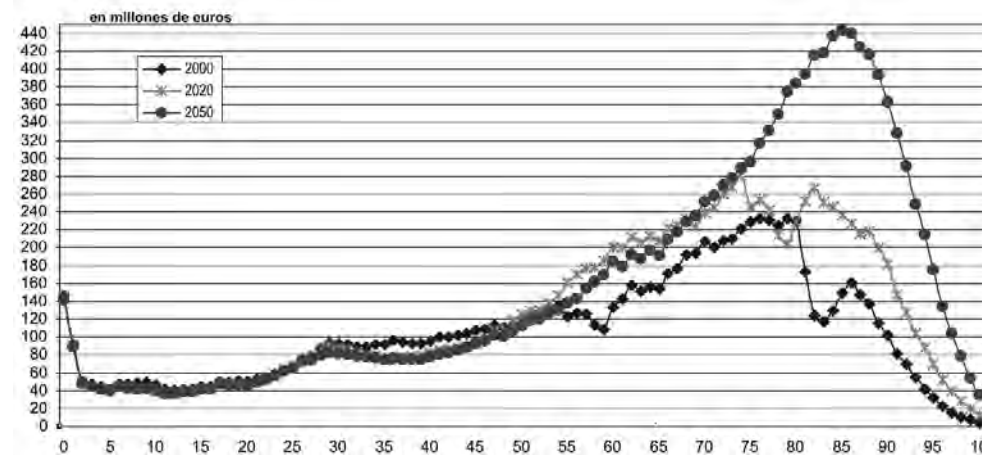


Fuente: Cálculos propios basados en base a Eurostat y los escenarios del Comité Europeo de Política Económica sobre evolución de la salud, los CLD y las pensiones.

Gráfico 20 Crecimiento y Protección Social: la 'cornucopia', 'cuerno de la abundancia', o imagen estilizada del PIB y las proyecciones del gasto social para la UE 15

9.4. Solidaridad intergeneracional como ventaja de los sistemas de reparto

La financiación no es relevante en este contexto. Se trata del gasto total. Una sencilla extrapolación demográfica (gráfico 21) del futuro gasto sanitario ilustra el hecho de que en no más de 50 años, veremos cómo pasan tres generaciones por el sistema sanitario: la próxima década la generación 'interbellum', después la generación del baby-boom y en el año 2050 la mayoría de los usuarios del sistema sanitario serán los sucesores de la generación del baby-boom. ¿No es este un argumento perfecto para considerar que un sistema de reparto puede asegurar el riesgo y no sólo no supone una carga excesiva para una generación, sino que se podrían beneficiar futuras generaciones en una perspectiva a largo plazo?



Fuente: Cálculos de Pacolet y Cattaert (HIVA-K.U Lovaina), basados en un perfil por edad de la salud, los CLD proporcionados por Christian Health Mutualities y prognosis demográficas del Instituto de Estadística INS 2000-2050

Gráfico 21 Gasto total en sanidad y CLD según rangos de edad en Bélgica, 2000-2020-2050: tres generaciones se beneficiarán en medio siglo del sistema de seguro de reparto

9.5. Elección política acerca de la importancia relativa del sistema público vs. privado y el seguro profesional

Tal y como podemos observar de los comentarios anteriores, el actual gasto público en sanidad y CLD en Europa está alineado con el gasto en EEUU, pero descubrimos que el gasto total es mayor en los EEUU. Esto puede explicarse en parte porque la economía norteamericana es más rica y gasta más de su renta nacional en sanidad y cuidados de larga duración. Ilustramos a continuación que esto es probablemente lo que ocurrirá en el futuro en Europa. Puesto que las economías europeas son cada vez más ricas y cada vez más viejas, estarán dispuestas a gastarse más en sanidad y en CLD. Es la 'voluntad de las personas', tal y como queda expresado por el sistema de mercado en EEUU. La cuestión política será si el nivel total de gasto será gestionado principalmente por el sistema público de protección social, el primer pilar, o bien será gestionado por el seguro privado, o por la seguridad social. Ese mix entre lo público y lo privado es un problema de elección política. La actual comparación entre EEUU y Europa nos dirige hacia un sistema público desarrollado que garantice una disponibilidad similar de servicios, una mayor accesibilidad y una asequibilidad con un coste menor. Es un argumento poderoso a favor del desarrollo de sistemas públicos de sanidad y cuidados de larga duración. Otra ventaja adicional de los cuidados de larga duración públicos y universales es que, si se diseñan para el conjunto de la población, la calidad será probablemente mejor. 'Diseñado para los pobres, es un diseño pobre'. Cuando se desarrolla para la población en su conjunto, incluyendo a aquellos con mayores

expectativas, y con suficiente “voz” para transmitir las, el sistema será de mejor calidad.

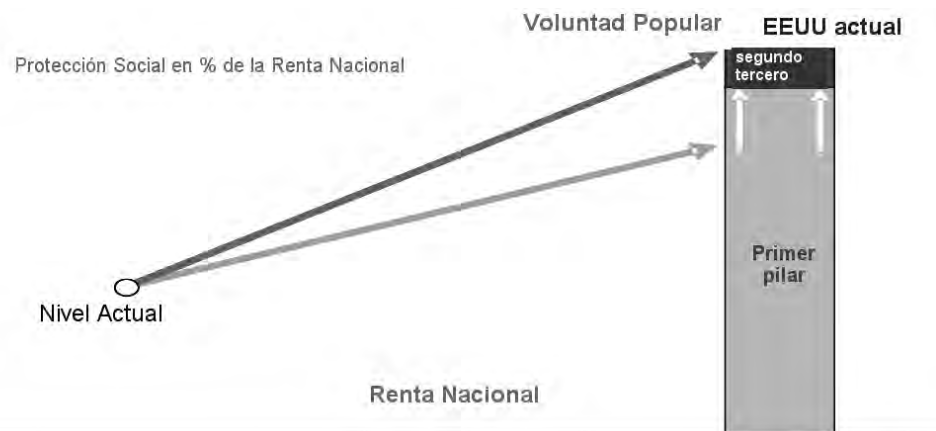


Gráfico 22 Protección social de la sanidad y los CLD: la opinión de los ciudadanos y cómo darla respuesta

10. LA VERDAD SOBRE LOS ESTADOS DE BIENESTAR Y LOS CLD: LOS SERVICIOS TRAS EL GASTO

Después de estas observaciones macro, entremos a continuación en el análisis detallado de los servicios de larga duración para las personas mayores. Distinguimos cuatro características: la variedad, la disponibilidad, la asequibilidad y la calidad. Agrupamos los servicios en las siguientes categorías: residencial, semi-residencial y servicios de atención comunitaria incluyendo todo tipo de prestaciones e incentivos adicionales para afrontar el impacto del envejecimiento. Para una visión más completa, ver Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000. Nos limitaremos a continuación a considerar los principales servicios residenciales y comunitarios. Hacemos observar que nos centramos en el debate sobre las personas mayores, pero en la definición de los cuidados de larga duración, tal y como se aplica por la OCDE y otros, incluye también a veces los cuidados de otras personas dependientes. Actualizamos algunas de las evidencias recogidas en nuestro propio estudio con nuevas informaciones, especialmente provenientes de la OCDE (2005).

Nuestro estudio comparativo europeo hizo un inventario de las ayudas relacionadas con la dependencia, tales como las ayudas a la vivienda y una lista cada vez más amplia de sistemas de apoyo a la vivienda y su adaptación, así como en los

servicios residenciales y semi-residenciales para personas mayores y los servicios comunitarios. Muchas de estas ayudas han sido objeto de estudio (por ejemplo, el pago del sistema de cuidados personales, la vivienda social, etc) pero en nuestro informe, fue la primera vez que un conjunto tan amplio de prestaciones fue estudiado conjuntamente. Emergió una imagen de un conjunto variado y maduro de prestaciones sociales gestionadas de manera diferente, aunque financiadas públicamente en su mayoría en el contexto del discurso político dominante de austeridad presupuestaria.

10.1 Variedad

El estudio identificó 8 sistemas de servicios permanentes residenciales y semi-residenciales para las personas mayores, 17 servicios temporales residenciales y semi-residenciales y 22 servicios comunitarios. La variedad ilustra la diversidad que ha tenido lugar en este sector en las dos últimas décadas, y sólo ha sido posible dentro de un contexto de un estado de bienestar en expansión. Después de un periodo de expansión cuantitativa de los sistemas tradicionales de protección social, a partir de la segunda mitad de los años ochenta, el sector entró en un periodo de innovación y diferenciación cualitativa hacia nuevos arreglos institucionales dentro de un marco de contención de costes.

10.2 Disponibilidad

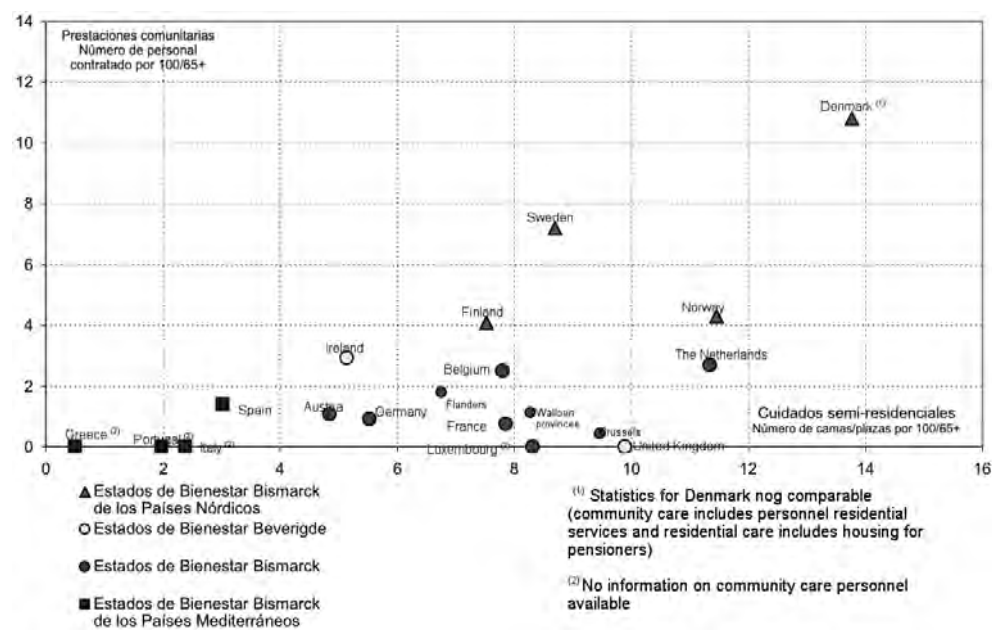
El Gráfico 23 resume la información cuantitativa de los principales servicios. Aunque casi todos los países hacen referencia a unos servicios similares ya existentes o emergentes, el nivel absoluto y la importancia relativa del mix de servicios varía significativamente. La mayoría de los países sigue estando orientada hacia un sistema institucional de cuidados personales, con un gran número de plazas disponibles en varios tipos de instituciones por cada 100 personas mayores. En algunos países, estas instituciones siguen siendo residencias tradicionales para personas mayores. En otros países, se transforman esas residencias en residencias asistidas u otros tipos de vivienda protegida. La frontera que divide la vivienda y los servicios se está desvaneciendo. Varios países mencionan la divisoria entre la vivienda y los cuidados personales, pero en realidad, han surgido servicios cada vez más integrados y variados. El nivel de desarrollo de este tipo de atención institucional es sorprendentemente bajo en los países mediterráneos.

Aunque mucho más diversificado, el nivel de desarrollo de la atención comunitaria parecía ser todavía menor. Muchos países con un grado relativamente alto de atención institucional mostraron niveles todavía más bajos de disponibilidad de atención comunitaria (medido en función del número de personas contratadas en los servicios de atención comunitaria principales por cada 100 personas mayores de 65

años). Esto fue por ejemplo el caso de Austria, Bélgica y los Países Bajos. En muchos países, sin embargo, falta información clara. La imagen general es la de complementar la atención residencial y comunitaria en vez de una clara sustitución. Aquellos que ya reciben servicios residenciales de calidad, también reciben mejores servicios comunitarios.

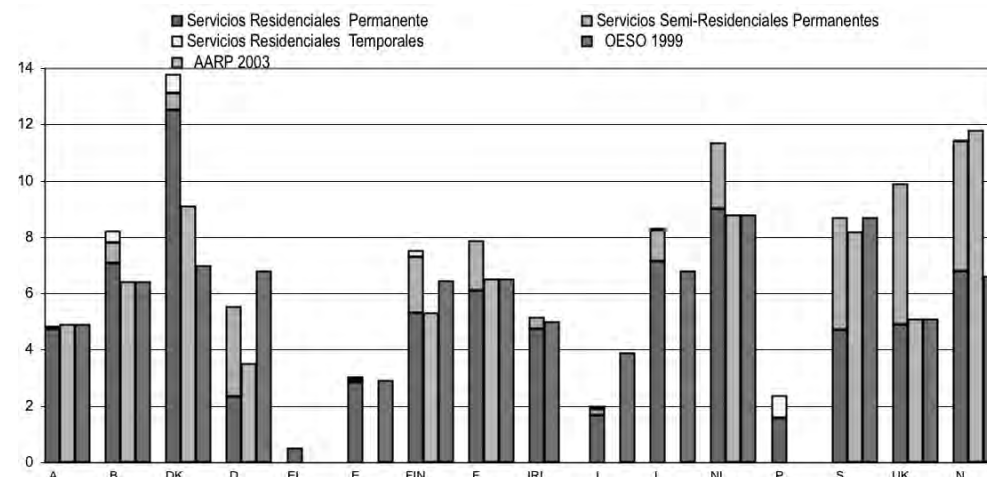
También conviene destacar que, partiendo de esta comparación europea y de la investigación previa sobre la situación del estado de bienestar (Pacolet, Versieck, 1998) surge la idea de que la elección entre los cuidados formales e informales ha llevado a los países nórdicos a un nivel sustancial de creación de puestos de trabajo en esas actividades, lo cual añade valor y contribuye al crecimiento económico. Para los países mediterráneos, esta opción permanece abierta.

El Gráfico 24 ofrece información actualizada sobre la disponibilidad de cuidados residenciales partiendo de un estudio de la OCDE y una visión general de AARP. Está claro que persisten las diferencias, pero que algunos países muestran una evolución hacia la desinstitucionalización. Menos puede ser mejor si hay disponibilidad de unos cuidados comunitarios apropiados.



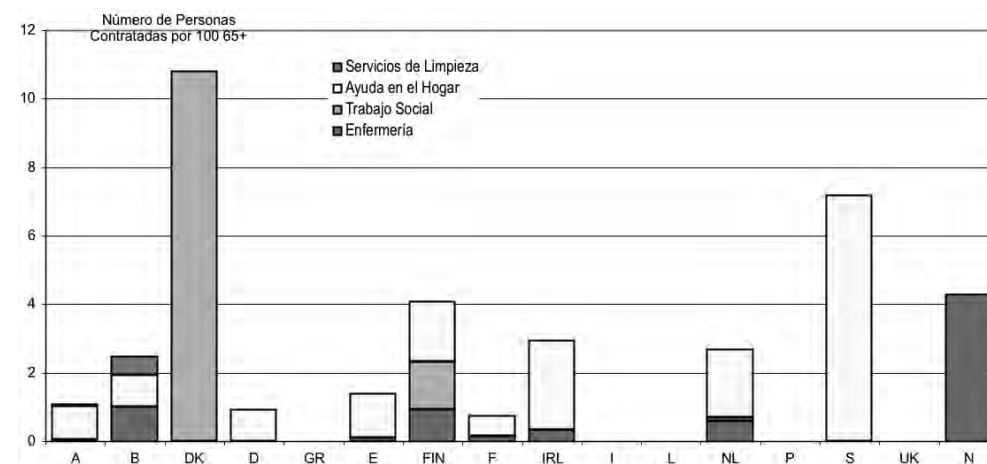
* Las cifras regionales para Bélgica incluyen una definición más precisa de la atención comunitaria de la que se ha usado para el Gráfico de Bélgica.
Fuente: Basado en Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 2000

Gráfico 23 Desarrollo de servicios comunitarios semi-residenciales en Europa y Bélgica: equilibrio a corto plazo y a largo plazo (situación en 1995)



Fuente: Pacolet, e.a. (1998), Jacobzone S. (1999), Gibson M.J. e.a. (2003)

Gráfico 24 Número de residencias de tercera edad y servicios (semi-)residenciales permanentes o temporales, por 100 habitantes mayores de 65 años en la UE. Noruega, EEUU y Japón

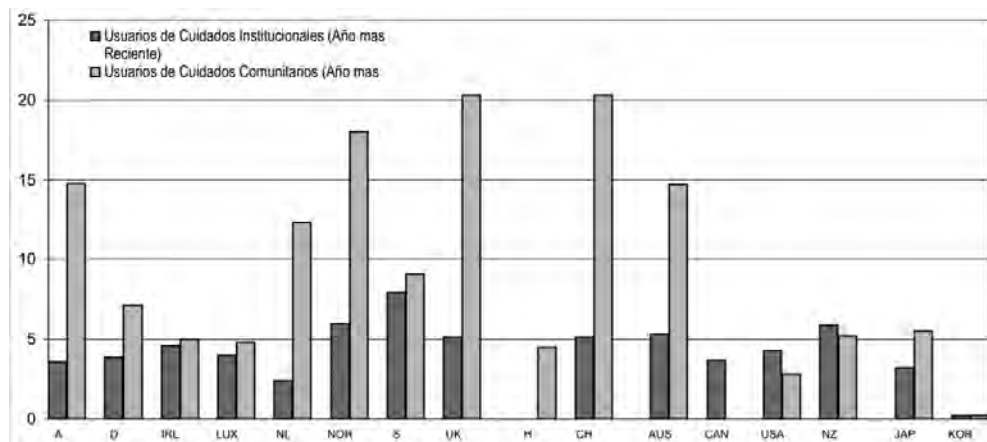


Fuente: Pacolet J., R. Bouten, H. Lanoye, K. Versieck, 1999

Gráfico 25 Disponibilidad de una lista seleccionada de servicios a personas mayores

En los gráficos 23 y 25, utilizamos las personas empleadas en los servicios de atención comunitaria por cada 100 habitantes mayores de 65 años para ilustrar la disponibilidad de la atención comunitaria. Podríamos haberlo comparado con el número de personas que trabajan en residencias de la tercera edad, y compararlos con la importancia relativa de ambos sistemas de atención. Para Bélgica, esas cifras son relativamente similares, aunque el grupo que recibe atención residencial

es más limitado que el grupo que recibe atención comunitaria. Esto indica que la atención residencial es más intensiva. En el próximo Gráfico 26, utilizamos la cifra prevalente para la tasa de población que utilizó (en el último año) el sistema de atención institucional o residencial. Ilustra que algunos países como el Reino Unido, Suiza y Austria alcanzan casi del 15 al 20% de las personas mayores en atención comunitaria. En otros países, esta cifra es mucho menor. Para un país como Austria, las prestaciones monetarias del sistema de cuidados de larga duración están incluidas en las cifras de atención comunitaria. Es sorprendente el nivel tan bajo de los EEUU, confirmando el comentario anteriormente expuesto que incluso con un sustancial elevado gasto en sanidad y cuidados de larga duración, la cobertura parece ser menor.



Fuente: OCDE, 2005

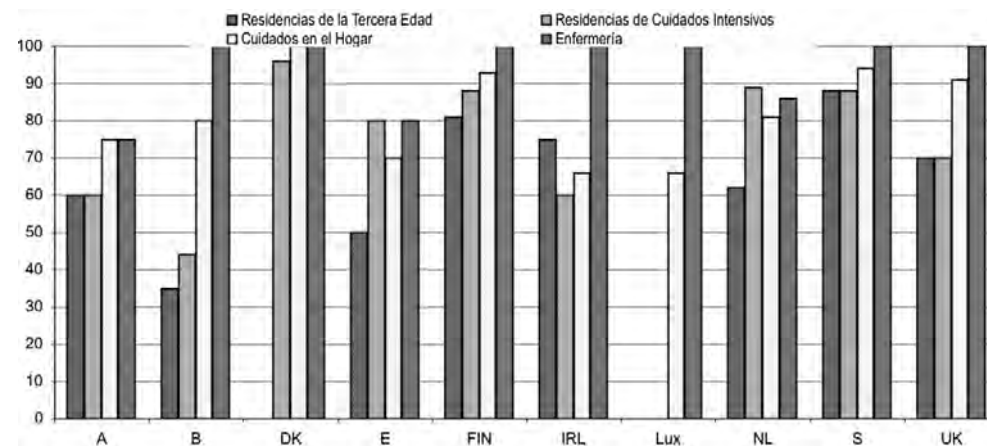
Gráfico 26 Usuarios de atención residencial e institucional, como porcentaje de personas mayores de 65 años

Esta inmensa diferencia en los servicios disponibles podría suponer que en algunos países existen formas de infradesarrollo de algunas categorías de servicios o en general. Tomando esto en consideración, es comprensible que el debate comenzara con la creación de seguros de cuidados de larga duración en algunos países. Sin embargo, está todavía más influenciado por la asequibilidad.

10.3 Asequibilidad

A parte de la disponibilidad, la asequibilidad también es un elemento importante a la hora de describir el grado de protección social. Los servicios de cuidados intensivos siguen siendo financiados públicamente en su mayoría, ya que se sitúan cerca del sistema sanitario. Algunos ejemplos son las residencias de personas mayores y, en especial, las residencias asistidas que están financiadas pública-

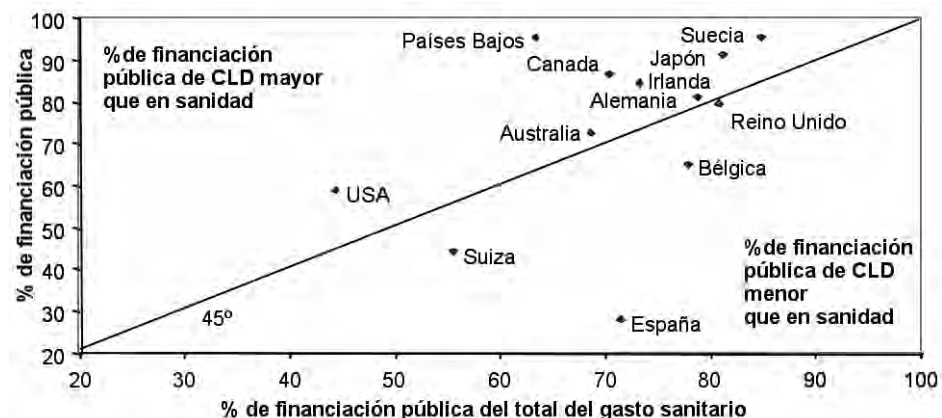
mente en casi todos los países (ver Gráfico 27). Los sistemas de cuidados intensivos, o aquellos servicios centrados en la vivienda y aspectos relacionados con la misma, tienden a tener un grado más bajo de financiación pública. Pero el cuidado personal y la atención sanitaria son difíciles de distinguir, razón por la cual sigue habiendo un grado razonable de financiación pública. Existen indicaciones de que la financiación de los servicios para personas mayores queda razonablemente protegida –allá donde esté disponible, lo cual no es siempre el caso (razonamiento cuantitativo) – pero en algunos casos, el nivel de cofinanciación es muy elevado. Algunos elementos de baja protección están surgiendo lo que explica la demanda de creación de un seguro de cuidados de larga duración.



Fuente: Datos de Informes de Países, en Pacolet, Bouten, Lanoye en Versieck, 2000

Gráfico 27 Financiación Pública de los servicios residenciales y comunitarios más importantes para las personas mayores, en % del coste total, 1995

Los cuidados de larga duración son, por definición, un gran riesgo debido a su naturaleza permanente (largo plazo, enfermedades crónicas). Por este motivo, sería deseable un seguro público todavía mayor que para otros servicios sanitarios. La OCDE analizó esto recientemente (Hennesy, Huber, 2004) y añadimos en el siguiente gráfico la situación de Bélgica. Descubrimos que en la mayoría de países, el porcentaje de financiación pública para cuidados de larga duración es mayor que para la asistencia sanitaria (situada en el gráfico por encima de la línea 45). Descubrimos que Bélgica es un valor extremo, atípico, lo que indica que hay una necesidad de mejorar la financiación de los servicios de cuidados de larga duración, especialmente los servicios residenciales. En el mismo gráfico, España se sitúa por debajo de la línea 45, lo que indica una infraprotección todavía mayor. Es por ello que, en España, la propuesta para un Sistema Nacional de Dependencia se ha hecho más necesaria.



Fuente: Hennessy, Huber, 2004, OESO con datos propios para Bélgica

Gráfico 28 Financiación pública y privada en sanidad y cuidados de larga duración

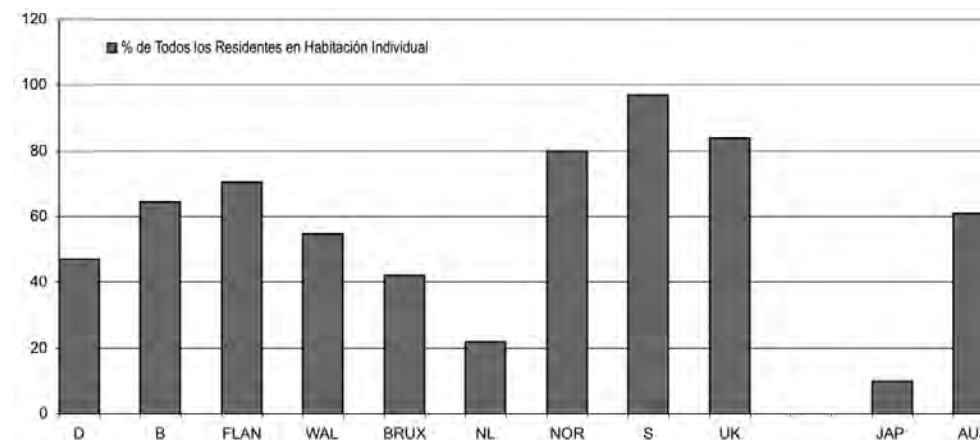
10.4 Resultados y Calidad

Existe un creciente interés por los resultados y los estándares de calidad de los cuidados de larga duración. Podemos referirnos al escritor alemán Bertolt Brecht quien dijo de diferentes maneras que 'antes de poder hablar de calidad, debemos tener cantidad'. Los indicadores utilizados anteriormente sobre disponibilidad y asequibilidad ya son un indicador macro muy importante de la calidad del sistema sanitario. Se puede evaluar correctamente la calidad del sistema de atención residencial para las personas mayores si conocemos:

- Número de plazas disponibles;
- Número de plazas con habitaciones individuales;
- Metros cuadrados por habitación (si se trata de una habitación de 12 a 18 m² o un piso de 30-45 m²);
- Número de trabajadores por cama;
- Cualificación de los empleados;
- Salario y las condiciones de trabajo del personal contratado;
- Parte del coste con financiada por las propias personas mayores.

Con esos parámetros, puede incluso calcularse el coste total del sistema de cuidados personales, así como la forma en que está financiado por recursos públicos y privados. Por supuesto, deberían también medirse los resultados y la calidad de vida de las personas mayores, pero sin embargo, guardan relación con los recursos puestos a disposición por la sociedad para el cuidado de las personas mayores³. Ofrecemos un ejemplo más de la importancia de esta información para el porcentaje de las personas mayores que tienen acceso a una plaza individual en una

residencia de la tercera edad. Añadimos también información de la OCDE referida a Bélgica y sus regiones y puede verse como este sencillo objetivo cuantitativo, aunque refleje una dimensión cualitativa de disfrutar de la privacidad de una habitación individual cuando se es mayor e independiente, no se alcanza en muchos países, y puede variar en gran medida dentro del propio país. Mientras que en algunos países nórdicos que pasaron por el proceso de desinstitutionalización, pero también en el Reino Unido, más del 80% de las personas mayores disfrutaban de habitaciones individuales, en otros países, esto está lejos de conseguirse, lo que refleja sistemas muy antiguos. La puesta al día o modernización de este aspecto sólo de la provisión de cuidados necesitará de esfuerzos sustantivos en infraestructuras.



Fuente: OCDE, 2005 y estimación de Pacolet J. para Bélgica y sus regiones: Flandes, Valonia y Bruselas.

Gráfico 29 Porcentaje de todos los residentes que viven en habitaciones individuales en el marco de los cuidados institucionales.

11. TENDENCIAS OBSERVADAS EN EL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

A pesar del hecho que el nivel de financiación pública para cuidados a personas mayores sigue siendo elevado y se acerca a cifras de financiación de la sanidad (80 a 85% del coste total en algunos servicios), sigue habiendo preocupación en muchos países acerca de la financiación pública de esos servicios, ahora y en el

³ Algunos de esos indicadores parecen ser considerados por el grupo de trabajo europeo para determinar los indicadores del seguimiento del programa de envejecimiento de NU, Comisión Económica para Europa 2002 e indicadores del grupo de trabajo de envejecimiento de la UE para hacer un seguimiento de la implementación, Centro Europeo para la Investigación y Políticas Sociales, Viena 2006.

futuro. A pesar del alto nivel de protección social, ha habido en el pasado de muchos países indicadores de la existencia de infraprotección social en este campo. En Francia y Alemania, había niveles más bajos de prestaciones de los que se esperaba, de acuerdo con los estándares generales de protección social. En varios países, se recurre a la asistencia social con las personas que no pueden hacerse cargo de los gastos. En algunos países nórdicos, las personas mayores pierden sus pensiones cuando entran a ser usuarios de cuidados residenciales, dejándoles tan solo con dinero de bolsillo. En otros países, las contribuciones de las propias personas mayores representan una proporción tan alta de la renta media que el efecto neto es dejar a las personas mayores tan solo con dinero de bolsillo. En otros países, el recurrir a las familias es legalmente obligatorio, o bien las personas mayores tienden a vivir con las familias de sus hijos.

El elevado nivel de cofinanciación es otro síntoma de baja protección social. En algunos países (Alemania, quizás también Francia y Austria) se observa un bajo nivel de servicios, mientras que sería de esperar todo lo contrario basándonos en la renta, la estructura de edad y nivel medio de protección social. Esto ha sido objeto de debate político en aquellos países. La cuestión de la infraprotección social ha estado a debate en Alemania a principios de los años noventa: demasiadas personas se ven obligadas a recurrir a la asistencia social; había escasez de servicios; un incremento sustancial de la oferta de servicios se ha producido desde la creación del nuevo sistema de protección social a la dependencia confirmando de este modo que había un subdesarrollo antes de la instauración de los seguros de cuidados de larga duración; una cantidad sustancial (aunque yo lo sigo llamando asequible) de 'dinero nuevo' ha sido ingresada para el nuevo sistema (1.7% de los salarios netos). En Francia ha ocurrido lo mismo: problemas de baja provisión de servicios y escasez de financiación, pero también preocupación por la falta de 'dinero nuevo' en las propuestas existentes. En Bélgica, cuando se han identificado y cuantificado las nuevas necesidades, la necesidad de 'dinero nuevo' es más limitada, lo que ilustra que los sistemas existentes ya proporcionan una cobertura mejor.

Allá donde hay debate a favor del cambio, nos sugiere deficiencias en el sistema actual de protección social en los cuidados de larga duración en el hogar o en residencias que no parecen estar completamente cubiertos. En Alemania, fue una preocupación explícita de los políticos el hecho de que tantas personas tuvieran que recurrir a este tipo de asistencia al ver que no podían hacer frente a los costes de los cuidados de larga duración debido a las distintas situaciones de dependencia. Esta es considerada como un riesgo normal de la vida, de la misma manera que el deterioro de la salud. En varios países de la región central de la UE, existe un elevado nivel de copago por parte de las propias personas mayores para financiar estos servicios de cuidados de larga duración, a veces teniendo que recurrir a

recursos familiares (por ejemplo Luxemburgo, Francia, Bélgica, Alemania). A veces los recursos financieros de las personas mayores deben haberse agotado por completo para poder recurrir a la asistencia social. Por el contrario, en los países del sur la oferta de servicios residenciales y comunitarios es más baja.

Así, hasta ahora ha habido un claro problema de baja protección social en el ámbito de los servicios personales (sea esta pública o privada) a principios de los años noventa. 'Una proporción demasiado alta de estos costes deben ser cubiertos por los ingresos actuales o los ahorros' fue la conclusión de nuestro informe del año 2000, a modo de indicador de infraprotección social. Una forma alternativa de financiar estos servicios es a través de un sistema de seguros de cuidados a largo plazo como el aquí debatido. Algunas de las preguntas planteadas es si los cuidados de larga duración para personas mayores dependientes, en el hogar o en residencias, se financia implícitamente dentro de los sistemas existentes de seguridad social, o si deben planificarse o establecerse nuevos sistemas de seguros para cuidados de larga duración. Los estados miembros con sistemas de protección social con orientación Beveridge parecen tener los cuidados a largo plazo integrados en los servicios sociales sanitarios y personales ya existentes, sean estos de nivel alto o moderado. Los estados miembros con estados de bienestar de orientación Bismarck están experimentando, o han concluido, un largo debate sobre la creación de un sistema de cuidados de larga duración específico. En los Países Bajos, existe desde hace varios años un sistema de seguro específico para gastos médicos extraordinarios para CLD. En Austria, Alemania y Luxemburgo, los sistemas son más recientes. En Bélgica, hay una larga lista de propuestas y nuevas iniciativas y, finalmente, en 2001 se comenzó con un sistema de seguros de cuidados de larga duración en Flandes (Bélgica). Incluye una prestación a las personas dependientes (no hay criterio de edad) en los servicios comunitarios y residenciales para personas mayores. Además de ello, hubo una mejora implícita del seguro al incluir una parte creciente del riesgo de cuidados de larga duración en el seguro sanitario y al mejorar las prestaciones por cuidados a las personas mayores en el sistema de prueba de ingresos económicos. Sin embargo, la forma en que Bélgica (y España) se muestra más arriba como un "valor atípico" en la financiación de los cuidados de larga duración es evidente, lo que requiere nuevas medidas protectoras.

En Francia, el debate institucional sobre cómo organizar y financiar los cuidados de larga duración requirió 15000 muertes adicionales debidas a la ola de calor del verano de 2003 para conseguir un proyecto definitivo, dotado de más medios, para el seguro de cuidados de larga duración.

En 1998, una Comisión Real sobre cuidados de larga duración se estableció en el Reino Unido. Los cuidados de larga duración tienen características de la seguridad

social (activada sobre todo por razones médicas, y organizada por proveedores iguales o similares) y el seguro de vejez (pensiones). En el Reino Unido, esos sistemas se han organizado de forma diferente dentro del sistema de protección social: seguridad social bajo el sistema de reparto financiada por el estado, el servicio nacional de sanidad de tipo universal y un sistema de pensiones financiado de forma privada. Con ambas experiencias y tradiciones en ese país, el resultado del trabajo de la Comisión Real podría contribuir a un mejor entendimiento de la naturaleza de los seguros de cuidados de larga duración, sean estos públicos o privados. La conclusión fue que un sistema de CLD debería permanecer en el sistema público de los servicios sociales y en el sistema nacional de sanidad. El estudio más reciente sobre la viabilidad del sistema de servicios sociales personales del Sr. Wanless confirma nuestras conclusiones del año 2000, aunque también revela inconsistencias entre los servicios nacionales de salud y los servicios sociales. Un sistema de cuidados de larga duración donde una parte demasiado alta de la población debe vender su patrimonio para poder financiar los cuidados de larga duración resulta política y socialmente inestable y necesita ser remplazado por un sistema más universal, incluso cuando existe una tradición Beveridge de poner bajo prueba de recursos algunos de esos servicios. El riesgo de cuidados de larga duración es un riesgo como el de la salud, que puede afectar al conjunto de la población (de las personas mayores de 90 años, un 50% utiliza el sistema residencial para los cuidados personales) por lo que se necesitan sistemas de seguridad social universales.

En los países mediterráneos ha habido menos debate sobre la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración, quizás porque hay más arraigo de la familia (cuidados ofrecidos en el seno de la familia y por la familia) o porque esos países se centran más en la disciplina presupuestaria. Pero la presión a favor de un seguro de cuidados de larga duración también existe en la actualidad. Aunque está orientado hacia un sistema de estado de bienestar basado en la familia, aquellos que se lo pueden permitir se sirven de cuidados profesionales. En algunos países, incluso se señala la existencia de una creciente economía sumergida de trabajo no declarado en el sector de los cuidados personales prestaciones sociales. El interés que hemos observado a partir de mediados de los años noventa con los 'planes gerontológicos' culminará a mediados de esta década con la creación del sistema español de cuidados de larga duración (ver G. Rodríguez Cabrero, 2006).

En los países nórdicos, no está en la agenda porque los estados de bienestar están altamente desarrollados, incluso son objeto de debate para su contención. En muchos de esos países, ha surgido la política de la desintitucionalización, aunque a veces también vemos una reducción sustancial de la asistencia comunitaria (por ejemplo en Suecia, OCDE, 2005, p. 41).

Para más información sobre los cuidados de larga duración en los estados miembros de la UE25, ver Pacolet, ed., 2006.

Resulta más instructivo distinguir las características comunes de la protección social de personas mayores en Europa que el resaltar las tipologías y diferencias entre estados miembros. Hay similitudes en un gran número de áreas a pesar del hecho de que la protección social se ve determinada por el contexto de la subsidiariedad y tienen raíces nacionales históricas. A veces, la dirección de nuevas soluciones emana del sistema nacional ya existente, al igual que otros que alcanzan soluciones emanadas de otros estados miembros, llegando así a la convergencia. Por ejemplo, los sistemas basados en la provisión de prestaciones por el estado pueden requerir de la intervención del sector privado y de sistemas de financiación relacionados con los ingresos por pensiones. Pero la convergencia o la similitud de sistemas no significa la equiparación de los niveles de protección social. Esto queda pendiente de aclarar en función del nivel de gasto público en cuidados de larga duración en la UE y los países de la OCDE. Nuestro anterior estudio (Pacolet, Bouten, Versieck, Lanoye, 2000) revela cómo las personas con grados similares de dependencia e ingresos disfrutaban de niveles diferentes de protección social.

Las diferencias permanecen en los aspectos organizativos de la protección social (estados de bienestar con orientación Bismarck o Beveridge, grado mayor o menor de prestaciones del estado) pero el aspecto fundamental es la cantidad total de servicios formales disponibles. Aunque el punto central de este estudio comparativo es ofrecer una visión global de esta disponibilidad, las cifras deben ser consideradas con cuidado. Dada esta advertencia, los niveles de asistencia residencial difieren en una escala del 1 al 5 para el grupo más alto y menos alto y entre 1 y 3 en el caso de cuidados comunitarios. El rango para diferencias de gasto es todavía mayor. Los países nórdicos y los mediterráneos están situados en los extremos más altos y más bajos de esta escala.

Un aspecto de la convergencia es que, ya a mediados de los años noventa, había una tendencia a pasar de la prestación de servicios a la prestación monetaria. La OCDE (y EEUU) han confirmado su interés por la orientación hacia la elección por parte del consumidor en los CLD (Wiener, e.a., 2003; Lundsgaard, 2005; OCDE, 2005). Pero a pesar de este discurso, de hecho, a parte de las pensiones, la prestación de servicios es la parte principal de la protección social de personas mayores. Los niveles y tipos de servicios formales difieren, pero para casi todos los países, se menciona una larga lista de servicios. Casi todos los estados miembros también hacen referencia al pago por los cuidados o prestaciones similares. Los subsidios para el alquiler son bastante comunes.

La tendencia gira en torno a la sustitución de los cuidados formales por los informales, pero en muchos países hay límites a esta sustitución. En Bélgica por ejemplo, observamos que en términos de horas, los cuidados informales son cinco veces más importantes que los cuidados formales. Muchos países han introducido algún tipo de pago por los cuidados, a veces a modo de subsidio pagado a la persona asistida, o en ocasiones pagada al cuidador informal.

La expansión cuantitativa de las prestaciones básicas tocó a su fin a causa de la austeridad presupuestaria. Esto está en contradicción con las nuevas necesidades demográficas. Una solución posible sería la diversificación y la diferenciación dentro de los sistemas más maduros. Por ejemplo, los cuidados en una residencia asistida son más baratos que los cuidados en un hospital; la provisión de vivienda protegida es más barata que la asistencia en una residencia asistida dependiendo de cómo uno vea el tema de la dependencia; los cuidados informales pagados son más baratos que los cuidados formales. Sin embargo, existen límites en la contribución de la diversificación de los recursos a la contención de costes; las viviendas protegidas necesitan más servicios, existe una convergencia creciente entre los servicios en pisos, las residencias de la tercera edad y las residencias de cuidados asistidos que, eventualmente, acaban teniendo las mismas necesidades para los mismos grupos de personas mayores. La próxima década será un periodo de expansión cuantitativa: la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración se ha convertido en una característica común en muchos estados miembros de la UE. Pero es todavía más evidente que una mayor expansión cuantitativa de los servicios está menos determinada por aspectos demográficos y más por la presión de los costes, que dependen a su vez del crecimiento económico general, o incluso pueden sobrepasar los costes debido a las presiones de costes adicionales y las expectativas de la población.

El desarrollo pasado y futuro de los cuidados de larga duración tendrá lugar en el contexto del desarrollo general del estado de bienestar en Europa. Los resultados de nuestro proyecto longitudinal sobre la situación del estado de bienestar en la UE recogieron importantes líneas comunes de interés político. Cada vez parece más claro que el sistema de seguridad social de cada país necesita un desarrollo diferente, por lo que pueden observarse diferentes tendencias a nivel europeo (centralización vs. descentralización, expansión vs. contracción). Este desarrollo depende de factores autónomos tales como las condiciones económicas, demográficas, el punto de partida así como aspectos institucionales. Sin embargo, concluimos que una integración económica europea no alteraría esos determinantes específicos. Pero facilitaría los “cambios de régimen” y la difusión de nuevas políticas. El debate europeo facilita también la difusión de cambios estructurales a lo largo de ciertas líneas como, por ejemplo, las prestaciones ocupacionales, la privatización o una mayor competitividad. Esta armonización “blanda” y la convergencia toman

quizás más tiempo, así que sus efectos podrán observarse después de un periodo más largo, aunque los efectos pueden ser igual de esenciales. La contracción del gasto social no tuvo lugar en los países de la eurozona desde el momento en que se produjo una consolidación fiscal con un incremento de los impuestos. Después de instaurar la moneda única, se interpretó el Pacto por la estabilidad muy ampliamente. Desde entonces, las reducciones en los impuestos, o bien se están dando ya o bien se han anunciado. Podrían también imponerse por una competitividad adicional en el mercado interno o en el mercado global. La presión por la contención de costes persistirá. Pero también hay claros ejemplos que indican lo contrario. El más evidente es la expansión del gasto sanitario y de cuidados de larga duración. Esperamos que el seguimiento mutuo de las políticas sanitarias y de cuidados de larga duración, tal y como se acordó en el Método Abierto de Coordinación (MAC) y el compromiso europeo de estándares de calidad en materia sanitaria y cuidados de larga duración estimulen la expansión. La actualización inmediata del sistema sanitario es probablemente todavía más cara en muchos países que las futuras demandas debido al envejecimiento de la población. La creación de un nuevo seguro de cuidados de larga duración (ver cuadro 5) es una garantía para emprender dichas medidas.

Tabla 5 Nuevas y recientes iniciativas para un seguro específico de cuidados a largo plazo en Europa

1/7/1993	Austria	Pflegegeld
1/1/1995	Alemania	Pflegeversicherung
19/6/1998	Luxemburgo	Creación de un seguro de CLD
2001	Flandes (Belgium)	Zorgverzekering (I seguro de CLD para subsidios en líquido en el hogar o en una residencia)
1/7/2004	Francia	Mejora del ‘Subsidio Personalizado de Autonomía’
2006-2007	España	El sistema nacional de dependencia

En los estados de bienestar de la UE-15 con orientación Beveridge, el seguro de cuidados de larga duración está enmarcado en los sistemas existentes de servicios sociales personales, mientras que en los estados de bienestar con orientación Bismarck ha habido una estrategia para crear nuevos y específicos sistemas de seguros, aunque Bélgica integró el riesgo en gran parte en el sistema sanitario. Este desarrollo integrado tiene sus ventajas. En muchos países, la falta de integración y coordinación tanto en la financiación como la organización es significativa (Casey, e.a., 2003). Especialmente en situaciones límite, y son frecuentes ya que los cuidados de larga duración se encuentran tan cerca de la sanidad, las diferencias en los tratamientos, la financiación o la elegibilidad pueden ser problemáticas. Esto se confirma por un estudio recientemente publicado en Inglaterra por Wanless (Wanless, 2006). Allí, se constata una situación extrema ya que existe una diferen-

te percepción entre el sistema sanitario que es de acceso libre y la exigencia de falta de recursos para acceder a los CLD. Esto es cada vez más problemático y menos comprendido por la población donde los grupos de riesgo de renta media deben afrontar la infraprotección así como costes demasiado altos y el riesgo de mermar su patrimonio. La solución propuesta pasa por un sistema más armónico de seguro social menos sometido a la prueba de recursos. Problemas similares se han producido en el seguro de cuidados de larga duración en Alemania.

Estos problemas pueden evitarse cuando los principios del seguro de cuidados de larga duración son parecidos a los de la seguridad social, cosa que defendemos en nuestro estudio comparativo de la UE abogando por unos CLD cercanos o incluidos en la seguridad social organizada en base a los mismos principios. (Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000).

Pero tan importantes son los cambios institucionales como la cantidad y estructura de gasto para los cuidados de larga duración en los sistemas existentes de protección social. En muchos países, esos gastos están sometidos a debate, al igual que la viabilidad y alcance de los sistemas creados recientemente. La conclusión de nuestros informes sobre la situación del estado de bienestar es que el estado de bienestar debe ser receptivo a las necesidades cada vez mayores de cuidado de las personas mayores, así como las nuevas necesidades de cuidados de niños e instrumentos para conciliar la vida laboral y la vida familiar. Sin embargo, la cantidad de necesidades por cubrir sigue sin estar clara, no siempre debido a la falta de financiación pública, sino también a veces debido a la capacidad de gestión para afrontar el fenómeno por parte de las organizaciones que operan en el sector. Pero la mayoría de las veces, dichas necesidades son causadas por una escasez de recursos y la conclusión de nuestro estudio comparativo previo sigue siendo válida: el progreso social y la mejora de las prestaciones son posibles cuando hay financiación adicional ('Dinero nuevo', Pacolet e.a. 2000,). Esta necesidad inmediata de recursos adicionales parece ser todavía mayor que las futuras necesidades previstas debidas a los efectos demográficos⁴.

La conclusión principal de nuestro estudio comparativo internacional parece que se confirma: 'aunque el coste de los cuidados de larga duración es enorme para las personas mayores que tienen que pagarlo ellas mismas, el seguro de cuidados de larga duración, cuando existe, parece ser asequible a nivel macro' (Pacolet, e.a., 2000, p. 15). Es prometedor para el progreso económico, social y humano en este campo.

12. CONCLUSIONES

Existe una gran receptividad de los estados de bienestar europeo con respecto a los riesgos del envejecimiento ya que para esto fueron diseñados. Pero, según la información fiable de la que disponemos, también hay una gran diferencia en los niveles de protección social del riesgo. La mera existencia de un seguro específico de cuidados de larga duración no altera este hecho. Parece estar relacionado con el estadio de desarrollo del estado de bienestar. Sin embargo, cabe esperar una senda de crecimiento común. Hay evidencias cada vez más claras de que, aunque muy elevados para el individuo, el coste total de los cuidados de larga duración para la sociedad actual y para la futura, será asequible. Esta observación es prometedora y alentadora de un futuro progreso económico y social. "Podemos permitirnos envejecer" ⁵. Los sistemas de protección social están en una fase de transición. Despacio, pero con paso firme, están caminando hacia sistemas pilariados, o incluso privatizados. Probablemente será inevitable. Pero esto no se contradice con el razonamiento de un primer pilar de calidad. La sostenibilidad de esos sistemas de protección social de 'primer pilar' deberían emanar de este artículo. De lo contrario, nos encontraríamos ante la "privatización por defecto".

⁴ Un buen ejemplo es cómo el nuevo escenario del artículo de Wanless para la Revista Social Care de Inglaterra (2006), p. xxvii) ilustra que las necesidades adicionales para actualizar en 2002 las prestaciones sociales apuntando a un 'nivel más alto (razonable) de atención y seguridad personal y una sensación mayor de bienestar' aumentaría el gasto actual de un día para otro de un 1.1% del PIB al 1.4% con un aumento todavía mayor hasta 2026 (sobre todo por razones demográficas) de un 2%. Así que los próximos 25 años requerirían un 0.6% más del PIB mientras que las necesidades inmediatas para mejorar las prestaciones sociales necesitaría de un 0.3%.

⁵ Una respuesta positiva al libro de Disney, 2006.

BIBLIOGRAFÍA

Activities of the European Union. *Summaries of legislation. Employment and Social Policy, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Directorate-General of the European Commission*, <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/s02300.htm>.

Baumol W.J. (1993), 'Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice', *Public Choice*, vol. 77, p. 17-28.

Casey B.H. (2003), *Coordinating Coordination: Beyond Streamlining*, VDR/BMGS/MPI Follow-up Conference on the open method of coordination in the fields of pensions in the European Union - Quo Vadis?, Berlin.

Casey B., Oxley H., Whitehouse E., Antolin P., Duval R. & Leibfritz W. (20 november 2003), *Policies for an ageing society: Recent measures and areas for further reform*, Economics department working papers, vol. no. 369, OECD/OCDE.

Czarnitzki D., Fier A., Heneric O., Hussinger K., Licht G., Müller E. & Sofka W. (2004), *European competitiveness report 2004, Competitiveness and benchmarking*, European Commission, Mannheim.

Casey B. & Yamada A. (2002), *Getting Older, getting Poorer? A Study of Earnings, Assets and Living Arrangements of Older People in Nine Countries*, Labour Market and Social Policy. Occasional Papers, vol. 60, OECD, Paris.

Costello D. & Bains M. (2001), *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, EPC/ECFIN/, vol. 655/01-EN final, Economic Policy Committee, Brussels.

Commission of the European Communities (2003), *Streamlining open coordination in the field of social protection, Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*, nr. Strengthening the social dimension of the Lisbon strategy, Brussels.

Commission of the European Communities (2005), *The community Lisbon programme, Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. Common actions for growth and employment*, Brussels.

Disney R. (1996), *Can we afford to grow older?*, MIT Press, Massachusetts.

Economic Policy Committee (2005), "Increasing growth and employment", Annual report on structural reforms 2005, vol. N° 12, European Commission, Brussels.
The European Convention (2003), *Text forwarded by Ms Anne Van Lancker and other members of Convention working group on "Social Europe"*, Conv, vol. 780/03, <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/03/cv00/cv00780en03.pdf>.

Bonde J-P (2005), *The proposed EU constitution. The reader-friendly edition*, www.EUabc.com/European Parliament, Brussels.

Commission européenne (2004), *La situation sociale dans l'Union européenne 2004*. Vue d'ensemble, nr. Europe: état et avenir de la protection sociale, Commission européenne, Bruxelles.

European Commission (2005), *The social agenda 2005-2010. A social Europe in the global economy. Jobs and opportunities for all*, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities of the European Commission, Brussels.

The European Convention (2003), *A revised version of the final report of the "Social Europe" Working Group*, Conv, vol. 516/1/03, The European Convention - The secretariat, <http://gandalf.aksis.uib.no/~brit/EXPORT-EU-Constitution/Export-Documents-CONV/CONV-516-03-02-04-R1-EN/SummaryofConclusions.html>.

Huber M., Hennessy P., Izumi J., Kim W. & Lunsgaard J. (2005), *Long-term care for older people*, OECD Publications, Paris.

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.v. (28 - 29 June 2004), Social services of general interest in the EU. *Assessing their specificities, potential and needs*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Social Platform/Observatory for the Development of Social Services in Europe, Brussels.

Lundsgaard J. (11 May 2005), *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability*, OECD Health working papers, vol. no. 20, OECD/OCDE, Paris.

Natali D. (2004), *The hybridisation of pension systems within the enlarged EU. Recent reforms in old and new members*, Belgisch tijdschrift voor sociale zekerheid, vol. 46, nr. 2, p. 349-373.

Natali D. (2004), *La MOC Pensions: un résumé historique*, Service public fédéral sécurité sociale, Brussels.

OECD (2005), *Long-term care for older people*, OECD, 137 p.

OECD (2006), *Projecting OECD health and Long-term care expenditures: what are the main drivers?*, Economics Department Working Papers no. 477, OECD,

OECD (2005), *Ensuring quality long-term care for older people*, Policy Brief, vol. march 2005, OECD, <http://www.oecd.org/publications/policybriefs>.

Österle A. (1996), *Payments for care and equity*, ERI Occasional Paper, vol. No 3, European Research Institute.

Pacolet J.i.s.m. I. Van De Putte (ed.) (13 maart 1998), *Debate on Systems of Social Security in the European Countries*, in EUCDW (ed.), *Debate on Systems of Social Security in the European Countries*, Strasbourg, European Parliament.

Pacolet J (ed.) (16 oktober 2002), 'Stabilising Solidarily Financed Social Security Systems. How Is Social Progress Possible?', in EUCDW (ed.), *Financing of Social Security Systems in the EU*, Oeiras, Lissabon, Motel ContinentalKok W. (2004), *Facing the challenge. The Lisbon strategy for growth and employment*, European Commission, Brussels.

Pacolet J. (2003), *The state of the welfare state anno 1992 and five year later*, HIVA-K.U.LEUVEN - K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet J. & Debrabander K. (1997), 'The State of the Welfare State in Belgium - Anno 1992', in Pacolet J. en Versieck K. (eds.), *The State of Welfare State Anno 1992. Volume 2: The Member States - EU 12 B, D, DK, E, F, G, I. Working Documents (1995)*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, p. 34.

Pacolet J. & Marchal A. (2003), 'Undeclared work: a threat to the welfare state, proceedings of a Belgian-European colloquium', *Belgian Review on Social Security*.
Pacolet J. & Versieck K. (1997), *The State of the Welfare State Anno 1992. Volume 1: Comparative Report*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet J. & Versieck K. (1997), *The State of the Welfare State Anno 1992. Volume 2: Report on the Member States, EU 12 B, D, DK, E, F, G, I*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven .

Pacolet J. & Versieck K. (1997), *The State of the Welfare State Anno 1992. Volume 3: Report on the Member States, EU 12 IRL, L, NL, P, UK; EU 15 A, FIN, SWE*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet J. & Versieck K. (1997), 'The State of Welfare Anno 1992. First Conclusions of the Comparative Study', in Pacolet J. en Versieck K. (eds.), *The State of Welfare State Anno 1992. Volume 1: Comparative Study. Working Documents (1995)*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, p. 43.

Pacolet J. & Versieck K. (1995), *The State of the Welfare State Anno 1992. First Conclusions of the Comparative Study*, Paper to be presented at the CEPS Workshop Business and the Welfare State, Brussels, September 22 1995, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet J. ed. (2006), 'The State of the Welfare State Anno 1992. Ten Years Later with Ten New Member States', Leuven, HIVA, to be published.

Pacolet J. ed. (2006), 'The State of the Welfare State Anno 1992. Ten Years Later with Ten New Member States', Brussels, Belgian Review of Social Security, to be published.

Pacolet J. & Versieck K. (1998), 'The State of the Welfare State Anno 1992', in Paraskevopoulos C.C. (ed.), *Global Trading Arrangements in Transition*, Edward Elgar, Northampton.

Pacolet J., Bouten R. Lanoye H. & Versieck K. (2000), *Social Protection for Dependency in Old Age. A Study of the Member States and Norway*, Ashgate, Aldershot, xviii + 337 p.

Pacolet J. & Wilderom C. (Eds.)(1991), *The Economics of Care of the Elderly*, Avebury, Londen, p. 109-127.

Pacolet J., Deliège. D., Artoisenet C., Cattaert G., Coudron V., Leroy X., Peetermans A. en Swine C. (2005), *Vieillessement, aide et soins de santé, Rapport de synthèse.*, FOD Sociale Zekerheid, Brussel

Economic Commission for Europe (2002). *Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing*. UNECE Ministerial Conference on Ageing, Berlin (Germany), 11-13 september 2002.

Economic Policy Committee, *Report European Economy*. European Commission Directorate-General For Economic and Financial Affairs (2006). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). Special Report n°1/2006.

Rodriguez Cabrero, G. , The welfare State in Spain between 1998 and 2003, in J. Pacolet, ed., The state of the welfare state anno 1992 and ten years later with ten new member states, Leuven, 2006, to be published.

Sapir A. (2003), An agenda for a growing Europe. Making the EU Economic System Deliver, E.C.

Wanless D. (2006), *Securing Good Care for Older People. Taking a long-term view*, Wanless social care review, King's fund, London.

Wiener J.M., Tilly J. & Cuellar A.E. (2003), *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany*, Public Policy Institute, Washington.

Juan Manuel Suárez del Toro Rivero
Presidente
Cruz Roja Española

EL IMPACTO DEL TERCER SECTOR EN EL SISTEMA NACIONAL
DE DEPENDENCIA Y SU PAPEL EN ÉL

Cruz Roja Española ha seguido con gran atención e interés el debate y las iniciativas sobre el proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia – en adelante Ley de Dependencia - aprobado por el Consejo de Ministros el día 21 de abril de 2006, que se basa en las conclusiones y recomendaciones del Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, presentado en diciembre de 2004.

Nuestra institución valora muy positivamente ésta iniciativa legislativa, que supone una importante mejora del sistema de protección social en España, y que va dirigida a atender las necesidades de las personas dependientes que requieran asistencia o cuidados para realizar actividades de la vida cotidiana, para permitirles ejercer sus derechos de ciudadanía, así como a ofrecer un soporte a quienes les cuidan.

Consideramos muy justificada y oportuna la aprobación de una ley que reconozca el derecho de las personas dependientes y de sus familias a una vida digna, mediante un catálogo de prestaciones que les permita desarrollar una vida plena, superando algunas de las dificultades que ahora enfrentan.

La Ley tendrá un impacto muy importante. De acuerdo con los datos aportados por el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales en su comparecencia parlamentaria, se

estima que a la entrada en vigor de la Ley, en el año 2007, los beneficiarios ascenderán a 1.125.000 personas, superando el número de 1.400.000 beneficiarios en el 2015, cuando el sistema esté plenamente implantado. La mayoría de ellos, casi tres cuartas partes, serán personas mayores de 65 años.

Hasta la fecha el peso de la dependencia ha gravitado primordialmente sobre las familias, especialmente en las mujeres. También un gran número de personas dependientes y de cuidadores familiares viene recibiendo atención y servicios prestados por organizaciones del Tercer Sector Social, con la contribución económica de distintas Administraciones públicas.

Por citar un caso concreto, durante el pasado año 2005 Cruz Roja Española atendió a 333.232 personas mayores de 65 años, y a 38.921 personas con discapacidad, muchas de las cuales podrán acogerse y beneficiarse del catálogo de servicios que prevé la nueva Ley.

Desde el momento en que se difundió el Anteproyecto de la Ley se han pronunciado sobre su contenido numerosos órganos y colectivos, para señalar las ventajas e inconvenientes del texto, con la intención de contribuir a su mejora con aportaciones desde diferentes perspectivas.

Las organizaciones del Tercer Sector Social también han manifestado su opinión y sus preocupaciones, contribuyendo al debate con numerosas aportaciones, algunas de las cuales ya fueron incorporadas al proyecto de Ley ahora en tramitación parlamentaria.

Desde nuestro punto de vista, cabría reclamar una mayor atención a los aspectos del proyecto relativos a la participación de las entidades del Tercer Sector en la atención a las personas dependientes y, en concreto, a los siguientes puntos: Reconocer explícitamente el papel y la labor que a lo largo de muchos años han desempeñado las entidades del Tercer Sector en la atención a las personas dependientes y a sus familias.

Posibilitar que las entidades del sector puedan continuar participando en la prestación de servicios a las personas dependientes, garantizando que podrán concurrir, al menos en igualdad de oportunidades con otras entidades del sector lucrativo, a los concursos que se convoquen para la prestación del servicio.

Permitir que las entidades del sector puedan seguir participando en la formación y cualificación de los profesionales y cuidadores. De la lectura del artículo 36º del proyecto parece que quedarían excluidas, al mencionarse expresamente a las universidades, sociedades científicas y organizaciones sociales y profesionales.

Favorecer la participación de las entidades del Tercer Sector en los órganos consultivos, en pie de igualdad con otros actores sociales.

Conviene recordar que, además de prestar servicios de calidad, las entidades del Tercer Sector aportan un conjunto de valores intangibles – la creación de redes sociales, el fomento del voluntariado y de la ciudadanía, la flexibilidad en la prestación de los servicios y la capacidad de innovación, entre otros – que añaden valor a su participación, y que contribuyen a atenuar el riesgo de exclusión social de los sectores vulnerables con los que trabajan. Por ello, la participación de las entidades del Tercer Sector, entre otros actores, en las políticas de protección social es un elemento destacado en la Estrategia de Lisboa.

Confiamos que a lo largo del trámite parlamentario gran parte de nuestras propuestas puedan ser incorporadas a la Ley de Dependencia.

La Ley de Dependencia marcará un hito histórico en la protección social en España, y las entidades del Tercer Sector quieren seguir participando en la atención a las personas dependientes y a sus familias, aportando sus valores, conocimientos y experiencia, como han venido haciéndolo hasta el presente.

José Ramón Solanillas Vilá
Secretario General de Lares

IMPACTO DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA
EN EL DEVENIR DEL TERCER SECTOR

La Federación Española de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores del Sector Solidario, LARES, que cuenta en la actualidad con más de 600 centros asociados en toda España y que sigue creciendo día a día, -en números, los centros de LARES atienden a unos 37.500 residentes y, entre trabajadores y voluntarios, cuenta con más de 16.000 cuidadores- valora positivamente la iniciativa del Gobierno para afrontar la cobertura de las necesidades de las personas dependientes, plasmada en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Nos parece una gran noticia el que los poderes públicos afronten, por fin, de una forma decidida, la atención a las personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, necesitan apoyos para poder ejercer sus derechos de ciudadanía, acceder a los bienes sociales y desarrollar las actividades más esenciales de la vida diaria.

Junto a esta valoración positiva global, debemos destacar también que son varias las preocupaciones que ha suscitado en nosotros el redactado del proyecto de ley. Somos conscientes de que se trata de un texto que ha de ser sometido a un intenso debate y negociación, en el que sin duda se irán concretando y redefiniendo muchos de sus aspectos, pero creemos que las soluciones que en el proyecto se aportan deben mejorar para estar a la altura del reto que se pretende enfrentar, si no se corre el riesgo de que la finalidad perseguida quede desvirtuada o incluso frustrada, como ha apuntado en su reciente dictamen el Consejo de Estado.

Para LARES, el objetivo central de la futura ley debe ser garantizar la promoción de la autonomía personal y la atención de las situaciones de dependencia como un derecho subjetivo, universal e igual para todas las personas que residan en España, con un contenido básico común para todo el Estado, exigible ante los tribunales y con suficiente garantía de financiación. Nuestra preocupación deriva, fundamentalmente, de la orientación que se ofrezca en aquellos aspectos que son claves para el logro de ese objetivo, como la determinación del contenido prestacional de los derechos subjetivos que la futura ley garantizará en materia de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia, las fórmulas de financiación y el establecimiento del derecho de recurso ante las instancias jurisdiccionales, los cuales no han quedado adecuadamente resueltos en el proyecto. La concreción de las prestaciones y servicios garantizados por la Administración General del Estado de los que se deberá disponer en todas las Comunidades Autónomas en función del número de personas dependientes en cada una de ellas y de su grado y nivel de dependencia, que es esencial para la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, se difiere al desarrollo reglamentario de la ley.

Son también muchas y muy importantes las cuestiones cuya determinación se remite a acuerdos del Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia, como la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas y los criterios de copago de los beneficiarios. Todo ello, unido al escenario de puesta en marcha gradual del Sistema Nacional de Dependencia que el propio proyecto establece, y al hecho de que el instrumento principal para la implementación del Sistema sean unos convenios entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas cuyo contenido puede verse condicionado por diversas contingencias, contribuye a consolidar la sensación de inconcreción, indefinición e inseguridad que nos ha suscitado la lectura del proyecto. Sin ánimo de resultar exhaustivos, LARES quiere aportar su valoración y sus posiciones respecto de determinados aspectos del anteproyecto, consciente de que es necesario enriquecer el debate abierto con las perspectivas de todos los actores implicados.

POR UNA AUTÉNTICA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

A pesar de su título, el proyecto no aborda de forma comprensiva los múltiples aspectos que sería necesario contemplar para lograr una auténtica promoción de la autonomía personal de las personas dependientes. Aunque incluye unos servicios de prevención de la dependencia, que encuadra dentro del catálogo de servicios del Sistema Nacional de Dependencia, no los enumera ni define, más allá de declarar su finalidad y remitiendo a un futuro Plan de Prevención de las situaciones

de Dependencia, que será elaborado por el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia.

Los servicios de atención y cuidado (y las prestaciones económicas que los sustituyen) deben ser considerados no sólo como servicios dirigidos a garantizar la atención de las necesidades de la vida diaria de las personas dependientes, sino también como servicios dirigidos a promover y mantener la autonomía, dimensión a la que sólo se alude de forma expresa al definir los servicios de centro de día y de noche (artículo 24), pero no al definir los servicios de ayuda a domicilio (artículo 23) o de atención en centro residencial (artículo 25). Es muy importante que se garantice un adecuado enfoque de la intervención, resaltando su dimensión preventiva, habilitadora y rehabilitadora junto a la de atención asistencial y cuidado personal, y que esta garantía se extienda a los servicios cuya contratación se realice con cargo a la prestación económica vinculada al servicio, establecida en el artículo 17, y a los cuidados en el medio familiar amparados por la prestación económica establecida en el artículo 18, para lo cual habrá que afrontar un ambicioso plan de oferta de programas de rehabilitación y de formación de los cuidadores no profesionales.

CONSIDERACIONES SOBRE EL CATÁLOGO DE SERVICIOS

En la configuración del catálogo de servicios se echan de menos planteamientos más flexibles, polivalentes, integradores, innovadores y comunitarios. Se contemplan una serie de servicios sociales, que son fundamentales en la atención a la dependencia, pero no se incluyen servicios de carácter sanitario y sociosanitario, que también son muy importantes. Tampoco se dedica suficiente atención a la función que han de jugar los servicios de atención primaria de los servicios sociales, ni a la necesaria articulación de los servicios sociales y sanitarios en el nivel local. A lo largo del proyecto se ignora o se elude el papel que debe cumplir el Sistema Nacional de Salud en la atención de la dependencia, y tan sólo hay un par de referencias, muy genéricas, a la coordinación sociosanitaria, una en la enumeración de los principios inspiradores de la ley y otra en el artículo 11 en el que se confía el establecimiento de los procedimientos para dicha coordinación a las Comunidades Autónomas.

Se pierde una oportunidad preciosa para dotar de contenido a la prestación socio-sanitaria, reconocida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, promoviendo el desarrollo de las prestaciones de atención sociosanitaria en el ámbito estrictamente sanitario (cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable) y de otras prestaciones sanitarias de especial importancia para las personas dependientes, como la hospitalización a domicilio. Tampoco se definen servi-

cios como los centros sociosanitarios de alta especialización, tan necesarios para atender situaciones de crisis que no pueden ser adecuadamente resueltas por las residencias para personas dependientes, tal y como están actualmente configuradas. Y no se aprovecha la ocasión para resolver ineficiencias en la asignación de recursos, como, por ejemplo, estableciendo con claridad que el sistema de salud debe asumir el coste de los servicios sanitarios que se prestan en los centros dependientes del sistema de servicios sociales.

SUFICIENCIA FINANCIERA

En relación con la suficiencia financiera, creemos que el proyecto no la resuelve bien, ni en su nivel macro ni en su nivel micro.

Según el proyecto, la financiación del Sistema será la que se determine en los Presupuestos de las Administraciones Públicas competentes. En nuestra opinión, debería hacerse una referencia clara al carácter ampliable que han de tener los créditos asignados a la cobertura de unas prestaciones que son de derecho, y que no pueden depender de Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas, según las disponibilidades presupuestarias de cada momento.

En relación con la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, regulada en el artículo 33, es necesario que se definan con claridad los términos en que se producirá esta participación y la cuantía de la misma, en función de la capacidad económica personal y del grado y nivel de dependencia y teniendo en cuenta los diferentes tipos de servicio y su coste. El copago, por otra parte, no tiene por qué extenderse a todas las prestaciones, pues mientras en las prestaciones de soporte, como la alimentación o el alojamiento, el copago parece razonable, las prestaciones de acompañamiento, intervención o cuidados deberían ser gratuitas. La consideración de la capacidad económica del beneficiario debe hacerse de forma que no se penalice a aquellas personas o familias que han sido previsoras.

LA PARTICIPACIÓN DEL TERCER SECTOR

El anteproyecto no establece el marco de cooperación y concertación con las entidades de iniciativa social o del Tercer Sector, ni tampoco con las de iniciativa de carácter mercantil, en un sistema que es de responsabilidad pública y en el que se requiere calidad en el servicio y calidad en el empleo. Se pierde así la oportunidad de resolver el problema fundamental de la financiación pública de los servicios de atención a la dependencia, que está en los precios a los que las diferentes Comunidades Autónomas están pagando los conciertos.

Por otra parte, creemos que el anteproyecto no reconoce adecuadamente el importante papel que el Tercer Sector ha venido jugando, juega y jugará en la atención de las necesidades de las personas dependientes. Aunque se hacen referencias al mismo en el artículo 16, dedicado a la red de servicios del Sistema Nacional de Dependencia (en el epígrafe 2: “Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector.”, y en el epígrafe 4: “los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia a través de la participación de las organizaciones de voluntarios”), el sector sin ánimo de lucro no está presente en el consejo consultivo (integrado por Administraciones Públicas, organizaciones sindicales y organizaciones empresariales) ni se prevé, respecto del Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social, la participación como órgano consultivo de la Administración General del Estado con funciones de información, asesoramiento y formulación de propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema, de forma paralela a como se regula, en el artículo 41, la participación de las organizaciones de personas mayores y personas con discapacidad.

El Tercer Sector representa aproximadamente un tercio de los centros y servicios para personas en situación de dependencia actualmente disponibles, y tradicionalmente viene atendiendo a las personas caracterizadas por su especial vulnerabilidad y su situación socioeconómica precaria, descargando a los servicios sociales dependientes de las administraciones públicas de una importante presión de demanda.

Por último, y a modo de conclusión, para LARES la defensa de los derechos de las personas mayores exige que se cuente con ellos en todo momento, de modo que no se les considere sujetos pasivos, objeto de prestaciones o consumidores de servicios. El eje en el que se vertebra toda ética hacia los mayores, bien sea en el ámbito de la familia, la sociedad o el de los centros y servicios a ellos destinados, es el que **aprecia al mayor como sujeto activo** y tiene presentes sus potencialidades, a pesar de las dificultades que el paso de los años o la enfermedad puedan establecer para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

En ese sentido, consideramos necesario promover una nueva concepción del mayor, unos nuevos principios en las relaciones intergeneracionales, unos nuevos modos de ser y vivir en sociedad. Por ello, LARES ha optado por defender el bienestar y la justicia social de los mayores, bajo la premisa de que hay que situar a la persona humana y a su dignidad, en el punto central de nuestros objetivos.

Luís Cayo Pérez Bueno
*Experto en temas de discapacidad
Vocal del Consejo Nacional de la Discapacidad,
en representación del movimiento asociativo
de personas con discapacidad.*

EL TERCER SECTOR ANTE LA REGULACIÓN DE LA PROMOCIÓN
DE LA AUTINOMÍA PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LAS SITUA-
CIONES DE DEPENDENCIA

Es ya un lugar común afirmar que la regulación legal de la promoción de la autonomía personal y de la atención a las situaciones de dependencia, y la subsiguiente creación e implantación ex novo de un Sistema Nacional en el que se organicen todos los recursos y dispositivos, es la gran cuestión de las políticas sociales a corto y medio plazo. Ante esta gran cuestión, el Tercer Sector social no ha permanecido ni permanece indiferente ni inactivo. Le va mucho en ello, pues de la configuración legal que finalmente se produzca, dependerá la dimensión y el alcance de la participación del Tercer Sector en esta realidad.

En un momento como éste, en el que se encuentra en las Cortes Generales el Proyecto de Ley regulador de esta materia, resulta oportuno indagar acerca del papel y de las expectativas del Tercer Sector en relación con la dependencia. Y desde una doble perspectiva, propia de la doble función que el Tercer Sector está desempeñando en nuestra sociedad. De una parte, la labor de incidencia política, de hasta qué punto el dibujo de la norma legal en ciernes refleja la visión del Tercer Sector social, consecuencia de que éste haya sido, en mayor o menor medida, sujeto político, participante activo, en su elaboración más directa. De otra, más allá de la incidencia política, qué reserva la norma legal y el Sistema que la concrete y

¹ Las consideraciones y apreciaciones contenidas en esta Nota se expresan a título particular de su autor, sin comprometer ni vincular a la Entidad de pertenencia.

materialice al Tercer Sector: un papel protagonista, relevante, modesto o accesorio en una imaginaria escala decreciente.

Respecto de la primera óptica, un juicio apresurado, por el poco tiempo disponible para formularlo, pero creemos que certero, concluiría que el papel del Tercer Sector social no ha sido significativo en exceso. La opción política de Gobierno de la Nación de “acordar” las líneas maestras de la atención a la dependencia, en las que ha abreviado fielmente el Proyecto de Ley, con los agentes sociales tradicionales (organizaciones empresariales y sindicales), a través de las llamadas mesas de diálogo social, con exclusión del Tercer Sector, indica ya que el papel de incidencia política ha sido de escasa cuantía. No por el Tercer Sector, en sí mismo, que ha sido activo en sus estudios, propuestas y planteamientos con vistas a la Ley, sino por la determinación del Gobierno de buscar la alianza germinatriz sólo con una parte de la sociedad articulada, y no precisamente la más cercana o la más conocedora de la realidad social sobre la que la futura norma va a incidir. Se trata de una opción política, que ha situado al Tercer Sector social, en lo que hace al proceso de gestación de la norma, en una situación subalterna. Esto no quiere decir que no haya habido consultas con el Tercer Sector o que parte de sus propuestas y consideraciones finalmente hayan ido, o puedan ir, en el trámite parlamentario a la norma, pero es un hecho que su papel ha sido menor del que le hubiera debido corresponder.

Desde la segunda óptica anunciada, la de la posición del Tercer Sector social en el futuro sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia, las apreciaciones podrían ser múltiples. Pero antes de adentrarnos en algunas de ellas, acaso cabría establecer algún enlace entre el papel desempeñado en la labor de incidencia y la posición final legal resultante. Es de suponer que un papel activo, de mayor protagonismo, en la gestación y definición de los términos políticos de la Ley, hubiera traído como consecuencia –correlativamente– una mejor posición del Tercer Sector en el dibujo final de la norma.

El examen del Proyecto de Ley (a la fecha de redacción de esta nota, mayo de 2006, en pleno proceso de debate parlamentario, capaz por tanto de cambios) no resulta muy alentador respecto del reconocimiento que se le asigna al Tercer Sector. A lo largo del texto, hay varias menciones, pero en general, la relevancia de este entramado social es modesta. No ha sido el Tercer Sector un elemento de especial consideración para el promotor de la Ley, aunque determinadas referencias, en un texto legal tan abierto y precisado de concreciones ulteriores, pueden dar juego en el desarrollo reglamentario.

El Proyecto de Ley incorpora en sus definiciones legales –apartado 6 del artículo 2– una noción de Tercer Sector, que puede considerarse ajustadamente descripti-

va. Asimismo, establece entre los principios de la Ley –letra h) del artículo 3– el de participación de las personas en situación de dependencia y “el de sus entidades”, en los términos establecidos en la propia Ley. Por su parte, en el apartado 2 del artículo 16 del Proyecto de Ley se contiene una previsión que otorga preferencia a los centros y servicios del Tercer Sector, en relación con los privados en general, a la hora de su incorporación a la red de servicios del Sistema Nacional que se crea. Esta es sin duda alguna, la mención al Tercer Sector de mayor calado y de mayor alcance desde una perspectiva de desarrollo reglamentario. Dependerá de cómo se aborde y con qué ambición esta previsión en la fase reglamentaria para determinar finalmente el peso dado al Tercer Sector social en el conjunto del Sistema.

El juicio más negativo que cabe hacer al Proyecto de Ley, desde la óptica del Tercer Sector, es el del nulo papel concedido en lo referente a la participación institucional en el seguimiento del Sistema. Aquí se advierten claramente los agentes que intervinieron en la gestación política que dio pie al Proyecto de Ley, pues resultan ellos –sintomática correspondencia– los únicos que tienen presencia en el denominado Comité Consultivo del Sistema (artículo 39), “órgano asesor... mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema.” En este órgano no tiene cabida el Tercer Sector, quedando reducida la presencia a las Administraciones Públicas y a los agentes sociales tradicionales. Sin ninguna justificación, se escamotea la presencia del Tercer Sector, que no alcanza el rango suficiente para ser considerado integrante de la participación social. Es éste un aspecto muy censurable del Proyecto de Ley, que es de esperar se subsane en el trámite parlamentario, admitiendo a este tipo de órganos a todas las expresiones de la sociedad articulada, lo cual incluye, con toda evidencia, el Tercer Sector social.

Pero más allá de cómo quede el dibujo legal, no es menos cierto que el Tercer Sector tendrá un papel decisivo en el éxito del Sistema Nacional de Dependencia. A despecho de lo cicatero del Proyecto –que acaso se vea alterado, a mejor, en el trámite parlamentario–, resulta evidente que las Administraciones Públicas y la ciudadanía destinataria de la Ley y el Sistema Nacional necesitarán de la capacidad, de la experiencia, del dinamismo y de la versatilidad del Tercer Sector social para orientar y gestionar un Sistema que por recursos, plazos, demanda previsible y respuesta a esa demanda, excede, con mucho, de las capacidades y de las pericias de lo estrictamente público y de lo estrictamente privado. Aunque sea entrando por la puerta de servicio, el Tercer Sector está llamado a tener un papel esencial en la casa principal del Sistema. Sólo es cuestión de estar preparados.

Francisco J. Leturia
*Director Técnico Servicios Sociales de MATIA Fundazioa y
Gestión de Conocimiento de INGEMA*

EL IMPACTO DE LA LEY DE AUTONOMÍA PERSONAL EN EL TERCER SECTOR

El importante incremento del colectivo de las personas mayores (44% desde 1950 a 2020), principal cambio sociodemográfico en la actualidad, con una cada vez mayor esperanza de vida (en 1980, 72,5 años en varones y 78,61 en mujeres; en 2002, 76,6 y 83,36 y en 2020 de 79,8-86,04) esta provocando un rápido aumento de las situaciones de dependencia, esto es, situaciones en las que la persona necesita de ayuda de una tercera persona para desenvolverse en la vida diaria, y por tanto de necesidades de apoyo social.

Sin embargo, esto ocurre en paralelo a los cambios en los patrones familiares y culturales con la incorporación de la mujer al mercado laboral, el cambio en los patrones familiares con un claro dominio de la familia nuclear frente a la familia extensa de hace unos años y la tendencia clara y progresiva a la disminución del apoyo social natural o informal. La intersección entre ambas tendencias está provocando una necesidad de replanteamiento de las políticas sociales de los países de la Unión Europea desde la década de los 90.

Los países nórdicos y centroeuropeos ya hace unos años que han comenzado a establecer Sistemas de Atención a la Dependencia mientras que los países del sur y mediterráneos recientemente se lo están planteando como en el caso del estado español donde se sigue con sistemas asistencialistas y subsidiarios al sistema sanitario.

En definitiva, estos sistemas pretenden establecer en el marco del denominado Estado de Bienestar sistemas de aseguramiento, financiación, planificación y cobertura de la atención socio sanitaria a esta nueva contingencia que supone la dependencia y necesidad de ayuda.

El desarrollo de este sistema en España que se está gestando en la actualidad exigirá la creación de diferentes recursos y sobre todo el incremento de la cobertura e intensidad en la atención tanto en la comunidad y a domicilio (servicio de ayuda a domicilio, tele asistencia etc.), recursos intermedios (como apartamentos tutelados, centros de día y de noche, etc.) y especializados (como residencias, centros socio sanitarios, etc.), la adecuación de los existentes, así como preparación de diferentes profesionales de atención directa, atención e intervención social y psicosocial y sanitaria especializados en estos campos de la discapacidad y dependencia, (Según estimaciones del Libro Blanco para el 2010 se quiere atender con recursos formales al 71,1% de las personas mayores dependientes en sus distintos grados. El apoyo informal se ocuparía del 28,9%).

Gran parte de los recursos sociales existentes actualmente deberán ser reconvertidos hacia la dependencia y hacia los cuidadores para que puedan seguir ejerciendo esta función, así como en relación a la atención a las personas mayores autónomas hacia la prevención de la discapacidad y dependencia y hacia un envejecimiento exitoso y competente más allá de la mera funcionalidad.

Mientras tanto los centros y servicios, especialmente aquellos del Tercer Sector que son quienes han cubierto una gran parte de la atención a estas necesidades y sus profesionales, se debaten en el dilema de hacer frente y dar respuesta por un lado, al modelo asistencialista anterior (y todavía existente en muchos lugares) de respuesta a la demanda, especialmente en los servicios de base, lo que en muchas ocasiones imposibilita una actuación profesional adecuada por la importante presión que esta demanda ejerce sobre equipos profesionales en ocasiones escasos e insuficientes y en un marco de política social corto placista, y por el otro al importante impulso de la iniciativa privada de carácter mercantil y a la entrada en el sector de diferentes empresas de otros sectores, algunas con carácter permanente y estratégico de diversificación etc., junto a otras de carácter claramente oportunista.

El Tercer Sector como iniciativa social tiene así un carácter estratégico para la política social en este tema no solamente por su extensión, volumen de actividad y necesidades que cubre sino porque cualitativamente tiene también un potencial determinado que ni el sector público como tal con graves problemas de ineficiencia ni el mercado libre pueden liderar ni cubrir.

La Ley de Autonomía Personal y atención a la dependencia además del importante desarrollo de recursos y servicios que permita cubrir desde lo formal la radical disminución del apoyo natural ya mencionada, va a suponer la necesidad de estructurar una mejor relación entre el sistema público, el privado social y el privado mercantil definiéndose claramente el papel a jugar por cada uno tanto en la planificación, aseguramiento, financiación, garantía de calidad, etc., desde lo público como el papel de proveedores del resto.

No obstante, en este papel de provisión se debe considerar el potencial de liderazgo de la iniciativa social tanto en la implantación de modelos de atención socio sanitaria y psicosocial, como en la implantación de un sistema de calidad y mejora continua con carácter estratégico frente a la visión táctica del mercado.

Para el Tercer Sector este es un momento de oportunidad para el que tiene que estar a la altura y por tanto debe prepararse para acometer este reto que le va a exigir mayor profesionalización, cualificación, mejores modelos de gestión que garanticen una mayor orientación a clientes y resultados, mejorar el liderazgo y la planificación y gestión, mejorar la política de alianzas y coordinación y mejorar la gestión por procesos siguiendo el modelo europeo de excelencia.

Para hacer frente al riesgo de quedarse fuera de juego, riesgo muy real, en un momento en el que los intereses económicos, políticos etc., van a jugar un papel importante, frente al grave problema de aislamiento, de autosatisfacción y falta de autocrítica el Tercer Sector, debe plantearse desde la planificación estratégica su papel de complementación al sector público y su liderazgo en la implantación de los modelos de atención y gestión mencionados.

El Tercer Sector debe partir de un análisis realista de sus fortalezas (fundamentalmente su historia, misión y valores muy definidos y de gran penetración social, personas muy motivadas) y sus debilidades (la atomización, no cumplimiento de normativas, falta de actualización, falta de profesionalización, en ocasiones falta de autocrítica), así como de las amenazas (la competencia del sector mercantil) y oportunidades (incremento del mercado, potencial oportunidad de papel social etc.) en el entorno. Deberá redefinir o actualizar su misión, visión y valores haciéndolos presentes en toda su actividad conforme a los tiempos actuales con un enfoque más humanista, más normalizador e integrador, más cohesionador en la comunidad.

La Ley de Dependencia, si realmente se pretende que constituya el cuarto pilar del Estado de Bienestar, va a suponer una recolocación de todos los agentes sociales en todos los aspectos: desde la Administración Pública hasta los sindicatos, desde las empresas hasta las propias personas en situación de dependencia. Esta

recolocación o resituación del Tercer Sector deberá hacer frente también al reto de la rentabilidad social y económica mejorando la eficacia y la eficiencia en sus actividades, que hasta ahora también la ha tenido, pero en ocasiones con desequilibrios importantes.

Uno de los aspectos críticos será la búsqueda de sinergias y coordinación entre sí para lograr un redimensionamiento que le permita “competir” con las grandes empresas en procesos de fusión a nivel de todo el estado. Desde los modelos organizativos distributivos multicentro en redes y la creación de plataformas multiservicio se podrá garantizar un nivel y continuidad de atención realmente competitivos, de calidad excelente y con potencial de liderazgo en el sector.

Otro de los retos a afrontar será, como ya se ha mencionado, la mejora de la calidad de la atención prestada para lo cual será imprescindible un proceso importante y sostenido de aprendizaje organizacional, una mejor gestión de las personas y su calificación, motivación, valoración y cualificación de la función social del cuidado y de los servicios sociales (al igual que ocurrió con la educación y la sanidad). Desde un modelo de atención e intervención psicosocial se debe poner el foco de la atención e intervención en las personas dependientes en el núcleo familiar, a partir de lo que conocemos de los modelos sistémicos y estructuralistas de intervención con familias, sobre el sujeto a partir de los modelos de calidad de vida orientando nuestras actuaciones a mejorar la autodeterminación de las personas (a través de la mejora o mantenimiento de sus competencias vía entrenamiento, ayudas técnicas, servicios personales), su seguridad y sus derechos, y sobre la comunidad (no lo olvidemos) creando estructuras, equipamientos y redes de apoyo social que permitan la mayor competencia de la misma para generar calidad de vida, riqueza, y afrontar sus problemas de la mejor manera.

Para lograrlo los profesionales de este sector y el propio sector necesita de una actualización de los currículos educativos y profesionales, una revisión del papel de los mismos en los equipos profesionales e interdisciplinarios en que se insertan desde un modelo de gestión por competencias que permita consensuar desde las competencias esenciales y genéricas de este ámbito hasta las competencias técnicas y habilidades emocionales y relacionales necesarias para el mejor desempeño de estos puestos.

Un análisis profundo de las necesidades de estos profesionales y de los equipos de atención e intervención con personas dependientes seguramente revelará las necesidades no cubiertas todavía de cada uno de los niveles asistenciales desde los servicios sociales de base, los centros sociales, los servicios de ayuda a domicilio y de atención en la comunidad, así como en los centros más especializados como centros de día, centros residenciales, socio sanitarios y hospitalarios. Se

necesitan más recursos en los servicios sociales de base, se necesitan técnicos específicamente dedicados y orientados a la atención a las personas mayores en los ayuntamientos (al igual que existen para otras circunstancias y contingencias), se necesita un plan de formación específico de estos profesionales de todos y cada uno de los niveles asistenciales pues cada vez van a interactuar y tener que dar respuesta a más problemas relacionados con la edad y, en general, ni los profesionales de servicios sociales ni los de otros ámbitos están preparados para las especificidades que se presentan en estos casos.

Sería importante analizar y darles el papel central que deben tener estos profesionales con un mayor reconocimiento y valoración de su cometido, dejando de lado los modelos caritativos, asistencialistas, hosteleros, clínico-asistenciales anteriores que aunque han podido cumplir su papel, en este momento están claramente desfasados, y la adopción de un modelo psicosocial que demuestra su eficacia y eficiencia desde hace años en otros países y en determinados casos y experiencias en nuestro país.

Desde el reconocimiento y la puesta en valor de este sector debe iniciarse una política decidida de potenciación del mismo y de los profesionales que actúan en un sector estratégico en nuestra sociedad en un momento de envejecimiento sociodemográfico radical en el que el compromiso intergeneracional, la incorporación de la protección a la discapacidad y dependencia y el apoyo a los sistemas familiares cuidadores van a ser decisivos para lograr y mantener la cohesión social y los recursos necesarios para garantizar una calidad de vida en lo personal, social y comunitario.

Luis Carlos Martín Pindado
Presidente Nacional de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, UDP.

EL IMPACTO DEL TERCER SECTOR EN EL FUTURO SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA.

Hemos oído en varias ocasiones de boca de los responsables políticos que de lo que se trata es de sentar las bases del “cuarto pilar del Estado de Bienestar”, equiparando el futuro Sistema Nacional de Dependencia a la Sanidad, las Pensiones y la Educación. Echando la vista atrás, no muy atrás, vemos cómo los sistemas educativo, sanitario y de pensiones han tenido un importante desarrollo en los últimos años, y han ido creciendo, modificándose y mejorándose paulatinamente con las aportaciones de toda la sociedad y, especialmente, de las organizaciones del Tercer Sector. Digo especialmente porque a la hora de cubrir necesidades sociales pocos tienen tanto conocimiento de causa como las organizaciones que trabajan día a día a pie de calle detectando y dando solución a problemas reales, con caras, nombres y apellidos. Las organizaciones no gubernamentales cubren necesidades reales allí donde la administración no llega.

Hoy por hoy, la atención a las personas dependientes corre a cargo principalmente de los familiares, pero los cambios que se han producido en el modelo familiar hacen que esta estructura no sea viable a corto plazo. Entre estos cambios podemos señalar la desaparición de la familia extensa, la pérdida de estabilidad en la institución familiar con el aumento del número de separaciones y divorcios, el retraso en la edad del matrimonio, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la movilidad geográfica de la familia por motivos laborales, el incremento de las fami-

lias monoparentales y el aumento de los hogares unipersonales, el retraso en la independencia de los hijos y el tamaño reducido de las viviendas.

Después de la familia, los cuidados informales de larga duración han sido tradicionalmente asumidos por las organizaciones sin ánimo de lucro. El aumento del número de personas con necesidad de atención derivado del envejecimiento de la población, así como la ruptura del modelo familiar tradicional antes mencionado va a hacer necesario que en los próximos años aumenten significativamente los sistemas de atención informales, es decir, aquellos cuidados no realizados desde la administración por profesionales remunerados. Para decirlo de una manera más sencilla, la implantación del Sistema Nacional de Dependencia no será efectiva mientras no se provea de medios y se otorgue un mayor protagonismo a las organizaciones no gubernamentales.

Es importante impulsar de manera notable el voluntariado, así como dotar de medios económicos, formación e infraestructuras a las organizaciones sin ánimo de lucro que impulsen, entre otros, este tipo de programas. El programa de Voluntariado de Mayores para Mayores que UDP viene realizando desde hace años en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es un buen ejemplo de cómo aprovechar el enorme potencial que tienen las personas mayores para mejorar la calidad de vida de miles de personas mayores en toda España a través del acompañamiento y el contacto periódico con mayores solos o con problemas de dependencia.

Pero la tarea de construir un sistema de protección de tal envergadura, que garantice un nuevo derecho a la ciudadanía en todo el Estado español, no debe recaer sólo en nuestros gobernantes. Todos debemos contribuir, porque todos nos vamos a beneficiar de él. Y aquí volvemos al asunto de qué podemos hacer nosotros, las organizaciones que conformamos el Tercer Sector en la construcción de este sistema.

Las organizaciones de mayores hemos acogido con esperanza el Proyecto de Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Así se lo hemos hecho saber al ministro Jesús Caldera, tanto a través del Consejo Estatal de Personas Mayores, del cual soy vicepresidente, como a través de la Unión Democrática de Pensionistas (UDP) que tengo el honor de presidir.

Es importante resaltar que cerca del 80% de las personas que pretende atender el futuro Sistema Nacional de Dependencia son mayores, y el cuidado a los mayores dependientes es una vieja reivindicación de nuestra organización UDP que, muchos años y varios gobiernos después, parece que va a ser atendida.

No hay vuelta atrás, entendemos que la implantación del Sistema Nacional de Dependencia en toda la nación es una prioridad nacional y UDP se ha posicionado al respecto en torno a dos líneas de actuación:

Primero, solicitamos a los partidos políticos un gran acuerdo nacional para que la puesta en marcha del llamado cuarto pilar del estado de bienestar no se vea entorpecida por intereses partidistas. Y segundo, ponemos a disposición del Estado y de sus administraciones toda la infraestructura del movimiento asociativo de mayores, en particular la de UDP. Somos muchos cientos de miles en toda España para colaborar en la medida de nuestras posibilidades en la puesta en marcha de este sistema.

El Proyecto es un primer paso, será mejorado convenientemente gracias a las aportaciones de los distintos grupos políticos en el Parlamento, y esperemos que se consolide en una buena Ley y, lo que es más importante, con un reglamento riguroso y eficaz, con una dotación de recursos económicos y humanos que permita llevar a cabo todas las buenas intenciones plasmadas en él.

En todo caso, reitero que la puesta en marcha del Sistema Nacional de Dependencia no es responsabilidad exclusiva de este o de otros gobiernos, es un reto de toda la sociedad española y que debemos conseguir entre todos. Las organizaciones no gubernamentales estamos llamadas a desempeñar un papel destacado en la implantación de este sistema. Nosotros no hacemos las leyes, hacemos los programas, y ahora tenemos la oportunidad de seguir muy de cerca el proceso de elaboración legislativa y vigilar que la ley que salga del Parlamento nos facilite al máximo realizar la labor que es nuestra razón de ser: realizar programas sociales que mejoren la calidad de vida de las personas allí donde los recursos formales no llegan. Sin nosotros, sin las organizaciones que conformamos el Tercer Sector, el cuarto pilar del Estado de Bienestar se tambalearía peligrosamente.

Navarro, Vicenç (director)(2005)

LA SITUACIÓN SOCIAL EN ESPAÑA
 FUNDACIÓN F. LARGO CABALLERO
 EDITORIAL BIBLIOTECA NUEVA. MADRID.

La reciente publicación de *'La situación social en España'*, logra aliviar un innegable —y sobre todo inquietante— déficit de estudios solventes que analicen en profundidad (y desde una perspectiva empírica) la situación del Estado de Bienestar español. En la introducción de este ambicioso e importante estudio, su director, el profesor Vicenç Navarro, explicita como objetivo estratégico que anima el proyecto, afrontar esta endémica carencia de investigaciones rigurosas 'académicamente', y al mismo tiempo, añadiríamos nosotros, intelectualmente 'comprometidas' con el propio modelo del Estado de Bienestar (en su versión, llamémosla así, 'socialdemócrata'). Desde una perspectiva general, el texto en su conjunto no sólo se dirige a la descripción y análisis del Estado del Bienestar español y las políticas públicas asociadas, sino que sobre todo, proporciona una valiosísima instantánea detallada y actualizada (o mejor dicho, todo lo detallada y actualizada que permiten las todavía deficientes fuentes estadísticas disponibles) de ámbitos centrales de la realidad social española, adoptando además, una perspectiva comparada (europea y por comunidades autónomas). De ahí que el título del volumen, pese a su ambigüedad e indeterminación inherente, sea especialmente adecuado con respecto al contenido del mismo.

La tesis fundamental que argumenta sólidamente Navarro a lo largo de todos los capítulos que firma en el volumen, y que debería servir al lector como 'clave' interpretativa central a través de la cual valorar el material empírico de buena parte del

resto de capítulos que componen el estudio, no es sólo que el Estado de Bienestar español se muestra como una realidad débil, subdesarrollada y precaria (hecho que vincula históricamente con el régimen franquista), sino que además “España se gasta mucho menos que lo que le corresponde por su nivel de riqueza”. En ese sentido, Navarro defiende que nuestro país debe gastar más porque ‘puede hacerlo’ y porque existen necesidades sociales no cubiertas que justifican esa inversión adicional. Sin embargo, de manera paradójica, las políticas de gasto público desarrolladas desde comienzos de la década de los noventa, han roto una tendencia de aproximación a lo largo de los años ochenta (aunque se tratara de una aproximación parsimoniosa y limitada), a los niveles de gasto en protección social de los países europeos con Estados de Bienestar más desarrollados. A partir del año 1993, se produce una marcada tendencia a la contención en el gasto y un proceso de ‘*desconvergencia social*’ con Europa. Por consiguiente, en esta etapa, mientras se reducía nuestro déficit económico de cara a la convergencia monetaria, se ampliaba significativamente el déficit social con respecto a Europa.

Asimismo, el estudio de las partidas de gasto público en protección social con respecto al PIB, muestran que el potencial económico español permitiría un mayor desarrollo de nuestro Estado de Bienestar (lo cual confirma el desfase entre riqueza y gasto público). De esta manera, el problema del infradesarrollo de los programas de bienestar públicos se transforma para Navarro fundamentalmente en un ‘simple’ problema de falta de ‘voluntad política’. Tal convergencia social implicaría necesariamente la convergencia en la carga fiscal, hecho que —apuntamos nosotros— parece difícil de imaginar en estos momentos, tanto por la ‘doctrina’ fiscal asumida por los sucesivos gobiernos de distinto signo ideológico, como por las resistencias de amplios sectores de las clases medias —y de renta elevada en general— poco ‘afines’ a un modelo del Estado de Bienestar fuerte, y especialmente, a los esfuerzos fiscales redistributivos asociados.

Otro elemento central en el diagnóstico de Navarro, es la progresiva *polarización* que observa en el sistema de provisión de servicios, y que afecta fundamentalmente a la educación y la sanidad (dos pilares básicos del sistema de bienestar). La población de renta superior tiende a utilizar los servicios privados, o recibe trato preferencial en los públicos (resulta especialmente paradójico el caso de las fundaciones hospitalarias señalado en el texto), mientras las clases populares usan los servicios públicos. Tal polarización (que se concreta arquetípicamente en la progresiva ‘huida’ de las clases medias de los colegios públicos), puede reflejar y al mismo tiempo potenciar —apuntamos por nuestra parte— una peligrosa ‘desafección’ de segmentos importantes de esas clases medias con respecto al Estado de Bienestar. Pensamos por lo tanto, que de este proceso de polarización, podría derivarse una fuente potencial de deslegitimación del modelo de bienestar. Este proceso de polarización, no es ajeno al fuerte incremento de la población inmigran-

te en la sociedad española, que ha afectado y exigido de manera especial al sistema educativo (sin que éste haya recibido financiación adicional). En este ámbito, la polarización ha cristalizado socialmente, en gran medida, gracias a los sutiles y tremendamente efectivos mecanismos de ‘selección’ del alumnado autóctono desarrollados por los colegios privados concertados. La única salida que se vislumbra a esa polarización, y que se señala reiteradamente en el estudio, pasa por el ‘reforzamiento’ del sector público, lo que implica fundamentalmente una financiación suficiente que no le coloque en una situación de desventaja con respecto al sector privado, que además en ocasiones, se beneficia de una doble financiación.

Considerando el enfoque general del texto, resulta evidente que los autores que participan en esta obra colectiva niegan radicalmente que el Estado de Bienestar español se halle ‘sobredimensionado’. Su valoración es justo la contraria, nos encontramos ante un Estado de Bienestar débil que es necesario fortalecer, lo cual implica necesariamente el desarrollo de nuevos servicios y prestaciones y la intensificación de transferencias económicas; esto es, más gasto público. Los datos contenidos en el volumen, y el análisis de las políticas públicas, refutan contundentemente la imagen de un Estado demasiado generoso y sobreprotector.

Es por ello, que el texto en su conjunto no dibuja un panorama demasiado halagüeño con respecto a la situación del Estado de Bienestar español, caracterizado en general por limitaciones derivadas de la sistemática ‘infradotación’ económica. Así sucede con el sistema sanitario (que refleja además una inversión desequilibrada en favor de la atención hospitalaria y el gasto farmacéutico, en detrimento de la atención primaria y los programas de salud pública), y también con el sistema educativo, un sistema —éste último— fuertemente lastrado por la ausencia de una verdadera política de igualdad de oportunidades, y cuyos resultados pueden ser calificados simplemente de mediocres. En otros ámbitos sociales la situación no es mucho mejor. Con respecto a las políticas de empleo, nos encontramos un mercado de trabajo todavía muy alejado del ideal del pleno empleo (a pesar de la baja tasa de actividad), y sobre todo, caracterizado por una patente precariedad (bajas remuneraciones, elevadísima temporalidad, etc.), con una cobertura del desempleo bastante limitada, configurándose además, como un espacio en el que han tendido a fracasar las sucesivas reformas laborales. No debemos olvidar que la política de vivienda ha resultado errática y restrictiva, al margen de presentar una orientación liberal que ha beneficiado fundamentalmente a quien ya posee capacidad de compra. Pese a las iniciativas legislativas en curso, carecemos aún de un sistema de protección a la dependencia, lo cual expresa un retraso importante con respecto al grueso de los países de la ya antigua UE-15. Por otro lado, durante los últimos años nuestro sistema fiscal ha perdido progresividad, y apenas muestra capacidad redistributiva. Atisbando los resultados de la política ‘redistributiva’, si es que merece tal nombre, no podemos sino insistir en los niveles elevados de

pobreza y desigualdad que presenta nuestra sociedad, y que, si bien el sistema de pensiones, en su estructuración actual es sostenible a medio plazo proporciona una protección muy deficiente a los ancianos españoles.

Tras destacar el indudable valor del proyecto, el interés de la perspectiva general adoptada, y la calidad de los resultados contenidos en el texto, dirigiremos ahora nuestra atención a señalar algunos problemas ‘formales’ y de enfoque, que sin resultar críticos, afectan al conjunto de la obra. Desde un punto de vista estrictamente formal, el trabajo aparece ante el lector más como una compilación de trabajos autónomos (que comparten una cierta temática: la ‘situación social’), que como el resultado de un proyecto unitario y coordinado. Disponemos de un valioso ‘sumatorio’ de aportaciones, con un nivel muy destacable en su conjunto, pero extremadamente dispares en sus estrategias de aproximación al objeto y en el enfoque adoptado (encontramos capítulos con una fuerte orientación metodológica y conceptual, otros con una perspectiva más descriptiva, algunos se concentran en el análisis de políticas públicas, otros curiosamente obvian estas políticas por completo, etc.). En consecuencia, el resultado es un libro muy rico pero a la vez extremadamente heterogéneo, que adolece de una ‘limitada’ coherencia. Las distintas aportaciones no ‘dialogan’ entre sí de manera fluida, salvo a través del primer capítulo redactado por Vicenç Navarro, que de esta manera, cobra una importancia capital como elemento estructurador del texto en su conjunto. Como aspecto positivo, debemos insistir en que esa realidad abigarrada y desigual confiere más matices al texto y hace que en general los capítulos puedan ser leídos de manera aislada (tienden a poseer un sentido ‘completo’). Además, como resultado de la ‘individualidad’ de las aportaciones, la ‘comprensibilidad’ con respecto a la temática asociada al Estado de Bienestar a la que se aspira, y que se refleja en el índice general del volumen, no siempre se cumple, percibiéndose ciertas ‘lagunas’ de entidad. A modo de simple muestra, en el análisis del sistema educativo, se realiza una revisión en profundidad de la formación profesional, mientras que el estudio ‘individualizado’ de la enseñanza secundaria obligatoria, el bachillerato y los estudios universitarios, se obvian casi completamente. Si se trata del resultado de la aplicación de un criterio pertinente o no, lo desconocemos, pero en su caso, debiera hacerse explícito.

Por otro lado, un número importante de capítulos no se dirigen en sentido estricto a la exploración del Estado de Bienestar, en tanto en cuanto, no compaginan en pie de igualdad el estudio empírico del ámbito de la realidad social al que se aproximan (pongamos por caso la inmigración), con el *análisis concreto de las políticas públicas* (siguiendo con el ejemplo, políticas de ‘control’ de flujos, de regularización, de integración social y cultural, etc.), quedando fuera del alcance de estos capítulos, la posibilidad de ilustrar las importantísimas interferencias dinámicas y condicionamientos recíprocos que se producen continuamente entre ambos ámbi-

tos y que proporcionan elementos clave para caracterizar y entender el modelo de bienestar imperante. Estos capítulos se muestran menos orientados hacia una interpretación crítica —empíricamente fundada— de las políticas públicas, y más encaminados hacia una descripción aséptica-técnica, que en ocasiones peca en exceso de a-valorativa, de realidades sociales. Al mismo tiempo, es justo señalar que existe otro buen número de capítulos (desde nuestro punto de vista los más fructíferos y con mayor potencialidad interpretativa) que sí equilibran productivamente la descripción y análisis de la realidad social con la caracterización de las políticas públicas asociadas¹.

A pesar de la elevada ‘exhaustividad’ temática del estudio, puede identificarse un relativo vacío. Quizá hubiera sido interesante la incorporación de un capítulo que valorara comparativamente el papel de las distintas instancias sociales que intervienen en la producción del bienestar (estado, familia, Tercer Sector y mercado), y que de manera más específica relacionara directamente el proceso de reestructuración del Estado de Bienestar con la evolución de las ‘responsabilidades’ asumidas por el Tercer Sector y el mercado en la prestación de servicios. En el texto, se explora el papel del mercado (especialmente con respecto al sistema educativo y la sanidad), pero salvo referencias puntuales las ONG ‘desaparecen’, justo en el momento en el que su contribución es relativamente más importante en el desarrollo —tutelado por parte del Estado— de ciertas políticas sociales.

En su conjunto, *‘La situación social en España’* responde a una estrategia metodológica casi exclusivamente cuantitativa, lo que a la postre conduce necesariamente una lectura útil pero incompleta del modelo de bienestar español. Sin negar la indiscutible necesidad de ‘medir’ ciertas dimensiones asociadas al Estado de Bienestar, y reconociendo la relevancia de buena parte de los datos cuantitativos que se introducen a lo largo del estudio, es necesario apuntar que en ocasiones (no se trata de una tendencia general), encontramos un uso abusivo de los indicadores cuantitativos y del ‘aparato’ estadístico, pareciendo que la acumulación de ‘datos’ constituye un fin en sí misma y un marchamo de cientificidad. El resultado paradójico y hasta perverso de este ‘sobreenfasis cuantitativo’, es que cuanto más se acumulan y recombinan los indicadores, menos tienden a ‘decir’ de la propia realidad estudiada. Los indicadores se convierten en cifras autorreferentes, y en última instancia, tienden a perder sentido social. Resulta curioso constatar que los capítulos que realizan un uso más comedido y ‘juicioso’ de las fuentes estadísti-

¹ Los capítulos que más responden a este modelo son los siguientes: a) El Estado de Bienestar en España, b) La legislación laboral española en la perspectiva de la Unión Europea, c) Igualando por la base: oportunidades de educación y cuidado de la primera infancia en España, d) La Sanidad en España, e) Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al Espacio Europeo, y f) Pobreza y rentas mínimas.

cas, aquellos de orientación más ‘discursiva’, son los que proporcionan un análisis más concreto (y sociológicamente relevante) de la realidad estudiada.

Una última limitación que afecta a la investigación, tiene que ver con la no incorporación de lo que podríamos denominar ‘la perspectiva de los ciudadanos’ en la valoración global del Estado de Bienestar, perspectiva ésta que permitiría contextualizar de manera mucho más adecuada los indicadores cuantitativos disponibles. Tal falla, es consecuencia directa de la ausencia de un enfoque cualitativo que atienda a los discursos sociales, explorando las representaciones colectivas (ideológicas) y los procesos motivacionales que caracterizan a distintos colectivos con respecto al Estado de Bienestar. Parece absolutamente necesario, que los datos macroeconómicos e indicadores cuantitativos, se complementen con el análisis de las condiciones concretas de existencia de los ciudadanos y su percepción del modelo de bienestar. Recurriendo a ejemplos concretos, hemos de señalar que la realidad cotidiana y concreta del pensionista, de los enfermos, de los parados, de los inmigrantes, de los estudiantes, de los pobres, de las mujeres, etcétera, parece difuminarse en la consideración de los datos macro. Así pues, es necesario estudiar cómo ciertos aspectos de los ‘estilos de vida’, e incluso de las identidades sociales, se conforman en el contexto de un cierto modelo de bienestar social. Y de igual manera, se echa en falta un ‘análisis concreto’ (que parta en cierta medida de la observación directa) del funcionamiento institucional del Estado de Bienestar.

Los problemas formales y metodológicos que hemos señalado con respecto al informe, no limitan en ningún caso el enorme valor del proyecto en su conjunto. El texto atesora una enorme cantidad de información extremadamente relevante, accesible, actualizada y bien estructurada, y ofrece una serie de ‘diagnósticos’ especialmente ilustrativos con respecto a la realidad social española en general y su Estado de Bienestar en particular. Estas características hacen que deba constituirse por méritos propios en un texto básico de referencia.

Angel Zurdo Alaguero.

Rodríguez Rodríguez, Pilar (2006)

“EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES ESPAÑOL Y LAS NECESIDADES DERIVADAS DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA”. FUNDACIÓN ALTERNATIVAS, MADRID, DOCUMENTO DE TRABAJO 87/2006

En este trabajo Pilar Rodríguez, prestigiosa gerontóloga y experta en servicios sociales, aborda de manera exhaustiva el contexto general de las políticas de protección para distintas situaciones de dependencia, propone un modelo de intervención social desde el que iluminar las políticas de acción social en este campo, realiza un análisis crítico del actual sistema de protección social y, por último propone un modelo de servicios sociales que esté coordinado, con una orientación local y articulado por una ley estatal básica de servicios sociales.

La autora arroja una mirada global sobre las necesidades de atención a la dependencia que tiene en cuenta tanto la atención formal como los cuidados informales realizados por la familia, la mujer sobre todo, al servicio de personas que en su inmensa mayoría viven en su hogar y participan en la vida social. España, nos dice la autora, parte de un sistema de servicios sociales de baja cobertura, aunque ha crecido durante los últimos veinte años, sobre todo los servicios sociales dirigidos a la atención de personas en situación de dependencia, y con una bajo gasto público. Este sistema se ha apoyado hasta hoy en el trabajo no remunerado de la mujer cuidadora informal que casi en solitario soporta el grueso de la carga. Últimamente las personas mayores, hombres y mujeres, tienen un peso creciente en el cuidado de personas dependientes.

La reducción del potencial de cuidadores familiares por razones sociodemográficas (a la cabeza la incorporación de la mujer al mercado de trabajo), hace inviable a largo plazo el actual reparto de la carga de cuidados entre familia y Administración Pública y, también, entre hombres y mujeres. El modelo de solidaridad familiar actual, nos dice la autora, se está agotando y ello exige un desplazamiento de la solidaridad femenina al conjunto de la sociedad, un papel más activo de los hombres y un mayor compromiso del Estado en nombre de la sociedad ya que el riesgo es ampliamente social.

Es lo que la autora denomina como construcción de un modelo de protección social que “de-construya el sistema de género” en los cuidados informales o actual modelo de protección social invisible, sustituyéndolo por un amplio modelo público en el que los cuidados informales no recaigan solamente sobre las mujeres.

El modelo de intervención deseable en la atención a las personas en situación de dependencia, sostiene Pilar Rodríguez, debe tener en cuenta la experiencia internacional y sus mejoras prácticas y debe pilotar sobre los principios de prevención, rehabilitación, participación e integración social. En base a estos principios valorativos generales deben desarrollarse los principios de la intervención social concreta relacionados con las personas y sus derechos así como sus correspondientes criterios relacionados con la calidad de los servicios y programas, a saber, la doble combinación de: autonomía/diversidad, participación/accesibilidad e interdisciplinariedad, integralidad/globalidad, individualidad/ atención personalizada; integración social/ enfoque comunitario; independencia/prevención-rehabilitación; continuidad de cuidados/coordinación; dignidad/valores éticos.

Estos principios y criterios orientan la estructura de la red de recursos que propone la autora basándose en una pirámide en cuya base están los “recursos básicos” (servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros sociales, ayudas técnicas, formación de cuidadores familiares); en el centro los “recursos intermedios” (Centros de Día, centros ocupacionales o de apoyo a la integración, centros rurales polivalentes y programas de respiro); y en la cúspide los “recursos de alojamiento” (residencias, apartamentos, unidades de convivencia y alojamientos heterofamiliares).

Desde este modelo la autora considera y valora los actuales sistemas de atención y protección social a la dependencia en España: el sistema nacional de salud, los servicios sociales municipales y las prestaciones económicas de la Seguridad Social. Del primero resalta su clara insuficiencia en el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud, el bajo desarrollo de la atención sanitaria domiciliaria para el colectivo de personas en situación de dependencia, el déficit en atención especializada geriátrica, es decir, el déficit sanitario en atención a per-

sonas crónicas. Apela la autora a la urgente necesidad de desarrollar las prestaciones previstas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario de 2003.

Con especial énfasis se destacan en el trabajo los problemas de estructuración, inequidad y limitada accesibilidad del sistema de servicios sociales, la debilidad del derecho social en este ámbito, la limitación de recursos, las diferencias territoriales en la oferta de servicios, en su calidad y precios y en el ejercicio del derecho social.

La continuidad de los cuidados, la coordinación socio-sanitaria, el aprovechamiento integral de los recursos actuales sociales y sanitarios haciéndolos accesibles y próximos y de flexible utilización, basada en la gestión del caso, son propuestas prácticas de la autora.

En la última parte del documento de trabajo la autora propone una serie de cambios organizativos en el sistema de servicios sociales en base a la oportunidad que supone el desarrollo del actual proyecto de ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a las reformas de las leyes de servicios sociales de las CCAA.

La propuesta se concreta en los siguientes puntos: a) La rearticulación de lo comunitario y especializado en función de necesidades sociales y no de colectivos con el fin de ganar en globalidad; b) una planificación de los recursos en función del criterio de proximidad; c) el reforzamiento del ámbito local de los servicios sociales ya que es en este espacio donde se concentra la demanda social; d) y, finalmente, para dar coherencia a estas propuestas se plantea la necesidad de una ley de servicios sociales a nivel estatal que, aún pareciendo difícil de lograr, podría contribuir, como en el caso de la ley de sanidad, a garantizar la igualdad en el territorio del Estado y a fijar las bases comunes de los servicios sociales. Además se propone un plan integral de promoción de la autonomía y prevención de las situaciones de dependencia.

La globalidad del trabajo, la organización de la información y una visión crítica de nuestro sistema protector son los valores a destacar de este trabajo que será de gran utilidad para el debate de expertos y responsables de instituciones públicas y organizaciones privadas que están relacionadas con la dependencia.

M^a Asunción Sáez Álvarez

Rodríguez Cabrero, G., Arriba, A., Marbán, V. y Salido, O. (2005)

ACTORES SOCIALES Y REFORMAS DEL BIENESTAR, CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS. UNIDAD DE POLÍTICAS COMPARADAS (UPC). MADRID

En los últimos años las importantes transformaciones económicas y sociales acaecidas en la sociedad occidental han provocado la aparición de nuevos riesgos sociales que constituyen un difícil reto para los Estados de Bienestar europeos. En el marco de una economía globalizada las empresas buscan mayores cotas de flexibilidad y especialización para mantener su competitividad. Si la especialización tecnológica y el declive del empleo industrial provocaron un fuerte aumento del desempleo a mediados de los ochenta y primeros años noventa, recientemente, las estrategias de flexibilidad están provocando la extensión del empleo precario. Por otro lado, las altas tasas de envejecimiento de la población europea han traído consigo un incremento del riesgo de vulnerabilidad y de dependencia de las personas mayores. También han tenido lugar importantes cambios en el seno de la familia, como la reducción del tamaño de los núcleos, la diversificación de las formas de convivencia o la creciente incorporación de la mujer al trabajo remunerado, que han debilitado su capacidad protectora. Por último, las crecientes desigualdades entre los países del Norte y del Sur han provocado un aumento del flujo de personas que emigran a los países desarrollados en busca de una mejoría en sus condiciones de vida y que constituyen un colectivo especialmente vulnerable debido a las dificultades de integración que encuentran en estos países. De este modo, desempleo, precariedad laboral, dependencia, monoparentalidad e inmigración constituyen algunos de los nuevos riesgos sociales a los que deben hacer frente las políticas sociales de los distintos Estados europeos. Esta situación se

produce en un contexto de cuestionamiento de la viabilidad económica del Estado de Bienestar en el que las propuestas de privatización y control del gasto social tienen una importante incidencia política y social. A pesar de que este escenario es común, todo parece apuntar a que, al igual que la creación de los distintos Estados de Bienestar en Europa siguió procesos diversos, las respuestas dadas en la actualidad por los gobiernos europeos también avanzan en distintas direcciones. Por este motivo, del mismo modo que ciertos análisis comparativos como los de Esping-Andersen, resultaron claves en la comprensión de la diversa capacidad protectora de los Estados de Bienestar europeos, hoy día, resultan de gran utilidad investigaciones como ésta, orientadas al análisis de las actuales políticas sociales. En "Actores sociales y reformas del bienestar" se presentan los resultados para el caso español de un proyecto de investigación llevado a cabo con financiación europea, en diversos países de la Unión¹. Dicha investigación analizaba, a través de más de 250 entrevistas a informantes cualificados, la reciente evolución de los sistemas de bienestar europeos. Una de sus principales conclusiones fue descubrir la importante influencia que siguen ejerciendo los actores sociales tradicionales (partidos políticos, organizaciones empresariales y sindicatos) en la dirección de las políticas sociales en los distintos escenarios de bienestar. Esta obra recorre la evolución de la política social en España en las dos últimas décadas a través de la visión de cuatro expertos que analizan diferentes áreas de la política social: pensiones, dependencia, políticas de empleo, políticas de protección frente a la pobreza y políticas a favor de las mujeres.

El debate sobre las pensiones ha ocupado, sin duda, un lugar central en la política social de este país y en él han estado fuertemente implicados todos los actores tradicionales. Tal y como analiza Gregorio Rodríguez Cabrero la influencia de factores externos en el debate resulta clave debido a que desde las instituciones comunitarias se recomienda la modernización de los sistemas de pensiones para hacerlos viables en un escenario de envejecimiento de la sociedad. Por otro lado, algunos de nuestros referentes europeos, como Francia y Alemania, ya han iniciado las reformas de sus sistemas de seguridad social. A esta influencia se suma la presión interna que ejercen expertos de entidades financieras y consultorías al alertar a la opinión pública sobre la inviabilidad del sistema público y en defensa de la privatización. Por el momento, el modo de subsistir a estas presiones y mantener el actual sistema de reparto ha sido la reforma continua del sistema de pensiones gracias al pacto entre Estado, sindicatos y empresarios. Sin embargo, la cuestión que se plantea en el corto plazo es hasta dónde da de sí este proceso de reforma y en qué medida van ganando terreno político otras propuestas alternativas como la pri-

¹ Proyecto WRAMSOC. Los resultados generales de este proyecto están publicados Taylor-Gooby, Peter (Coord.) (2004), *New risks, New welfare. The transformations of the European Welfare State*. Oxford/Nueva York, Oxford University Press. Taylor-Gooby, Peter (Coord.) (2005), *Ideas and Welfare State Reform in Western Europe*. Basingstoke, Nueva York, Palgrave Macmillan.

vatización o los sistemas mixtos de reparto y capitalización. En este escenario futuro, la postura que adopten las clases medias, el partido político en el poder y la influencia del resto de países europeos se constituyen en actores fundamentales.

Por primera vez en España la situación de las personas con problemas de dependencia está constituyendo un debate político de primer orden. Tanto las recomendaciones de la Unión Europea, como las propuestas de partidos, sindicatos y asociaciones recogen la necesidad de crear un sistema público que dé cobertura a las personas con dependencia. Sin embargo, los debates en este ámbito giran en torno a la financiación de la atención (cotizaciones, impuestos, tasas); la gestión del sistema (por el Estado, Comunidades Autónomas, o desde el sector privado); el tipo de atención prestada (servicios, prestaciones); cómo debe producirse el reparto de responsabilidades entre el ámbito sanitario y el de servicios sociales. Rodríguez Cabrero profundiza en estas cuestiones partiendo de una descripción del problema de la dependencia en España. El autor propone un sistema público de protección de la dependencia que complemente y apoye el sistema actual de cuidados basado exclusivamente en la solidaridad familiar. Este modelo tendría resultados positivos no sólo para la protección de los dependientes sino también para la incorporación de la mujer al trabajo, la creación de empleo en servicios sociales y la mejora de la coordinación socio-sanitaria.

El ámbito de las políticas de empleo es sin duda el que más disenso genera entre los actores sociales. Vicente Marbán, observa cómo gobierno, sindicatos y organizaciones empresariales coinciden en el diagnóstico del mercado de trabajo en nuestro país. Éste se encuentra segmentado a nivel territorial y por factores como la edad y el género y caracterizado por la elevada presencia de trabajo precario. Sin embargo, es en el ámbito de las propuestas en dónde aparecen las principales divergencias. Los empresarios abogan por reducir costes laborales y gasto público con el fin de mejorar la flexibilidad. Los sindicatos defienden la protección actual del empleo y proponen sancionar la temporalidad. Mientras tanto, ninguno de los partidos en el gobierno acaba de afrontar la problemática de la precariedad laboral. Según el autor, en un escenario futuro en el que la demanda de flexibilidad puede ser creciente, las políticas de empleo vendrán definidas por las posibilidades de crecimiento económico, los pactos políticos y la capacidad de presión de nuevos actores sociales como los jóvenes y otros colectivos afectados por la precariedad laboral.

En relación con las políticas de protección de la pobreza, el cuestionamiento del gasto social ha generado en Europa cierta tendencia a la asistencialización de las prestaciones y a la introducción de condicionamientos laborales al cobro de las mismas. Este momento coincide en España con un proceso inacabado de implantación de un sistema de garantía de ingresos que se caracteriza por ser fragmenta-

do, descentralizado al nivel autonómico y desigual. Ana Arriba analiza en detalle la evolución y situación actual de este mapa de prestaciones (subsidios de desempleo, no contributivas, prestaciones por hijo a cargo, rentas mínimas) caracterizadas por su baja intensidad. A pesar de estas limitaciones la protección de la pobreza no constituye un debate político prioritario. Por el contrario, mientras los agentes sociales tradicionales no se muestran implicados, las asociaciones sin ánimo de lucro que representan a los colectivos más afectados por la asistencialización, aunque aumentan su presencia social, siguen sin tener capacidad de presión política.

Por último, las políticas de protección de las mujeres y las políticas familiares no sólo han sufrido un escaso desarrollo en este país, sino que además, apenas ocupan espacio de debate político. Olga Salido analiza la evolución de estas políticas a partir de 1996 con la puesta en marcha de los Planes de Igualdad de Oportunidades orientados a incrementar la participación femenina en el mercado laboral. En los últimos años se ha producido un giro en la estrategia europea hacia la promoción de las llamadas políticas de conciliación, dirigidas a favorecer la compaginación de la vida laboral y familiar. Este cambio ha generado una tensión entre los defensores de la conciliación y aquellos que la critican por contribuir a que el empleo femenino sea parcial, flexible y por ello, de peor calidad que el masculino; además de mantener a la mujer en el rol de cuidadora. En cualquier caso, la autora ve imprescindible la incorporación a este debate político de propuestas de políticas que mejoren la calidad del empleo de las mujeres, políticas que impulsen la creación de servicios a la familia (cuidadores, mayores, y niños) y programas que faciliten el acceso a la vivienda para los jóvenes.

En conclusión, en nuestro país los principales retos los constituyen la posibilidad de extender estos derechos al ámbito de la dependencia, las desigualdades de género y la garantía de ingresos frente a la pobreza y la superación de la creciente desigualdad territorial. Este trabajo analiza en profundidad y con información cualitativa de primera mano los principales debates relacionados con la política social en nuestro país. Nos muestra como frente a la aparente “inevitabilidad” de los recortes sociales provocados por la aparición de nuevos riesgos, los actores sociales pueden ejercer una importante influencia en el mantenimiento o extensión de los derechos sociales. Éste obra es, sin duda, una aportación valiosa al análisis de la política social en nuestro país.

Begoña Pérez Eransus

Klaus R. Schroeter, Thomas Rosenthal (eds.)(2005)

SOZIOLOGIE DER PFLEGE.GRUNDLAGE, WISSENSBESTÄNDE UND PERSPEKTIVEN. (SOCIOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA. BASE, ESTADO DEL CONOCIMIENTO Y PERSPECTIVAS), JUVENTA VERLAG (WEINHEIM), 432 P.

El seguro de dependencia alemán ya tiene más de diez años, a pesar de lo cual todavía no ha sido especial objeto de interés por parte de la sociología. Las contribuciones de la sociología a este campo se han limitado a incursiones parciales desde especialidades afines o cercanas como la sociología de la vejez, la sociología de la medicina, sociología de la familia etc. El propósito de este libro – surgido del seno de la sección “sociología de la vejez” de la Sociedad Alemana de Sociología – es precisamente sentar las bases de una sociología de la dependencia o, para ser más exactos, de los cuidados en la dependencia. La finalidad de esta sociología sería analizar la influencia recíproca de la sociedad sobre los cuidados de la dependencia y viceversa. Esta sociología especializada no renuncia al acervo teórico, metodológico o conceptual de la sociología general, al contrario, muchas de las aportaciones a este libro aplican conceptos tomados de la sociología general a aspectos parciales de la dependencia, aunque algunas veces de una forma demasiado rígida. Los editores dejan claro en su introducción de carácter programático que no puede ser un objetivo de esta sociología de la dependencia intervenir directamente, es decir, interferir en la práctica real de los cuidados de personas dependientes, sino más bien buscar puntos de encuentro con profesiones cercanas a la práctica real como la gerontología.

Pero más allá de estas consideraciones teóricas acerca del bagaje teórico de una sociología de la dependencia que los editores hacen en su introducción, este com-

pendio resulta sumamente interesante gracias a las diferentes aportaciones sectoriales o parciales y que de alguna manera aportan una perspectiva global de las áreas de investigación que podrían configurar esta especialidad sociológica.

Destacan los trabajos que analizan las profesiones relacionadas con la dependencia y, en especial los cuidadores de las personas dependientes. Mientras que el primero de estos trabajos tiene como tema los nexos entre la sociología y las ciencias relacionadas con las profesiones de cuidados de personas dependientes, el segundo describe la configuración de una percepción profesional propia, claramente diferenciada de las profesiones médicas y gerontológicas. En este mismo contexto, pero con un perfil teórico más bajo y más apegados a la concreción, hay que mencionar tres trabajos dedicados a la aplicación de resultados de la sociología del trabajo a los cuidados profesionales de personas dependientes, al proceso de institucionalización de estas profesiones y a los intereses – a menudo contrapuestos – entre la gestión empresarial y los cuidados a las personas dependientes. Un segundo grupo de aportaciones está consagrado a la investigación sociológica de diferentes aspectos de la dependencia. En este grupo destaca un trabajo que es la revisión del contexto social en el que se han ido configurando diferentes patrones de cuidados a la dependencia. No podemos dejar de mencionar dos aportaciones que contienen reflexiones sumamente interesantes acerca de la relación de la dependencia con términos conceptuales procedentes de la sociología general: la desigualdad social, el entorno social y la problemática generacional. A este grupo habría que añadirle tres colaboraciones que analizan la realidad vivencial (Lebenswelt) de la dependencia y describen los complejos y problemáticos entramados relacionales que se forman en los centros residenciales, la situación vivencial de los cuidadores y, por último, los cuidados de la dependencia en el entorno familiar. Por último mencionar dos contribuciones que tienen como tema la relación entre el cuerpo y la dependencia, y una segunda que trata el nexo del género y los cuidados de personas dependientes.

No podía faltar el análisis de la macroestructura reguladora de la atención a personas dependientes: la Ley de Dependencia. Uno de los artículos aclara el significado que la aprobación de esta ley ha tenido como prueba de la profunda transformación del concepto tradicional de Estado de Bienestar y, por otra parte, la importancia de esta ley para impulsar la conformación del sector de la dependencia en un sistema de mercado. El segundo trabajo enlaza directamente con esta temática y analiza los cambios en la calidad de vida de las personas mayores suscitados por esta ley.

Por último, varios autores aplican a la dependencia conceptos teóricos derivados de la sociología general: la dependencia como campo social y como campo figurativo así como la dependencia como expresión de la biopolítica. Este último

aspecto permite analizar de manera explícita las constelaciones de poder que se desarrollan en la dependencia. Dos de los autores hacen suya esta terminología, el primero de ellos para analizar el discurso público acerca de la dependencia y el segundo para describir los mecanismos de poder en el seno de los centros residenciales de atención a personas dependientes.

En general, esta *Sociología de la dependencia*, constituye un conjunto interesante de aportaciones breves, algunas de ellas demasiado lastradas por el hecho de ser pioneras, querer legitimar la propia investigación o simplemente por ser un simple retrato de una fase previa de la investigación. La mayoría de estos trabajos demuestra que la aportación de la sociología para una mejor comprensión de la dependencia puede ser de interés. La sociología puede afrontar p.ej. la investigación de las relaciones de poder implícitas también en la dependencia, las dinámicas de grupo y los discursos bio-políticos subyacentes a la dependencia. De esta manera, la dependencia y los cuidados a la dependencia ganarían una dimensión nueva, alejada de la simple tecnocracia administrativa: la de la práctica social.

Miguel Montero

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND. BERICHT ZUM PROJEKT „BÜROKRATIE IN DER PFLEGE – INHALT UND AUFWAND INDIREKTER PFLEGE IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE“ (Informe del proyecto “Burocracia en la dependencia – contenido y volumen de los cuidados indirectos en la atención residencial a personas mayores”), Berlín, 2006.

El Ministerio para la Familia, Mayores, Mujeres y Jóvenes recientemente ha publicado el informe final de un estudio encomendado al Kuratorium Deutsche Altershilfe (Obra alemana para la asistencia en la vejez – KDA). La KDA ha llevado a cabo una investigación a fondo del estado de la ciencia sobre los contenidos y el volumen de los denominados cuidados indirectos a la dependencia. Para contrastar los resultados de esta investigación bibliográfica se ha realizado una investigación ejemplar en tres residencias.

Los autores de este trabajo conciben los cuidados indirectos como todas aquellas tareas ligadas a la atención a personas dependientes que tengan un carácter administrativo o de gestión. Se trata de la organización de un centro residencial de atención a personas dependientes, la gestión y la organización de los cuidados a las personas dependientes, la supervisión y la documentación de la atención a la dependencia, las tareas de mantenimiento del material técnico y las tareas de controlling. De hecho, en Alemania uno de los puntos centrales del debate acerca de la dependencia gira en torno al considerable volumen de tareas administrativas que se dan en la atención a las personas dependientes, un hecho que los profesionales del sector califican de excesiva burocratización.

Esta publicación quiere llenar una laguna constatada en la literatura especializada: la falta de una terminología adecuada para delimitar los cuidados indirectos a personas dependientes de otro tipo de tareas, la insuficiente cuantificación de este

grupo de cuidados y, por último, la falta de propuestas que permitan reducir el volumen de tareas burocráticas.

En los primeros capítulos de este trabajo los autores analizan pormenorizadamente las obras más significativas de este campo publicadas en Alemania así como métodos ampliamente aplicados como PLAISIR (Planification Informatisée de Soins Infirmiers Requis en milieux de soins prolongés), centrándose en los siguientes aspectos:

- la definición de los cuidados indirectos,
- contenido asignado a los cuidados indirectos y su diferenciación de los cuidados directos y, por último,
- volumen de tiempo requerido por los cuidados indirectos.

Los autores presentan una propuesta concreta de definición de los cuidados indirectos a la que añaden un catálogo detallado de los cuidados indirectos.

A continuación pasan a exponer los principales resultados del trabajo de campo realizado en tres centros residenciales, centrándose en la medición del tiempo empleado en la ejecución de este tipo de tareas. El porcentaje que acaparan los cuidados indirectos oscila entre el 13% y 23,1% del total de horas de trabajo disponible.

Finalmente, el informe llega a la conclusión de que los cuidados indirectos no pueden ser calificados sin más como tareas burocráticas. Al contrario, son indispensables para mantener el funcionamiento del conjunto de la atención a personas dependientes y para asegurar la calidad de esta atención. No obstante, constatan que en los centros analizados existe un margen considerable para reducir sensiblemente el volumen de estas tareas, no directamente ligadas a la atención de las personas dependientes, p.j. externalizando todas las tareas de mantenimiento, alimentación etc. Sin embargo, los autores son escépticos de que resulte viable reducir la dedicación que requiere la planificación y documentación de los cuidados de las personas dependientes.

Miguel Montero

ENVEJECER EN EL SIGLO XXI

Envejecer en el siglo XXI es un documento de difusión de la investigación social británica reciente en el campo del envejecimiento y, en concreto, en las áreas de la calidad de vida y envejecimiento activo. Se trata de una guía de las investigaciones realizadas por el Programa Envejecer coordinadas por el profesor Alan Walter, reputado sociólogo de la vejez con el apoyo del Economic and Social Research Council.

El documento tiene dos partes claramente diferenciadas: en primer lugar, el experto Malcolm Dean analiza los contenidos fundamentales de los **programas de investigación social** realizados y sus implicaciones en términos de políticas públicas. En segundo lugar, el documento ofrece una detallada información, en forma de fichas técnicas, de los **24 proyectos** de los que consta el programa de investigación social. El punto de partida del documento es que el logro de incrementar 25 años la esperanza de vida en el siglo XX en el Reino Unido, lo que es válido para la inmensa mayoría de los países de la UE, es un éxito de nuestra civilización. Se han añadido años a la vida pero no es seguro que se haya añadido vida a los años. Este éxito tiende a ser interpretado bajo una óptica pesimista en la que prima el coste de las pensiones y, en general, el coste de las personas mayores de 50 años. Pero también puede ser interpretado bajo claves de calidad de vida y envejecimiento activo. Tal es el objetivo de los 24 proyectos de investigación del programa Go Older. Calidad de vida y su necesaria plasmación en políticas de bienestar

constituyen el doble objetivo del programa y de sus proyectos. La calidad de vida de las personas mayores no es un objetivo neutral ya que es interpretado de manera diferente y en dicho concepto se entremezclan objetivos sociales (lograr una vida mejor) y económicos (lograr la reducción de los costes asistenciales). Pero el común denominador es que lograr la calidad de vida de las personas mayores es un objetivo en si mismo deseable y que su logro implica investigar los déficit de calidad que se dan en la vida social de las personas mayores. Por ello el programa pretende analizar temas de gran importancia como son las desigualdades sociales, el envejecimiento sano y activo, las redes de apoyo familiar, la participación social y la actividad en las edades propectas, la tecnología, el transporte y los diseños del entorno para facilitar la vida a las personas mayores.

La idea clave es que la vejez no es una enfermedad sino una oportunidad y que su desarrollo implica remover los posibles obstáculos que puedan impedirlo y que se resumen en la existencia de discriminación por la edad que tiene lugar en los servicios públicos y asistenciales y en la existencia de exclusión social y laboral.

El concepto y práctica de la calidad de vida de las personas mayores ha estado condicionado por las políticas sociales. El largo período del gobierno Thatcher supuso una importante reducción de la inversión en servicios públicos y recursos sociales. Ello generó un déficit importante en la calidad de la vida de las personas mayores menos favorecidas que el gobierno laborista a duras penas ha logrado reducir ya que aún existen 2 millones de pensionistas bajo el umbral de la pobreza. En todo caso el nuevo contexto político viene en parte condicionado por las políticas de la UE en materia de lucha contra la discriminación por la edad, además de la discriminación por raza, sexo, incapacidad, orientación sexual y religión. No está claro ni en el Reino Unido ni en la mayoría de los países de la UE el modo y los medios para reducir y acabar con la discriminación por razón de la edad pero si sabemos que tal discriminación existe.

En todo caso los 24 proyectos del programa de envejecimiento activo y calidad de vida se centran en la investigación social de dicha discriminación considerando tres campos de análisis complementarios:

a) En primer lugar, proyectos dirigidos a analizar la **diversidad** de las personas mayores. Las personas mayores son un grupo heterogéneo segmentado en razón de la clase social, el sexo y la profesión, así como por la raza. Envejecer no es un proceso uniforme ni uniformes son las estrategias de las personas mayores ante el envejecimiento. El significado de la calidad de vida varía a lo largo del ciclo vital y también a los largo de las edades propectas. Los distintos proyectos coinciden en que los factores más relevantes para la calidad de vida son en primer lugar la familia, la salud y la vivienda, a ello hay que añadir la sensación de bienestar, la movilidad y la independencia y, finalmente, es crucial el entorno social.

Los proyectos han estudiado colectivos específicos como los viudos, los prejubilados, viudas, lo mayores voluntarios, los mayores que continúan trabajando después de los 65 años, los jóvenes mayores (65-75), entre otros, con el fin de dar cuenta de la diversidad grupal del conjunto. En cada grupo varía la concepción de la calidad de vida y la concepción de la salud que suele ser más importante que la propia calidad de vida.

b) En segundo lugar, el análisis de la **exclusión social** es central en el programa ya que se han considerado los 4 millones de pensionistas que viven en los 88 distritos más deprimidos del Reino Unido. Así, proyectos como el de Scharf indican que en dichos distritos el 70 por ciento de las personas mayores experimenta algún tipo de exclusión social y el 40 por ciento múltiples exclusiones. La exclusión se incrementa con la edad y con el empeoramiento del entorno social y de los equipamientos colectivos. Algunos colectivos o comunidades étnicas sufren en mayor medida la exclusión social. Los estereotipos sociales y la resignación social contribuyen a reforzar la exclusión de las personas mayores.

c) Finalmente, el **apoyo formal e informal a las personas mayores**, sobre todo las que están en situación de dependencia, es central en los proyectos. Partiendo del hecho de que el mayor volumen de asistencia es proporcionado por las familias y los amigos, los proyectos en este campo analizan los costes que asumen los cuidadores/as de mediana edad, sobre todo mujeres que se ven obligadas a dejar su empleo para dedicarse al cuidado de familiares en situación de dependencia. Se analizan también situaciones concretas como son las personas incapacitadas para salir del domicilio, las que viven en residencias asistidas, las que viven solas, las que tienen dificultad de acceso al transporte.

Del conjunto de los proyectos se extraen dos conclusiones: en primer lugar la diversidad de situaciones sociales que condicionan la experiencia y percepción de la calidad de vida y, en segundo lugar, la incidencia de la exclusión y la pobreza en las personas más mayores.

El documento viene acompañado de dos Apéndices de gran utilidad. En el Apéndice I se señalan los datos básicos del Programa Envejecer y de los 24 proyectos de investigación. En el Apéndice II el lector encuentra una ficha detallada de cada proyecto: objetivos, resultados más relevantes, publicaciones y datos de contacto.

En resumen, el lector encontrará en este documento una guía útil de investigación social aplicada sobre envejecimiento y calidad de vida que, aunque referida al Reino Unido, es de utilidad general.

A) TEXTOS

ABELLÁN, A. y M^a D. PUGA (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España*. Previsión al año 2010; Fundación Pfizer, Madrid.

ALBERDI, INÉS (2005): “Los cambios en la institución familiar” . *Panorama social*, nº. 1. Revista de Funcas.

BAZO, M. T (2001) “Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España” *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, (36), 1: 8-14.

BAZO, M^a T. (2005) “Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual”. *Panorama Social*, nº 1. Revista de Funcas.

BERJANO E, SIMÓ C Y ARIÑO A (coord, 2005): *Cuidado a la dependencia e Inmigración*. IMSERSO, Madrid:.

BEBBINGTON, A y M. BONE (1998), *Healthy Life Expectancy and Long Term Care Discussion Paper 1426*. PSSRU, University of Kent.

BELLETTI, F y H. KEEN (1998), *Social protection for dependency in old age in Italy*. HIVA, Leuven.

BOND, J. y D. BUCK (1998), *Social protection for dependency in old age in the United Kingdom*. HIVA, Leuven.

CASADO MARÍN, D. y G. LÓPEZ CASASNOVAS (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, Fundación la Caixa, Barcelona.

CASADO, D. (dir.) (2004) *Respuestas a la Dependencia*.: Ed. CCS, Madrid.

CASEY, B. (2003) *Políticas para una sociedad que envejece: medidas recientes y ámbitos de futuras reformas*. OCDE, Paris.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS). Barómetro de noviembre de 2004. Estudio nº 2.581.

CES (2006) *Dictamen sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Dictamen 3. CES, Madrid.

CHALLIS, D. (1992): "The care of the elderly in Europe: social care", *European Journal of Gerontology*, 1.

COLECTIVO IOE/ IMSERSO/CIS (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, IMSERSO, Madrid.

CONSEJO DE EUROPA (1998) *Recomendación Nº R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados Miembros relativa a la dependencia*.

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

CORTES GENERALES (Senado) (2000), *Ponencia sobre la problemática del envejecimiento de la población española*. Madrid.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS (2000), *Informe Seguro de Dependencia*. Madrid.

DOCUMENTACIÓN SOCIAL Nº 141 (2006): *La protección social de la dependencia en España*. Caritas Española, Madrid. Monográfico.

DURÁN HERAS, M^a A. (1999), *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Madrid.

DURÁN HERAS, M^a A. (2006) "Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años". *Revista del MTAS*, nº 60.

ESPING-ANDERSEN, G; DUNCAN, G.; HEMERICK, A. Y MILLES, J (2002): *Why we need a new Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (1995): *Who will care? Future prospects for family care of older people in the European Union*, Shankill, Co, Dublin.

EUROSTAT (2005) *Conciliation entre vie professionnelle et vie familiale: Des écarts entre les femmes et les hommes*. European Communities, Luxemburgo.

EVERS, A. (1996): "El nuevo seguro de asistencia a largo plazo en Alemania: características, consecuencias y perspectivas", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº 6.

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

FUNDACIÓN MARCELINO BOTÍN (2000), *Plan de Acción Socio-Sanitario para el Mayor: Cantabria 1999-2005*. Documento de Trabajo.

GRIFFITHS, R. (1988) *Community Care: Agenda for Action*. HMSO, Londres.

HANSEN, E. B. (1998) *Social protection for dependency in old age in Denmark*. HIVA, Leuven.

HEALY, J. (2002) "The care of older people: Australia and the United Kingdom". *Social Policy Administration*, vol. 36.

HUBER, M., HENNESSY, P., IZUNI, J., KIM, W. & LUNSGAARD, J. (2005) *Long-term care for older people*. OCDE, Paris.

IKEGAMI, N y C. Campbell (2002) "Choices, policy logics and problems in the design of Long-term care systems". *Social Policy and Administration*, vol.36, nº 7.

IKEGAMI, N. (1995) "Los cuidados a largo plazo para ancianos: comparación entre Japón y EEUU". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº 5.

IMSERSO (1999), *Informe de valoración del Plan Gerontológico Estatal*. MTAS, Madrid.

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

IMSERSO (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. MTAS, Madrid.

IMSERSO (2005) *Las personas mayores en España. Informe 2004*. MTAS, Madrid.

INE (2001), *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES)*, INE, Madrid.

INSALUD (1995), *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid.

JACOBZONE, S. et al. (1998), *Long Term Care Services to Older People, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons*, OCDE, París.

JENSON, J. y S. JACOBZONE (2000), *Care allowances for the frail elderly people and their impact on women care-givers*, OCDE, París.

LEON, M. (2005) "La atención a las personas en situación de dependencia en España: una aproximación crítica al Libro Blanco de la Dependencia", *Panorama Social*, 2005, nº 2, pp 34-44.

LETURIA, F.J., YANGUAS, J. Y LETURIA, M. (1999) *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI.*; Diputación Foral de Guipúzcoa, San Sebastián.

MARAVALL, H. (2003) *El envejecimiento en España*. Cuadernos de Información Sindical, Madrid, Comisiones Obreras.

MARBÁN GALLEGO, V. (2006), "Tercer Sector y Dependencia". *Documentación Social* nº 141. Madrid.

MARTÍNEZ ZAHONERO, J. L. (2000), *Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos*. CES, Madrid.

MARTÍNEZ, M^a A (2002), "Las familias ya no podemos más: Riesgos de exclusión social de las familias que cuidan a enfermos crónicos". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*: 35: 145-165

MEMORIA 2004 de Cruz Roja Española, Madrid, 2005 (www.cruzroja.es).

MEMORIA 2004 de la Obra Social de las Cajas de Ahorro, 2005 (www.ceca.es).

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001), *Bases para un modelo de atención sociosanitaria* (Borrador). Madrid.

MONTORIO I, DÍAZ VEIGA P, IZAL M (1995): "Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30 (3): 157-168.

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. (2003), "El coste de la dependencia", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, nº 13, Julio-Agosto.

MONTSERRAT CODORNIU, J. y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2006), "Luces y sombras del anteproyecto del ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en sus aspectos organizativos y económicos." *Cuadernos de Información Económica* nº 191.

MONTERRAT CODORNIU, J. (2003), "El impacto de la vejez en el gasto social". *Revista de Presupuesto y Gasto Público*. Instituto de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda, 33/ 2003:123-142.

MONTERRAT CODORNIU, J. (2003), *Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: Gasto razonable versus gasto actual*. en D. Casado (dir.): *Respuestas a la dependencia*. CCS.2003.

MORÁN, E. (1999) *Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográfica*. En Rodríguez Cabrero (coor)(1999), *La protección social de la Dependencia*, Madrid, IMSERSO

MORÁN, E. y RODRÍGUEZ CABRERO (2005) *La población dependiente en España en 1999 y proyecciones a 2005 y 2015*, Mimeo, Madrid.

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

OCDE (1996) *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation*. *ETUDES DE POLITIQUE SOCIALE.*, n° 19. OCDE, Paris.

OECD (1994), *Care of the Frail Elderly*. Paris.

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

PACOLET, J. et al. (1998), *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*. European Commission, Brussels.

RODRÍGUEZ CABRERO, G (coor.) (1999): *La protección social de la dependencia*: IMSERSO, Madrid.

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

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

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2005) "La protección social de las personas en situación de dependencia como desarrollo del estado de bienestar en España". *Panorama Social* n° 2. Funcas, Madrid.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. y J. MONTERRAT (2002), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, IMSERSO, Madrid.

RODRÍGUEZ CASTEDO, A. (2003) *La prestación de servicios a las personas con dependencia y a sus familias. Nuevas necesidades sociales. Nuevos derechos sociales. Nuevos servicios y nuevos empleos*. UPF, Barcelona.

RODRIGUEZ RODRIGUEZ, P. y FERREIRO GASTÓN, E. (1995) *Evaluación del servicios de teleasistencia domiciliaria*. IMSERSO, Madrid.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1998), "El problema de la dependencia de las personas mayores". *Documentación Social*, n° 112.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1999), *Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria*, en DEFENSOR DEL PUEBLO (2000).

RODRÍGUEZ, P. (2006) *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Documento de Trabajo n° 87/2006 del Laboratorio Alternativas. Fundación Alternativas, Madrid.

RODRÍGUEZ, P. y M.T. SANCHO CASTIELLO (1995), "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, n° 5.

ROYAL COMMISSION (1999), *Long-term care, rights and responsibilities*, HMSO, Londres.

SANCHO CASTIELLO, M. (2000) *La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios*. DEFENSOR DEL PUEBLO (2000).

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

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

SCHARF, T. y C. WENGER (eds.) (1995), *International Perspectives on Community Care for Older People*. Avebury: Aldershot.

SCHULTE, B. (1996) *Social protection for dependence in old age: the case Of Germany*. En Eisen, R. y F.A. Sloan (ed.), *Long-term care: economic issues and policy solutions*. Boston/ Dordrecht/Londres: Kluwer.

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

SEMINARIO DE INTERVENCIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES (2006) (Grupo de Estudio sobre Prevención y Atención a la Dependencia). *Informe sobre el Anteproyecto de ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. SIPOSO, Madrid.

SIIS Centro de documentación (2003) *Estimación del coste del seguro de la dependencia en la CAPV*. Donosita: SIIS

WIENER, J.M., L.H. ULLSTON y R.J. HANLEY (1994) *Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance*. The Brookings Institution, Washington.

WITTENBERG, R., PICKARD,L., COMAS-HERRERA, A., DAVIES, B.,& DARTON, R. (1998) *Demand for long term care : Projections of long term care finance for elderly people*. PSRRU, University of Kent at Canterbury.

ZARIT, SH (1996): "Intervention with family caregivers". En Zarit, SH, y Knight, BG (eds): *A guide to psychoterhapy and aging*. APA, Washington.

B) PÁGINAS WEB:

CEOMA: www.ceoma.org

CERMI: www.cermi.es/cermi/

CES: WWW.CES.ES

CIS: www.cis.es

FEAPS: www.feaps.org

IMSERSO: www-social.es/imserso. Ver Portal Mayores

ONU: www.un.org. II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento

REAL PATRONATO PARA LA DISCAPACIDAD: www.rpd.es

SIIS: www.sis.net

SEGG: www.segg.es



Revista Española de Investigaciones Sociológicas

113

Enero-Marzo 2006

Ramón Máiz
Deliberación e inclusión
en la democracia
republicana

**Fernando Ampudia
de Haro**
Administrar el yo:
literatura de autoayuda
y gestión del
comportamiento y los
afectos

Javier G. Polavieja
¿Por qué es tan alta la
tasa de empleo
temporal? España en
perspectiva comparada

**Ernesto Ganuza
Fernández y José
Manuel Robles Morales**
Modelos de acción
pública en una sociedad
asimétrica

Javier L. Cristiano
Racionalidad de la
acción y racionalidad
de la teoría

**Maribel García Gracia
y Rafael Merino Pareja**
Transición a la vida
adulta: nuevas y viejas
desigualdades en función
del género

Critica de Libros

Director

Fernando Vallespín Oña

Secretaria

Mercedes Contreras Porta

Consejo Editorial

Inés Alberdi Alonso, Luis Enrique Alonso Benito, Eduardo Bericat Alastuey, Julio Carabaña Morales, Lorenzo Cachón Rodríguez, Joan Font Fàbregas, Jesús Luis Leal Maldonado, Eduardo López-Aranguren, Enrique Luque Baena, Faustino Miguélez Lobo, Teresa Peña Gamarra, Alfonso Pérez-Agote, Ramón Ramos Torre, Emilio Rodríguez Lara, Carlota Solé, Joan Subirats Humet, Mariano Torcal Oriente

Redacción y suscripciones

Centro de Investigaciones Sociológicas
Montalbán, 8. 28014 Madrid (España)
Tels. 91 580 76 07 / 91 580 76 14
Fax 91 580 76 19

Distribución

Latorre Literaria
Polígono Industrial El Malvar
Camino de Boca Alta, Naves 8 y 9
28500 Arganda del Rey (Madrid)
Tels. 91 871 93 72 / 91 871 93 79
Fax 91 871 94 08
E-mail: pedidos@latorreliteraria.com

Precios de suscripción

Anual (4 números): 35 €
Números sueltos: 10 €

CIS

Centro de Investigaciones Sociológicas

Revista Internacional de Sociología

Volumen LXIV

Nº 44

mayo-agosto 2006

Madrid (España)

ISSN: 0021-9712

Sumario

Artículos

Nuevos temas de investigación y nuevas perspectivas de análisis en sociología del deporte

Presentación

Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005)

Manuel García Ferrando

Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez

Jesús Martínez del Castillo, José Emilio Jiménez-Beatty, José Luis Graupera y María Luisa Rodríguez

Deportistas olímpicos y estrategias de inserción laboral.

Propuesta teórica, método y avance de resultados

Núria Puig y Anna Vilanova

Motivaciones de los escolares europeos para la práctica del deporte escolar.

Un estudio realizado en España, Italia, Francia y Portugal

Antonio Fraile y Raúl de Diego

Contribución del feminismo de la diferencia sexual a los análisis de género en el deporte

Montserrat Martín Horcajo

Turistas deportivos. Una perspectiva de análisis

Margarita Latiesa y José Luis Paniza

Temas

Ética de la responsabilidad en las organizaciones deportivas

Klaus Heinemann

La sociología del deporte en España. Estado de la cuestión

David J. Moscoso Sánchez

Personalia

José María Cagigal y su contribución al humanismo deportivo

Javier Olivera Betrán

Distribuye

Servicio de Publicaciones del CSIC

Vitruvio, 8. 28006 Madrid (España)
Telf. 34-915612833/ 915159717/ 15159742/
915159744 Fax. 34-915629634

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN 2006

Para España

Anual (3 números)..... 39,31 €
Número suelto..... 15,85 €

Para el extranjero

Anual (3 números)..... 60,69 €
Número suelto..... 24,84 €

Edita



Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía
Consejo Superior de Investigaciones Científicas / JUNTA DE ANDALUCÍA
C/ Campo Santo de los Mártires, 7
14004 Córdoba (España)
Tlf. 34-57 760625. Fax. 34-57 760153

NORMAS DE PUBLICACIÓN

REVISTA ESPAÑOLA DEL TERCER SECTOR
NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

Los trabajos enviados a la Revista Española del Tercer Sector podrán versar sobre cualquier tema relacionado con el Tercer Sector, la gestión de las entidades que lo integran, las áreas en las que trabajan y las políticas que les afectan. Nuestra vocación multidisciplinar nos lleva a solicitar colaboraciones de todas las especialidades científicas, siempre que demuestren un alto nivel de calidad, en particular del Derecho, la Economía, la Sociología, la Gestión, la Política... El texto original ha de ser inédito en castellano y no estar pendiente de publicación en otra revista. Todos los originales deberán someterse al proceso de evaluación de la revista.

Los artículos deberán ser enviados en copias impresas a *Revista Española del Tercer Sector, Fundación Luis Vives, Plaza de Oriente 7, bajo izda., 28013 MADRID*. La versión electrónica podrá adjuntarse o enviarse a la dirección de correo electrónico:

rets@fundacionluisvives.org

y conforme a las siguientes instrucciones:

- Se enviarán tres copias en papel, mecanografiadas a doble espacio (sin dejar INTRO entre párrafos), con tamaño de fuente Times New Roman de 12 puntos, buena calidad de impresión, con márgenes de 2,5 cm. en todos los lados y una extensión que no exceda de 40 páginas (incluidos cuadros, figuras, apéndices, etc.). Dos copias deberán ser anónimas. El procesador de textos deberá ser estándar, indicando el programa informático empleado.

La Secretaría de la revista acusará recibo de los originales en un plazo de quince días hábiles desde su recepción, y el Consejo de Redacción, tras estudiar los informes de los evaluadores anónimos, resolverá sobre su publicación.

En la primera página deberá constar el nombre del autor o autores junto con un breve *curriculum vitae*, además de las direcciones (postal y electrónica) y teléfonos de contacto.

La reseña biográfica del autor podrá ocupar un máximo de 10 líneas.

Cada original incluirá en una hoja independiente, un resumen del trabajo de no más de 120 palabras en español y en inglés, así como una lista de palabras clave en los dos idiomas (al menos dos y no más de cinco) y, deseablemente, las referencias a

la clasificación científica internacional correspondiente. Las palabras clave facilitarán la búsqueda en la versión digital de la revista, por lo que deben ser suficientemente informativas del contenido.

Las distintas secciones han de numerarse de forma correlativa siguiendo la numeración arábica (incluyendo, en su caso, como 1 la sección de introducción) y la rúbrica correspondiente se consignará en letras minúsculas tipo negrita. Consecutivamente, los apartados de cada sección se numerarán con dos dígitos (1.1., 1.2., etc.) y tipo subrayado, y tres dígitos (1.1.1., 1.1.2., etc.) y tipo cursiva. Los cuadros, tablas y figuras, en su caso, se numerarán de forma consecutiva y siempre con números arábigos. Cada una dispondrá de título y fuente, siguiendo el formato señalado más adelante. Figurarán al final de documento en la versión impresa y en archivo separado en la electrónica.

Las notas se numerarán correlativamente con números arábigos, a espacio sencillo, y serán ubicadas a pie de página, cuidando que se correspondan con un número volado indicado sobre el texto. Sólo incluirán la referencia bibliográfica concreta (por ejemplo, direcciones de Internet) o/y una brevísima anotación, nunca grandes textos. Si estos fueran necesarios, se llevarán al final del trabajo.

Las citas aparecerán en el texto según el formato “autor-fecha” (por ejemplo, Martínez, 2005) y, en su caso, página (Martínez, 2005: 26). Las referencias en el texto que incluyan más de dos autores usarán la fórmula *et al* (Martínez *et al*, 2005).

Las referencias a la literatura invocada en el trabajo figurarán, por orden alfabético de autores, bajo la rúbrica *Referencias bibliográficas* (no numerada) que se incluirá al final del artículo. Las referencias deben corresponderse con las recogidas en el texto, y deberán ser ordenadas alfabéticamente por el primer apellido de los autores y después por el año, siguiendo las siguientes pautas:

- Apellido (en mayúsculas) y nombre (en minúsculas) del autor, año de publicación (entre paréntesis y distinguiendo a, b, c, etc. en caso de existir varias citas de un mismo año), título del libro (en cursiva) o título del artículo (entre comillas), nombre de la revista (en cursiva) y número, editorial (en libros), lugar de publicación y, finalmente, páginas (págs. xxx). En el caso de trabajos no publicados, se incluirá el enlace de Internet “http//” completo, y la fecha de acceso.

En caso de entregar un texto destinado a las secciones de ‘Notas y Colaboraciones’, ‘Hemeroteca’, ‘Reseñas’ y/o ‘Documentos’, estos deberán tener un máximo de 3 páginas conforme a las instrucciones previstas para la primera

parte (secciones de ‘Artículos’ y ‘Panorama’) en cuanto al tamaño y tipo de fuente, márgenes, interlineado y notas.

En las secciones de hemeroteca, reseñas y documentos se especificarán en la cabecera del texto el autor, título del libro, editorial, lugar y fecha de publicación del libro reseñado. En el caso de las reseñas de artículos, se indicará el autor, título del artículo, nombre de la revista, número y año, y páginas. El reseñador podrá firmar la reseña al final del texto.

En ‘Notas y Colaboraciones’ aparecerá en la cabecera del texto el autor, cargo e institución o entidad a la que representa.

En el caso de resultar el original aceptado para su publicación, el autor o autores se comprometen a revisar las pruebas de imprenta pertinentes en un plazo máximo de cuatro días desde su recepción. Los autores recibirán cinco ejemplares del número de la revista en el que resulte publicado el original.

Serán igualmente bien recibidas sugerencias de temas y otras colaboraciones para cualquiera de las secciones previstas en la revista.



Fundación Luis Vives

Misión:

Apoyo y fortalecimiento del Tercer Sector Social

Actividades:

De Desarrollo (profesionalización)

- **Formación:** Presencial, A distancia (UNED) Online, A la carta.
- **Asesoría:** online (www.solucionesong.org) o presencial
- **Asistencia Técnica:** Análisis estructural, Apoyo y acompañamiento en procesos de mejora
- **Calidad:** Fomento del conocimiento y acompañamiento en la implantación de modelos de gestión de la calidad
- Mejora de los servicios de **inserción laboral** de las entidades que trabajan con grupos en riesgo de exclusión a través de la subvención global del Programa Operativo de Lucha contra la Discriminación del Fondo Social Europeo.

De Sensibilización, sobre todo en lo que concierne a las políticas sociales europeas

- **Información:** Boletín electrónico quincenal de noticias sociales europeas; Boletín electrónico semanal SolucionesONG, servicio web diario de noticias
- **Publicaciones:** Cuadernos Europeos sobre temas de actualidad e interés para las entidades sociales, Manuales prácticos de gestión, índices analíticos de leyes, etc.
- **Seminarios y encuentros:** jornadas de información, formación y debate sobre temas de interés práctico para las entidades sociales

De Dinamización

- **Articulación, trabajo en red.** Búsqueda de sinergias y puntos en común entre distintas entidades
- **Encuentros, foros,** etc. Donde se reúne a diversos representantes de la sociedad civil para debatir e intercambiar temas de interés y utilidad social
- **Voluntariado.** Desde la Escuela de Voluntariado del Ayuntamiento de Madrid, se promueven actividades que fomentan la participación social

Director Gerente de la Fundación Luis Vives:

D. José Manuel Fresno García

Subdirectora de la Fundación Luis Vives:

D^a. Paula Cisneros

Patronato

Presidente

D. Oscar Alzaga Villaamil

Vicepresidente

D. Virgilio Zapatero Gómez

Vocales

D. Ignacio Astarloa Huarte-Mendicoa

D. Eloy Domínguez- Adame y Cobos

D. José Antonio Escartín Ipiens

D. Manuel Gala Muñoz

D.^a Simoneta Gómez-Acebo Borbón

D.^a Carmen Iglesias Cano

D. José Luis Leal Maldonado

ÍNDICE:

Editorial	9
Artículos	
Demetrio Casado <i>Respuestas a la dependencia funcional y agentes</i>	15
Rafael de Lorenzo García y Alvaro Martínez Rivero <i>La futura Ley de Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España</i>	49
Julia Montserrat Codorniu <i>El coste y el modelo de los cuidados de larga duración en la Ley de la Dependencia</i>	81
Panorama	
Jozef Pacolet <i>Protección social de personas mayores dependientes: Sostenibilidad del Estado del Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración</i>	111
Notas y colaboraciones	
Juan Manuel Suárez del Toro Rivero. <i>Presidente. Cruz Roja Española</i>	163
José Ramón Solanillas Vilá <i>Secretario General de Lares</i>	167
Luis Cayo Pérez Bueno <i>Movimiento asociativo de personas con discapacidad</i>	173
Francisco J. Leturia <i>Servicios Sociales de MATIA</i>	177
Luis Carlos Martín Pindado <i>Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España</i>	183
Reseñas y Hemeroteca Internacional	
<i>La situación social en España Fundación F. Largo Caballero</i>	187
<i>El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia</i>	193
<i>Actores sociales y reformas del bienestar, CSIC</i>	197
<i>Soziologie der Pflege. Grundlage, Wissensbestände und Perspektiven</i>	201
<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>	205
Documentos	
<i>Envejecer en el siglo XXI</i>	209
Bibliografía	213
Normas de publicación	225

