



UGR

Universidad
de **Granada**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA DE DOCTORADO: CIENCIAS SOCIALES**

Tesis Doctoral

**PERSPECTIVA COMPARADA DE LOS PATRONES DE
CUIDADOS A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA EN EL ENTORNO DEL HOGAR:
DEL CONTEXTO EUROPEO AL CASO ANDALUZ.**

Doctoranda

María de los Ángeles Minguela Recover

Director

Dr. José Antonio Camacho Ballesta

JULIO 2016

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: María Ángeles Minguela Recover
ISBN: 978-84-9163-307-5
URI: <http://hdl.handle.net/10481/47404>

**PERSPECTIVA COMPARADA DE LOS PATRONES DE CUIDADOS A
PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL ENTORNO
DEL HOGAR: DEL CONTEXTO EUROPEO AL CASO ANDALUZ.**

Tesis doctoral que presenta la doctoranda María de los Ángeles Minguela Recover
para la obtención del grado del Doctor por la Universidad de Granada

Julio 2016

LA DOCTORANDA

María de los Ángeles Minguela Recover

Diplomada en Trabajo Social

Licenciada en Ciencias del Trabajo.

Master en Análisis Geográfico en la Ordenación del Territorio. Tecnologías de la
Información Geográfica, por la Universidad de Granada.

* * *

EL DIRECTOR DE LA TESIS

Prof. Dr. José Antonio Camacho Ballesta

Profesor Titular del Departamento de Economía Internacional y de España.

Universidad de Granada.

La doctoranda, María de los Ángeles Minguela Recover y el director de la tesis, José Antonio Camacho Ballesta. Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección del director de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada a 22 de julio de 2016

Director de la Tesis

Doctoranda

Fdo.: José A. Camacho Ballesta

Fdo.: María de los Ángeles Minguela Recover

"Cuida tus pensamientos, porque se convertirán en tus palabras. Cuida tus palabras, porque se convertirán en tus actos. Cuida tus actos, porque convertirán en tus hábitos. Cuida tus hábitos, porque se convertirán en tu destino".

Mahatma Gandhi

**Mamá y Papá, gracias,
a mis hermanas Lucía y Paula, gracias,
a ti Javi, gracias.**

Agradecimientos

Llegó el momento de dar las gracias y como tal están en un lugar privilegiado al principio aunque se escriban al final. Son muchas las personas con sus respectivas experiencias las que han pasado por mi vida desde que decidí montarme en la montaña rusa de mi tesis doctoral. Unas se subieron desde principio y siguen hoy agarrados fuertemente con la misma ilusión; otras se subieron más tarde pero para quedarse; otras estuvieron unos tramos y otras pasaron de puntillas. A todas ellas gracias.

Pero en este vagón de cabeza están mis padres y mis hermanas. Gracias por creer en mí, por tener siempre una palabra de aliento, por entenderlo todo: mis días de euforia y mis días de bajón. Gracias por esos minutos que, si echamos las cuentas, son horas las que habéis pasado a mi lado escuchando mis reflexiones en voz alta, la manera de estructurar una frase, el nombramiento de un título... Gracias papá por esos debates sobre las diferencias entre la teoría y la realidad; gracias por leerte la tesis y darme el punto de vista de un profesional del sector de las personas con discapacidad intelectual. Gracias por enseñarme lo importante que es la mejora constante, el renovarse continuamente, donde querer es poder siempre desde el trabajo la perseverancia. A ti, mamá, gracias por ser mi bastón en el que me apoyo en lo bueno y en lo malo, por ser el ejemplo de la clase de persona que quiero llegar a ser. Porque gracias a ti, y por ser una *superwoman*, le he dado sentido en muchas ocasiones a los resultados de esta tesis doctoral desde la experiencia diaria. Gracias mamá.

Qué sería de mis hermanas, Lucía y Paula, a las que les agradezco su apoyo incondicional, sus risas, sus enfados y sus juegos que han hecho más llevadero todo este proceso. Gracias Lucía por aguantarme en los momentos más complicados de la tesis y por no haberme dejado abandonar. Y a ti, Paula, gracias por hacerme desconectar, reír y por tener siempre palabras bonitas. Gracias niñas.

A ti, Javi, gracias por ser mi estabilidad emocional. Por haberte convertido en mi punto de apoyo más fuerte. Gracias por enseñarme a mirar las cosas con perspectiva, gracias por ser tan comprensivo y entender "los no puedo", mis aislamientos, esas lecturas de bocetos e ideas, por escucharme y siempre tener una sonrisa.

Gracias a José Antonio Camacho por ser mi maestro y mi director de tesis, porque sin ti esto no hubiese sido posible. Agradezco la confianza que has tenido en mí y la autonomía que me has

dado en todo momento y de la que he aprendido muchísimo. Pero no me puedo olvidar de las sesiones maratónicas y de tus reflexiones que terminaban con una carcajada.

Gracias al doctor Alejandro Macías por brindarme la oportunidad de realizar una estancia de investigación en el Centro de Investigación Territorio y Ruralidad del Centro Universitario del Sur (CUSur) de la Universidad de Guadalajara, México. A todo su equipo, en especial a Lizeth Sevilla, Marcos Macías y cómo no, a Óscar Delgado Nungaray por acogerme como lo hicieron. De México no solo me llevé la experiencia académica, sino también unos amigos para toda la vida.

A mis compañeras/os del grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Cádiz: Carlos Vladimir, Pedro Hernández, Laura Sevilla e Irene López por hacerme lo más llevadora posible mi primera aventura en la docencia Universitaria. Hacer una mención especial al Director de la Sede de la Facultad de Ciencias del Trabajo en Jerez de la Frontera, José María Pérez Monguió por sus consejos y su apoyo desinteresado que tanto bien me han hecho.

A mis alumnos/as del Grado de Trabajo Social del Universidad de Cádiz por todos los momentos increíbles vividos y de los que tanto he aprendido.

A mis compañeros y compañeras de Atlántida de CIPED: Mercedes, Alberto, Curra Botella, M^a Luisa, M^a Jesús, Beatriz Alba, Elena, Paula, María Angustias, Ana Núñez, José, Sofía, Raquel y en especial a Leonardo Martín Malavé por la oportunidad que me dio de formar parte del equipo docente que puso en marcha el centro de formación profesional reglada en el curso 2012-2013. Todos y cada uno de mis alumnos de los ciclos formativos en los que impartí clase, sobre todo a la pequeña familia de ciclo formativo de atención a personas en situación de dependencia (2014/2016) y al ciclo de cuidados auxiliares de enfermería (2013/2014). Y por supuesto, a Cristina Estefanía que pasó de ser una alumna rebelde pero adorable, a ser una de mis mejores amigas.

A mis IDRW -Laura y Soraya – más Manolo, claro, porque hemos sabido no solo ser amigos sino también unir la Geografía, la Económica y el Trabajo Social. Yulia Melikhova, agradezco tus traducciones y sugerencias sobre mis artículos. Me siento muy afortunada de haber compartido todo el proceso con vosotros.

A mis amigos: Mercedes Pagán – codo con codo y contra todo- , Rocío Sánchez, Nono Sánchez, Lucía Rodríguez, Javi Moreno, a las Queens of Magdeburg, a los madrileños con estrella y a los

tricantinos os agradezco vuestra comprensión, las risas y vuestra habilidad para hacerme desconectar. A José María Pérez-Muelas Alcázar mi amigo y vecino de Águilas (Murcia) que durante muchos veranos se convirtió en un miembro más de nuestra familia. Es de esa clase de personas que entran en tu vida y pase el tiempo que pase siempre están ahí. Gracias por la lectura profunda de la tesis, revisiones y sugerencias.

Y por último, a mis profesoras de Trabajo Social: Inmaculada Sancho por ser un ejemplo a seguir como persona y profesional; y Belén Morata por tu disponibilidad y accesibilidad. Después de más de diez años seguimos manteniendo una relación muy especial.

A todas y a todos, Gracias

Índice	
RESUMEN	15
INTRODUCCIÓN	19
PARTE I. MARCO DE REFERENCIA Y CONTEXTO EUROPEO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL HOGAR DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS	31
CAPÍTULO 1. MARCO DE REFERENCIA: ESTADO DE BIENESTAR Y DEPENDENCIA	35
1.1 El Estado de Bienestar social europeo	35
1.2 Regímenes del bienestar: críticas, reelaboración de los antiguos y emergencia de nuevos modelos	39
1.3 Revisión del concepto de “care” y su versatilidad	42
1.4 Los cuidados de larga duración en los regímenes de bienestar europeos	50
1.5 Tipología de los cuidados de larga duración	55
1.6 Modelos teóricos sobre los cuidados de larga duración: hacia los cuidados mixtos	60
CAPÍTULO 2. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOGAR: UNA CONTEXTUALIZACIÓN EUROPEA	69
2.1 Fuente de datos y construcción de la muestra de trabajo: Una visión general de las situaciones de dependencia en Europa.....	73
2.1.1. Descripción de la fuente de datos: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe	73
2.1.2. Construcción de la muestra de trabajo	77
2.2 La realidad de los dependientes europeos de 65 y más años en el hogar	81
2.3 Los cuidados de larga duración en los mayores de 65 años en el hogar.	91
CAPÍTULO 3. LOS FACTORES EXPLICATIVOS DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN PERSPECTIVA COMPARADA	105
3.1 Métodos y técnicas aplicadas al SHARE	105
3.2 Determinantes de los cuidados informales en Europa: la red social y la proximidad geográfica	113
3.3 Los cuidados mixtos en Francia y España: un análisis comparado	117
3.4 Los cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes, ¿son complementarios o sustitutos?: una visión comparada entre los países del Sur de Europa.....	124
PARTE II. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOGAR EN ESPAÑA	131
CAPÍTULO 4. MARCO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA	135
4.1 Antecedentes a la Ley 39/2006, de 31 de diciembre (Ley de dependencia).....	136
4.2 La Ley de dependencia: cambios en la política social	151
4.2.1. Elementos definitorios de la Ley de dependencia.....	153
4.2.2. Conceptos básicos relacionados con las situaciones de dependencia.....	160
4.2.3. Configuración del sistema de autonomía y atención a las personas dependientes.....	163
4.2.4. Procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación dependencia	167
4.3 Calendario de implantación y cambios normativos	172
4.3.1. Cartera de prestaciones de servicios y prestaciones económicas del SAAD	174
4.3.1.1. Prestaciones de servicios del SAAD:	178
4.3.1.2. Prestaciones económicas del SAAD	187
4.4 Régimen de incompatibilidades entre las prestaciones de servicios y económicas del SAAD	200

4.5 El impacto de la Ley de dependencia en los sistemas autonómicos de servicios sociales	201
CAPÍTULO 5. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA E IMPLICACIONES SOCIOECONÓMICAS	209
5.1 Metodología y fuentes de datos	210
5.2 Situación de las personas en situación de dependencia en España	214
5.3 Proceso de implantación de la Ley de dependencia y del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (2009-2014):	219
5.4 Perfil de la persona en situación de dependencia y tipología de cuidados personales en el entorno del hogar	227
5.5 Implicaciones socioeconómicas de la Ley de Dependencia	234
5.6 Perspectiva Territorial de la implantación de la Ley de dependencia (2009-2014)	240
PARTE III. ANÁLISIS TERRITORIAL DE LOS PATRONES DE CUIDADOS PERSONALES EN EL ENTORNO DEL HOGAR GENERADOS POR LA LEY DE DEPENDENCIA ENTRE LOS DEPENDIENTES DE 65 Y MÁS AÑOS EN ANDALUCÍA	247
CAPÍTULO 6. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO Y DESARROLLO METODOLÓGICO	251
6.1 Contexto sociodemográfico de las personas mayores en Andalucía	251
6.2 Metodología y fuente de datos	256
6.2.1. Base de Datos de Usuarios Dependientes Andaluces 2014: características y variables de trabajo	256
6.2.2. Construcción del marco territorial de referencia: sistemas de información geográfica.	259
6.2.3. Análisis y síntesis de la información	262
CAPÍTULO 7. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ANDALUCÍA DESDE LA LEY DE DEPENDENCIA.	269
7.1 Proceso de implantación del SAAD en Andalucía (2009-2014)	271
7.2 La realidad social de las personas mayores de 65 años en situación de dependencia en Andalucía	284
7.3 Los cuidados de larga duración en clave provincial: patrones de cuidados	293
CAPÍTULO 8. LOS CUIDADOS EN EL ENTORNO DEL HOGAR: ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN EL TERRITORIO?	305
CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN	319
BIBLIOGRAFÍA	335
ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS, MAPAS, PIRÁMIDES Y TABLAS	367
ÍNDICE DE CUADROS	367
ÍNDICE DE MAPAS	369
ÍNDICE DE PIRÁMIDES	369
ÍNDICE DE TABLAS	370
ANEXOS	373
ANEXO 1 ZONAS DE TRABAJO SOCIAL EN ANDALUCÍA 2014	375
ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS	385

RESUMEN

Los cuidados relacionados con las personas en situación de dependencia cada vez son más frecuentes en nuestra realidad cotidiana, transformándose en una necesidad social de actuación preferente para los gobernantes. A un contexto económico y laboral realmente inestable, se le añade el progresivo envejecimiento de la población, la participación de la mujer en el mercado de trabajo, las transformaciones en las dinámicas familiares y el aumento de nuevas formas de convivencia. Todo, generando una dificultad relacionada con la prestación de cuidados por parte de la red primaria de apoyos, es decir, la familia, produciéndose la llamada crisis de los cuidados. En este sentido, que los cuidados a las personas en situación de dependencia sean asumidos como un riesgo social, implica la redefinición de las responsabilidades del Estado, el mercado y la familia. Es decir, se transforma en un reto común de responsabilidad compartida entre los actores sociales y la sociedad civil.

A pesar de que las respuestas de los Estados miembros son diferentes a la hora de abordar este reto, convergen en el tratamiento como un derecho social incorporándolo en sus sistemas de protección social; cuyas respuesta han de ser organizadas y gestionadas desde el ámbito local y/o regional por ser la entidad más cercanas a la realidad social de las personas dependientes y de sus familias. Las transformaciones demográficas, sociales y económicas emergen la necesidad de visualizar el cuidado como una actividad que complementa la acción tradicional de las familias y al mantenimiento de la persona en su entorno social habitual siempre que su situación lo permita.

España actuó ante las recomendaciones de Europa y desde los albores del nuevo milenio se estuvo trabajando en el marco del proyecto del bienestar, la Ley de dependencia, la cual vio la luz en diciembre de 2006. Su puesta en marcha ha estado cargada de reformas, recortes y paralizaciones parciales como consecuencia de la crisis económica desde el verano de 2007. A pesar de ello, está sobreviviendo y no deja de ser uno de los avances más importante en el marco de la política social española, al garantizar la atención a las personas en situación de dependencia en condiciones de igualdad, y reconociéndola como derecho subjetivo de ciudadanía.

Por todo ello, la presente tesis doctoral pretende analizar desde una perspectiva comparada los patrones de cuidados personales – cuidados informales, formales y mixtos- en Europa, en España y Andalucía. Centrando la atención en el estudio de caso de Andalucía en el

que se aborda el análisis de la situación de las personas mayores en situación de dependencia en el que se presenta el perfil más ajustado y real realizado hasta ahora sobre ellas y así poder constatar los patrones de cuidados derivados de la Ley de dependencia tomando como referencia territorial las zonas de trabajo social en Andalucía.

La tesis se organiza en tres partes correspondientes a los niveles de estudio, Europa, España y Andalucía. La primera parte, titulada *“Parte I. Marco de referencia y contexto europeo de los cuidados de larga duración en el hogar de los mayores de 65 años”* está formada por tres capítulos.

El primer capítulo *“Marco de referencia: Estado de Bienestar y Dependencia”* se centra en proporcionar el marco teórico de referencia entorno a los pilares conceptuales sobre los que se sustenta el presente trabajo, se inicia por *Estado de bienestar, sus transformaciones y emergencia de nuevos modelos a partir de los cambios registrados*. Una revisión conceptual del “care” y de su versatilidad para comprender la orientación teórica de las tipologías de cuidados sobre las que se va trabajar – cuidados informales, formales y mixtos-. Además de los modelos teóricos construidos a partir de los cuidados de larga duración en los regímenes de bienestar europeos.

En el segundo capítulo *“Los cuidados de larga duración en los mayores de 65 años en el hogar: una perspectiva europea”* trata de contextualizar la situación de las personas mayores dependientes en Europa y las características básicas de los patrones de cuidado de larga duración a partir de la encuesta SHARE, oleada 4 y 5.

El capítulo tercero *“los factores explicativos de los cuidados de larga duración en perspectiva comparada”* en consonancia con el anterior, explica la metodología que se ha seguido para explicar los patrones de cuidados de larga duración presentes en Europa a partir de unos factores explicativos centrados en la persona, en la situación económica de ésta y la influencia de la perspectiva territorial del cuidado.

La segunda parte denominada *“Parte II Los cuidados de larga duración en los mayores de 65 años en el hogar en España”* constituida por dos capítulos que abordan los cambios en las política social española a partir del Ley de dependencia y el impacto de esta en las personas, en el mercado de trabajo y en el territorio.

El cuatro capítulo *“Marco normativo de la atención a las personas en situación de dependencia en España”* en que se presentan los principales antecedentes a la Ley de dependencia, el marco

normativo desarrollado a partir de ésta y el impacto que está teniendo el reconocimiento de la atención a la dependencia como derecho subjetivo de ciudadanía en los sistemas autonómicos de servicio sociales.

En el capítulo quinto, *“Proceso de implantación de la Ley de dependencia e implicaciones socioeconómicas”* explica a partir de los datos disponibles de gestión del SAAD la evolución del proceso de implantación de la Ley de dependencia desde 2009 a 2014; las características generales de la población dependiente en España y la tendencia de cuidado personal que reciben. Se incluye la perceptiva territorial con el fin poner sobre la mesa las diferencias existentes entre comunidades autónomas. De manera paralela se analizan los cuidados como una actividad económica generadora de empleo en tiempo de crisis y se presentan los puestos de trabajo creados durante los años que mayor destrucción de empleo ha sufrido España (2009-2013).

La tercera parte titulada *“Análisis territorial de los patrones de cuidados personales en el entorno del hogar generados por la ley de dependencia entre los dependientes de 65 y más años en Andalucía”* formada por tres capítulos. En el capítulo sexto *“Delimitación del estudio y desarrollo metodológico”* se realiza una contextualización sociodemográfica de los mayores de 65 años en Andalucía que justifica la elección de este grupo de población. Además se describe la fuente de datos y la metodología de trabajo que nos ha permitido determinar el perfil exhaustivo y cercano a la realidad social de los mayores dependientes en Andalucía. En el séptimo capítulo *“Los cuidados de larga duración en Andalucía desde la Ley de dependencia”* se centra en el proceso de implantación de la Ley de dependencia en Andalucía durante el periodo 2009-2014. Así como, el perfil de los mayores de 65 años dependientes y los tipos de cuidados personales que reciben. El capítulo finaliza con el análisis provincial de los cuidados de larga duración para comprobar tanto el patrón de cuidados predominante como las diferencias existentes entre ellas.

El capítulo octavo cierra la tesis, bajo el nombre *“Los cuidados en el entorno del hogar: ¿encontramos diferencias en el territorio?”* en el que se identifican los Patrones de prestación de cuidados personales en el entorno del hogar existentes en Andalucía, presentados a través de un análisis clave del territorial considerando como unidad de referencia las zonas de trabajo social y dentro de estas distinguiendo entre rural y urbano para que los resultados sean lo más cercanos la realidad social de los dependientes andaluces.

El trabajo finaliza con la exposición de las conclusiones obtenidas del análisis, respondiendo a las preguntas y justificando las hipótesis planteadas.

Introducción

La atención hacia las personas en situación de dependencia es sin duda un reto para la política social no sólo a nivel regional sino también internacional. En este sentido, el envejecimiento de la población es considerado como una conquista social si se analiza en términos de una mayor esperanza de vida al nacer, un mayor número de años de vida libre de discapacidad y en estado de buena salud al cumplir los 65 años. Todo ello, está generando una redefinición de las relaciones entre el Estado, la familia y el mercado, incidiendo directamente en la configuración de los sistemas de protección social y por ende en los Estados de Bienestar.

No obstante, la cotidianidad que están adquiriendo los cuidados hacia personas dependientes nos evoca a pensar que se trata de una necesidad que emergió de la Ley de dependencia de 2006 en España. Sin embargo, no se trata de una demanda social nueva, lo que ha ocurrido es que tradicionalmente los cuidados se ha solventado dentro de la esfera privada e invisible del hogar, es decir, el peso de los cuidados los han tenido las familias, y dentro de ellas, sus mujeres. Ahora bien, es ineludible el avance que en materia de política social ha supuesto la Ley de dependencia considerando la atención como un derecho subjetivo de ciudadanía, al que se le ha dotado de un sistema de prestaciones económicas y de servicios, siendo estos sus principales objetivos: la mejora la calidad de vida de las personas dependientes y de sus familiares, el mantenimiento de la persona en su entorno social habitual y la visualización del cuidado.

En este sentido, en el campo de la investigación social la visualización de los cuidados en el entorno del hogar, derivados de la Ley de dependencia en España, constituye un objeto fundamental de reflexión e investigación. Sobre todo, en el campo del trabajo social, el cual, adquiere un papel protagonista no solo por ser el profesional de referencia y el más cercano a la realidad social de las personas dependientes, sino también como una línea de investigación emergente para el área de conocimiento.

El ejercicio de reflexión realizado en el marco de mi trayectoria formativa me ha permitido incorporar la experiencia personal al debate existente alrededor del universo heterogéneo de las situaciones de dependencia, que van más allá de considerarlas como un problema individual familiar, se trata de conectar nuestro bienestar con la capacidad de generarlo; siendo este un reto que como investigadores sociales compartimos con los poderes públicos. De ahí, que la problemática derivada de la prestación de cuidados personales hacia personas mayores de 65

años en el entorno del hogar centre el interés del trabajo que se presenta para la obtención del grado de doctor.

El interés de centrar mi tesis doctoral en el estudio de la personas en situación de dependencia se deriva por un lado, de mi estrecha vinculación personal con el tema por la trayectoria profesional de mis padres como trabajadores de la atención hacia personas con discapacidad intelectual. Y por otro lado, el atractivo académico que me trasmitieron, en primer lugar, en Trabajo Social (2003-2006) durante el cual se estaban asentando las bases del que se aventuraba como el cuarto pilar del Estado de Bienestar, y la redacción del texto normativo de la Ley de dependencia. En segundo lugar, en Ciencias del Trabajo (2006-2008) caracterizada por la publicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. En la que se reconocía la atención a las personas en situación de dependencia como derecho subjetivo de ciudadanía, con este reconocimiento se rompía con el asistencialismo tradicional de nuestro sistema de protección social.

Entonces fue en septiembre de 2007 cuando recibí una llamada, en la que José Antonio Camacho, profesor de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Granada, me proponía una beca de colaboración para el curso 2007/2008 y que acepté rápidamente. Así comenzó esta gran aventura. El desarrollo de la beca de colaboración llevaba consigo mi participación en el proyecto de investigación llamado el *Estudio sobre las implicaciones económicas-financieras de las personas en situación de dependencia en Andalucía*. Desde ese momento me enrolé en el apasionante mundo de la investigación y he participado en diferentes proyectos, destacando el de *Yacimientos de empleo y políticas sociales: los servicios relacionados con la atención a personas en situación de dependencia en Andalucía* que vio la luz en el año 2012.

Tras este proyecto de investigación se acumularon multitud de interrogantes y desafíos pendientes centrados sobre todo en el sistema de cuidados personales en el entorno del hogar, la tipología de cuidados recibidos y si éstos seguían un patrón determinado, siendo estos los principales detonantes para el desarrollo la tesis doctoral.

Justificación y relevancia

La prestación de cuidados se configura como una actividad esencial y central de la vida humana (Thomas, 1993) que se presenta con intensidades diferentes en función del momento

del ciclo vital. Por este motivo, Rogero reconoce que el cuidado genera un vínculo social que nace de la necesidad de cumplir con el deber de ayudar al otro (Rogero, 2010:30).

El actual contexto social convierte en protagonistas a los cuidados, como categoría de análisis, debido a la situación de inestabilidad económica y laboral; a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, a las transformaciones en las estructuras y en las dinámicas familiares; y al envejecimiento progresivo de la población. Todo ello disminuye la respuesta tradicional de la red primaria de prestación de cuidados personales ante situaciones de dependencia o necesidad. Este hecho está generando la denominada crisis de los cuidados (Carrasco, 2013), cuya posible justificación se centra en la profunda reorganización del tradicional sistema de cuidados debido a dificultad que las mujeres están teniendo para responder a dichas demandas de cuidados y una red de servicios de cuidados de oferta pública que todavía hoy no responde a las necesidades de los dependientes (Pérez Orozco, 2006). De ahí, su transformación como un reto común de la política social en las actuales sociedades que paulatinamente se van envejeciendo, algo a lo que ni en España ni en Andalucía somos ajenos.

Desde este punto de vista, la atención a la dependencia, sin lugar a dudas, la redefinición de las responsabilidades del Estado, el mercado y la familia – la triada del bienestar– no solo es necesaria para dar respuesta a esta demanda social creciente que descansa mayoritariamente sobre las mujeres, sino también para tratar avanzar reorganización del sistema de cuidados con el fin de romper las estructuras de desigualdades de género tradicionales. De este modo, los cuidados de larga duración se transforman en el centro de las reformas de los regímenes de bienestar.

La política social europea sentó las bases al problema social común a través de la Recomendación número (98)9, del 18 de septiembre de 1998, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia en la que instaba a los estados miembros al desarrollo de políticas que respondiesen a las necesidades de estas personas y su incorporación en los sistemas nacionales de protección social. Las acciones realizadas debían de encontrar un equilibrio entre los derechos y las obligaciones de las personas que necesitan cuidados y de quienes lo proporcionan (Duran, 2014). De acuerdo con ello, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000 reconoció de manera explícita la protección de las situaciones de dependencia en el marco de la seguridad social y de los servicios sociales, con el fin de evitar situaciones de pobreza y exclusión social.

España destaca por ser uno de los países más longevos de la Unión Europea en el que una de cada cinco personas es mayor de 65 años, proporción que irá en aumento progresivamente en las próximas décadas (INE, 2015). Además, el envejecimiento de la población tiene una clara perspectiva de género. Las diferencias entre hombres y mujeres ponen de relieve que no solo ellas presentan una mayor esperanza de vida, sino que al vivir más, lo hacen en un horizonte marcado por situaciones de dependencia severa. Así, la brecha de género (hombres-mujeres) que se genera hace que las mujeres sean doblemente protagonistas como receptoras y proveedoras de cuidados personales.

La respuesta en España al riesgo de la dependencia se gestó bajo la influencia de las recomendaciones europeas, las buenas prácticas internacionales y comunitaria, y la propia experiencia, con el objetivo de converger con el planteamiento del actual modelo de sociedad europea (Camacho et al., 2008). De hecho, la Ley de dependencia representa uno de los avances más importantes en el marco de la política social española, al garantizar la atención a las personas en situación de dependencia en condiciones de igualdad y una mejora de la situación fragmentada del sistema público de servicios sociales.

Desde la perspectiva regional, la implicación de Andalucía en la socialización del riesgo de la atención a las personas en situación de dependencia la ha posicionado entre las comunidades autónomas a la cabeza en el proceso de implantación de la Ley de dependencia. A pesar de tener una puesta en marcha casi desde cero y estar marcada por una profunda crisis económica.

Finalmente, la justificación y relevancia de este trabajo se resume en el convencimiento que el futuro de la política social de atención a la persona en situación de dependencia pasa por una auténtica visualización del cuidado y su reconocimiento como actividad que genera sinergias positivas que repercuten al Estado de bienestar. Aun cuando los cuidados hacia personas en situación de dependencia siguen estando arraigados en los núcleos familiares, están emergiendo nuevos patrones de cuidados mixtos que tienen un doble objetivo: por una parte, mejora la eficacia de los cuidados informales, y por otro, la visualización del cuidado como actividad profesional complementaria a la acción de los cuidadores principales, además de los avances en los cuidados formales.

Objetivo, hipótesis y cuestiones metodológicas

El **objetivo principal** de esta tesis doctoral es llevar a cabo un análisis comparado sobre los patrones de cuidados personales asociados a las tres tipologías de cuidados – cuidados informales, formales y mixtos- que reciben las personas mayores de 65 años dependientes en el entorno del hogar en Andalucía.

Unido al objetivo fundamental planteado, se ha marcado un conjunto de objetivos específicos de contextualización, cuyas funciones radican en situar el propósito de la investigación en el marco de los cuidados de larga duración en los regímenes de bienestar europeos, y determinar los principales factores explicativos de éstos en perspectiva comparada con España. Los objetivos de contextualización se enumeran a continuación:

- Contextualizar la respuesta de los cuidados de larga duración asociados con la edad como una necesidad dentro de la sociedad europea, situándolos dentro de los regímenes de bienestar europeos.
- Determinar cuáles son los principales factores explicativos de los cuidados personales recibidos en el entorno del hogar entre los mayores dependientes de 65 y más en Europa.
- Comprobar si Europa sigue un patrón de cuidados comunes, o por el contrario, se mantienen las tradicionales características básicas de sus regímenes de bienestar.
- Analizar el marco normativo desarrollado en España para responder al riesgo de la dependencia, así como, su proceso de implantación (2009-2014).

Las **hipótesis básicas de trabajo** son, por un lado, verificar cómo la política social a través de la Ley de dependencia en Andalucía está dando y dirigiendo la respuesta a una necesidad social no nueva, pero si cada vez más presente en una sociedad más envejecida. Y por otro, verificar como la incorporación de las zonas de trabajo social como unidad territorial de referencia nos permite determinar la existencia de patrones diferenciados de cuidados entre las zonas rurales y urbanas. Para verificar estas hipótesis es necesario dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿La Ley de dependencia como cambio o refuerzo del papel de la familia, y por ende, de los cuidados informales?

- ¿Existe un patrón único de atención a las situaciones de dependencia en Andalucía? ¿Se mantiene incluso al incorporar a la perspectiva territorial – rural y urbano por zonas de trabajo social?
- ¿El fenómeno social de la dependencia tiene nombre de mujer? ¿Si éstas viven más su horizonte de vida, está marcado por las situaciones de dependencia?
- ¿Se pueden vincular las características de los dependientes con la prestación asignada para evaluar el sistema de cuidados personales?

La **metodología de trabajo** que permite analizar los patrones de cuidados que reciben los mayores dependientes en el hogar se centra en considerar al cuidado como una categoría analítica. Para ello, se toman como referencia la persona cuidadora y la naturaleza de los cuidados siendo éstas dos dimensiones de la siete identificadas por Carol Thomas (1993) dada la versatilidad del concepto “care”. Esta perspectiva aplicada común, nos ha permitido trabajar con diferentes fuentes de datos y escalas territoriales en la caracterización y análisis de los patrones de cuidados de larga duración entre los mayores de 65 años, en definitiva, su realidad social.

A nivel europeo se tomó como referencia la base de datos The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) – Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa- en su oleada 4 (2011/2012) y oleada 5 (2013) que permite estudios de carácter longitudinal del proceso de envejecimiento, y cómo éste afecta desde el punto de vista económico, social, sanitario, cultural, histórico, territorial y de las políticas. La explotación estadística de la base de datos ha permitido contextualizar la realidad social de las personas en situaciones de dependencia mayores de 65 años y la tipología de cuidados- informales, formales y mixtos- que reciben en el entorno del hogar en Europa. A través de diferentes análisis descriptivos y econométricos se han determinado los principales factores explicativos de los cuidados personales recibidos por los mayores dependientes europeos. En este sentido, se ha analizado la probabilidad de recibir las diferentes tipologías de cuidados de trabajo que aún no muestran un patrón común, pero se observa la tendencia europea hacia un modelo complementario y/o de especialización de tareas, es decir, hacia los cuidados mixtos.

A nivel nacional, de manera complementaria, se ha utilizado también la encuesta SHARE para analizar el tamaño y composición de la red social existente alrededor del mayor dependiente; y la proximidad geográfica existente con la persona cuidadora principal. Finalmente, la fuente de datos principal son las estadísticas mensuales de los datos de gestión del SAAD, procedentes

del SISAAD durante el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre 2014. A partir de ellos se configuró una base de datos propia, que ha permitido realizar análisis de trazo grueso sobre la caracterización de las personas dependientes en España y profundizar en el proceso de implantación de la Ley de dependencia durante el periodo de estudio. También se indican las principales diferencias entre comunidades autónomas, medidas a partir de la especialización en prestaciones económicas del SAAD.

Y por último, a nivel autonómico se ha utilizado la información disponible a este nivel de las estadísticas mensuales de gestión del SAAD – solicitudes, dictámenes, grados de dependencia de las personas beneficiarias y tipo de prestaciones-. De manera complementaria, Base de Datos de Usuarios Dependientes Andaluces 2014 (BDUDA, 2014) proporcionada por la Consejería de Igualdad y Política Social de la Junta de Andalucía. La base de datos ha permitido agregar la información municipalizada por zonas de trabajo social, como unidades territoriales de referencia y como responsables de la gestión del SAAD. El potencial de la base de datos y el nivel de desagregación nos ha permitido presentar un perfil lo más completo y fiable de los mayores dependientes, así como la geografía de los patrones de cuidados personales presente en Andalucía

Desarrollo del trabajo de investigación o estructura del trabajo.

La estructura de esta tesis doctoral se organiza tres grandes ámbitos:

La primera parte está formada por los tres primeros capítulos. El primer capítulo se centra en proporcionar el marco teórico de referencia en torno a los tres pilares conceptuales: Estado de bienestar, sus transformaciones y emergencia de nuevos modelos a partir de los cambios registrados. Como paso siguiente en el apartado tercero del primer capítulo, se realizó una revisión conceptual del cuidado o “care” porque dada a su versatilidad su interpretación condiciona las políticas sociales relacionadas. A través de diferentes perspectiva teóricas que se presentan queda claro que para poder comparar la realidad social de los cuidados entre regímenes de bienestar no se puede caer en el error de solo centrarlos en actos de intercambio de afecto y tiempo, que en ocasiones son difíciles de medir. A pesar de las dificultades por llegar a una conceptualización común, debido en parte a la componente cultural asociada al cuidado, encontramos diferentes dimensiones que permiten construirlo como una categoría analítica común, como: la identidad social de la persona cuidadora y receptora de cuidados, y sus relaciones interpersonales, la naturaleza de los cuidados que se reciben y la localización de los cuidados, entre otros.

Así en el apartado cuarto del capítulo, se expone como los cuidados de larga duración han sido implementados en los sistemas de protección social europeos y como éstos ante los desequilibrios entre la oferta y la demanda de prestaciones de cuidados personales están respondiendo. Siendo común la preocupación sobre la sostenibilidad financiera actual y futura de los modelos de protección.

En esta línea, los cuidados van evolucionando y adaptándose a una sociedad cambiante en el que resulta imprescindible, desde el punto de vista académico, dotar de límites a los cuidados en términos de qué se hace, a quién, a donde y durante cuánto tiempo; siendo éstas las bases para la construcción teórica de las tipologías de cuidados sobre las que se va trabajar – cuidados informales, formales y mixtos-.

De manera paralela, las preferencias de los proveedores de cuidado y la interacción entre los cuidados informales y formales generan cuatro modelos teóricos como el modelo *compensador jerárquico*, *de especialización de las tareas*, *sustitutivo de cuidados* y *el modelo de cuidados complementario* cada uno retrata la heterogeneidad de las tareas asociadas al cuidado y la complejidad de las relaciones entre la familia con el mercado y el Estado. No obstante, se presentan los cuidados mixtos como tipología de cuidados personales respaldados por el modelo complementario, en el que se combina la actuación profesional con la realizada por los familiares en el entorno del hogar, siendo un escenario óptimo para el mantenimiento de la persona en su entorno habitual siempre que su situación lo permita.

El capítulo segundo es de contextualización sobre las principales características de las personas dependientes mayores de 65 años en Europa y los cuidados de larga duración que reciben en el entorno del hogar. Para ello, se tomó como referencia *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* considerada como una encuesta básica en el estudio sobre las condiciones del envejecimiento en Europa. Entre sus potencialidades se encuentra la identificación del grupo de personas mayores dependientes que presentan dificultades en las actividades de la vida diaria y el grado de severidad de la misma. Debido al carácter interdisciplinar de la encuesta, en nuestro caso nos hemos centrado en las principales características sociodemográficas, económicas y territoriales para conocer la realidad social y los cuidados que reciben en el hogar las personas mayores dependientes en Europa. En este sentido, las situaciones de dependencia en estos tramos de edad presentan un componente de género que describe el perfil del dependiente europeo como mujer octogenaria, viuda, con un grado de dependencia severa y urbana. Ahora bien, las principales diferencias entre los países

Europeos se encuentran en el tamaño medio de los hogares y en las redes sociales, así como, en renta anual y en prestaciones económicas. Respecto al tipo de cuidados personales que reciben también se observan diferencias, en el caso de los países del sur de Europa son más habituales los cuidados informales, en cambio, los países del centro y norte de Europa tiene una mayor tendencia hacia los cuidados formales. Ahora bien, en Europa está aumentando la presencia de los cuidados mixtos.

De manera complementaria el capítulo tercero se centra en los factores explicativos de los cuidados de larga duración en Europa, desde una perspectiva comparada a partir de diferentes modelos econométricos aplicados a la SHARE en su oleada 4 y 5. En el primer caso, trata de analizar los factores que influyen en la prestación de cuidados informales, siendo estos más probables de ser recibidos por los hogares con rentas anuales bajas, con disponibilidad de la red social y la proximidad geográfica entre sus miembros. En el segundo caso, se propone un análisis comparado sobre los determinantes de los cuidados mixtos entre Francia y España, en ambos casos, el componente económico que presentan este tipo de cuidados hace que sean más probables en hogares con renta anual por encima de la media europea y por dependientes que reciben prestaciones económicas públicas periódicas. Las principales diferencias se dan en la distancia física existente entre los dependientes y los miembros de su red social, hecho que aumenta la intensidad con la que se presentan los cuidados mixtos. En el tercer caso, hemos pretendido analizar la relación de complementariedad o sustitución entre los cuidados mixtos en los países del sur de Europa, en los que la familia tradicionalmente ha llevado el peso de los cuidados en el hogar. Los resultados obtenidos, evidencian los avances que España ha realizado en materia de atención a la dependencia en pro de la universalización y socialización del riesgo, frente al resto de países del sur de Europa en los que la atención a la dependencia mantiene el carácter asistencial tradicional.

La segunda parte de la tesis centra su atención en los cuidados de larga duración en el entorno del hogar en España, se desarrolla en dos grandes capítulos cuarto y quinto, con el objetivo de explicar el avance en política social que ha supuesto la Ley de dependencia y cómo ésta está sobreviviendo a la situación de crisis económica y reformas relacionadas. En el capítulo cuarto, se desarrollan los principales antecedentes de la Ley de dependencia en materia de servicios sociales, como las Leyes de servicios sociales de primera generación de las comunidades autónomas, así como el marco normativo desarrollado a partir de los artículos 49 y 50 de la Constitución Española referidos a las personas con discapacidad y personas mayores. En este sentido, en el segundo apartado del capítulo se desarrolla cómo las recomendaciones

procedentes de la Unión Europea influenciaron en la génesis del marco proyecto del bienestar, además de la propia experiencia nacional en esta materia. De manera paralela, se expone la configuración del sistema de autonomía y atención a las personas dependientes (SAAD) derivado de la Ley de dependencia, así como, el procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia, es decir, el itinerario que la persona sigue para hacer efectivo su derecho subjetivo de atención. Ahora bien, en el tercer apartado del capítulo, se enfatiza en el calendario de implantación y los cambios normativos que afectan tanto a la intensidad de las prestaciones de servicios y económicas como al proceso de implantación de la Ley de dependencia, en el que los principales afectados son los usuarios. Así en el apartado cuarto, se expone el régimen de incompatibilidades existente entre las prestaciones del SAAD.

El capítulo cuatro, termina poniendo en valor el impacto que la Ley dependencia está teniendo en los sistemas autonómicos de servicios sociales a través de una masiva reforma legislativa desde 2006. Teniendo como común denominador el reconocimiento del derecho subjetivo de atención y el compromiso de hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantista y plenamente universal.

En el capítulo quinto, se centra en dar una visión aplicada del proceso de implantación de la Ley de dependencia a través de la información mensual disponible del SAAD, durante el periodo temporal 2009-2014. Esto nos ha permitido configurar el perfil de las personas dependientes en España, las principales características del sistema y el proceso de implantación de la Ley cargado de reformas y recortes de gasto durante el periodo de estudio.

A pesar de ello, los cuidados informales medidos a través de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales ha sido la primera alternativa de cuidados, pero no se puede perder de vista como los cuidados mixtos irrumpen con fuerza de la mano de los servicios de ayuda a domicilio y centros de día/noche. Sin embargo, la atención residencial aunque no sufre variaciones muy pronunciadas sigue siendo un importante recurso para las situaciones de dependencia más severas. En esta línea el capítulo trata de enfatizar en el impacto que la Ley de dependencia ha tenido sobre el mercado de trabajo, su visualización como actividad generadora de empleo en tiempo de crisis en España. Lo que pretendíamos era poner en valor que los cuidados de larga duración adquieren un papel fundamental en el régimen de bienestar y que no se trata de un gasto, sino de una inversión social.

El capítulo finaliza con la descripción de las diferencias existentes entre las comunidades autónomas respecto al proceso de implantación de la Ley de dependencia durante 2009-2014. Las diferencias territoriales son medidas a partir del grado de efectividad del derecho a prestaciones prevista en la Ley, es decir, al número de beneficiarios que reciben prestaciones. Así como por los cambios producidos en el grado de especialización en prestaciones económicas por parte de las comunidades autónomas.

En la tercera y última parte de la tesis se centra en el análisis de los patrones de cuidados personales en el entorno del hogar entre los dependientes mayores de 65 en Andalucía. En el capítulo sexto, se describe la delimitación del estudio presentando el contexto sociodemográfico actual de las personas de 65 y más años en Andalucía, y cómo éstas van a ir adquiriendo en las próximas décadas un mayor protagonismo. Siendo éste análisis introductorio el que justifica que dentro de este grupo de población nos centremos en aquellas personas que presentan dificultades en la realización actividades de la vida diaria, es decir, que se encuentran en situación de dependencia. Para ello, las fuentes de datos de referencia fueron, por un lado, las encuestas mensuales del SAAD desde 2009 a 2014 para el análisis del proceso de implantación de la Ley dependencia en Andalucía y por otro, la Base de Datos de Usuarios Dependientes Andaluces para el año 2014, que ha permitido descender a nivel municipal y así poder hacer una descripción muy completa y lo más cercana posible a la realidad de las personas dependientes en Andalucía. Además de construir el modelo de territorial de referencia del estudio, utilizando para ello los sistemas de información geográfica, los cuales, nos han permitido agregar la información municipalizada a zonas de trabajo social como marco territorial de referencia en los servicios sociales y por tanto de gestión de la Ley de dependencia.

En este sentido, con el capítulo séptimo lo que se ha pretendido es poner en valor el satisfactorio proceso de implantación de la Ley de dependencia en Andalucía durante el periodo 2009-2014 y los cambios introducidos en el año 2012, que supusieron paralizaciones parciales del sistema. No obstante, Andalucía es una de las comunidades autónomas que se encuentra en a la vanguardia desde el inicio.

De manera complementaria nos hemos centrado en el perfil de los mayores dependientes que reciben cuidados en Andalucía, en el que se pone de manifiesto cómo a pesar de que las mujeres viven más, lo hacen con un horizonte de vida marcado por las situaciones de dependencia más severas y en condiciones económicas más precarias respecto a los hombres. Respecto al patrón de cuidados presente en Andalucía, los cuidados informales se presentan

como la primera alternativa aunque no es la única, los cuidados formales y mixtos se reciben pero con una intensidad menor.

Sin embargo, la inclusión de la perspectiva territorial de nuestro trabajo nos ha permitido descender a nivel provincial, como escala territorial intermedia de gestión, observándose que los cuidados informales no son el patrón único de cuidados personales presente en Andalucía y que los cuidados mixtos son la primera alternativa en algunas provincias.

Finalmente, el capítulo octavo cierra la tesis presentando los patrones de cuidados derivados de la Ley de dependencia por zonas de trabajo como unidad de referencia y distinguiendo si se tratan de zonas rurales y urbanas. El objetivo que nos marcábamos se centraba en comprobar si al igual que se encontraban diferencias a nivel provincial, al descender a un nivel más concreto se mantenía. Los resultados obtenidos nos han mostrado una realidad diferente a la que se suponía en un principio y se ha comprobado como en la mayoría de las zonas rurales el patrón de cuidados derivado de la Ley es de carácter mixto, en cambio las zonas urbanas se encuentran fuertemente especializadas en cuidados de informales y por tanto en prestaciones económicas.

**PARTE I. MARCO DE REFERENCIA Y CONTEXTO EUROPEO DE
LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL HOGAR DE LOS
MAYORES DE 65 AÑOS.**

**CAPÍTULO 1. MARCO DE REFERENCIA: ESTADO DE BIENESTAR Y
DEPENDENCIA**

CAPÍTULO 1. MARCO DE REFERENCIA: ESTADO DE BIENESTAR Y DEPENDENCIA

1.1 El Estado de Bienestar social europeo

El Estado del bienestar se ha de identificar como marco ejecutor de las políticas sociales cuyo objetivo es poner en valor, desde el punto de vista analítico de producción y de distribución del bienestar, la teoría de los regímenes de bienestar en las sociedades contemporáneas. En este sentido, Esping Andersen define el Estado del Bienestar como un conjunto integrado de relaciones establecidas entre el Estado, el mercado y la familia, incluyendo de manera residual la actuación del tercer sector (Esping-Andersen, 1993, 2001). De no abordar esta perspectiva, se dejaría sin explicar el bienestar que producen otras instituciones, ya que sus actuaciones se vinculan en gran medida con las orientaciones de los procesos políticos y económicos.

Tomando como referencia la perspectiva conceptual de Luis Moreno (2003) sobre el Estado del Bienestar, reconociéndolo como “el conjunto de instituciones estatales proveedoras de políticas sociales dirigidas a la mejora de las condiciones de vida, a facilitar la integración de clases y grupos sociales, nivelando e igualando -aunque no homogeneizando- sus recursos materiales” (Moreno, 2003:3). Ésta deja tres aspectos importantes: el primero, la responsabilidad por parte de los Estados en la mejora de la calidad de vida (protección de los riesgos sociales); el segundo, la promoción de la igualdad de oportunidades entre los ciudadanos; y el tercero, al tratarse de construcciones teóricas, va más allá de su localización en el tiempo y en el espacio.

Fernández García y López Peláez (2006) y González Rabanal (2009) reconocen que los cimientos sobre los que se sustenta el Estado del Bienestar radican en la confluencia de:

1. Políticas económicas de Lord Beveridge a través del informe, *Social Insurance and Allied Services*¹, redactado y publicado en 1942 en el Reino Unido en plena Segunda Guerra Mundial (1939-1945). En este informe, trató de rediseñar el sistema de bienestar de su país, promulgando el principio de cobertura universal, “desde la cuna hasta la tumba” – *from cradle to grave*-, de la seguridad social para todos los ciudadanos ante situaciones de necesidad, viéndose la afinidad con las ideas Keynesianas del intervencionismo del

¹ Conocido comúnmente como el Primer Informe Beveridge.

Estado. Además, sentó las bases para la creación de un sistema nacional de salud gratuito y universal.

2. El modelo de ciudadanía social propuesto por Thomas Humphrey Marshall en 1950, en su obra *Ciudadanía y clase social*, en la que expresó el ideal socialdemócrata de que todos – ciudadanos- tengan los medios en clave de dimensión civil, política y social para su participación efectiva en su comunidad. En otras palabras, Marshall presentó la ciudadanía como un repertorio de derechos encaminados a la igualdad social (González Vázquez, 2011).

Ambas perspectivas fueron desarrolladas tras la Segunda Guerra Mundial y, en concreto, durante el periodo de la “época dorada”, *Golden Age*, del capitalismo de bienestar (1945-75). Durante ésta, desde 1960 hasta mediados de 1970, se produjo la consolidación de los Estados de Bienestar a través de las políticas expansivas de estímulo a la demanda. De hecho, el gasto público aumentó en un 30% de media en los países de la OECD, debido principalmente a la expansión del gasto social (Navarro Ruvalcaba, 2006). El desarrollo de políticas hacia el pleno empleo, la expansión de los servicios sociales, educativos y sanitarios y la gran movilidad social, es decir el pacto Keynesiano que sentaba las bases para consolidar el Estado de bienestar, se vio parado en seco debido a la crisis del petróleo (1973-74 y 1978-79). La influencia de las políticas de los gobiernos de Ronald Reagan en Estados Unidos y de Margaret Thatcher en el Reino Unido dio lugar a la reestructuración o reforma del Estado de bienestar que se produjo entre 1980 y 1990. La notable inestabilidad económica derivó en políticas de autoridad y de contención del gasto afectado directamente en la creación de empleo, disminución de la protección frente al desempleo, afectado directamente en el fomento de la cohesión social e impactando directamente en los Estados de Bienestar (Gómez Serrano y Buendía García, 2014). Esta etapa de reestructuración se la conoce como la *Edad de Plata del Bienestar* (Taylor-Gooby, 2002) que abarca de desde los ochenta hasta el inicio de la crisis económica y financiera mundial.

Ahora bien, la configuración de los Estados de bienestar europeos ha sido objeto de investigación, clasificación y debates políticos. El primer intento de clasificación fue la realizada por Richard Titmuss² en 1981. Este dio paso a numerosos estudios que derivaron en múltiples

² En la traducción de su libro de Política social identificó tres modelos (Titmuss, 1981): el residual las necesidades de los individuos son satisfechas por el mercado y la familiar. Las instituciones sociales

clasificaciones, como por ejemplo: Gomà Carmona (1996), Ebbinghaus (1999), Lessenich (1996), Abrahamson (1995), Mishra (1989), Furniss y Tilton (1977). Aunque se sigue la tradición de Titmuss, en nuestro caso tomamos como referencia el trabajo de Esping-Andersen (1990), con sus tres mundos del Estado de Bienestar. Perfilamos tres modelos atendiendo a la distribución de las responsabilidades del Estado, del mercado y de la familia – la triada del bienestar-.

Partiendo de la base de que la ciudadanía constituye la piedra angular del Estado de bienestar, y siguiendo las ideas de T.H. Marshall y Esping-Andersen, en un sentido amplio, trató de ir más allá de emitir políticas sociales aisladas con sus correspondientes prestaciones. Así, pretendió construir verdaderos modelos de gestión o sistemas de acuerdo con el papel que tienen dentro de la ciudadanía cada institución, sus derechos y su financiación.

De acuerdo con Esping-Andersen, establece una distinción entre tres regímenes de bienestar: socialdemócrata, conservador y liberal, atendiendo a los siguientes tres criterios:

- Grado de estratificación social en cuanto a la relación público/privada en la prestación de bienestar social.
- El grado de desmercantilización (*decommodification*) identificado como <<grado en que el Estado de bienestar debilita el vínculo monetario, garantizando el derecho independientemente de la participación en el mercado. Bajo tal mecanismo, bienes y servicios sociales tienden a perder, en parte o integralmente, su carácter de mercancía>> (Esping-Andersen, 1999: 43).
- El grado de desfamiliarización (*dis-familiarization*) el grado de reducción de la dependencia del individuo respecto de la familia o, inversamente, el aumento de la capacidad de comando del individuo sobre recursos económicos, independientemente de las reciprocidades familiares o conyugales (Esping-Andersen, 1999: 45). O por el contrario, el grado de familismo centrado en el grado en el que la familia tiene que responder al bienestar de los miembros.

intervienen con carácter subsidiario y sus acciones se dirigen hacia las personas con mayores necesidades. Industrial o remunerativo las necesidades están directamente relacionadas con el nivel económico de la persona, el que el Estado tiene un papel complementario a través de prestaciones contributivas derivadas de su trabajo. Institucional en el que Estado tiene un papel básico en la satisfacción de las necesidades y protección frente a situaciones de riesgo y necesidad.

Siguiendo ésta línea, los regímenes de bienestar son definidos:

El régimen de bienestar socialdemócrata << ejemplifica la idea de quienes consideran que los sistemas privados de bienestar social se caracterizan por la desigualdad y la inadecuación, por lo que buscan sustituirlos por un régimen de protección pública integral>> (Esping-Andersen, 2001: 189). Los países escandinavos -Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia – son sus mejores representantes, caracterizados por su cobertura universal, su amplia provisión de servicios y prestaciones. El rol central del Estado y las posiciones de la familia y del mercado tornan a ser marginales en el suministro de bienestar social, tratando de evitar la desigualdad. Tomando los conceptos de Esping Andersen, este régimen presta un grado máximo de “desmercantilización” y promueve la “desfamiliarización”.

El régimen de bienestar conservador-corporativo es característico de los países europeos – Alemania, Francia y Austria, entre otros- en los que existía fuerte presencia de la Iglesia y en los que <<el legado histórico corporativista estatal fue elevado para atender a la nueva estructura “postindustrial” de clases>> (Esping-Andersen, 1993: 48). Este régimen destaca por la protección individual de los trabajadores influenciados por normas estrictas de contratación y despidos (Esping-Andersen, 2001: 190). Además del papel central de la familia y dentro de ésta, el varón como sustentador principal- cabeza de familia-, hace que se trate de un régimen << explícitamente “familista” en el sentido de que, asegurado el ingreso, suponen que la familia puede hacerse cargo de la mayoría de las funciones relacionadas con el bienestar y que, de hecho, lo hará>> (Esping-Andersen, 2001: 190). En este caso, la intervención del Estado se limita a aquellos que no obtienen bienestar a través del mercado, es decir, el carácter subsidiario del Estado en materia de política social y la actuación marginal del mercado. En resumen, este presenta un alto grado de “des-mercantilización” y no incentiva la “desfamiliarización”.

El tercer el régimen propuesto por Esping Andersen es el régimen de bienestar liberal que encuadra a los Estados Unidos, al Reino Unido, a Australia y a Nueva Zelanda. La actuación del Estado es residual frente a la centralidad del mercado en la promoción de soluciones, adquiriendo el papel protagonista en la triada del bienestar. La política liberal en materia social, es caracterizada por la exigencia de una estricta prueba de recursos³ del ciudadano en situación de necesidad para que se produzca la intervención del Estado. Esping Andersen aclara que “el enfoque más residual [...] en el ámbito de la protección social se basa en la hipótesis de que los

3 El Estado desarrolla un protocolo a través de medios e instrumentos que permitan determinar y/o demostrar la existencia de una situación de necesidad a nivel individual o superior como a nivel del hogar.

problemas relacionados con los fallos de mercado suelen limitarse a casos especiales, como las madres solteras, que tienen dificultades objetivas para satisfacer sus necesidades en mercados normales” (Esping-Andersen, 2001: 190). Por tanto, <<este régimen minimiza los efectos de la “desmercantilización”, limita con efectividad el alcance de los derechos sociales y construye un orden de estratificación que es una mezcla relativa igualdad de pobreza entre los beneficiarios de la protección social, de un bienestar social para mayorías diferenciado por el mercado y un dualismo político de clase entre los dos>> (Esping-Andersen, 1993: 47-48). En resumen, el régimen liberal toma como piedra angular del sistema de protección social al mercado, dejándole a la familia y al Estado un papel marginal. Entonces presenta grados mínimos tanto de “desmarcantailización” como de “desfamiliaización”.

Como resumen, destacamos el papel central de cada uno de los regímenes de bienestar como describe Sunkel (2007) en la siguiente tabla:

Tabla 1.1 Resumen de las características de los regímenes de bienestar por Esping Andersen.

	Socialdemócrata	Conservador- corporativo	Liberal
Familia	Marginal	Central	Marginal
Mercado	Marginal	Marginal	Central
Estado	Central	Subsidiario	Marginal

Fuente Sunkel (2007: 174).

1.2 Regímenes del bienestar: críticas, reelaboración de los antiguos y emergencia de nuevos modelos

La división clásica de los regímenes de bienestar propuesta por Esping-Andersen ha estado sujeta a fuertes críticas que supusieron reelaboraciones y que analizaremos de acuerdo con el trabajo de Sonia Draibe y Manuel Riesco (2006), identificando dos críticas:

1. **La metodología de clasificación de los regímenes de bienestar.** Aun cuando, Esping Andersen identifica que los tipos o clases de regímenes de bienestar social son, por definición, formales y, por ende, no siempre posibilitan la buena comprensión y clasificación de ciertos casos, se generan a su vez dos críticas relacionadas con la imposibilidad de aplicar o usar regímenes de bienestar ante situaciones diferentes a las originales. La primera, cuestiona la especificidad en la que las condiciones históricas – democracias, industriales y occidentales- sobre las que se aplican estos conceptos no se pueden reproducir en todas las sociedades. Y la segunda, se relaciona con el grado de

desarrollo social y económico de una sociedad respecto al “desarrollo óptimo” alcanzado por los regímenes de bienestar social originales.

- 2. Doble crítica feminista.** Relacionada con la orientación conceptual de los regímenes de bienestar social. Por un lado, el autor no describe en profundidad el papel de la familia en la caracterización y dinámicas de los regímenes, a diferencia del Estado y el mercado. Por otro, en la formulación de los regímenes considera la centralidad del hombre como sustentador principal de la familia y la mujer/esposa como cuidadora, es decir, no tiene en cuenta la división sexual del trabajo y la omisión de la perspectiva de género.

En esta línea de crítica a la formulación de los regímenes de bienestar propuestos por Esping Andersen, se encuentra también la realizada por Luis Moreno (2001) en su trabajo «La vía media» española del modelo de bienestar mediterráneo. El autor reconoce que << *los estudios de bienestar, en general, han tendido a ser “suecocentristas”. Así, el Estado de bienestar escandinavo se ha constituido para muchos analistas en vara de medir los logros y carencias de los sistemas de protección social del resto de los países capitalistas avanzados* >> (Moreno, 2001:69). No cabe duda, la preferencia de los analistas por el modelo sueco, llegando a estar mitificado, respecto a lo qué debe ser un Estado de bienestar y un sistema real de protección social en el que los riesgos sociales se encuentran cubiertos.

Las críticas han conducido a la reelaboración de regímenes que no han estado bien encuadrados en las tradicionales clasificaciones, así como la emergencia de nuevos regímenes de bienestar más sensibles a sus características histórico-culturales. A continuación, se presentan dos categorías de regímenes y Estados de bienestar que se añaden a los tradicionalmente presentes en Europa.

- Régimen del bienestar mediterráneo: los países del sur Europa (España, Italia, Portugal y Grecia) conforman un modelo de bienestar propio que ha estado sujeto a diferentes denominaciones, como los anteriormente descritos, entre ellas destacan: modelo de bienestar social del sur o mediterráneo (Ferrera, 1996, 1997, 2000; Moreno, 2000) y “vía media” de desarrollo del bienestar (Moreno y Sarasa, 1992; Moreno, 2000). Más allá de las leves diferencias existentes entre los cuatro países del sur, las principales características que definen el conjunto de componentes y procesos del régimen de

bienestar mediterráneo y que lo hacen diferente, se expone a continuación (Draibe y Riesco ,2006; Moreno, 2010):

- a. La gran extensión de la economía informal, haciendo que el Estado tenga un papel subsidiario que sólo cubre las necesidades de una parte de la población. Utilizando la terminología de Esping-Andersen se trata de un régimen que presenta un bajo nivel de desfamilización.
 - b. Dentro de la triada del bienestar, el papel que adquiere la familia y sus valores, resulta ser un elemento fundamental y característico, conocido como <<familismo>> (Moreno, 2006).
 - c. Su composición tiene un carácter dual respecto a otros regímenes de bienestar por tener aspectos tradicionalmente bismarkianos y beveridgianos. Sin embargo, presentan una carencia de programas de asistencia social y apoyo a la familia, y una estructura institucional muy fragmentada (Moreno, 2000).
 - d. Presencia de mecanismos políticos discrecionales de distribución de beneficios sociales. No es una característica en exclusiva de este régimen, en cambio, si lo es la intensidad con la que se presenta.
- Régimen del bienestar de Europa del Este: la incorporación de los países del Este del continente a la Unión Europea tuvo lugar en dos oleadas, la primera en 2004 – Estonia, Letonia, Lituania, Polonia, Hungría, República Checa y Eslovenia- y la segunda en el año 2007 – Rumania y Bulgaria-. El conjunto de países del bloque soviético se podrían agrupar en un <<quinto mundo>> del Estado de bienestar, ya que inicialmente sus sistemas de protección social estaban caracterizados por un nivel básico de bienestar para todo los ciudadanos, igualitario y autoritario, propias de un estado socialista (Gómez de Pedro, 2001; Sotiropoulos, 2003). Sin embargo, hoy por hoy se trata de un grupo muy heterogéneo, diferenciándose dos tendencias (Calzada et al., 2013) : por un lado, los caso de Eslovenia, Republica Checa, Hungría, Polonia y Estonia en el que sus políticas combinan los seguros sociales de estilo Bismark - Conservador/corporativo- (Aidukaite, 2009 ; Potůček, 2008; Deacon, 2000) y por otro lado, los países como Ucrania, Estonia, Bulgaria, Rumanía que evolucionan hacia un modelo liberal que impulsa a depender del mercado (Fenger, 2007).

Para concluir este capítulo, se toma como referencia el trabajo de Inés Calzada et al. (2013), *Regímenes de bienestar y valores en Europa*, dónde se recoge una Tabla 1.2 que trata de sintetizar los principios, valores y fundamentos organizativos básicos que caracteriza a los diferentes regímenes de bienestar europeos.

Tabla 1.2 Regímenes, principios organizativos y valores asociados.

Régimen de bienestar	Principios organizativos	Vales
Socialdemócrata (nórdico)	Estatismo, derechos individuales	Igualitarismo, << equidad progresiva>>
Conservador- corporativo (continental)	Aseguramiento para el mantenimiento de rentas, corporativismo.	<< logro>>, tradición
Liberal (anglosajón)	Liberalismo económico, residualismo estatal	No-igualitarismo, multiculturalismo.
Mediterráneo	Aseguramiento para el mantenimiento de rentas, familismo.	<< logro>>, << empatía inter-generacional>>.
Este	Estatismo, combinación de residualismo y mantenimiento de rentas.	Igualitarismo, autoritarismo.

Fuente Adaptado a partir de Calzada et al. (2013:66)

1.3 Revisión del concepto de “care” y su versatilidad.

En la última década, en Europa, la investigación en las ciencias sociales y también en el ámbito de las ciencias de la salud, alrededor del vocablo inglés “care” (cuidado) ha aumentado considerablemente. Sin embargo, este vocablo no tiene una correspondencia automática en otras lenguas como en español o en francés, generándose así un problema, pues si la interpretación del concepto es diferente, difícilmente se pueden hacer comparaciones o replicar experiencias empíricas a otras realidades sociales. Aunque el término cuidado es un concepto nuevo que describe una vieja realidad.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española reconoce que el término *cuidado* proviene del latín *cogitātus*, pensamiento, y es definido en su segunda acepción como la acción de cuidar (asistir, guardar y conservar) y cita como ejemplo, el cuidado de los enfermos, de la ropa y de la casa. En este sentido, el verbo cuidar tiene que ver con la preocupación, el interés y la atención. En español se encuentran aproximaciones como el análisis que Martin Palomo en 2008, en el que rescata la palabra “cuido” en la que se encuentran muchos matices, significados o sentidos que describen el término “care”. La autora indaga en el lenguaje cotidiano para evitar el uso de anglicismos y comprueba como el término “care” es más complejo que las acepciones de cuidado/s o cuido (Muñoz Terrón, 2012; Martin-Palomo, 2008). Un punto de vista

más generalista es el concepto de cuidado que expone Costanza Tobío en 2011, reconociéndolo “como herramienta intelectual que identifica y describe las diversas actividades y prácticas sociales encaminadas a asegurar la supervivencia básica de las personas a lo largo de la vida” (Tobío, 2011: 19).

El término francés *soin* - *soins* en plural- está orientado más a tareas o intervenciones de carácter físico (personales) o instrumentales asociadas con el campo de la enfermería (Durán, 2011). Aunque dentro de la misma lengua se encuentran otros términos, cómo la perífrasis “*le travail centré sur autrui*” (Letablier, 2001), o “*le souci des autres*” (Paperman y Laugier, 2005), ambas autoras generalizan y trabajan con el término “care” evitando interpretaciones erróneas y así poder incorporar la dimensión política/pública del “care”. La posición que toman las autoras referente al uso del vocablo “care” es compartida por muchos investigadores y países que lo utilizan sin traducirlo debido a la inexistencia de equivalencia en sus idiomas (Letablier, 2007). Letablier en 2007 resalta como punto partida de la reflexión del término inglés “care” dos vertientes: por un lado, la noción del trabajo no remunerado (*unpaid work*), el realizado tradicionalmente por las mujeres de las familias o por los miembros de la comunidad (entorno social) que procuran cuidados sin recibir ninguna compensación económica. Por otro lado, incorpora las investigaciones de corriente feminista desde finales de los años 70 del siglo pasado, entre las que destaca la obra de Carol Giligan en 1985 en la que se introduce la dimensión de los sentimientos, las emociones y la moral en el cuidado (Letablier, 2007: 65; Martín Palomo, 2008).

En inglés el término “care” está orientado al pensamiento, a la atención. Sin embargo, el uso de las preposiciones en esta lengua lo han transformado en un concepto versátil. De hecho, Ungerson (2005:188) en su afán de conceptualizar el significado ambiguo del “care”, toma como referencia la monografía de Finch and Groves en 1983, *A Labour of love women, work, and caring*, en la que se establece una distinción básica entre el “caring about someone or something” (cuidar de algo o de alguien) y “caring for someone” (cuidar de alguien). En otras palabras, el primero indica una predisposición hacia la persona dependiente, el sentimiento. En cambio, la segunda es concebida como una tarea, orientándose como una actividad y cercana al concepto de “trabajo”. Ahora bien, estas distinciones revelaban las diferencias de género existente alrededor del cuidado, a los hombres se les asignaba el “caring about” refiriéndose al sentimiento, a la preocupación de tener hijos y/u otros miembros a su cargo. En cambio, “caring for” la carga y las obligaciones del trabajo eran asignadas a la mujer (Graham 1983; Ungerson 1983). Así Joan Tronto en 1998 identifica que “caring about” es común tanto para los hombres

como para las mujeres, y que a éstas además se les asigna la responsabilidad del cuidado (Tronto, 1998).

A principios de los noventa del siglo pasado Joan Tronto, junto a Berenice Fisher, trabajaron el concepto del care desde un punto vista muy general. En sus estudios, lo convertían en una actividad esencial y central de la vida humana (Fisher y Tronto, 1990). Siguiendo esta línea de trabajo, Tronto publicó en 1998 el libro *An Ethic of Care, Generations* en el que enfatiza el concepto “care” como proceso que implica cuatro facetas analíticas íntimamente relacionadas: caring about (preocuparse de), take care of (encargarse de), care giving (dar cuidado) y care receiving (recibir cuidado), configurándose así la gramática del término “care” y sus distintas acepciones (Tronto, 1998):

- a) *caring about*, consiste en ser consciente de las necesidades de cuidado por parte de otra persona. Implica la disposición moral de atención a un tercero.
- b) *take care of* implica el hecho de asumir una cierta responsabilidad en relación con la necesidad identificada. Implica la disposición moral a la responsabilidad.
- c) *care giving* representa la dimensión práctica y competencial para la realización de la actividad de cuidar. Implica la respuesta efectiva a la necesidad.
- d) *care receiving*, respuesta del beneficiario del cuidado. En otras palabras, la verificación del buen cuidado por parte de quién o quienes lo han recibido.

Cuadro 1.1 Resumen del concepto de cuidado (care) propuesto por Joan Tronto (1998)

Fases del proceso de cuidado		Elementos de la ética del cuidado	
caring about [preocuparse, cuidarse de]	noting needs [notar — darse cuenta de— las necesidades]	attentiveness [atención, solicitud]	attention [atención]
taking care of [cuidar de]	assuming responsibilities [asumir responsabilidades]	responsibility [responsabilidad]	[práctica, más que regla formal u obligación]
care giving [procurar cuidado/s]	work (of care) [trabajo (de cuidado)]	competence [competencia]	[resultados efectivos]
care receiving [ser cuidado@/s]	response [respuesta]	responsiveness [responsividad]	vulnerability [vulnerabilidad]

Fuente. Adaptado Muñoz Terrón, 2012.

En este sentido, no sólo se justifican las múltiples facetas implicadas en el cuidado, sino que “justifica la posibilidad y la necesidad de reconocerle una dimensión pública, política, al considerarlo, en términos arentianos, no sólo como labor, sino también como trabajo y como acción” (Muñoz Terrón, 2012; 464).

En el trabajo de Carol Thomas de 1993 “De-Constructing concepts of care”, *destruyendo los conceptos de cuidados*; la autora pretende poner sobre la mesa la diversidad y la complejidad de los significados atribuidos al término “care” y la dificultad por encontrar una conceptualización común. Los hándicaps se encuentran son:

- La difusa línea que distingue los cuidados de carácter más genérico de los de carácter específico.
- La localización en la esfera privada – doméstica- o pública -: estado, instituciones, mercado-.
- La determinación de quiénes son las personas o grupos que reciben cuidados con el fin de conocer sus necesidades, intereses y la calidad de los cuidados recibidos.
- El cuidado como una cuestión de las mujeres de las familias, tanto dentro como fuera del hogar, ya que la cuestión de género está enraizada.
- La interpretación de las políticas del Estado de Bienestar, las ideologías y sistemas de protección social dependen en gran medida de la definición de cuidado tomada de referencia.

Thomas centró su atención en los trabajos de las autoras feministas Hilary Graham (1991) y Clare Ungerson (1990), además de hacer referencias a Roy Parker (1981) y Sylvia Walby (1989). Uno de los objetivos que se marcó fue poner en tela de juicio las reconceptualizaciones que se habían realizado, incidiendo en la no eliminación del carácter parcial y/o fragmentado de la concepción de cuidado. Dada la polisemia del término “care”, la autora estableció un marco analítico para resaltar las diferencias existentes en las reconceptualizaciones de las anteriores autoras. De esta manera, Thomas identificó las potencialidades del “care” a través de las siete dimensiones de los cuidados (Thomas [1993],2011):

1. **La identidad social de la persona cuidadora:** las características sociales de la persona cuidadora a través de los roles familiares o profesionales como esposas, hijas, enfermeras y asistentes domésticas. La feminización del cuidado como identidad social en la investigación fundamentalmente feminista.

2. **La identidad social de la persona receptora de cuidados:** se identifican las características sociales de las personas que reciben cuidados. El identificador social en este caso es la “*situación de dependencia*”, definida en el marco de cómo las políticas sociales establecen los grupos, es decir, personas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas...
3. **Las relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora de los cuidados:** reconoce tres tipos de relaciones: las que provienen de los lazos familiares, las basadas en la amistad o la “vecindad” y las *relaciones de cuidados contingentes*, que son aquellos en las que están preestablecidas unas condiciones y unos fines específicos entre personas que no se conocen. En investigación la relación se define en función del grado de familiaridad y de obligaciones personales.
4. **La naturaleza de los cuidados:** parte de la base de la dificultad que entraña el análisis del verbo “to care” en inglés y sus dos principales acepciones como estado afectivo (caring for someone) o como actividad (caring about someone). La naturaleza de los cuidados puede ser definida sólo como actividad y como combinación entre actividad y afecto.
5. **El dominio social en el cual se localiza la relación de cuidados:** determina si se trata por un lado, de cuidados recibidos en dominio público, denominados cuidados formales- en los que la persona que presta cuidados tiene una remuneración-; por otro lado, cuidados recibidos en dominio privado identificados como cuidados informales – cuidados que se ejercen por familiares y/o amigos sin recibir remuneración alguna-. La división establecida por Thomas corresponde a la división sexual del trabajo en la sociedad capitalista.
6. **El carácter económico de la relación de cuidados:** dimensión estrechamente relacionada con la anterior, aunque desde el punto de vista analítico es diferente. Establece que la localización de la relación de cuidado determina su remuneración, en este sentido, la literatura frecuentemente reconoce que si se trata de cuidados prestados en el ámbito privado no son remunerados. Sin embargo, aquellos localizados en el ámbito público, establece formas de trabajo y por tanto el cuidado si está remunerado. Aunque no son excluyentes entre sí.

7. **El marco institucional en el cual se prestan los cuidados:** identifica dónde (lugar físico) se están proporcionando los cuidados, en el hogar, en una residencia, en un hospital...etc.

Las dimensiones propuestas por Thomas son una herramienta útil para describir, analizar e interpretar las conceptualizaciones entorno a los cuidados realizados en otros estudios. De hecho, la autora desgrana a partir de las siete dimensiones, las reconceptualizaciones realizadas por Roy Parker, Hilary Graham y Clare Ungerson – Cuadro 1.2 - las unifica, y concluye que aunque siguen una perspectiva feminista no van en la misma dirección y siguen siendo parciales. En definitiva, se reitera la dificultad por alcanzar un consenso en la construcción del significado 'care', y lo identifica como un concepto descriptivo que no existe desde el punto de vista teórico; los cuidados son una categoría empírica y no teórica.

“Las formas de cuidados y las relaciones entre éstas se tendrán que seguir teorizando en función de otras categorías teóricas”. **[Original: forms of care, and the relationship between them, remain to be theorised in terms of other theoretical categories.]** (Thomas ,1993: 668).

Cuadro 1.2 Descomposición de los conceptos de cuidados, según Carol Thomas, 1993 [2011]

Siete dimensiones de los cuidados	Hilary Graham, década de 1980 (1983,1985)	Roy Parker (1981)	Hilary Graham. Década de 1990 (1991)	Clare Ungerson (1990)	Concepto Unificado de Cuidados
Identidad social de la persona cuidadora	Mujeres: - esposas - madres - hijas	Personas adultas	Identificadores: - género - raza - clase	Identificador: -género (se podrían incluir otras dimensiones)	Definida en términos de: - género (principalmente mujeres) - clase - raza - diversos roles ocupacionales dentro de los servicios sociales y sanitarios.
Identidad social de la persona receptora de cuidados	Personas adultas sanas y dependientes y niños y niñas.	Personas dependientes.	Personas adultas sanas y dependientes y niños y niñas.	Personas adultas sanas y dependientes y niños y niñas.	Personas adultas sanas y dependientes y niños y niñas.
Relación interpersonal entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados	Familiar: - parentesco - matrimonio - consanguinidad	Familiar: - amistad - vecindad - profesional o de servicio	Familiar: - parentesco - matrimonio - consanguinidad	Familiar: - parentesco - matrimonio - consanguinidad No familiar.	Familiar, amistad, vecindad, contingente legal o profesional.
Naturaleza de los cuidados	- Trabajo reproductivo - trabajo y afecto	Tareas de atención: - dar de comer - lavar - levantar - limpiar - proteger - consolar	- trabajo reproductivo - trabajo y afecto	Principalmente: - actividades de trabajo En segundo lugar: - estado emocional o afectivo	Actividades de trabajo estados afectivos
Dominio social	Privado/ doméstico.	Privado/doméstico o público formal o informal.	Privado /doméstico.	Privado/ doméstico o público formal o Informal.	Privado/ doméstico o público formal o Informal.
Relación económica	No salarial.	No salarial o salarial.	No salarial o salarial.	No salarial o salarial.	No salarial o salarial.
Contexto institucional	Hogar.	Hogar Diversos contextos de servicios sociales y sanitarios.	Hogar.	Hogar Diversos contextos de servicios sociales y sanitarios.	Diversos, por ejemplo: Hogar; instituciones residenciales; hospital de crónicos; guarderías; otros contextos de servicios sociales, sanitarios y de voluntariado.

Fuente. Carol Thomas, 1993 [2011] : 156-157.

Más allá de la polisemia del vocablo “care”, es de resaltar el concepto metafísico propuesto por Berenice Fisher y Joan Tronto en 1990 en el capítulo llamado *Toward a feminist theory of caring*⁴, definido como una “*actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar o reparar nuestro ‘mundo’ de tal modo que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, que intentamos mantener en una red compleja que sostiene la vida*” (Fisher y Tronto, 1990: 40). Esta perspectiva responde, de manera muy general y clara, a la esencia del cuidado como instinto primitivo de protección y responsabilidad de una persona ante la situación de necesidad en la que se encuentre otro miembro de su red social.

Recapitulando; como se ha comprobado en las páginas anteriores, la extensa literatura relacionada con término “care” genera la necesidad de aclarar su contenido en la medida de lo posible, antes de trasladarlo a la investigación empírica, para evitar problemas conceptuales y metodológicos posteriores. De hecho, las investigaciones orientadas a la unificación el término “care”, nos dificultan el establecimiento de una correspondencia total con el vocablo español “cuidado”. Sin embargo, su proximidad en las aceptaciones de preocupación, atención, hacerse cargo de... hacen que usemos “care” y “cuidado” indistintamente. Desde nuestra perspectiva, entendemos el **cuidado** como el conjunto de acciones relacionadas con la vida diaria incluidas las de carácter afectivo y material, cuando todas éstas se dirijan a recuperar, mantener o mejorar el estado de bienestar de una persona en situación de necesidad, generando a su vez, una implicación/compromiso por parte de una tercera persona, independientemente de su edad y género.

4 Dentro del libro de las teóricas feministas Emily Abel y Margaret Nelson *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*.

1.4 Los cuidados de larga duración en los regímenes de bienestar europeos

Desde finales de los años 80 del siglo pasado, los regímenes de bienestar se han visto sometidos a un proceso de transformación, convirtiéndose en un motivo de debate político y académico en muchos países europeos.

Actualmente, los regímenes de bienestar tienen un doble objetivo: por un lado, responder a las nuevas necesidades o riesgos sociales para los que no fueron creados en un principio. Entre los nuevos riesgos sociales se encuentran: la inestabilidad de los trabajos, la desindustrialización y la terciarización del empleo, la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, la inestabilidad de las estructuras familiares, la pérdida de poder adquisitivo que generan modelos de doble ingreso que dificulta conciliación de la vida personal y familiar, el progresivo envejecimiento de la población, la fragilidad de la tercera edad, una protección social insuficiente (Bonoli, 2005 y 2007). Y por otro, no desatender a los riesgos que ya tenían.

En nuestro trabajo nos vamos a centrar en los cuidados de larga duración, como parte encubierta de la triada del bienestar, ya que se encuentran incardinados en la familia. En este sentido, García-Calvente et al. expone los tres ejes que están propiciando el debate para que “cuidadores informales dejen de ser la cenicienta de la política social”, siendo éstos: *<<el creciente aumento de la demanda de cuidados, la progresiva disminución de disponibilidad de cuidadores informales y las reformas de los sistemas sanitarios y otros servicios del bienestar>>* (García-Calvente et al. 2004: 132). En este sentido, M^a Ángeles Duran (2014) reconoce que los cuidados, y especialmente los cuidados de larga duración, son el centro de las reformas de los regímenes de bienestar porque *<< el cuidado puede transformarse, pero no suprimirse, y cada sociedad tiene que encontrar el mejor modo posible de conciliar los derechos y obligaciones de quienes necesitan los cuidados y de quienes de un modo u otro han de proporcionárselos>>* (Duran, 2014:53).

Como se puede comprobar, el modelo de cuidados ha sido desarrollado por las mujeres de la familia. Sin embargo, esta concepción está cambiando y llegando a generar la llamada “crisis de los cuidados”⁵ (Carrasco, 2013; Pérez Orozco, 2005,2010). El problema se genera cuando aumentan las necesidades de cuidados y disminuye la oferta de las cuidadoras

⁵ Se está haciendo hincapié en el hecho de que un modelo de cuidados dominante, en este caso el de los países occidentales, ha dejado de tener validez, y que el modelo de cuidados venidero, futuro, aún no está definido completamente. Habiendo quebrado el modelo previo de organización social de los cuidados, estamos presenciando un proceso de profunda transformación que afecta al conjunto del sistema socioeconómico (Pérez Orozco y López Gil, 2011: 24)

tradicionales. Ésta insostenibilidad genera que los cuidados de larga duración sean un punto central en las agendas de nuestros gobernantes (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3 Desequilibrio entre la oferta y la demanda en la prestación de cuidados personales.



Fuente. Elaboración propia a partir de European Commission (2015) y Alonso Seco (2014).
Nota: sólo se resaltan las más importantes.

Ahora bien, los regímenes de bienestar asumen la responsabilidad de responder a riesgos sociales como son la atención a las personas dependientes o cuidados de larga duración. A continuación, se describen los rasgos más significativos en esta materia, tomando como referencia⁶ la clasificación clásica de Esping-Andersen y el régimen mediterráneo (Ferrera, 1996) (Tabla 1.3):

⁶ No se consideran el bloque específico de los países del Este incorporados a la unión Europa desde la ampliación de 2004. Debido a que se encuentran sumidos en profundos cambios y no forman en sí un régimen específico. Por este motivo no se incluirán en los distintos modelos de referencia.

Tabla 1.3 Principales características de los regímenes de bienestar en clave de atención a personas en situación de dependencia.

Regímenes de bienestar	Socialdemócrata (nórdico)	Conservador- corporativo (continental)	Liberal (anglosajón)	Mediterráneo
Características				
Derecho social a la protección social de la dependencia.	Derecho universal.	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo.	- Derecho mixto: universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales - Preferencia a personas en grave dependencia sin recursos.	- Derecho mixto: universal en atención sanitaria; asistencial en servicios sociales. - Transición hacia cobertura universal.
Financiación	- Impuestos generales y locales. - Copago en función de la renta y el tipo de servicios.	- Cotizaciones en el nivel contributivo e impuestos en el nivel no contributivo; - Copago en función de la renta en la prestación de servicios (en Alemania están excluidos las rentas más altas por la obligatoriedad de tener un seguro privado).	- Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta.	Impuestos, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta.
Prestaciones sociales	Servicios sociales y ayudas técnicas.	- Servicios y prestaciones monetarias topadas. - Ayudas técnicas.	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas. Prueba de recursos.	Prestaciones monetarias topadas, servicios sociales y ayudas técnicas.
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal.	- Seguridad Social están incluidos los cuidadores familiares. - Central, Regiones y Municipios (modelo de responsabilidades compartidas).	Municipal.	Regional y Municipal.
Provisión de servicios según importancia	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas.	Organizaciones voluntarias, religiosas, y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán.	Empresas, ONGs y Ayuntamientos.	Ayuntamientos, ONGs, entidades religiosas y creciente importancia de empresas.
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoya y sustituye a la familia cuidadora.	Amplio apoyo al cuidador informal. Se refuerza la responsabilidad familiar y la centralidad del tiempo informal de cuidados.	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual.	- Apoyo limitado al cuidador informal. - Italia: sistema de compensación al cuidado

				informal y financiación del coste de los servicios públicos o privados.
Países	Suecia, Finlandia y Dinamarca.	Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo y Bélgica.	Reino Unido.	España, Italia, Portugal.
Situación actual	<ul style="list-style-type: none"> - Transición silenciosa de un modelo netamente público a otro crecientemente mixto. - Cambios que favorecen a la mercantilización y a las familias. - Externalización de la gestión del cuidado. Desgravaciones fiscales. - La libre elección de las prestaciones sociales como principio orientador (condicionada por los proveedores y el propio límite en su ejercicio). 	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización del riesgo de la dependencia (llamado el quinto). sometido a problemas de sostenibilidad financiera y articulación de la triada del bienestar. - Principio de elección de las prestaciones y proveedores. - El sector mercantil ha sustituido a la oferta no lucrativa de servicios sociales. - Retroceso de las ONG, refuerzo de la familia y el Estado; y ampliación del sector mercantil. - Los cuidados domiciliarios son prioritarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fracaso continuo de los intentos de constitución de un sistema universal. - Expansión de la oferta mercantil (políticas neoliberales) empotrada en el sector público. - Refuerzo de la ideología del consumerismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización del riesgo de la dependencia. <ul style="list-style-type: none"> ○ Italia: proceso de extensión, problemas hacia la universalización por la falta de coordinación efectiva entre la administración central, regiones y municipios. ○ España: proceso de cambio, diseño mixto entre el modelo nórdico y continental. - Preferencias por las prestaciones monetarias. - Crecimiento de la oferta privada. - Mantenimiento del copago.

Fuente Adaptación de cuadro propuesto por Alonso Seco (2014; 8-11) y Rodríguez Cabrero (2011;36).

Aunque en principio se observan claras diferencias entre los modelos europeos de atención a las personas dependientes o cuidados de larga duración, Pacolet (2006) reconoce que precisamente las diferencias institucionales, organizativas y de financiación han generado un proceso de convergencia en la manera de dar respuesta a este riesgo social. En esta línea se encuentran los trabajos de Österle (2009) y de Arriba González de Durana y Moreno Fuentes (2009), en los que se comprueba como la atención a la dependencia es un reto común, y que la responsabilidad es compartida entre los actores sociales y la sociedad civil. La existencia de sinergias entre los modelos, trata de incorporar las fortalezas existentes de cada uno, mientras comparten la principal dificultad, la sostenibilidad financiera.

Alonso Seco (2014: 12-13) sintetiza las tendencias europeas de atención a personas en situación de dependencia en Europa, en la que la crisis económica ha acentuado la preocupación por la sostenibilidad financiera actual y futura de los modelos de atención. Las principales tendencias referidas por el autor son resumidas a continuación:

- **Reasistencialización:** Concentración en las dependencias más graves y en los colectivos que demuestran que no tienen recursos.
- Fomento de la **libertad de elección** entre prestaciones Sociales: Aumentando la preferencia de las prestaciones económicas frente a los Servicios como vía de control del gasto público.
- **Refamiliarización y refeminización** de los procesos de cuidados personales. Mayor individualización del riesgo de la dependencia.
- **Remercantilización:** Gestión privada, segmentación de la población en función de la capacidad de copago, concentración de la oferta privada.
- **Fomento de la fiscalidad** como vía de complementariedad de las prestaciones públicas y desgravación.

Finalmente, en 2014 el Comité de Protección Social junto a la Comisión Europea elaboró el informe denominado "Una adecuada protección para las necesidades de cuidados de larga duración de una sociedad que envejece" - *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society Report*, en el que se enumeran entre los mensajes claves y los retos a los que se enfrenta la Unión Europea simultáneamente (Social Protection Committee y European Commission, 2014:5), los siguientes:

- En las próximas décadas, se espera que se triplique la población mayor de 80 años en situación de dependencia y que requerirán cuidados de larga duración.
- Por razones de equidad y eficiencia, se requiere una protección sostenible del riesgo de la dependencia y de los cuidados de larga duración, siendo aspectos importantes en clave de igualdad de género entre los mayores.
- Una disminución del número de personas en edad de trabajar, que repercutirá directamente en una menor disponibilidad por parte de las familias en la prestación de cuidado informal. Reduciéndose considerablemente el número de cuidadores potenciales de larga duración respecto a la situación actual.
- La presión generada por la generación del “baby boom”, no sólo por su progresiva incorporación a la edad de jubilación que es una situación inmediata, sino también por el crecimiento de la demanda de cuidados de larga duración.

1.5 Tipología de los cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración es uno de los ámbitos de actuación que más rápido se ha desarrollado en Europa en las últimas dos décadas. Tomando como referencia el concepto propuesto por OECD en 2011, que entiende que los cuidados de larga duración son el conjunto de servicios que requiere una persona con disminución de la capacidad funcional, física o cognitiva, que se encuentra en situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (AVD) - bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño- y aquellas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) - tareas domésticas, comidas, compras y transporte- durante un período prolongado de tiempo (OECD,2011). En concreto, los que se reciben en el domicilio incluyen el uso de instituciones de estancia temporal, que facilitan la permanencia en su hogar, como es el caso de los centros de atención diurna y estancias de respiro. El cuidado en el hogar también incluye todas aquellas adaptaciones en la vivienda para mejora de la accesibilidad y dotar de una mayor autonomía personal (OECD, 2011).

Los cuidados evolucionan y se van adaptando a los cambios que en la sociedad se van aconteciendo como la inclusión de la mujer al mercado de trabajo, el cambio en las dinámicas sociales y familiares, el descenso de la natalidad, la atomización familiar – aumento de hogares unipersonales, monoparentales, fundamentalmente- frente a la familia extensa, la movilidad geográfica, el envejecimiento de la población, el cambio en las necesidades de las personas que

reciben y prestan cuidados. Todo ello, va a determinar sobre quién o quiénes – Estado, familia y mercado- recaen la tarea del cuidado.

Dotar de límites a los cuidados en términos de qué se hace, a quién, a dónde y durante cuánto tiempo, se traduce en una tarea muy compleja. De hecho, las investigaciones parten de la sistematización de la práctica, es decir, toman como punto de inicio la situación en la que se encuentra la persona que recibe el cuidado, y de ésta se identifican las características de los cuidadores describiendo las tipologías de cuidado que reciben o han de recibir.

En esta línea, las principales tipologías de cuidados se agrupan en dos grandes categorías (Tabla 1.4):

- Los **cuidados informales** implican la intervención de la familia, los amigos y los vecinos existentes en el entorno social de la persona en situación de necesidad, y por largos periodos de tiempo (Paraponaris et al. 2012; Brouwe, 2006). Se trata de cuidados de proximidad. Son los realizados tanto por aquellos que conviven – pareja e hijos fundamentalmente-, como por los que viven fuera del hogar – los hijos, parientes, amigos, vecinos-, formando la “red natural de apoyos” (Geerts y Van, 2012).

Los cuidados que se prestan se hacen desde la voluntariedad, la generosidad y la solidaridad (Attias-Donfut, 1992; Fernández-Cordón, Tobío, 2006; Rodríguez-Rodríguez, P 2005; Gray, 2009). Es decir, no existe una relación contractual entre ellos, ni remuneración económica frecuente. Normalmente, los cuidadores informales, llevan implícita una relación afectiva entre el proveedor y el receptor, o al menos se tiene un conocimiento previo, como ocurre con el voluntariado no especializado (García Calvente, Mateo Rodríguez y Eguiguren, 2004; Jamieson y Illsley, 1993; Herrera Gómez, 1998). La perspectiva de cuidado informal expuesto responde a quién/es es/son la/s persona/s sobre las que recae la tarea del cuidado.

Ahora bien, si el cuidado informal se define desde la perspectiva de las tareas realizadas –qué se hace-, se identifican tres concepciones: en primer lugar, como trabajo no remunerado, no cabe duda de asociarlo a las tareas desarrolladas exclusivamente en el ámbito doméstico (limpieza del hogar, preparación de comidas, lavado, planchado...etc.); en segundo lugar, como ayuda o apoyo físico al desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria -el cuidado personal, deambulación dentro del domicilio, levantarse o acostarse, cambios posturales, las actividades domésticas básica, entre otras- (Katz et al., 1963) ; y en tercer lugar, una visión más ampliada, además de

las actividades básicas de la vida diaria se incluyen las actividades instrumentales - ir de compras, administración de medicamentos, dinero, preparación de comidas, uso del transporte público, orientación...- (Lawton y Brody, 1969; Rogero García, 2010).

- Los **cuidados formales** definidos como el “conjunto de acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás” (Francisco del Rey y Mazarrasa, 1995: 62). Aunque se trata de una definición muy general, resalta un aspecto clave como es la cualificación profesional que sirve para diferenciarlos de los cuidados informales. Este tipo de cuidados requiere de unos conocimientos y una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidado. Además se genera una relación contractual/laboral con la persona que los recibe, implicando una remuneración por los servicios prestados (véase también en Bettio y Plantenga, 2004).

Los principales proveedores de este tipo de cuidados – sobre quien- son las instituciones/organizaciones públicas, entidades sin ánimo de lucro, y empresas privadas existentes en la comunidad y que forman parte del sistema de protección social (Kalwij, Pasini, y Wu, 2014). Dentro de esta lista de proveedores se incluyen las personas que hacen voluntariado especializado - considerados como profesionales pero sin recibir una remuneración monetaria a cambio- y los cuidadores inmigrantes que pasan de un estatus de cuidadores informales a formales (Triantafillou et al., 2010).

Los servicios que prestan –qué se hace- son: atención residencial, centro de día/noche, servicios de respiro, atención domiciliaria, ayuda a domicilio (OECD, 2005). Las principales tareas que realizan son las relacionadas con la satisfacción de las dificultades o falta de autonomía de la persona en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria; y aquellas relacionadas con la atención y la ayuda en el domicilio, es decir, las relacionadas con las actividades instrumentales de la vida diaria, incluyendo las tareas domésticas y el servicio de comida a domicilio (Kraus et al., 2010).

Las principales diferencias en la conceptualización de cuidado informal y formal se encuentran a nivel del quién, es decir, del proveedor dichos cuidados – familia/entorno o profesionales –. La localización de la prestación del cuidado también es una diferencia, cuando este se desarrolla en el mismo domicilio o fuera, es decir, cuando el cuidado implica una movilidad de la persona hacia una residencia, centro de respiro, centro de día/noche, hospital...etc. Ahora bien, entre las similitudes se encuentra la duración del cuidado en el tiempo.

Julia Twigg en 1989 analizó el rol que los cuidadores formales asignaban a los cuidados informales, estableciendo tres modelos:

- Cuidadores como recursos <<*carers as resources*>>: el cuidador informal como instrumento de ayuda para el propio profesional, proporcionado información y formación para asegurar que el cuidado que presentan es de calidad.
- Cuidadores como co-trabajador <<*carers as co-workers*>>: el cuidador formal considera como colaborador al cuidador informal, ya que realizan tareas diferentes. Se produce un constante intercambio de información debido a que la disponibilidad del cuidador formal no es total. El peso del cuidado es para el cuidador informal.
- Cuidados como clientes <<*carers as co-clients*>>: considera que el hecho de cuidar implica una carga importante que puede llegar a deteriorar la salud del cuidador. En este caso, el cuidador y la persona que recibe cuidados son objetivo para el cuidador formal.

Además en el mismo trabajo Twigg argumenta que la interacción existente entre los cuidados formales y los informales se encuentra marcada por la dirección que tome la política social, económica, sanitaria, educativa... desarrollada por los gobiernos de los países (Twigg y Atkin, 1994), sin perder de vista, la propia socialización del cuidado. Reconociendo la implicación de cuatro sectores: el sistema público, el mercado, el voluntariado y la familia. (Evers et al., 1994).

Tabla 1.4 Resumen de las principales características de los cuidados formales e informales.

Tipología del cuidado	Responsabilidad del cuidado	Orientación hacia el empleo.	Posicionamiento del receptor del cuidado.	Características generales
Cuidado formal	El cuidado es una responsabilidad del Estado de Bienestar (Gobierno).	Actividad incluida en el mercado de trabajo.	Clientes	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios son prestados por personal cualificado. • Existencia de un contrato de trabajo. • Sistema de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios. • Las tareas de cuidado se especifican de acuerdo a la cualificación profesional y la situación del receptor. • Actividad sujeta a un horario de trabajo.
Cuidado informal	El cuidado es una responsabilidad familiar o individual.	Actividad no laboral.	Actividad perteneciente a la esfera privada.	<ul style="list-style-type: none"> • Los cuidadores son no profesionales pero en algunos casos pueden beneficiarse de formación especial. • Existencia de un contrato moral. Normalmente no existe una remuneración. • El cuidado informal está legalmente regulado y formalizado, aunque no tiene el carácter de un empleo remunerado formal. • Los cuidadores realizan una amplia gama de tareas (también realizado por los cuidadores formales), incluyendo apoyo emocional y asistencia. • No hay límites para el tiempo dedicado a la atención - Nunca / rara vez se puede encontrar oficialmente 'fuera de servicio'.

Fuente Elaboración propia.

1.6 Modelos teóricos sobre los cuidados de larga duración: hacia los cuidados mixtos

Las investigaciones acerca de la distribución e interrelación entre los cuidados informales y cuidados formales han tenido una gran relevancia en las últimas décadas. El marco analítico en el que se encuadra esta relación se explica a través de cuatro grandes modelos teóricos:

Modelo compensador jerárquico <<The hierarchical compensatory model>>: Este *modelo compensador jerárquico* fue propuesto por Marjorie H. Cantor en 1979 en uno de sus artículos más citados, *Neighbors and friends: An overlook resource in the informal support system*. La autora a partir del trabajo “los mayores en la ciudad de Nueva York” -*The Elderly in the Inner City of New York*-, realizado en 1970, extrajo una muestra caracterizada por personas mayores de 60 años, que vivían en condiciones de pobreza en vecindarios dentro de la ciudad de New York. En este trabajo se determinó la existencia de un orden de preferencias a la hora de recibir cuidados, determinada por la relación existente entre la persona mayor y la persona cuidadora potencial (Cantor, 1975 y 1979). En otras palabras, las personas mayores preferían ser cuidadas por cuidadores informales, y normalmente, la pareja fue la elegida en primer lugar; en ausencia de ella, los hijos eran los elegidos; y cuando no había hijos o no estaban disponibles, se recurría al resto de los miembros de la familia, a amigos, vecinos y en último lugar, a cuidados formales (Jacobs et al, 2014; Messeri, Silverstein y Litwak, 1993). Este orden de preferencia mencionado se encontraba condicionado por pautas sociales y culturales como la cuestión de género y la reproducción de los roles tradicionales. Es decir, la esposa como cuidadora principal (Allen et al., 1999, Stoller and Earl 1983). Ante la ausencia o cuidado insuficiente de la esposa, serían los hijos los responsables, preferiblemente las mujeres, en caso de que solo hubiera hijos varones serían las nueras las encargadas de la prestación del cuidado (Dwyer y Coward, 1991).

Modelo de especialización de las tareas << the task-specific>>: El *modelo de especialización de las tareas* (Litwark, 1985; Peters et al, 1987) postula que la realización de las tareas de cuidado se organiza por grupos de cuidadores (esposa, hijos, resto de familiares, amigos, vecinos y proveedores formales de cuidados) y grado dificultad que implica su realización. Según este modelo, los cuidadores informales desarrollan mejor aquellas tareas que no implican una gran especialización o son muy sencillas, como las Actividades Básicas de la Vida Diaria. En cambio, los cuidadores formales tienen más probabilidad de realizar aquellas

tareas con una mayor dificultad, las cuales, requieren un mayor conocimiento, tiempo y esfuerzo en su desempeño. Estas tareas exceden normalmente los recursos de los que disponen los cuidadores informales.

Una aplicación práctica de este modelo se encuentra en Messerie et al. 1993, en el que se identifican las características que determinan las tareas de cuidado, entre los cuidadores informales y formales, en función de las siguientes dimensiones: los cuidadores informales – proximidad, grado (tiempo) de compromiso, estilo de vida y tamaño de la tarea- y de los cuidadores formales – incentivos económicos y/o remuneración, división del trabajo, nivel y grado de conocimiento- identifica tareas más específicas (Messeri et al, 1993).

Los servicios y/o tareas que son realizadas tradicionalmente por estos dos grupos se encuentran perfectamente delimitados: la esposa o pareja -cocinar diariamente, aseo o baño, compras diarias- la familia- ayudas económicas puntuales y/o urgentes, ayuda temporal a causa de una enfermedad grave-, los amigos - actividades de ocio y tiempo libre, información laboral- , los vecinos - información sobre robos o incidencias en el domicilio, préstamo de pequeñas cosas del hogar - cuidadores formales – cuidados hospitalarios, ayuda a domicilio, unidad de estancia diurna, cuidado residenciales 24 horas para personas con discapacidad-. Con la clasificación anterior se comprueba la existencia de una división estricta de trabajo entre los cuidadores informales y formales, pero éstos últimos a menudo realizan las mismas tareas que los cuidadores informales (Dento, 1997 ; Hlebec, Nagode, Hrast, 2014).

Modelo sustitutivo de cuidados << the substitution model>>: enuncia una relación inversa entre los cuidados informales y formales (Greene, 1983; Pezzin y Schone,1999; VanHoutven y Norton, 2004, 2008 ; Bolin et al,2008, Bonsang 2009). El estudio de **Greene en 1983** reconoce que, para aquellas personas mayores dependientes que reciben cuidados informales, el uso de cuidados formales es menor (asistencia sanitaria y de servicios sociales). Sin embargo, este trabajo cuenta con algunos detractores que expresan que sus resultados no se pueden generalizar al conjunto de los Estados Unidos, debido a que se centró en un sólo el estado, New York.

En los resultados obtenidos de **Pezzin y Schone, 1999** la relación de sustitución existe cuando la atención domiciliaria – cuidado formal- que se presta, previamente ha sido proporcionada por la hija – cuidadora informal- de la persona mayor dependiente. **Van Houtven y Norton, 2004** parten de que los cuidados informales y formales se dan al mismo tiempo, reconocen que la presencia del cuidado informal reduce la probabilidad del uso de servicios de atención domiciliaria o residencial. Y sólo en el caso de hospitalización, visitas al médico y/o asistencia a

un servicio de urgencias – cuidados formales-, el cuidado informal sería un complemento. Siguiendo el mismo planteamiento, los autores en el 2008 comprueban cómo el cuidado informal proporcionado por los hijos adultos fortalece la relación de sustitución y reduce el gasto – público y/o privado- en cuidados de larga duración – cuidados formales-.

En la misma línea de los estudios anteriores y obteniendo los mismos resultados, **Bolin et al. 2008** profundiza y compara cómo es la relación existente entre el uso de los cuidados informales y formales para un conjunto de países europeos atendiendo al gradiente norte – sur. En los países con fuertes relaciones familiares – países del sur-, los cuidados informales mantienen una relación de sustitución con los cuidados formales. En el mismo trabajo comprueban como los mayores que viven solos, la relación entre el cuidado formal e informal es sustitutivo, como consecuencia de una menor red de apoyo informal en su entorno social más cercano.

El estudio de **Bonsag 2009** determina el impacto de la relación de sustitución que tienen los cuidados informales cuando son proporcionados por hijos adultos, y cómo afecta el grado de severidad de la situación de dependencia de los padres en dicha relación. Tomando como referencia a los cuidados formales los resultados de su investigación ratifican que éstos tienen una función de sustitución respecto a los cuidados informales cuando la situación de dependencia de la persona de edad avanzada se agrava. En cambio, el cuidado informal tiene una función de sustitución a largo plazo respecto a los cuidados formales, cuando las personas mayores tienen altos niveles de autonomía personal y para tareas a desarrollar no entrañan dificultad.

Las investigaciones coinciden en cómo los cuidados informales y formales pueden ser sustitutivos o no, dependiendo del propósito del uso de los cuidados formales. Determinado por el nivel de autonomía –grado de discapacidad- del receptor de los cuidados y la dificultad/especialización de las tareas a realizar por parte de la persona cuidadora informal principalmente. Debido al carácter endógeno de los cuidados informales sobre los formales, la toma de decisiones implicadas a la prestación de cuidados informales y el uso de cuidados formales se determinan simultáneamente. En otras palabras, los cuidadores informales - los hijos adultos, principalmente- subordinan la decisión de si sus padres deberían de recibir cuidados formales en el hogar o ser atendidos en servicio residencia, a la cantidad – número de horas- de

cuidados informales disponibles conjuntamente. De ahí, que en determinadas ocasiones, las tareas de cuidados formales tornen a informales, y viceversa.

Los modelos anteriores responden a la manera en la que se configura la capacidad de autodeterminación respecto a la preferencia del uso de la tipología de cuidados, sobre quién – personas o servicio- recaerá la tarea del cuidado. Se recurrirá a la externalización de las tareas en función del grado de la gravedad de la situación o disponibilidad para prestar y recibir cuidados, proximidad, la situación económica, el diseño de las políticas orientadas a los servicios, las prestaciones económicas...

Modelo de cuidado suplementario o complementario << supplementary or complementary model>>, la relación empírica entre los cuidados informales y formales no es sencilla, encontramos estudios que evidencian que este modelo (Minguela y Camacho, 2015; Geerts, 2010; Rogero, 2009; Lyons y Zarit 1999; Travis 1995; Fischer y Eustis, 1994; Noelker y Bass, 1994; Litwak et al., 1994; Chappell y Blandford, 1991, Chappell, 1990) predice la combinación entre ambos tipos de cuidados, atendiendo a dos perspectivas:

- a) La complementariedad como efecto del incremento de las políticas públicas y de apoyo social en respuesta a la demanda social creciente, como es la atención a personas mayores y dependientes. Esta orientación es abalada principalmente por:
 - **Motel-Klingebiel et al. 2005** atribuye que la combinación de los cuidados informales y formales ha de tener una responsabilidad mixta –“mixed responsibility”-, cuyos actores principales son la familia - cuidado informal- y Estado –cuidados formales-, reconociendo la importancia de una red de servicios e infraestructuras que permitan esta complementariedad. En la misma línea, **Pezzin et al., 1996** identifica que los cuidados formales, como en el caso de la atención domiciliaria cuando la proporciona el Estado, resultan ser un apoyo para los mayores dependientes y por extensión a los cuidadores informales.
 - **Langa et al., 2001** evidencia una relación de complementariedad debido al aumento del apoyo social/público durante los años 90 del siglo pasado en Estados Unidos, hacia los cuidados formales de atención domiciliaria que generó un rápido crecimiento beneficiando al grupo de población con altos grados de discapacidad y bajos ingresos económicos que vivían con sus hijos – cuidadores informales principales-. En la misma línea **Stabile et al., 2006** comprueba como en Canadá

durante 1992-1998, el aumento de los programas públicos de atención domiciliaria, hicieron que los cuidados formales aumentaran en detrimento de los cuidados informales, pudiendo aventurar la existencia de una relación de sustitución. Sin embargo, en el desarrollo del trabajo sugirió que las mejoras introducidas en estos programas no solo beneficiaban al receptor de los cuidados, sino que, eran compartidos por los miembros del hogar en el que se prestaban cuidados de carácter informal.

- **Li, 2005** realizó un estudio longitudinal sobre los cambios en el uso de cuidados informales y la financiación pública de la atención domiciliaria. En este trabajo, se comprueba que la financiación pública de los servicios de atención domiciliaria, disminuyó el uso del cuidado informal, pero no se renunció a dichos cuidados informales, que complementan a los cuidados formales.
- b) La complementariedad como la combinación entre las tareas de cuidados informales y formales, dando lugar a los **cuidados mixtos** como tercera tipología de cuidados.
- **Edelman y Hughes, 1990 y Travis, 1995** postulan que cuando la persona mayor dependiente vive en su entorno social – en su comunidad-, los cuidados informales son los principales proveedores de cuidado. Y el cuidado formal actúa de suplemento/ complemento cuando las demandas de cuidados exceden los recursos disponibles de la red de cuidados informales. **Edelman y Hughes en 1990** comprobaron a través de un estudio longitudinal, de cuatro años de duración, cómo la intensidad en la prestación de cuidados informales, no variaba al externalizar la preparación de las comidas – programa de comida a domicilio-. Tanto es así, que afirmaron que el incremento de los cuidados formales llevó asociado un aumento de los cuidados informales, manteniéndose los roles asignados a cada uno.
 - **Stoller and Pugliesi ,1991** comprueban qué ante la disminución de la autonomía personal de la persona mayor y la incorporación de cuidados formales, como respuesta al aumento de especialización de los cuidados, la atención recibida por la red social de cuidados informales no cambia. Los autores afirman que los cuidados formales, cuando son diseñados como complemento, mejoran la eficacia de la atención de los cuidados informales.

- **Litwin y Attias-Donfundt, 2009**, utilizando la encuesta SHARE para los países de Francia e Israel, comprueba la hipótesis de cómo el aumento de las necesidades de atención relacionadas con las ABVD y AIVD aumenta la probabilidad del uso complementario de cuidados informales y formales, para ambos países.

Las investigaciones descritas líneas arriba sobre el modelo de cuidados complementarios identifican un sistema complejo que combina la actuación de la familia con el mercado y el Estado (Le Bihan y Martin, 2010). Además, este modelo se transforma en una categoría empírica denominada **cuidados mixtos**, siendo el tercer gran tipo de cuidados existente alrededor de las personas que se encuentran en situación de necesidad.

Los **cuidados mixtos** toman una posición relevante a lo largo de la tesis doctoral, de ahí que sean definidos como el conjunto de tareas relacionadas con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, realizadas desde la complementariedad por los cuidadores formales -servicios profesionales prestados por entidades públicas o privadas – con el fin de reforzar la eficacia de la red social de apoyos informales y el mantenimiento de la persona en su entorno social habitual. Éstos, cumplen con un doble objetivo: de una parte, mejorar la calidad de vida del dependiente; y de otra, a la persona cuidadora principal, y por extensión, a la red social de apoyos informales.

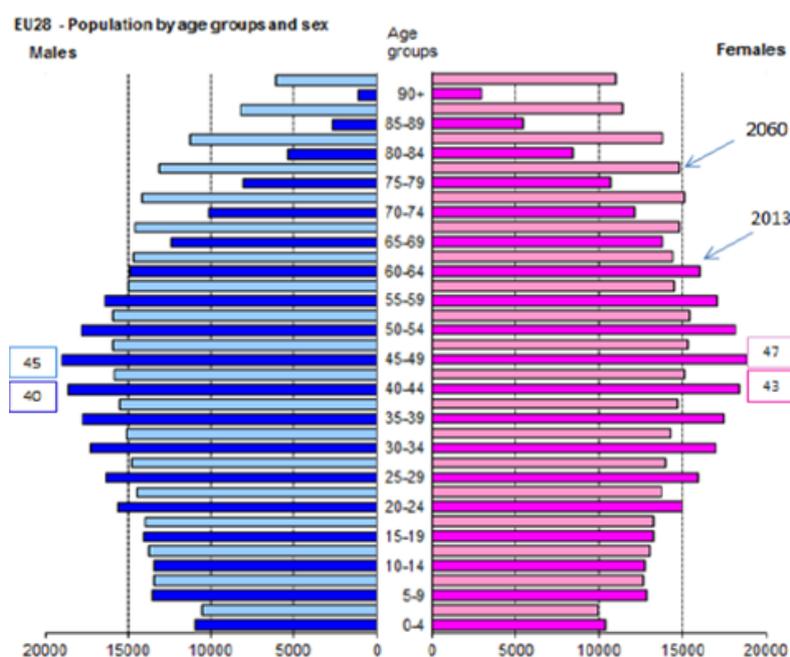
Recapitulando, más allá de establecer unas preferencias condicionadas a la propia socialización del cuidado, a la reproducción de los roles, la cuestión de género, la externalización de diferentes tareas de cuidado como consecuencia de la situación de gravedad de la persona receptora, los costes económicos y sociales implicados, el carácter endógeno de los cuidados informales...

CAPÍTULO 2. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOGAR: UNA PERSPECTIVA EUROPEA

CAPÍTULO 2. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOGAR: UNA CONTEXTUALIZACIÓN EUROPEA

“Europa se está convirtiendo cada vez más gris” con esta afirmación comienza el último Informe sobre envejecimiento del año 2015 publicado por la Comisión Europea (European Commission, 2015). No cabe duda que el envejecimiento es una conquista social (Gráfico 2.1). Aunque su impacto en los modelos sociales europeos está arrojando retos económicos – presupuestarios, sostenibilidad de los sistemas de pensiones públicos- y sociales – dinámicas de fecundidad, cuidados de larga duración – entre otros que han de abordar nuestros gobernantes a todos los niveles (Europeo, Nacional y Regional).

Gráfico 2.1 Pirámide de población comparada años 2013 y 2060.



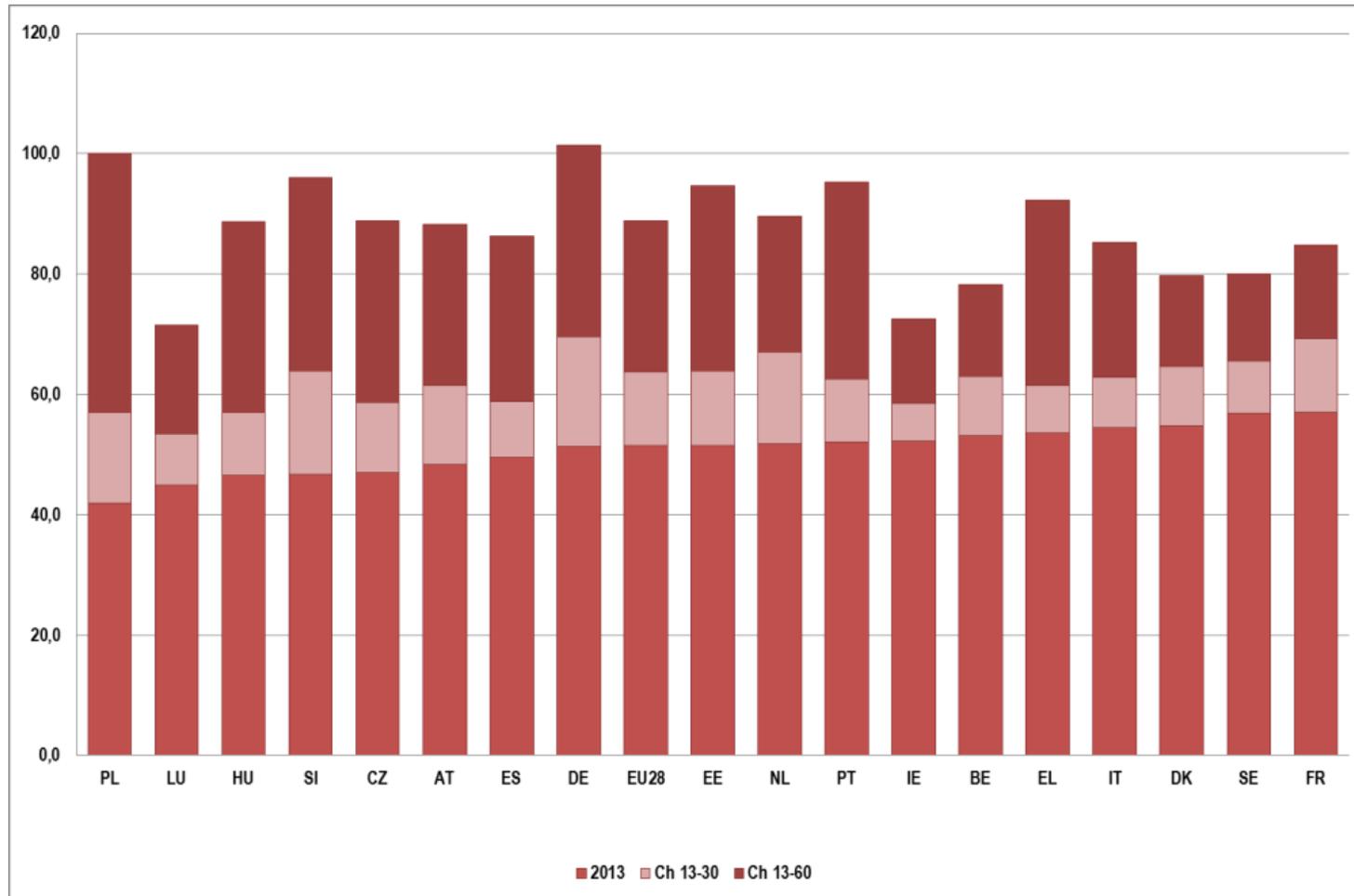
Fuente. Comisión Europea, 2015.

Entre las principales presiones demográficas se encuentran la incorporación progresiva de la generación del baby-boom, 1946-1964, a la jubilación. Antonio Abellán y Rogelio Pujol (2015) reconocen como este fenómeno no se ha dado con la misma intensidad en todos los países, mientras que en Estados Unidos, en Canadá, en Australia o en Noruega se caracterizan por tener una dimensión considerable y muy definida, al iniciarse justo después de la II Guerra Mundial. En otros países como Francia, Austria, Suecia no fue tan intenso (Abellán y Pujol, 2015). La llegada a la edad de retiro laboral de los *baby boomers*, pone de relieve los retos

políticos inmediatos y futuros que tendrán que abordar los países de la UE. En este sentido, se plantean varios escenarios: por un lado, el optimista. La edad media de la población activa se rejuvenece y el aumento de las tasas de empleo de las mujeres y de los trabajadores mayores puede amortiguar el impacto del cambio demográfico. De esta forma, el número de personas empleadas comenzaría a aumentar durante el periodo 2012-2020. Y por otro lado, el pesimista. El escenario que proyectan las tasas de dependencia, que nos indican que aumentará la proporción de personas mayores de 65 años respecto aquellos en edad de trabajar (20-64 años), es decir, que la UE pasaría de tener cuatro personas en edad de trabajar por cada persona menor de 20 años o dependiente o mayor de 65 años, a la mitad durante el periodo 2013-2060 (Gráfico 2.2).

Los determinantes demográficos claves que convergen a largo plazo – en las próximas décadas- en la estructura de la población europea serán: las dinámicas de fecundidad, la esperanza de vida y los movimientos migratorios. En un contexto en el que la tasa de fecundidad se encuentra por debajo de la tasa de natural de reposición (situada en el 2.1), y así se espera que se mantenga en un futuro.

Gráfico 2.2 Ratio de dependencia total (proporción de personas dependientes, jóvenes menores de 20 y las personas mayores de 65 años, en relación con la población en edad de trabajar (20 a 64). (2015-2060)



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de población Eurostat, EUROPOP2013 y Comisión Europea, 2015.

Las proyecciones muestran el incremento de la esperanza de vida entre los países europeos, y en especial, para las mujeres que pasan de los 83.1 años en 2013 a los 89.1 años en 2060. Además, proyectan que el aumento de la esperanza de vida media entre los mayores de 65 años será de unos 4,7 años en ambos sexos, y que en 2060 será de 22,4 años más para los hombres y de 25,6 años para las mujeres.

La vía de escape al envejecimiento europeo es la llegada de emigrantes, siendo así desde la década de los 50 del siglo pasado. En 2003 llegó a los 1,8 millones manteniéndose así hasta la llegada de la crisis económica (2009-2011), en la que se redujo drásticamente. Actualmente, los flujos migratorios han vuelto a aumentar, alcanzando niveles anteriores a la crisis (1,7 millones) en 2013 (OECD, 2014). Aunque algunos países han endurecido sus políticas de migración, Europa necesita de las personas y de las familias que se han trasladado en los últimos años, ya que se proyectan como una esperanza en tanto en cuanto afectan en la composición de la población activa, contribuyen al desarrollo económico y amortigua las consecuencias del envejecimiento de la población (Cerbián et al.,2012).

Desde la perspectiva de la dependencia, es necesario contextualizar la situación de las personas mayores de 65 años dependientes en Europa, así como la identificación de los patrones de cuidado existentes en el entorno del hogar de la población objeto de estudio. Por ello el capítulo comienza, en primer lugar, con la descripción de la base de datos utilizada *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (en adelante, *SHARE*) así como el proceso metodológico seguido para la construcción de la muestra de trabajo y las variables de trabajo. En segundo lugar, se trata de armar el perfil de los mayores de 65 años dependiente en Europa, contextualizando su realidad social. Para que de manera complementaria, en tercer lugar, identificar y describir las principales características de los cuidados de larga duración, para reconocer los patrones de cuidados existentes entre los mayores que reciben cuidados personales en el entorno del hogar en Europa.

2.1 Fuente de datos y construcción de la muestra de trabajo: Una visión general de las situaciones de dependencia en Europa

2.1.1. Descripción de la fuente de datos: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

El envejecimiento de la población es una de las grandes preocupaciones que tiene la sociedad del siglo XXI. Las proyecciones de población publicadas por Eurostat indican que por cada persona en edad de trabajar habrá una persona mayor de 65 años en 2060 (Eurostat, 2015), planteando importantes desafíos para el Estado de bienestar de los países Europeos.

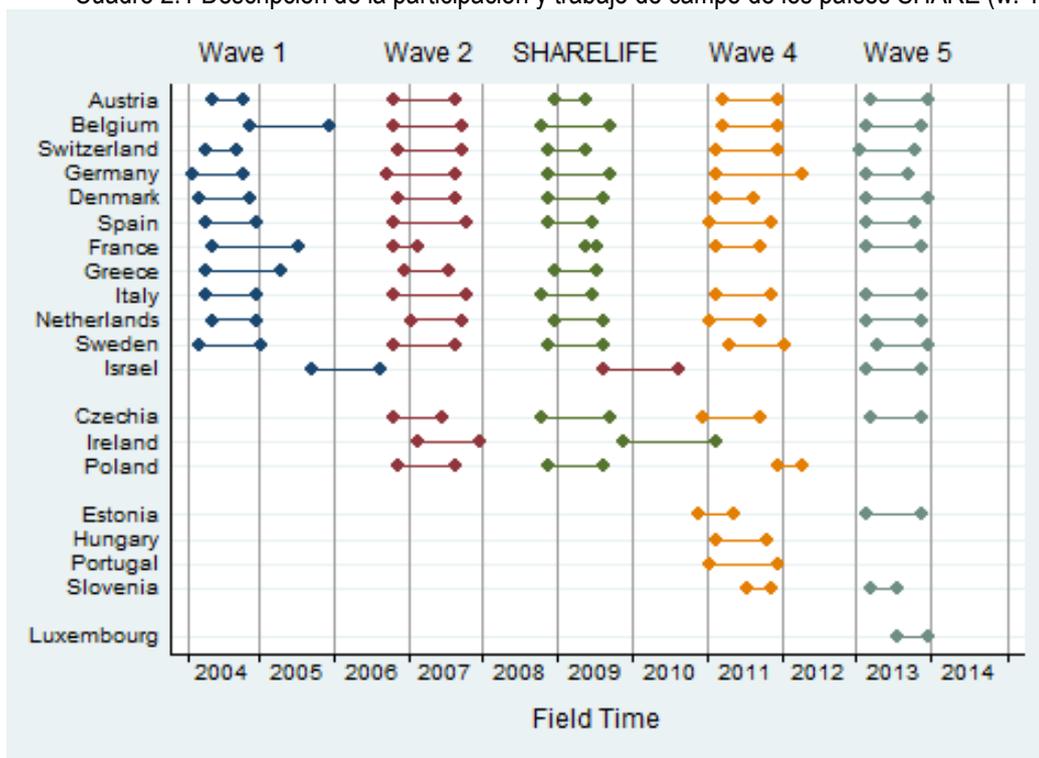
La Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa - The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), responde al interés mostrado por la Comisión Europea por la obtención de evidencias científicas sobre el envejecimiento de la población en los Estados miembros. Una de las fortalezas de SHARE es tratar de aportar información de carácter longitudinal del proceso de envejecimiento, y cómo este nos afectará desde el punto de vista económico, social, sanitario, cultural, histórico, territorial y de las políticas. Todo ello dota a la encuesta de un carácter multidisciplinar debido a que el estudio del envejecimiento de la población es una de las tareas centrales, hoy por hoy, para investigadores en antropología, demografía, economía, epidemiología, la gerontología, historia y sociología. La potencialidad de SHARE es convertir los retos del envejecimiento de la población en oportunidades.

En 2002 comenzó su andadura y actualmente SHARE se ha convertido en uno de los pilares de la investigación europea en esta área. Se trata de una herramienta gratuita de trabajo que se proporciona a la comunidad científica⁷. Hasta la fecha, la encuesta ha publicado cuatro oleadas (2004, 2006, 2010, 2013) de las circunstancias de vida actuales, una de historias de vida retrospectiva (2008, SHARELIFE) y están previstas 5 oleadas adicionales hasta el 2024 (Börsch-Supan et al., 2013). A lo largo de las cinco oleadas SHARE, se han realizado más de 150.000 entrevistas a unos 86.000 entrevistados de 50 años y más y a sus parejas.

La participación de los países en cada oleada de la encuesta ha sido excelente. De hecho, en la práctica totalidad de los países, se ha adaptado el calendario ofreciendo los datos bianuales (Börsch-Supan et al., 2013), tal y como se puede observar en el siguiente (Cuadro 2.1):

⁷ Disponible: www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_Data_Statement.pdf

Cuadro 2.1 Descripción de la participación y trabajo de campo de los países SHARE (w. 1- 5)



Fuente SHARE disponible en <http://www.share-project.org/home0/overview.html>

Destaca la incorporación progresiva de los países del bloque del Este. En la oleada 2 lo hacen la República Checa y Polonia, ésta última ya no presenta resultados a partir de la oleada 4, pero se incluyen los resultados para Estonia, Eslovenia y Hungría⁸. Entre las nuevas incorporaciones se encuentra Luxemburgo en la oleada 5. En la última oleada, se presenta Luxemburgo. Ahora bien, entre las ausencias resaltan dos casos: Grecia, que participó en las dos primeras oleadas, y Portugal, que sólo lo hizo en la oleada 4. Tal y cómo expresa Börsch-Supan et al., 2013 tanto las dilaciones en el tiempo de presentación de resultados como las desapariciones de los países de la encuesta se deben a problemas de financiación.

La construcción de la muestra de población se ha ido configurando atendiendo el año de nacimiento del entrevistado y no el de su pareja. De esta manera, los nacidos en 1954 o antes formaron parte de la oleada 1 (2004/05), en 1956 o antes se incorporaron a la oleada 2 (2005/06), en 1960 o anterior a la oleada 4 (2010/11) y en la oleada 5 (2013/14) aquellos nacidos en 1963 o antes.

⁸ Hungría no está disponible en la oleada 5.

Entre las peculiaridades de la encuesta SHARE, es que los cuestionarios están diseñados para que se pueda incorporar la componente longitudinal, así como cualquier otra situación de cambio del entrevistado y su entorno. Es por ello, que para cada oleada como las innovaciones que se implementan, llevan asociadas publicaciones sobre los apuntes metodológicos⁹ realizados, los cuales, tienen como objetivo la mejora del entendimiento y aportan a la vez una mayor transparencia a los datos, entre los trabajos de referencia se encuentra Börsch-Supan et al. 2005; Börsch-Supan, A. y Jürges, 2005; Börsch-Supan et al., 2013; Börsch-Supan et al., 2013; Malter y, Börsch-Supan, 2013; Börsch-Supan et al., 2015 y Malter y, Börsch-Supan, 2015.

A lo largo de las oleadas se ha utilizado un software CAPI - computer-assisted personal interviewing que recopila y sistematiza toda la información personal del entrevistado permitiendo ser longitudinal la encuesta. Entre las principales áreas sobre las que trabaja SHARE se encuentran: la social, la sanitaria – biomarcadores-, la económica y las redes sociales, ésta última sólo en la oleada 4. Dentro de éstas áreas se recopilan una información más detallada sobre la salud, actividad física, psicológica, la situación económica, así como las relacionadas con las ayudas que reciben o prestan a un tercero en todos los sus ámbitos de su vida (se detallan en la Tabla 2.1)

⁹Para una mayor información consultad: <http://www.share-project.org/data-access-documentation/documentation0.html>

Tabla 2.1 Descripción de los módulos CAPI en SHARE (oleada 1, oleada 2, oleada 4 y oleada 5)

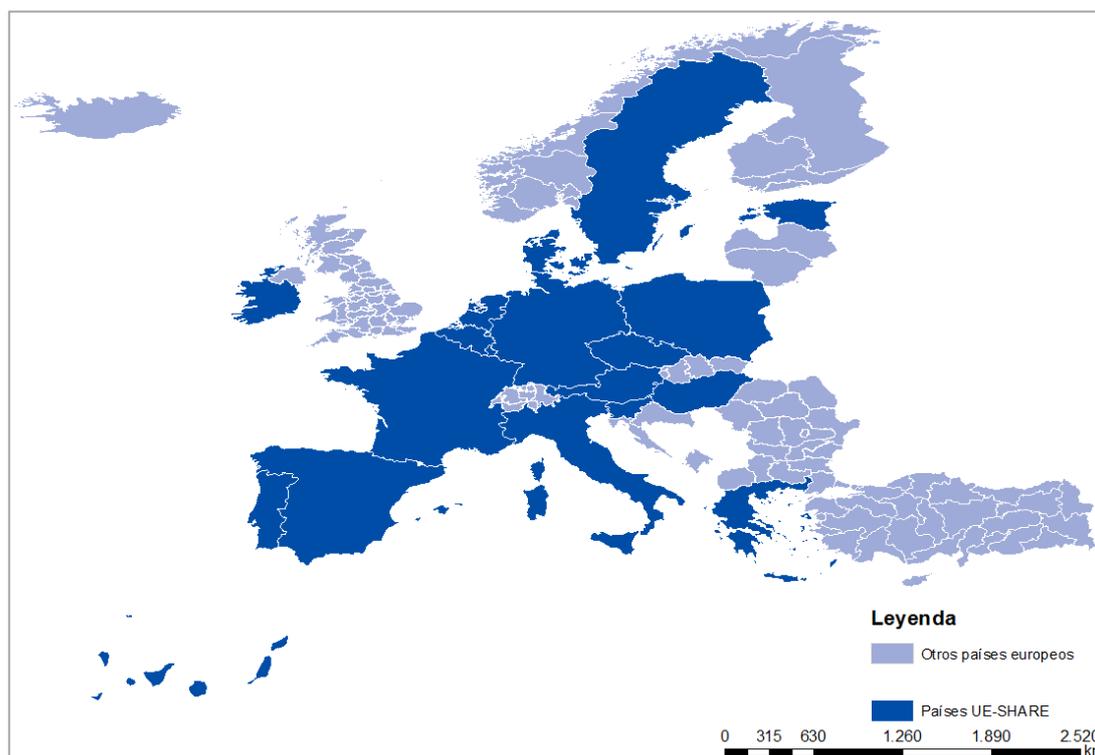
<i>Módulos del cuestionario</i>	<i>Variables principales: Ejemplos</i>
Coverscreen	Año de nacimiento, pareja, composición del hogar, año de la entrevista.
Demográfico	Educación, estado civil, país de nacimiento y ciudad de residencia, padres e hermanos.
Salud física	Autopercepción de la salud, discapacidad, peso y altura; (I) Limitaciones ABVD (II) Limitaciones AIVD
Comportamientos de riesgo	Fumar y alcohol, hábitos nutricionales, actividad física.
Funciones cognitivas	Autopercepción de la competencia de escritura y lectura, orientación, aprendizaje inmediato de un listado de palabras y repetición, fluidez verbal y aritmética.
Salud mental	Esperanza, escala europea de medición de la depresión (EURO-D).
Cuidados de salud	Visitas al médico, estancias en el hospital, urgencias, cuidados no recibidos y/o pago de tratamiento.
Empleo y pensiones	Situación laboral, fuente de ingresos individuales (pensiones, prestaciones económicas públicas), trabajo, calidad en el trabajo.
Hijos	Número y características demográficas de los hijos.
Apoyo social	Ayuda y cuidado proporcionado y recibido.
Transferencias financieras	Dinero/Regados dados a y recibidos de terceros.
Vivienda	Titularidad (hipotecas, préstamos y valores), arrendamientos (pagos), el tipo y características de la vivienda.
Renta de hogar	Recursos económicos de todos los miembros del hogar.
Consumo	Gastos alimenticios, bienes, servicios y capacidad económica mensual.
Ingresos	Cuentas bancarias y pensiones, bonos, acciones y fondos de ahorro.
Actividades	Trabajos de voluntariado, clubs, organizaciones religiosas, motivaciones, calidad de vida (CAPS-12)
Expectativas	Esperanza de vida, perspectivas de futuro, herencia.
Observaciones del entrevistador	La voluntad de responder, la comprensión de las preguntas, tipo de edificio, vecindario.
<i>Nuevos módulos después de la oleada 1</i>	
Desde la oleada 2: Final de la vida	Razones y circunstancias de muerte.
En la oleada 4: Redes Sociales	Contacto, cercanía emocional, distancia geográfica, composición de la red social y satisfacción.
En la oleada 5: Uso de las tecnologías de la información e Internet.	Uso de ordenadores e internet, competencias autopercibidas.
En la oleada 5: Infancia	Salud y la presencia relativa en la infancia del encuestado.

Fuente. Adaptado de las Guías de la encuesta SHARE. Disponible: <http://www.share-project.org/data-access-documentation.htm>

2.1.2. Construcción de la muestra de trabajo

La encuesta SHARE oleadas 4 y 5 toma como población de análisis a los mayores de 50 años residentes en Europa que no se encuentren institucionalizados¹⁰ en 19 países europeos e Israel. La perspectiva territorial sobre la que se va a trabajar se centran sólo en los países de la Unión de la Europea, dejando fuera a Suiza e Israel (Mapa 2.1).

Mapa 2.1 Conjunto de países europeos pertenecientes a la UE y participantes de SHARE w 1- 5



Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE (Börsch-Supan, 2013)

¹⁰ La encuesta SHARE excluye a las personas que han sido encarceladas, hospitalizadas, se encuentre fuera del país en el momento de la realización de la encuesta, no tener la competencia lingüística completa del país de referencia o su dirección habitual es desconocida. En cambio, tanto la pareja como los miembros del hogar son entrevistados independientemente de su edad.

En nuestro trabajo se toma como población objeto de estudio a las personas mayores de 65 años porque suponen el 60% de la muestra total del SHARE y dentro de la sociedad europea está representado aproximadamente por el 20%.

El entrevistado ha de encontrarse en situación de dependencia: presentar al menos una limitación en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y/o Actividades Instrumentales de la vida diaria (Tabla 2.2)

Tabla 2.2 Clasificación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

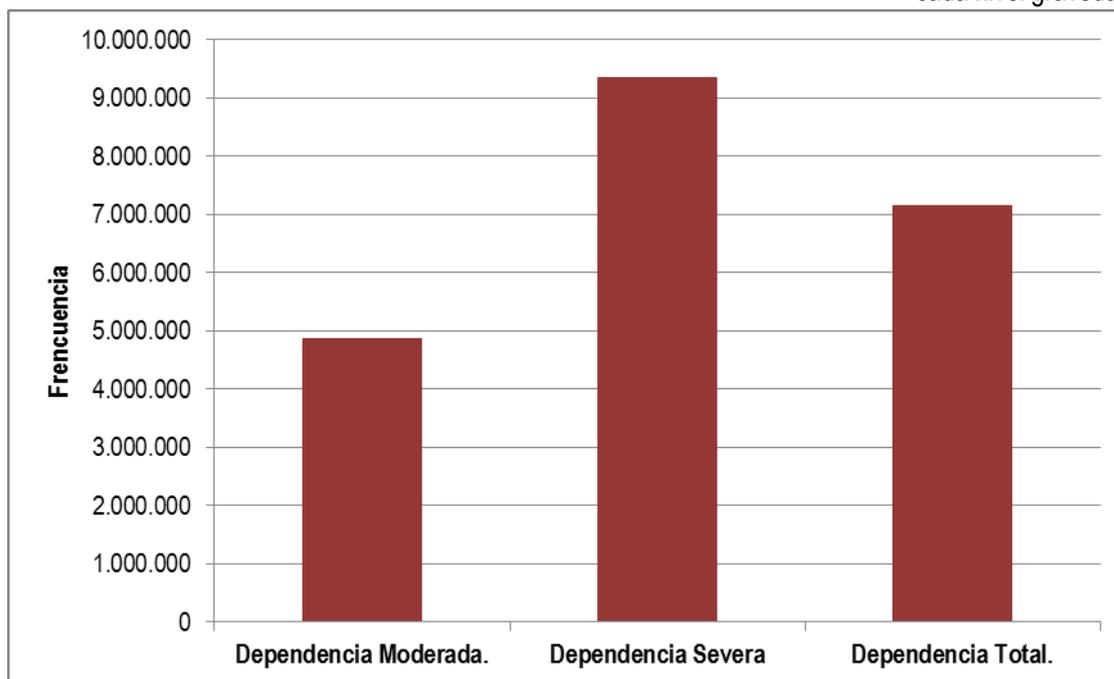
Dimensiones	Actividades
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Número de limitaciones entre 0 y 6.	<ul style="list-style-type: none"> - Vestirse o desvestirse. - Desplazarse dentro de la habitación. - Tareas de comer. - Cambio de postura dentro de la cama. - Uso del baño. - Tarea de levantarse o acostarse en la cama.
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Número de limitaciones entre 0 y 7.	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de orientación (uso de un mapa). - La Preparación de comidas. - Ir de compras como al supermercado. - Llamadas telefónicas. - Administración de medicamentos. - Hacer tareas de la casa o el jardín. - Administración del dinero.

Fuente traducción a partir de los datos SHARE-project, 2013

Para calcular el grado de severidad de las situaciones de dependencia, se toma como referencia la propuesta de Rodríguez Cabrero en la que estima la severidad en función del número de problemas en cada nivel de gravedad, se categoriza como: moderado, severo y total (Rodríguez Cabrero, 2004)

En nuestro caso, se trabaja con 13 actividades de la vida diaria (Gráfico 2.3) y se considera la dependencia moderada la de aquellos encuestados que tienen entre 1-4 limitaciones de actividad. Se atribuye dependencia grave a aquellos que declaran tener entre 5-10 limitaciones en las actividades de la vida diaria. Por último, se supone dependencia total a aquellos entrevistados que presentan más de 11 limitaciones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Gráfico 2.3 Distribución del grado de severidad calculada en función del número de limitaciones para cada nivel gravedad.



Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos SHARE w 4.

El entrevistado ha de recibir cuidados personales en el entorno del hogar: En las Oleada 4 y 5: <<Para determinar el número de encuestados que reciben cuidados personales, la encuesta plantea las siguientes preguntas: “en los últimos doce meses, ¿algún miembro fuera del hogar, algún amigo o vecino le ha proporcionado cuidado o ayuda en su hogar?; ¿alguien que conviva en su hogar le ha proporcionado ayuda o cuidados personales de manera regular en los últimos doce meses?”. Ello permite clasificar a los encuestados que reciben cuidados personales y la tipología de cuidado (cuidados informales, formales y mixtos) atendiendo a los proveedores de cuidados>> (Minguela y Camacho, 2015: 17).

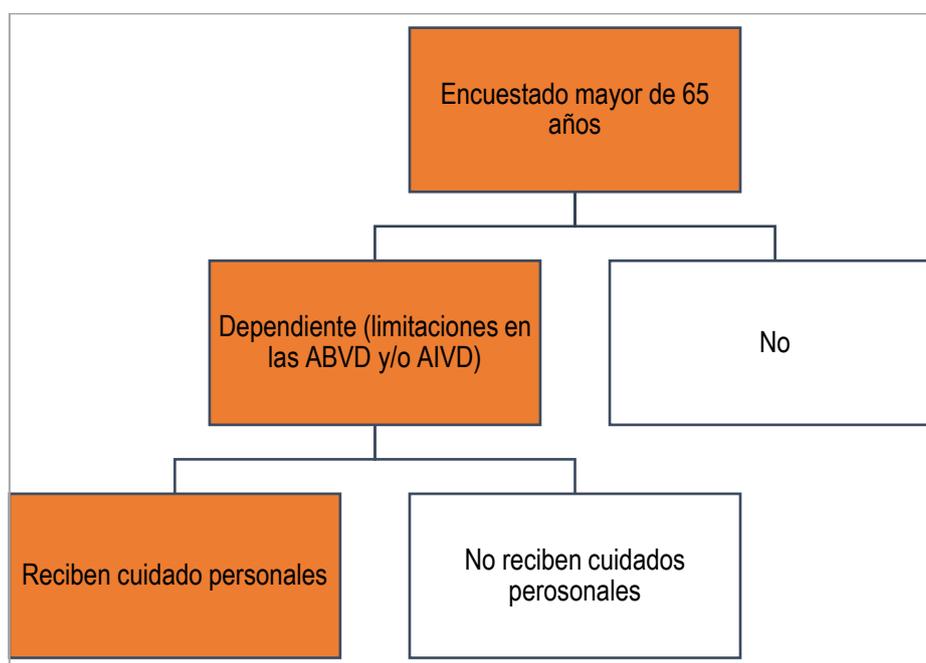
Entonces atendiendo a los proveedores de cuidados, las categorías de trabajo se construyen de la siguiente manera:

- **Cuidados informales:** reciben cuidados exclusivamente cuidados procedentes de familiares de generaciones igual o inferior a la del entrevistado y el cuidado procedente de los amigos, vecinos y excompañeros de trabajo.

- **Cuidados formales:** reciben cuidados exclusivamente con atención por parte de profesionales¹¹ que reciben una remuneración por la prestación de cuidados personales como asistentes personales, enfermería...
- **Cuidados mixtos:** reciben cuidados conjuntamente tanto de los cuidadores informales y cuidados formales.

Recapitulando, en el Cuadro 2.2 se resume el proceso de construcción de la muestra de trabajo:

Cuadro 2.2 Proceso común de construcción de la muestra de trabajo.



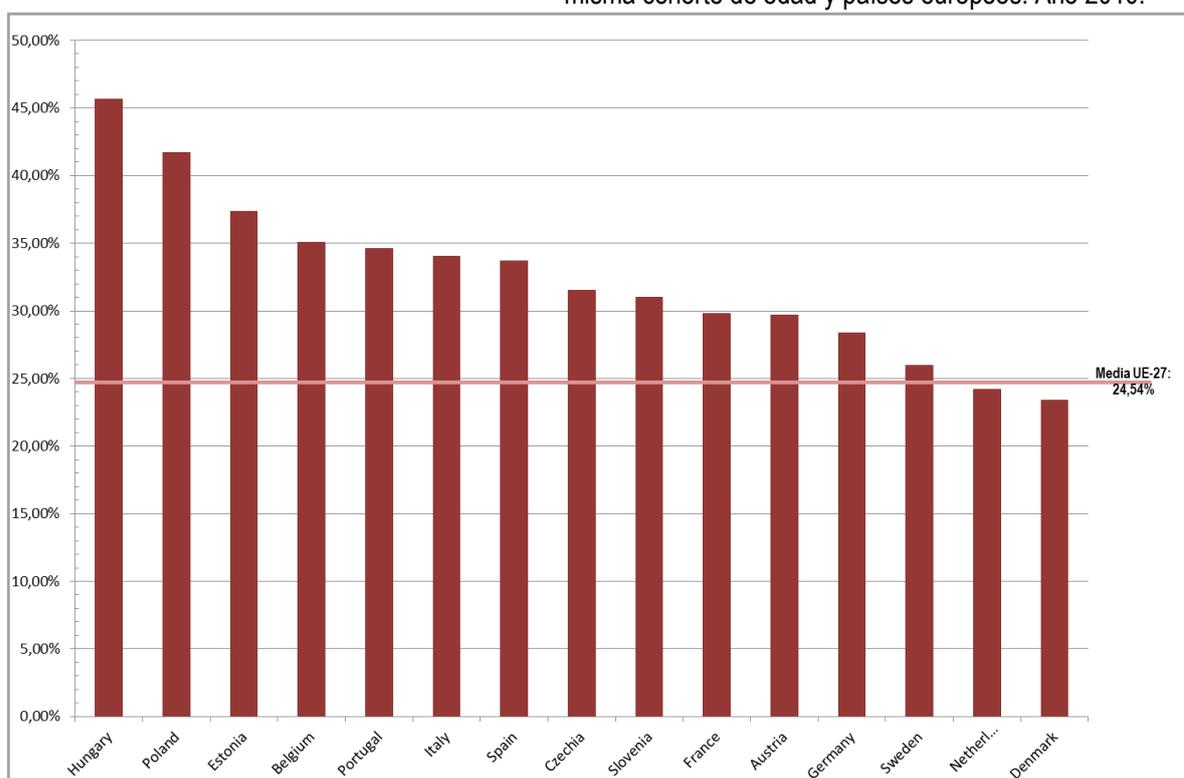
Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE para las oleadas 4 y 5.

¹¹ La versión original de estas categorías de respuesta para configurar a los proveedores de cuidados formales son: (a) professional or paid nursing or personal care, (b) professional or paid home help concerning domestic tasks that you could not perform yourself due to health problems, and (c) meals-on-wheels; (2) a doctor (GP or specialist) visit; (3) a GP visit; (4) a specialist visit; and (5) a hospital night.

2.2 La realidad de los dependientes europeos de 65 y más años en el hogar

Los mayores de 65 años en Europa representan al 17,45% del total de la población (Eurostat, 2015), en el que una de cada cuatro son personas dependientes en 2010 (SHARE, 2014). Tomando como referencia la media europea, Gráfico 2.4, se comprueba cómo solo dos países, Holanda y Dinamarca, se encuentran aproximadamente a un punto porcentual por debajo de esta. Ahora bien, en el extremo opuesto de la media y muy alejados destacan Hungría y Polonia. En ellos, más 40% de la población mayor de 65 años se encuentra en situación de dependencia. Sin menoscabo del resto de países, en los que este grupo de población también tiene una representatividad muy importante, como por ejemplo en España, dónde 1 de cada 3 mayores se encuentra en situación de dependencia haciendo que sea objetivo de las políticas sociales.

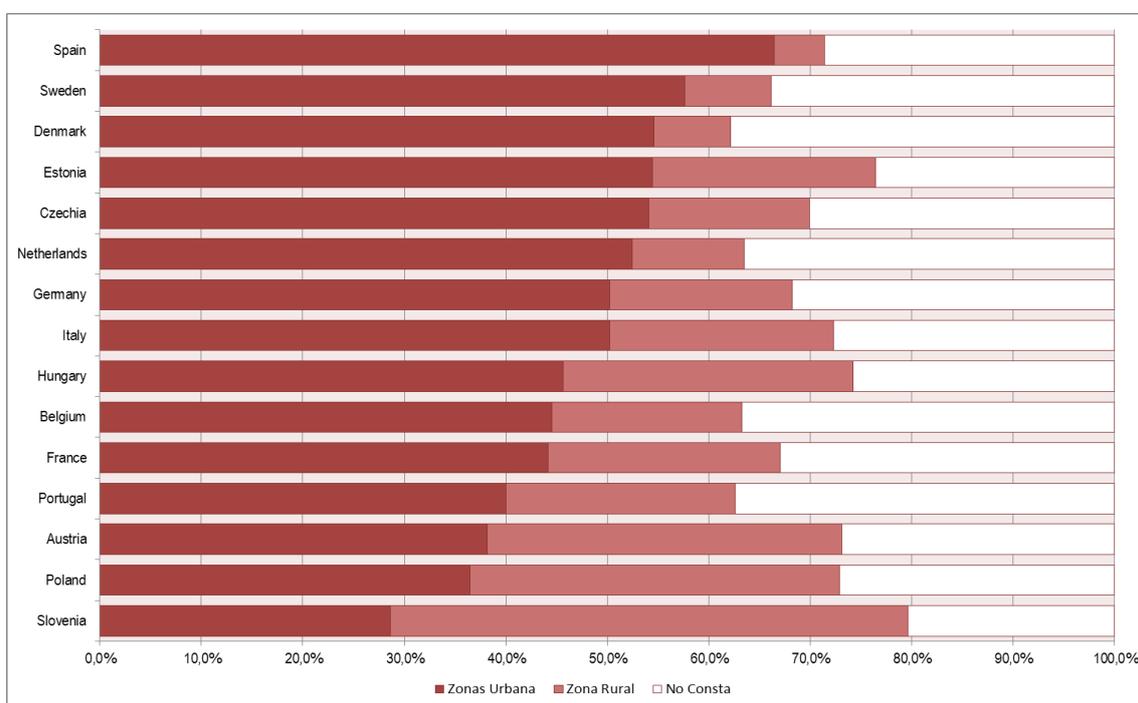
Gráfico 2.4 Peso de la población dependientes mayor de 65 años respecto al total de personas para la misma cohorte de edad y países europeos. Año 2010.



Fuente .Elaboración propia a partir de la explotación de la encuesta SHARE W4 (2010) y Eurostat, Population on 1 January by five years age group and sex. Resultados ponderados.

Si damos un paso más en el análisis la perspectiva territorial a través de la distribución de la población dependiente en función del lugar de residencia (Gráfico 2.5). Esta asociación arroja resultados interesantes, como que el 49% de la población europea mayor dependiente vive principalmente en zonas urbanas. Dentro de este grupo destacan países como España, Suecia, Dinamarca, Holanda y Alemania. En el extremo opuesto, es destacable el caso de Eslovenia, en el que la mitad de su población mayor dependiente reside en zonas rurales, muy por encima de la europea que se encuentran en torno al 20%.

Gráfico 2.5 Distribución de la población dependiente mayor de 65 años por lugar/zona de residencia. Año 2010



Fuente. Elaboración propia a partir de la explotación de los datos SHARE w 4.

Nota metodológica 2.1 Criterio de localización de las zonas rurales y urbanas

La encuesta SHARE para determinar el lugar de residencia del entrevistado, realizando la siguiente pregunta, ¿En qué tipo de área/zona vive usted? -*In which type of area is the building located?*- . En una gran ciudad – *big city*-, en la periferia o zona metropolitana de una gran ciudad - *the suburbs or outskirts of a big city*-, una ciudad media – *a large town*-, una ciudad pequeña- *a small town* – y en una área rural o pueblo - *a rural area or village*-. Ésta categorización dificulta adaptarla a los criterios territoriales propuestos por la comisión europea a través de la Red de observatorios de la Ordenación del Territorio Europeo - *European Spatial Planning Observation Network*, ESPON- (véanse los trabajos, Böhme et al., 2013 y Dijkstra, L., y Poelman, 2011) o el establecido por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OECD - (véase el trabajo de Sancho Comíns y Reinoso Moreno, 2012).

Por este motivo, se asume la siguiente hipótesis: dado que la variable de referencia tiene una categoría que identifica claramente a las zonas rurales, el resto de categorías se agrupan pasándose a denominar zonas urbanas. En la siguiente Tabla 2.3 se describe el proceso de construcción de la nueva variable.

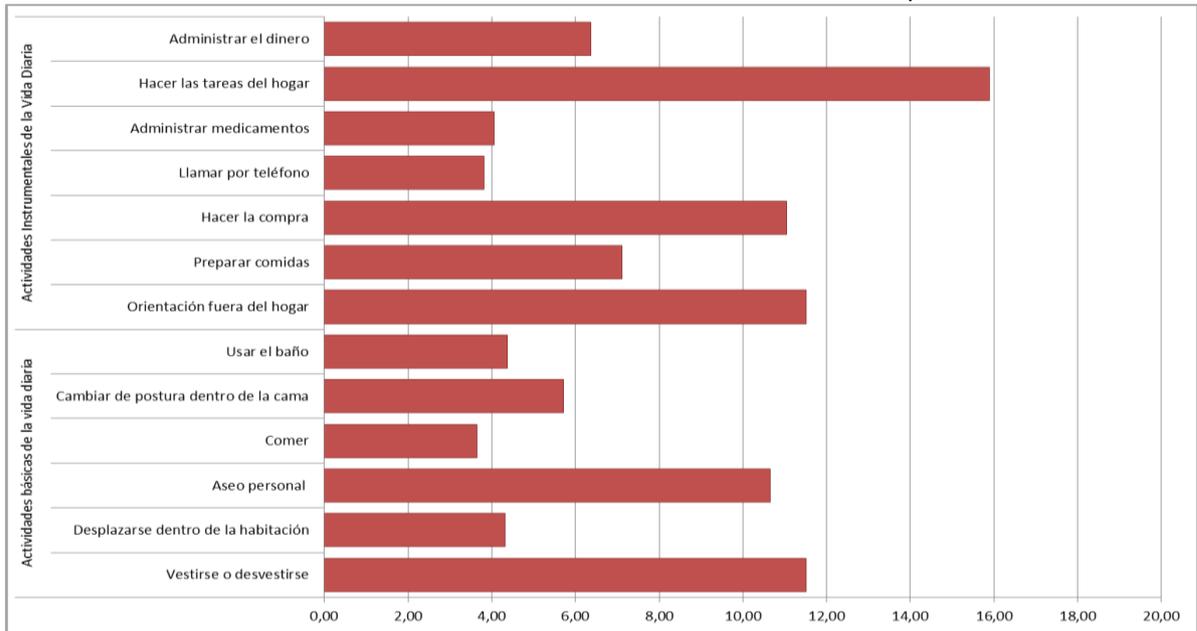
Tabla 2.3 Proceso de construcción de la nueva variable lugar de residencia.

Lugar de residencia	Recodificación	Categorías iniciales
	Zona urbana	<ul style="list-style-type: none"> • Gran ciudad – <i>big city</i>-, • Periferia o zona metropolitana de una gran ciudad - <i>the suburbs or outskirts of a big city</i>- • Ciudad media – <i>a large town</i>- • Ciudad pequeña- <i>a small town</i>
	Zona rural	<ul style="list-style-type: none"> • Área rural o pueblo - <i>a rural area or village</i>-
	No consta	<ul style="list-style-type: none"> • Valores perdidos – <i>missing value</i>- • No contesta – <i>refuse</i>- • No lo sabe – <i>Don't know</i>-

Fuente .Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w4.

Las situaciones de dependencia se miden a partir de las dificultades que las personas presentan en las actividades de la vida diaria en su interacción consigo mismo - Actividades Básicas de la Vida Diaria- y con su entorno social habitual (ABVD) – Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)-. El Gráfico 2.6 muestra cómo las AIVD como son las tareas del hogar - 15,89%-, la orientación fuera del hogar –11,51%-, y hacer la compra -11,05%-, junto a las AVBD como vestirse o desvestirse –11,50%-, y el aseo personal – 10,65%- representan las principales actividades que generan situaciones de dependencia. Estas dificultades son la base que determina la tipología de cuidados personales que requieren las personas que se encuentran en situación de dependencia.

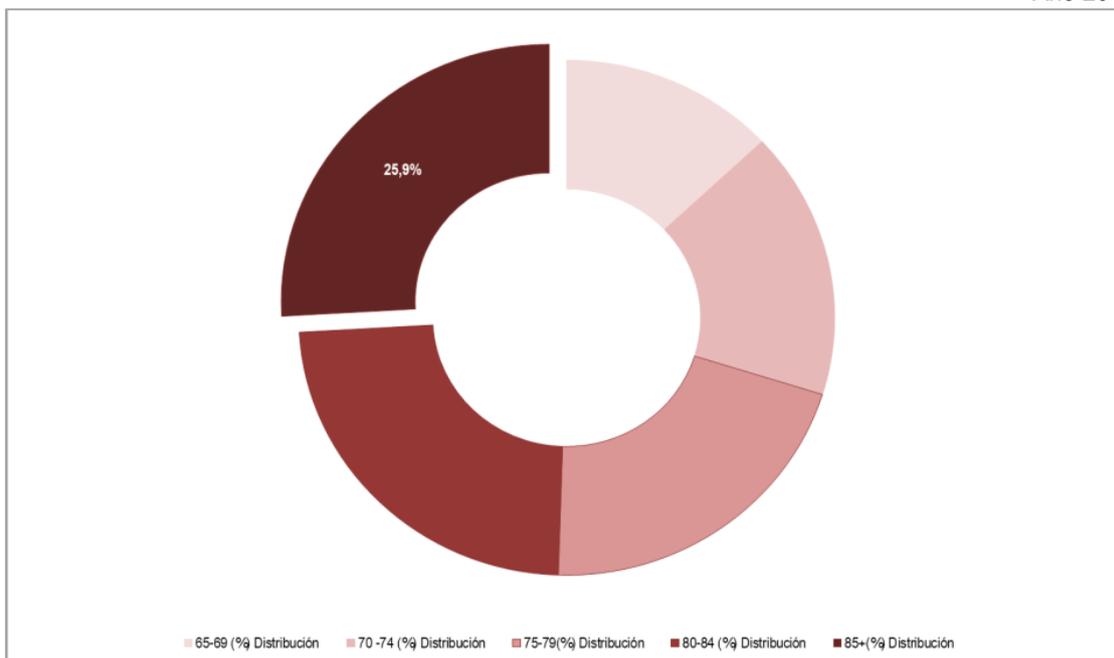
Gráfico 2.6 Distribución de las dificultades en las actividades de la vida diaria que generan situaciones de dependencia. Año 2010.



Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w 4. Resultados ponderados.

El aumento de la prevalencia de las pérdidas de las situaciones de dependencia se encuentra asociada a la edad, por ejemplo una persona mayor de 65 años tiene una mayor probabilidad de ver mermada su autonomía personal que otra de 20 años. Entonces, tomando como referencia esta comparación, el Gráfico 2.7, muestra la estructura por edad de los dependientes en los tramos más altos de la pirámide de población en el que los octogenarios representan a la mitad. Se observa claramente de manera global, que el 13% lo representan los dependientes entre los 65 y 69 años. Existe un aumento progresivo hasta alcanzar el 26% en los mayores de 85 años.

Gráfico 2.7 Distribución de la población mayor de 65 años dependiente por tramos de edad. Año 2010.



Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w 4. Resultados ponderados.

Sin embargo, cuando se incorpora la variable sexo se comienzan a observar diferencias que responden a la esperanza de vida - 76,3 años para los hombres y 82,2 años para la mujeres- (Eurostat, 2015). La Tabla 2.4, muestra por un lado, el protagonismo de los hombres entre la franja de edad de los 65 a los 79 años, y por otro, el de las mujeres a partir de los 80 años. Pero en términos generales, se trata de un fenómeno social que se escribe en femenino. Es decir, el 70% de los dependientes son mujeres, y de éstas, la mitad son octogenarias.

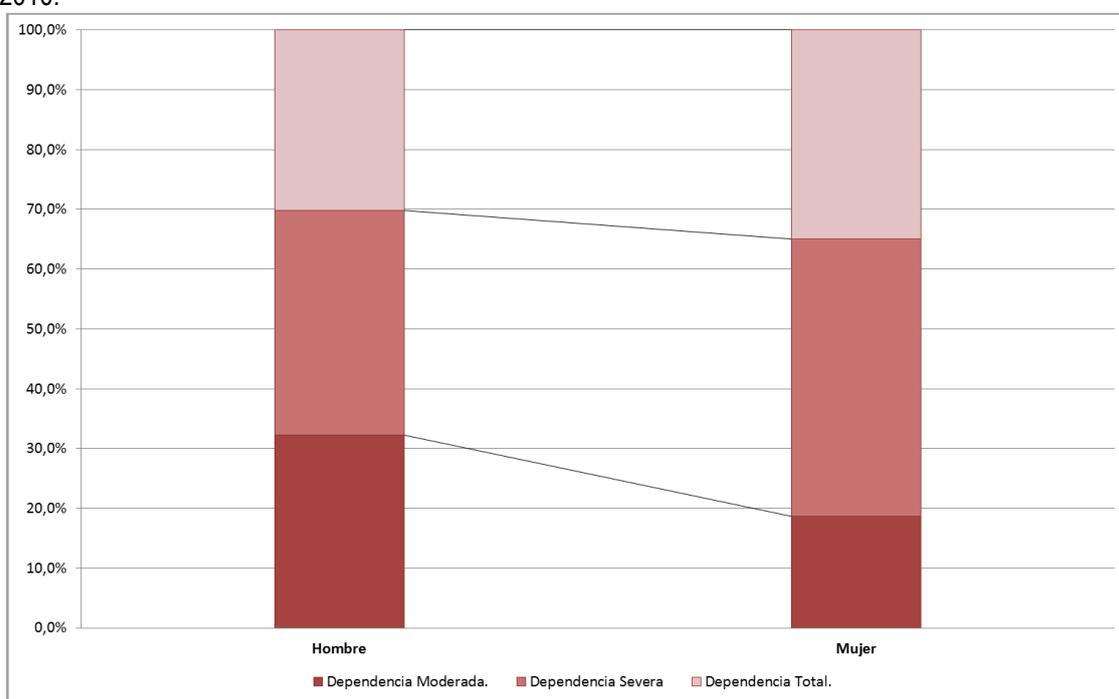
Tabla 2.4 Estructura de la población por tramos de edad y sexo. Año 2010.

Tramos de Edad	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
65-69	1.115.938	17,5%	1.663.465	11,1%
70-74	1.171.278	18,4%	2.419.752	16,1%
75-79	1.340.465	21,0%	3.080.052	20,5%
80-84	1.510.896	23,7%	3.531.904	23,5%
85+	1.230.434	19,3%	4.302.848	28,7%
Total	6.369.010	100,0%	14.998.021	100,0%

Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w4. Resultados ponderados.

El Gráfico 2.8 representa el grado de severidad con el que se presentan las situaciones de dependencia. Al igual que ocurría con la edad, existen diferencias de género muy marcadas. La principal diferencia se encuentra en el grado de dependencia moderada, en el que 32,3% de los dependientes, son hombres mientras que las mujeres son el 18,7%. El perfil de la mujer mayor dependiente queda representando por la concentración de situaciones de severas, y total falta de autonomía personal. Unido a ello, se incorpora la variable, estado civil, en el que las diferencias de género son muy significativas y aportan información muy valiosa sobre quién o quiénes son las personas que responden a las necesidades de cuidado que presentan.

Gráfico 2.8 Estructura europea del grado de severidad de las situaciones de dependencia por sexo. Año 2010.

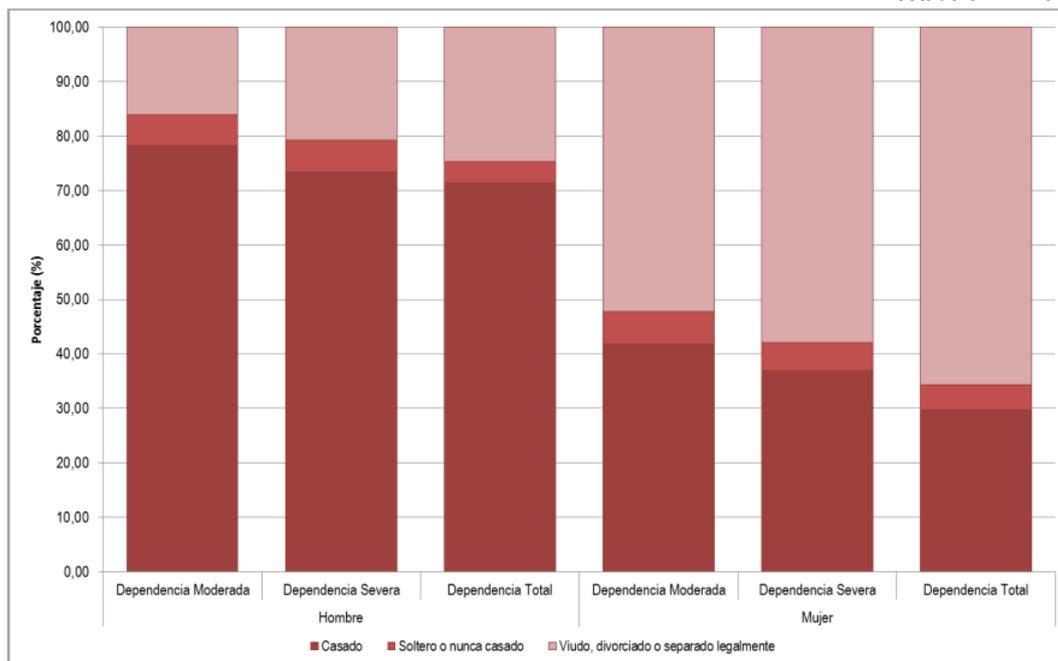


Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w 4. Resultados ponderados.

Así, el Gráfico 2.9 aporta una información clave en el proceso de construcción del contexto de las personas mayores dependientes europeas. El estado civil es una variable predictora del tipo de cuidado que reciben los mayores dependientes, los hombres mayores dependientes están casados recibiendo la atención probablemente de su pareja, es decir, las mujeres. En cambio, la viudedad es la característica social de las mujeres dependientes, que representa a más del 40%. Aunque es de resaltar que dos de cada tres de las mujeres con un grado de severidad total (con la pérdida de autonomía absoluta y necesidades generalizadas de atención) es viuda. Lo que

significa que los cuidados personales que refiere han de ser ofrecidos por sus descendientes o red social, si los tuviese, o cuidadores formales.

Gráfico 2.9 Estructura de las personas dependientes que viven en su domicilio por sexo, grado de dependencia y estado civil. Año 2010



Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w4. Resultados ponderados.

Al tratarse de personas que permanecen en su entorno social, resulta interesante adentrarse en la situación social representada por la red social y la familiar, por el tamaño del hogar de la persona dependiente. La red social está formada por las personas, hasta un máximo de 7, que el dependiente identifica como importantes en su vida. De ahí, que la Tabla 2.5 reconozca que la mitad de las redes sociales de los mayores dependientes en Europa, se encuentran entre una y dos personas. Estas redes están formadas, en primer lugar, por las parejas, y después, por los hijos; el resto de miembros son vecinos, amigos y otros familiares (Stoeckel y Litwin, 2013)

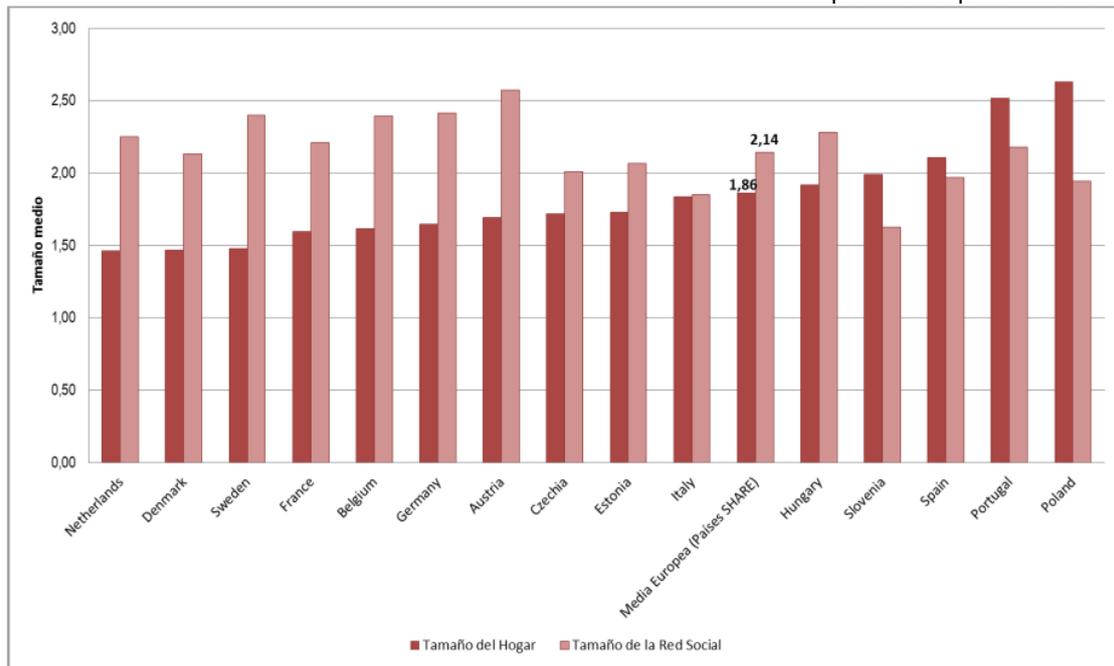
Tabla 2.5 Estructura general europea de la red social del mayor dependiente que vive en su domicilio. Año 2010

Tamaño de la red social	Frecuencia	Porcentaje
Sin Red Social	2.569.646	12,03
Un miembro	5.916.338	27,69
Dos miembros	5.434.489	25,43
Tres miembros	3.586.179	16,78
Cuatro y más miembros	3.860.379	18,07

Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w4.

El Gráfico 2.10 compara el tamaño medio del hogar de un mayor dependiente, encontrándose en 1,86 miembros -la persona dependiente con pareja cuando ésta siga viva-, con el tamaño de la red social, que es ligeramente superior de 2,14 miembros - la persona dependiente y los hijos u otras personas que no conviven con este-.

Gráfico 2.10 Tamaño medio de los hogares y de la red social de los mayores dependientes entre los países europeos. Año 2010.



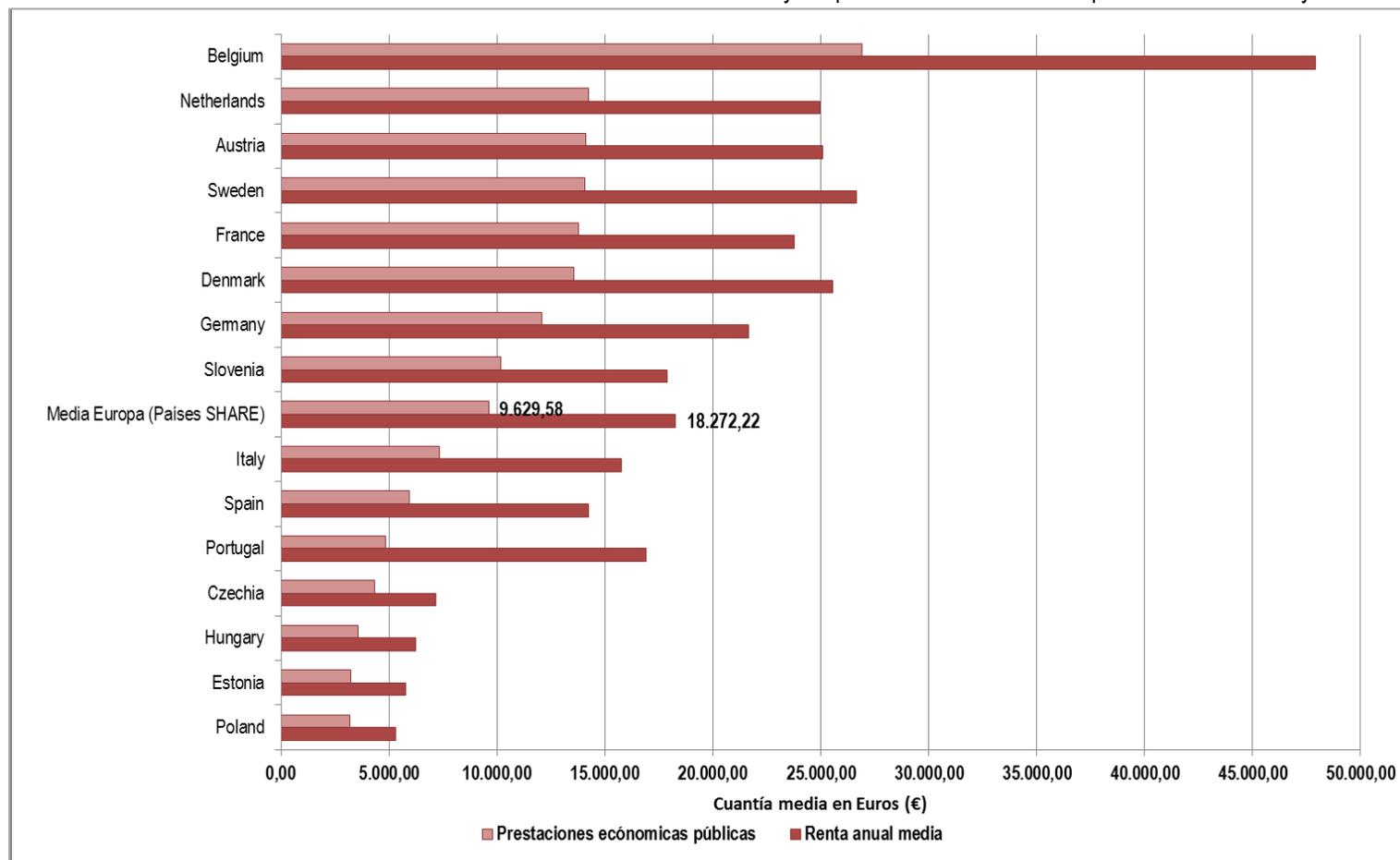
Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de la SHARE w4. Resultados ponderados.

La representatividad que tienen estas variables dentro de los países europeos genera importantes asimetrías. Si se hace una lectura atendiendo al gradiente norte-sur se generan tres perfiles: el primero, países del norte, Holanda, Dinamarca, Suecia, Francia, Bélgica, Alemania y Austria, en los que el tamaño de la red social es muy superior al tamaño del hogar. Marcado por un sistema de cuidados que se basa en servicios en el que la familia tiene un papel complementario. El segundo, países de incorporación reciente a la UE en 2004, República Checa, Estonia, Hungría y Eslovenia, se caracteriza por tener un tamaño de la red social mayor al del hogar. Al igual que sucede en el primer grupo, en este caso la diferencia no es pronunciada. Y el tercero, se trata de los países del sur de Europa, Italia, España y Portugal, cuyos regímenes de bienestar son familiaristas, de ahí, que el tamaño del hogar sea muy superior al de la red social, caso completamente opuesto al expuesto en los otros dos grupos. Ahora bien, aunque no se localiza al sur de Europa, Polonia comparte con los países del sur el tamaño del hogar - 2,65- frente al menor tamaño de la red social. Se trata de un país en el que a no existir una regulación específica relacionada con los servicios de atención de cuidado de larga

duración, y por tanto la prestación de cuidados es responsabilidad de la familia (Golinowska, 2010).

La situación económica en la que se encuentre una persona es importante a lo largo de su vida, pero entre los mayores de 65 años se hace clave por dos motivos, el primero, la edad de jubilación implica una pérdida de poder adquisitivo que se agrava en los casos de situación de dependencia, y segundo, la prevalencia de las pérdidas de autonomía personal aumentando las necesidades de cuidado, que conllevan frecuentemente una contribución económica. En el siguiente Gráfico 2.11 se comparan la cuantía anual de las prestaciones económicas periódicas públicas – jubilación, jubilación anticipada, subsidio de enfermedad, pensiones de invalidez y prestaciones de asistencia social- con la renta media anual del hogar entre los mayores dependientes europeos. Se diferencian claramente dos grupos: el primero – Alemania, Dinamarca, Francia, Suecia, Austria, Holanda y Bélgica- caracterizados por rentas y prestaciones económicas elevadas, por encima de la media europea. Y el segundo, formado por todos los países del sur y los de reciente incorporación a la UE, en las que las prestaciones económicas no alcanzan al 40% del total de los ingresos medios anuales, cuando en Polonia, Estonia y Hungría representa en torno al 60%.

Gráfico 2.11 Cuantía media anual de la renta y las prestaciones económicas públicas entre los mayores de 65 años. Año 2010



Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w4.

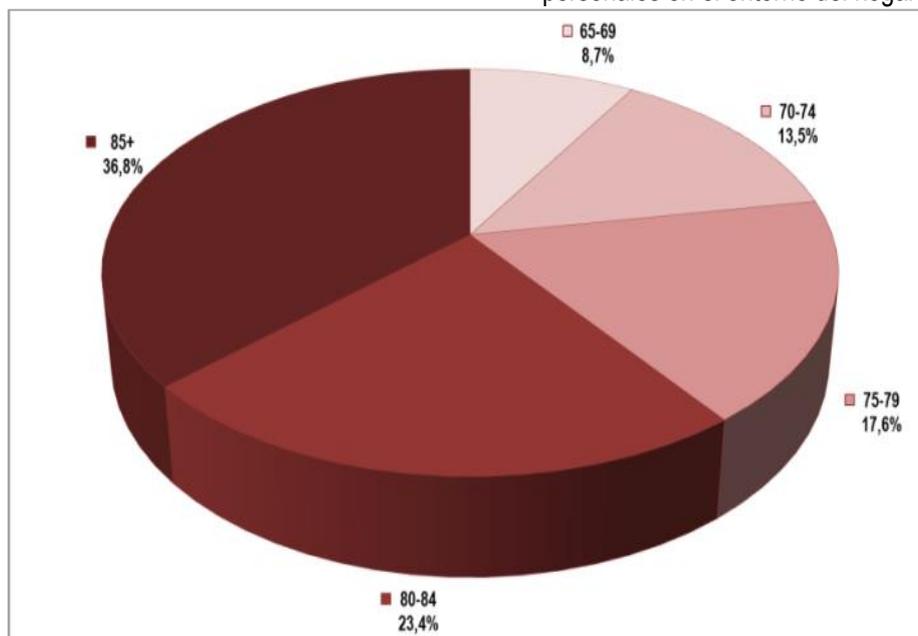
Recapitulando, el 24,54% de la población mayor de 65 años en Europa se encuentra en situación de dependencia, siendo predominantemente urbana. Entre las tareas de la vida diaria en las que presentan dificultades se encuentran las que implican la interacción del mayor dependiente con su entorno social –AIVD- y las relacionadas con el cuidado personal –ABVD-. En este sentido, la prevalencia de encontrarse en esta situación se incrementa con la edad, concentrándose entre los mayores de 80 años, siendo más intenso en el caso de las mujeres y en términos de severidad también. El fenómeno de dependencia genera dos realidades sociales: por un lado la proyectada por los hombres dependientes, en el que gran mayoría - independientemente de su grado de severidad- se encuentran casados, con red social. Y por otro lado, la proyectada por las mujeres dependientes, que en la mayoría de los casos se encuentran viudas y su red social se reduce. La perspectiva económica refleja que la mitad de la renta media de los mayores dependientes corresponde con las prestaciones económicas periódicas que reciben de sus respectivos sistemas de protección social.

2.3 Los cuidados de larga duración en los mayores de 65 años en el hogar

La población que envejece tiene una mayor probabilidad de ver mermada su autonomía personal en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, requiriendo la atención de por parte de la familia, y amigos, y el aumento de la demanda de servicios de cuidados profesionales de larga duración. En la última publicación de la OECD sobre los indicadores del estado de salud, *Health at a Glance: 2015*, se reconoce que más de la mitad de las personas que reciben cuidados son mayores de 80 años y casi cuatro de cada cinco son mayores de 65 años (OECD, 2015). En este sentido, las personas mayores de 65 años que reciben cuidados profesionales en su domicilio representan al 1,39% del total de la población europea en 2013 (Börsch-Supan, 2015), frente al 1,9% incluidas las personas institucionalizadas para conjunto de la OECD para el mismo año (OECD, 2015).

En esta línea, la representatividad respecto al total de la población europea de los mayores dependientes de 65 años que reciben cuidados en el entorno del hogar se encuentra entorno al 2,05%. Este mismo grupo dentro del conjunto de población de mayor de 65 años, tiene un peso del 11,31%. De ellos, tres de cada cinco que reciben cuidados en el entorno del hogar son octogenarios (Gráfico 2.12).

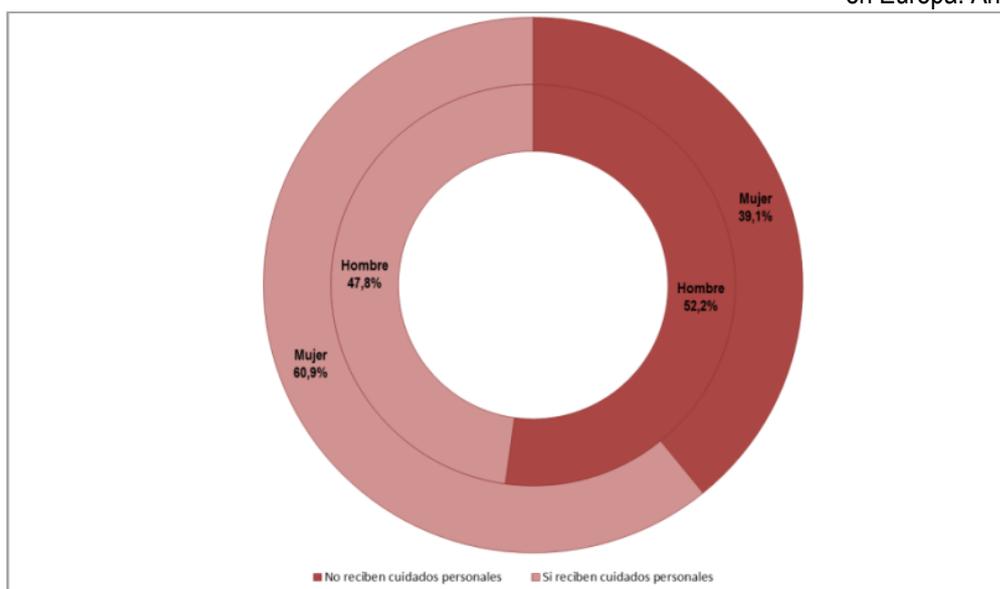
Gráfico 2.12 Estructura por tramos de edad de los mayores dependientes que reciben cuidados personales en el entorno del hogar. Año 2013.



Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w 5.

Las diferencias entre hombres y mujeres, en este caso, también se hacen presentes (Gráfico 2.13): el 60,09% del total de las mujeres mayores dependientes reciben cuidados personales, frente al 47,8% de los hombres, y cómo más de la mitad de éstos necesitan cuidados y no los reciben.

Gráfico 2.13 Distribución de los cuidados personales por sexo entre los mayores dependientes en Europa. Año 2013.



Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de SHARE w.5

Ahora bien, más allá de la configuración del triángulo Estado, familia y mercado, en la prestación de cuidados personales, entre los mayores que reciben cuidados personales en el entorno del hogar, la severidad con la que se presentan las situaciones de dependencia influye en la atención profesional que reciben y en el papel que representan los cuidadores informales.

La Tabla 2.6 enumera las actividades de la vida diaria por las que reciben cuidados formales los dependientes y el peso de los cuidadores informales en la prestación de cuidado. En términos generales, se observa cómo el posicionamiento de los cuidadores informales está determinado por el grado de severidad de la situación: cuanto menor es grado de dependencia (36,44%) – más autonomía personal- mayor es su presencia. Ahora bien, el peso que los cuidados formales van adquiriendo en función del grado de dependencia, determina la relación de complementariedad o de sustitución existente con los cuidados informales. En términos generales, en los mayores con un grado de dependencia total, la representatividad de los cuidados formales (92,95%) genera una relación de sustitución con los cuidados informales, debido a su presencia residual. En cambio, para un dependiente moderado o severo se observa una relación de complementariedad entre los cuidados formales e informales debido a la proporcionalidad con la que se presentan.

Tabla 2.6 Estructura de los cuidados informales y cuidados formales que recibe la persona dependiente en el entorno del hogar por grado de severidad de la situación de dependencia. Año 2013.

	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Dependencia Total		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ayuda en el cuidado personal	548.077	11,13	1.615.72	23,11	1.402.58	34,66	3.566.388	22,34
			7		4			
Ayuda en las tareas del hogar	2.032.27	41,27	2.454.84	35,11	1.190.33	29,41	5.677.452	35,56
	7		1		5			
Comida a domicilio	308.113	6,26	771.796	11,04	453.530	11,21	1.533.439	9,61
Ayuda en otras actividades de la vida diaria	241.748	4,91	835.774	11,95	715.601	17,68	1.793.124	11,23
Cuidados Informales	1.794.33	36,44	1.313.71	18,79	285.187	7,05	3.393.235	21,26
	7		1					
Total	4.924.55	100,00	6.991.84	100,00	4.047.23	100,00	15.963.63	100,00
	2		9		7		8	

Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w 5.

Nota metodológica 2.2 Conceptos básicos

Cuidados de larga duración: el conjunto de servicios que requiere una persona con disminución de la capacidad funcional, física o cognitiva, que se encuentran en situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (AVD) - bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño- y aquellas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) - tareas domésticas, comidas, compras y transporte- durante un período prolongado de tiempo (OECD,2011).

Cuidados informales: implican la intervención de la familia, los amigos y los vecinos existentes en el entorno social de la persona en situación de necesidad por largos periodos de tiempo.

Cuidados formales: son instituciones/organizaciones públicas, sin ánimo de lucro, privadas existentes en la comunidad y que forman parte del sistema de protección social. Se trata de una actividad profesional remunerada que requiere de unos conocimientos y una formación específica para realizar las tareas de cuidado.

Cuidados mixtos: el conjunto de tareas relacionadas con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria realizadas desde la complementariedad por los cuidadores formales - servicios profesionales prestados por entidades públicas o privadas – con el fin de reforzar la eficacia de la red social de apoyos informales y el mantenimiento de la persona en el entorno social habitual. Éstos, cumplen con un doble objetivo, de una parte mejorar la calidad de vida del dependiente y de otra a la persona cuidadora principal, y por extensión a la red social de apoyos informales.

El análisis de los cuidados informales se apoya en la red principal de dichos cuidados y está compuesta por la esposa/pareja, los hijos y las nueras (Tabla 2.7). Aunque se incorporan nuevos actores en función del grado de dependencia, como es el caso de los dependientes severos en el que los nietos (1,20%) y el yerno, comparten la tarea desempeñada por la hija del dependiente. También resulta interesante comprobar como la red de cuidados informales de los dependientes totales es grande, la presencia de los nietos se incrementa respecto a la presencia del yerno que disminuye, incorporándose las hermanas del mayor dependiente y las personas de su entorno social (amigos/conocidos/ex compañeros de trabajo). Podemos decir que los cuidados informales recaen en las mujeres de la familia.

Un hecho relevante en la evolución de los cuidados informales ha sido la continua incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo y la movilidad que en la mayoría de los casos conlleva, hace que el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno social genere una externalización de determinadas tareas, que tradicionalmente han estado localizadas en la esfera privada de la familia, y desarrolladas por las mujeres. Esta situación hace que se desarrolle una relación de complementariedad entre los cuidados informales y formales, generando los cuidados mixtos. En especial, aquellos que tienen una situación de dependencia moderada y severa acaparan aproximadamente el 80% de los usuarios de los cuidados mixtos (Tabla 2.7)

Tabla 2.7 Distribución por grado de dependencia de los principales proveedores de cuidado informal y su comparación con los cuidados mixtos. Año 2013

Tipología de cuidado*	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Dependencia Total	
	N	%	N	%	N	%
Cuidados Mixtos	1.153.692	33,24	1.618.517	46,64	698.179	20,12
Proveedor de cuidado informal**						
Esposa/pareja	582.936	13,83	981.724	23,29	602.946	14,31
Hijo/a	196.289	4,66	629.052	14,92	451.600	10,71
Nuera	64.956	1,54	41.003	0,97	123.801	2,94
Amigos/conocidos/ex compañeros de trabajo	12.183	0,29	36.132	0,86	93.423	2,22
Nietos/as	5.116	0,12	50.701	1,20	50.341	1,19
Otros familiares	64.801	1,54	12.147	0,29	27.095	0,64
Yerno	-	-	58.714	1,39	27.408	0,65
Hermana	1.398	0,03	23.731	0,56	59.796	1,42
Hermano	-	-	9.424	0,22	8.103	0,19

* La distribución se ha realizado respecto al total de cuidadores informales (N 4.214.819).

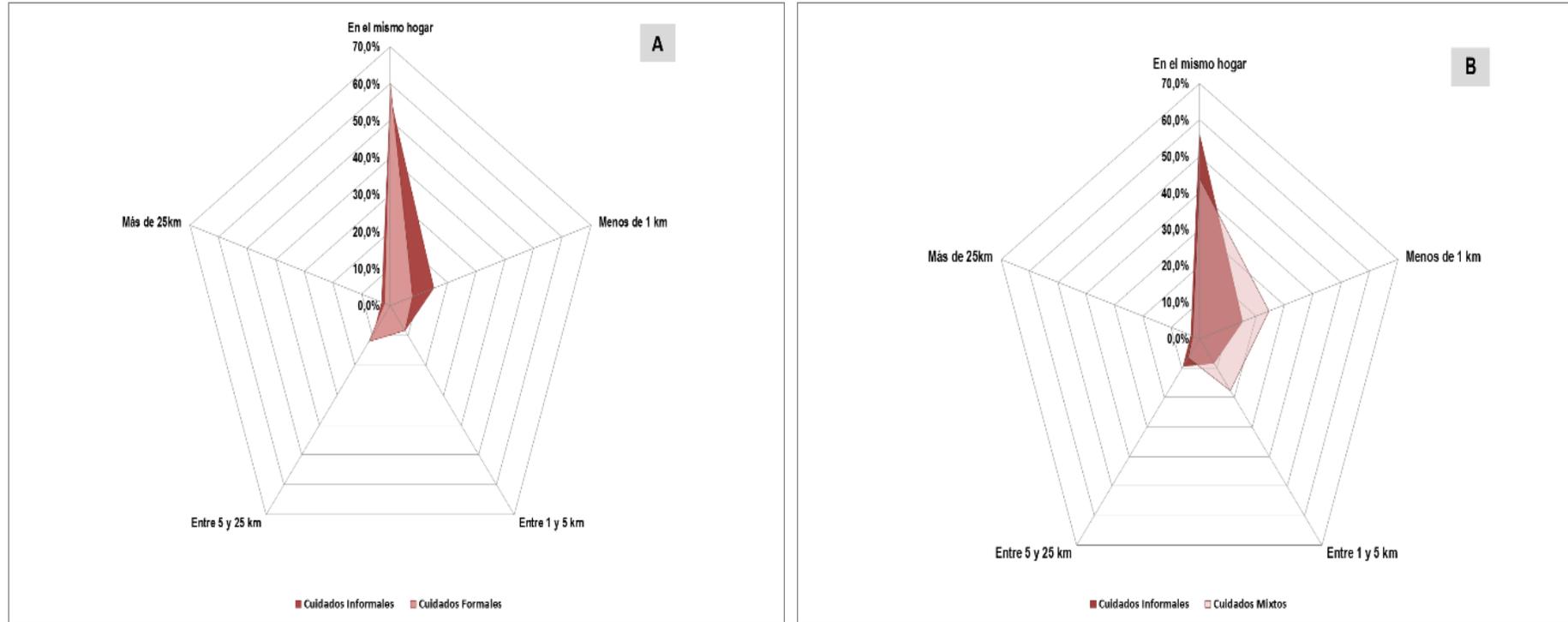
** La distribución de los cuidados mixtos respecto a su total (N 3.470.387).

Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w 5.

Así, el mantenimiento del mayor dependiente en su entorno social habitual, genera a su alrededor la articulación de una red de apoyos que determina la tipología de cuidado que reciben. En este sentido, dotar de una perspectiva territorial, posibilita caracterizar las relaciones sociales y la tipología de cuidado. Por eso, a través de la proximidad geográfica máxima con el miembro de la red social más cercano (Gráfico 2.14), se determina el tipo de cuidado que recibe el mayor dependiente. La distancia se ha tomado como base para comparar los cuidados informales, que se desarrollan en el mismo hogar (56,2%), siendo prestados principalmente por las esposas/parejas o bien los hijos que conviven con ellos.

En caso de los mayores dependientes que sólo reciben cuidados formales (Gráfico 2.14A) se observan dos situaciones bien diferenciadas, en la mayoría de los casos el miembro de la red social se encuentra en el mismo hogar. Es decir, existe una relación de convivencia. En cambio, de no vivir en el mismo hogar, el miembro más cercano se encontraría en otro municipio, separándoles entre 5 y 25 kilómetros. La presencia en el mismo hogar como localización del miembro más cercano es más prevalente en los cuidados informales y formales que en los cuidados mixtos (44,12%). En los cuidados mixtos (Gráfico 2.14 B), en la mayoría de los casos, el miembro más cercano de la red se encuentra en la misma localidad, siendo menos frecuente aquellos que están entre 5 y 25 kilómetros, al contrario de los cuidados formales.

Gráfico 2.14 Proximidad máxima geográfica entre el mayor dependiente y el miembro de la red social más cercana, en función de la tipología de cuidado.



Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w 4.

Nota metodológica 2.3 Proximidad geográfica máxima

Incluir la perspectiva territorial de las relaciones sociales, es analizar la proximidad física existente entre la persona dependiente y su red social, siendo ésta definida como el conjunto de personas, las relaciones familiares y/o vínculos afectivos existentes entre ellos. De esta manera no sólo los familiares son parte de la red social, sino también los amigos, vecinos, colegas y ex colegas de trabajo...etc. (Due et al., 1999; Puga et al., 2007). Entre los estudios recientes sobre las estructuras, las tipologías y las implicaciones que la red social tiene sobre personas mayores, han destacado entre otros (Litwin, 1996; Mutchler y Burr, 2003; García et al., 2005; Fiori, Antonucci y Cortina, 2006; Choi et al., 2007; Litwin, 2009; Fiori, Consedine, y Merz, 2011).

SHARE en su oleada 4 introduce como novedad un nuevo módulo llamado red social -*social networks*- que trata de recoger las principales variables- sociales, económicas y territoriales- implicadas en la configuración de la red social de la persona mayor. En términos SHARE, la red social está compuesta por el conjunto de personas – hasta un máximo de 7- emocionalmente cercanas o muy cercanas que son reconocidas por el encuestado (ver más en Litwin et al., 2013; McPherson, Smith-Lovin, y Brashears, 2009).

En nuestro caso, nos centramos en las variables territoriales disponibles, que tratan de identificar la distancia física entre el mayor dependiente y los miembros de su red social. A través de la pregunta, ¿Dónde vive el miembro X de la red social? - *Where does [X member of social network] live?*- y las categorías establecidas (Tabla 2.8) se sistematizan las respuestas.

Tabla 2.8 Codificación de la variable proximidad geográfica respecto a los miembros de la red social.

Categoría	Codificación
Mismo hogar	1
En el mismo edificio	2
Menos de un 1km	3
Entre 1 y 5 km	4
Entre 5 y 25 km	5
Entre 25 y 100km	6
Entre 100 y 500 km	7
Más de 500 km	8
Específica país	9
No consta*	0

*Categoría no incluida en la codificación original en esta se incluyen a los valores perdidos – *missing*-, no lo sabe – *don't know*- y no contesta- *refused*- .

Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de la SHARE w 4.

En el caso que estamos tratando, necesitábamos conocer al miembro de la red social más cercano físicamente al encuestado, sin entrar en las características internas de la red.



Para ello, fue necesaria una reformulación de la variable original – proximidad geográfica – que implicó una reducción de las categorías (Tabla 2.9), y su recodificación. Asumiendo que cuanto más cercano está al domicilio, mayor ha debido de ser el peso. La nueva variable se denominó **proximidad máxima geográfica**.

Tabla 2.9 Proceso de construcción de la variable proximidad geográfica máxima.

Proximidad máxima geográfica	
Nuevas categorías	Recodificación
Mismo hogar	8
Menos de 1km	7
Entre 1 y 5 km	6
Entre 5 y 25 km	5
Más de 25 km	4
No consta	0

Fuente Elaboración propia a partir de la explotación microdatos SHARE w 4.

La metodología expuesta es una adaptación a la empleada en el artículo “Los cuidados mixtos en España y Francia: un análisis comparado” de los autores José A. Camacho Ballesta y M^a Ángeles Minguela Recover, enviado a la revista *Revista de Cercetare si Interventie Sociala* y encuentra bajo revisión.

Analizadas las principales características de los cuidados personales, el siguiente paso es visualizar la distribución de la tipología de cuidados existentes en los países europeos y comprobar si encuentra, o no, un patrón generalizado de cuidados personales. En términos generales, la representatividad de los cuidados informales es común en todos los países, excepto en Holanda en el que este tipo de cuidado es minoritario. Tomando como referencia la distribución media, se distinguen dos grandes grupos (Gráfico 2.15):

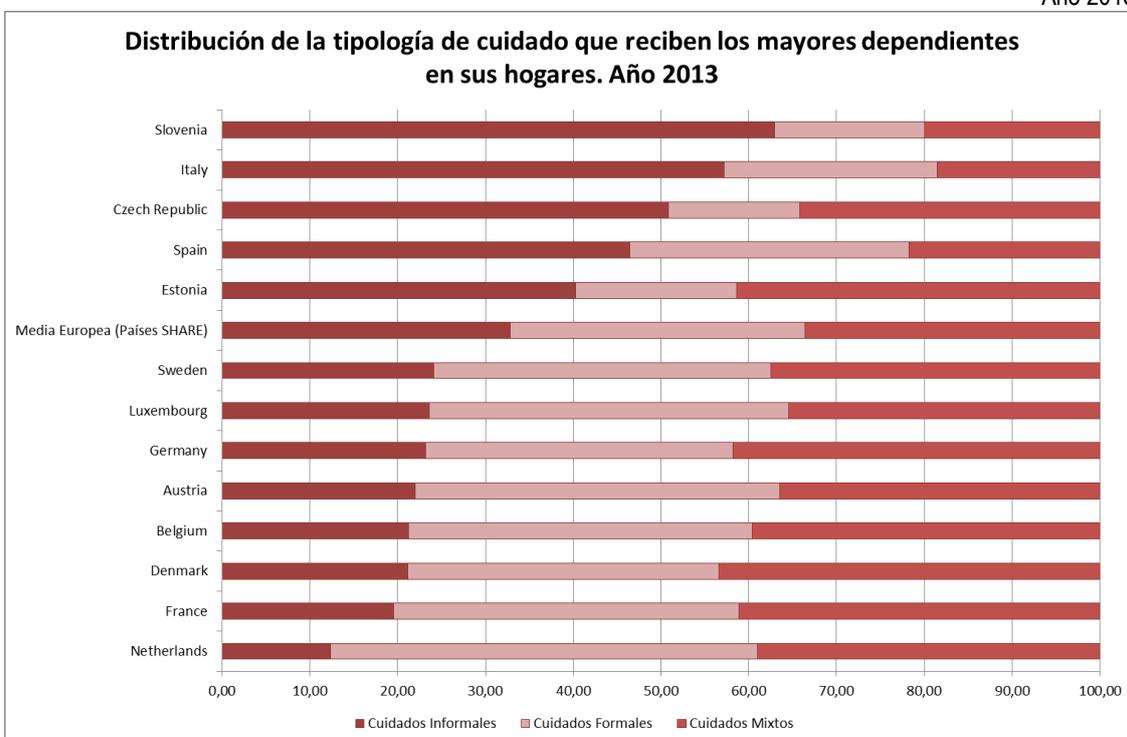
- En el primer grupo – Eslovenia, República Checa, Estonia, España e Italia -, se caracterizan por el papel central de la familia dentro de los sistemas de bienestar, carácter subsidiario del Estado y la fragmentación en la prestación de cuidados formales – prestaciones de servicios y/o prestaciones económicas-. En este sentido, los cuidados informales se sitúan por encima de la media, siendo el caso contrario para los cuidados formales. Ahora bien, de manera generalizada, se observa una clara tendencia hacia los cuidados mixtos justificada por el mayor peso respecto de los cuidados formales.

Dentro de este grupo destacan España e Italia, que han ido avanzando en la configuración de sus sistemas de bienestar, en términos de extensión (Italia), y de cambio (España), y así queda reflejado en el gráfico. Italia mantiene su perspectiva asistencial, aun cuando ha crecido su interés por el cuidado a

domicilio, y se ha mejorado el grado cobertura mediante el importante gasto público realizado en la prestación económica única de dependencia, aunque no se produce una integración hacia una regulación única y nacional hacia modelo universal (Da Roit et al., 2007, Tediosi y Gabriele, 2010). Se confirma entonces que aproximadamente tres de cada cinco mayores dependientes reciban cuidados informales.

En el caso de España, la entrada en vigor de la Ley dependencia en 2007, supuso un cambio de modelo hacia la universalización del sistema de protección. Aunque se configuró como modelo de atención, basado en servicios que complementan las actuaciones de los cuidadores informales, éstos siguen teniendo un papel importante a través de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (Rodríguez Cabrero, 2011 y Gutiérrez et al. 2010). Los cuidados formales representan el 31,88% y los cuidados mixtos 21,71%. La profesionalización de servicios, en su conjunto, supera la mitad de los cuidados recibidos por los mayores dependientes.

Gráfico 2.15 Distribución de la tipología de cuidado personal que reciben los mayores dependientes en sus hogares. Año 2013.



Fuente .Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de SHARE w5.

- En el segundo grupo, representado por el conjunto de países en el que la atención a las personas dependientes es un derecho social y de acceso universal, se encuentran diferencias en los casos de Suecia y Dinamarca. Sus sistemas son esencialmente de prestación de servicios, llegando a sustituir a la familia cuidadora, aunque en el menor de casos la apoya (Karlsson, Iversen y Øien, 2010). De ahí, que uno de cada cinco mayores dependientes que reciben cuidados sean de carácter informal (Gráfico 2.15). En el caso de los países, como Francia, Bélgica, Austria, Luxemburgo y Alemania, las políticas de apoyo a los cuidadores no profesionales, a través de servicios y prestaciones monetarias (Marbán, 2013), hacen, que los cuidados mixtos se configuren como una alternativa que se encuentra representada aproximadamente por el 40% del total de cuidados que se están recibiendo. Holanda es un caso especial, ya que es el resultado del sistema nórdico y continental (Da Roit, 2013). Los cuidados formales destacan respecto al resto de tipos de cuidados.

Como síntesis de lo expuesto, las principales características de los cuidados personales que reciben los mayores dependientes en su domicilio son:

- a) Los cuidados personales son más prevalentes entre los octogenarios. Los cuidados hacia las mujeres son más representativos que para los hombres, sobre todo cuando se trata de una situación de gravedad total.
- b) Los cuidados formales orientados a la satisfacción de las actividades de la vida diaria en los mayores dependientes que reciben cuidados, generan relaciones de complementariedad o sustitución, con los cuidados informales, en función del grado de severidad.
 - ✓ Dependencia Moderada y Severa: ↑ Cuidados formales ↑ Cuidados informales.
 - ✓ Dependencia total: ↑ Cuidados formales ↓ Cuidados informales.
- c) La base de la red natural de apoyos está formada principalmente por las esposas/parejas, los hijos y las nueras, en caso de tenerlas. Cuanto mayor es el grado de severidad de la situación de dependencia se incorporan a la red los nietos, yernos, hermanas y los amigos. En cambio, el peso de los cuidados mixtos es

inversamente proporcional a la gravedad, al requerir de cuidados más especializados.

- d) Respecto a la proximidad máxima geográfica, es común a las tipologías de cuidado estudiado, siendo el miembro de la red social más cercano al mayor dependiente el que se localiza en el mismo hogar. De no vivir en el mismo hogar, en el caso de los cuidados mixtos, la persona más cercana se encuentra en el mismo municipio. Sin embargo, la distancia es aún mayor (entre 5 y 25 km) cuando se trata de los cuidados formales.
- e) La distribución interna de los países respecto a la tipología de cuidados que reciben sus mayores dependientes confirma la no existencia de un patrón común. Vemos la existencia de dos grupos, por un lado, Eslovenia, República Checa, Estonia, España e Italia en el que la base, son los cuidados informales y el carácter subsidiario de Estado, y por otro, el conjunto de países en los que la atención a la dependencia es un derecho universal, existiendo matices dentro de este grupo. En Suecia y Dinamarca, el principal proveedor de servicios es el Estado, sustituyendo a la familia cuidadora. En cambio, en los países como Luxemburgo, Alemania, Francia, Bélgica y Austria existe un amplio apoyo al cuidador informal junto a servicios, ayudas técnicas y prestaciones monetarias. Holanda es un caso especial en el que existe un mix entre los anteriores subgrupos.

**CAPITULO 3. LOS FACTORES EXPLICATIVOS DE LOS CUIDADOS DE
LARGA DURACIÓN EN PERSPECTIVA COMPARADA**

CAPÍTULO 3. LOS FACTORES EXPLICATIVOS DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN PERSPECTIVA COMPARADA

La realidad social de los mayores dependientes descrita por la SHARE, oleada 4 y 5, reconoce que más del 40% de la población mayor de 65 años presenta alguna dificultad en la realización de las actividades diarias generando la necesidad de recibir cuidados por parte de una tercera persona. Es por ello, que el presente capítulo se centre en identificar a través de modelos econométricos aplicados a la SHARE oleada 4, los factores explicativos que determinan el tipo de cuidado personal- informal y mixto- que recibe la persona mayor de 65 años en el entorno del hogar. El primer caso aborda cómo la red social y la proximidad física con la persona cuidadora explican los cuidados informales que reciben los mayores dependientes en Europa. El segundo caso presenta el estudio comparado entre España y Francia de la manera en la que se organizan los cuidados mixtos como símbolo de una sociedad que ante la heterogeneidad con la que se presentan las situaciones de dependencia responden desde la proximidad. En el tercer caso se centra en cómo los cuidados mixtos son explicados como tipología de cuidado emergente en los países del sur de Europa y España, caracterizados por la centralidad de la familia como proveedora de cuidados.

3.1 Métodos y técnicas aplicadas al SHARE

La fuente de datos para realizar los estudios de casos es la SHARE oleada 4 para los años 2011-2012. Las características de la muestra de trabajo son las personas mayores de 65 años que se encuentren en situación de dependencia. Es decir, que necesitan ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria; y residentes en los países de la UE-27. El objetivo general se centra en determinar cuáles son factores explicativos de los cuidados de larga duración. Además de objetivos específicos para cada estudio de caso:

- En el primer caso, analizar como la proximidad y la red social existente alrededor del mayor dependiente explica la probabilidad de recibir cuidados informales.
- En el segundo caso, realizar un análisis comparado sobre los factores que determinan el paso de recibir cuidados informales a cuidados mixtos entre los mayores de 65 años dependientes en España y Francia, respondiendo a la vez si se trata de modelos simétricos o no.
- En el tercer caso, realizar un análisis comparado sobre los factores que determinan el paso de recibir cuidados informales a cuidados mixtos entre los mayores de 65 dependientes entre los países del Sur de Europa y España.

Muestra y variables de trabajo

Identificar los factores explicativos de los cuidados de larga duración a través de tres estudios de casos hace que las muestras de trabajo y determinadas variables explicativas sean diferentes; justificadas porque se trata de analizar el comportamiento de un conjunto de variables explicativas aplicadas en diferentes países de la EU-27. A continuación, se muestra el proceso de construcción de las variables dependientes y la muestra de trabajo, en un primer lugar; y en segundo lugar, el proceso llevado a cabo en el caso de las variables independientes (Tabla 3.4).

Variables dependientes:

La variable dependiente se refiere a recibir cuidados personales en el entorno del hogar, formada a su vez por dos categorías de respuesta que corresponden con las tipologías de cuidados personales – cuidados informales, formales y mixtos- cuyo proceso de construcción está descrito en el apartado 2.2.1 y que se identifican para cada uno de los estudios de caso, a continuación:

- Determinantes de los cuidados informales en Europa:
 - o Recibir cuidados personales en el entorno del hogar: Recibir exclusivamente cuidados informales (variable de referencia-1-) y no recibir ningún tipo de cuidado (0)
 - o Muestra de trabajo: 17.284 encuestados
- Los cuidados mixtos en Francia y España:
 - o Recibir cuidados personales en el entorno del hogar: Recibir cuidados mixtos (variable de referencia-1-) y recibir exclusivamente cuidados informales (0)
 - o Muestra de trabajo: 640 encuestados
- Los cuidados mixtos entre los países del Sur de Europa y España:
 - o Recibir cuidados personales en el entorno del hogar: Recibir cuidados mixtos (variable de referencia-1-) y recibir exclusivamente cuidados informales (0)
 - o Muestra de trabajo: 744 encuestados.

Las muestras de trabajo están sin ponderar porque así lo requieren los análisis de regresión logística que se van a realizar.

Variables independientes

La batería de variables independientes que van a tratar de explicar los factores que terminan los cuidados de larga duración en Europa se agrupan en tres grupos:

1. *Variables centradas en la persona:*

Para poner de relieve las características de las personas mayores dependientes se han utilizado las siguientes variables apoyándose en el sexo -hombre y mujer -, la edad del encuestado, que es medida tanto en una variable categórica -65 a 74 años, de 75 a 84 y más de 84 años- como continua -mayores de 65 años-. El grado de severidad de la situación de dependencia- moderada, severa y total - (véase el apartado 2.1) es también identificado como el número de dificultades en las ABVD y en las AIVD. La situación de convivencia del mayor dependiente se mide a través de la variable dicotómica vivir en pareja; o a través de la categórica estado civil – casado/a, soltero/a y viudo/a, separado/a, divorciado/a-. La configuración de la red social es medida como variable dicotómica de tener hijos dentro de la red social y como variable continua el tamaño de la red social. Las características del hogar a través del tamaño del hogar – un miembro, dos miembros y tres o más-.

2. Variables económicas

En el caso de las variables económicas implicadas en el estudio, la SHARE w.4 permite identificar la situación económica del mayor dependiente, pudiendo ser categorizadas a partir de la variable categórica renta anual de los miembros del hogar - más de 19.202,01€/año; entre 8.246,01 y 19.202,00€/año; menos de 8.246,01€/año y no consta para aquellos valores perdidos, los que no sabe no contesta- o bien a través de los ingresos mensuales del hogar - menos de 750 €/mes, entre 750,01 y 1.300,00 €/mes, y más de 1.300 €/mes-. También permite agrupar la renta anual atendiendo a la media los ingresos de la EU-27 que en 2011 era de 16.618 euros (Eurostat, 2015), generándose una nueva variable dicotómica: menor o igual de la media y por encima de la media.

Otra de las características que nos ayudan a caracterizar la situación económica si la persona recibe alguna prestación pública como pensiones de jubilación, jubilación anticipada, el subsidio de enfermedad, pensiones de invalidez y prestaciones de asistencia social. Para ello, se ha creado una variable dicotómica denominada prestaciones económicas públicas periódicas.

3. Variables socioterritoriales

La encuesta SHARE w.4 introduce el módulo social ‘network’ para caracterizar la red de apoyos existentes alrededor de las personas mayores en Europa y profundizar en su análisis. En el campo de estudio de los cuidados personales, es importante saber quiénes y cuántas personas son las encargadas de prestar dicho cuidado a partir de la

La inclusión territorial de las relaciones sociales como variable que nos permite caracterizar a las personas dependientes nos permite conocer la composición de la red social como el conjunto de personas y las relaciones familiares y/o vínculos afectivos existentes entre ellos - los amigos, vecinos,

colegas de trabajo, ex colegas...etc.- (Due, Holstein, Lund, Modvig, y Avlund, 1999; Puga, Rosero-Bixby, Glaser, y Castro, 2007). Para ello, el tamaño de la red social como variable continua permite conocer el número de personas incluidas en la misma pregunta << Durante los últimos 12 meses, ¿Quiénes son las personas con las que a menudo discute de cosas importantes?>> el resultado, es que se pueden crear redes sociales hasta un máximo de 7 miembros; 6 confidenciales y otra persona adicional importante (para más información, véase Litwin et al., 2013).

SHARE oleada 4 a través de la pregunta ¿Dónde vive el miembro X de la red social? - *Where does [X member of social network] live?*- y las categorías de respuestas (Tabla 3.1) nos han permitido construir dos variables que miden la proximidad entre la persona mayor dependiente y los miembros de la red social, cuyo proceso de construcción se describe a continuación:

Tabla 3.1 Codificación de la variable proximidad geográfica respecto a los miembros de la red social.

Categoría	Codificación
Mismo hogar	1
En el mismo edificio	2
Menos de un 1km	3
Entre 1 y 5 km	4
Entre 5 y 25 km	5
Entre 25 y 100 km	6
Entre 100 y 500 km	7
Más de 500 km	8
Específica país	9
No consta*	0

*Categoría no incluida en la codificación original en esta se incluyen a los valores perdidos – *missing*-, no lo sabe – *don't know*- y no contesta- *refused*-.

Fuente Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de la SHARE w 4.

- *Proximidad máxima geográfica*: identifica al miembro de la red social más cercano físicamente al encuestado, sin entrar en las características internas de la red, incluido el tamaño. Para ello, fue necesaria una reformulación de la variable original – proximidad geográfica – que implicó una reducción de las categorías (Tabla 3.2) y su recodificación, asumiendo que cuanto más cercano está al domicilio, mayor ha de ser el peso.

Tabla 3.2 Proceso de construcción de la variable proximidad geográfica máxima.

Nuevas categorías	Recodificación
Mismo hogar	8
Menos de 1km	7
Entre 1 y 5 km	6
Entre 5 y 25 km	5
Más de 25 km	4
No consta	0

Fuente Elaboración propia a partir de la explotación microdatos SHARE w 4.

- *Proximidad geográfica media*: identifica la localización de todos los miembros de la red social y la distancia existente entre ellos, a través de sus valores medios. Para ello, se combinó información sobre: a) la distancia física existente entre los miembros de la red social y el encuestado, tomando como referencia Tabla 3.1 y b) tamaño de la red social. El indicador que respondió a nuestras premisas iniciales fue la proximidad espacial media:

$$\text{Proximidad espacial media} = \frac{\sum sn006_1, \dots, sn006_7}{\text{Tamaño de la red social}}$$

Los valores resultantes del indicador oscilaban entre 0 y 9. Los valores 0 se transformaron en una nueva categoría 'no consta'. Por lo tanto, el nuevo rango de valores estaba comprendido entre 1 y 9. La Tabla 3.3 muestra el proceso de codificación de la nueva variable 'proximidad espacial media' y las categorías resultantes, atendiendo a los valores medios y tomando como referencia las categorías establecidas por la variable 'proximidad' para los valores enteros.

Tabla 3.3 Codificación de la nueva variable 'proximidad geográfica media'

Categorías	Valores medios	Codificación
Mismo hogar	1-2,86	1
< 1 km	3-3,86	2
1-5 km	4-4,86	3
> 5 km	5-9	4
No consta	0	5

Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013

Método y técnicas: Análisis de regresión logística

Los tres estudios de casos determinan los principales factores explicativos de los cuidados personales recibidos por los mayores dependientes europeos. A través de modelos estadísticos de regresión logística binaria, la diferencia entre los casos radica en el método de incorporación de las variables para su análisis.

Los análisis de regresión logística tienen como objetivo, tratar de explicar o predecir un hecho que se puede clasificar a través de una variables dicotómica ($Y=1,0$) a partir de un conjunto de variables independientes (X_i) – cualitativas binarias o categóricas y cuantitativas o continuas-. Además de medir la dirección de la relación – positiva o negativa- en el caso de que exista, o predecir la probabilidad de que se produzca el suceso o acontecimiento definido como " $Y = 1$ " en función de los valores que adoptan las variables independientes. Siguiendo a Pérez (2004: 554), la expresión matemática del *modelo logístico múltiple* para k variables independientes es:

$$\ln(P/(1-P))=\alpha_0+\alpha_1X_1+\alpha_2X_2+\dots+\alpha_kX_k$$

Donde \ln significa logaritmo neperiano, α_0 y α_1 son constantes y X una variable que puede ser aleatoria o no, continúa o discreta. La estimación del riesgo o efecto de que se produzca el suceso (odds ratio) se estima a partir de los coeficientes de regresión (α) de las variables independientes que se incorporan en el modelo. Berlanga-Silvente y Vilà- Baños (2014:108) explica que la interpretación de la odds ratio (OR, en adelante) depende de la naturaleza de las variables independientes:

- Variable cuantitativa, la OR que se obtiene representa la probabilidad del evento predicho que tiene un individuo con un valor X frente a la probabilidad que tiene un individuo con valor $(X-1)$.
- Variable cualitativa, la OR es el riesgo de los sujetos con un valor, frente al riesgo de los sujetos con el otro valor para esa variable.

Pérez (2004:554), explica que el modelo logístico, se puede escribir de manera equivalente para, que a determinadas aplicaciones les resulte más cómodo el cálculo directamente de la probabilidad del proceso binomial, para los distintos valores de las variables X incluidas en el modelo. En este sentido, el modelo de *regresión logística múltiple* tendría la siguiente expresión:

$$P=\frac{1}{1+e^{-(\alpha_0+\alpha_1X_1+\alpha_2X_2+\dots+\alpha_kX_k)}}$$

Ahora bien, para identificar la influencia de las variables independientes sobre la variable dicotómica dependiente, se toma como referencia el P-valor o nivel de significación 0,05 % al 95% y se procede a su clasificación. Si P-valor es próximo a cero ($p\text{-valor} \leq 0,05$) decimos que esa variable independiente tiene una influencia – positiva o negativa, en función de la dirección de estadístico de Wald- sobre el suceso que estamos estudiando ($Y=1$). Ahora bien, cuando $p\text{-valor} \geq 0,05$ la variable independiente no presenta ninguna influencia en el caso de estudio sino todo lo contrario. Sin embargo, hay que tener en cuenta la situación presentada por las <<variables de confusión, estas nos explican la posible relación entre la variable independiente y la dependiente, aunque su ausencia del modelo de regresión

produzca una estimación sesgada de la asociación entre las dos variables objeto de estudio>> (Jovell, 1995).

Como se indicaba anteriormente, la diferencia entre los casos de estudios radica en el método de incorporación de las variables que a continuación se describen:

- El método de incorporación progresiva hacia adelante o **forwad o Wald hacia adelante**, el programa – IBM SPSS v.20- van introduciendo automáticamente las variables independientes del modelo, éstas son seleccionadas e incorporadas siempre que sean estadísticamente significativas ($\alpha=0,05$) y contrasta la eliminación según la probabilidad del estadístico de Wald. El proceso se detiene cuando al incluir una nueva variable independiente, la bondad de ajuste del modelo no sufre ninguna mejora significativa (IBM SPSS, 2011; Martín, Cabrero y De la Paz, 2007). Como medidas de bondad de ajuste, una versión corregida de la R cuadrado de Cox-Snell y la R cuadrado de Nagelkerke.
- El método “introducir” o “paso a paso” en el que la participación del investigador es activa. Rodríguez y Mora (2001: 5) y Jovell (1995:65-66) resumen el procedimiento para el modelo “introducir” en los siguientes pasos:
 1. En cada paso sólo se introduce aquella variable que cumple unos criterios de entrada;
 2. Una vez introducida, en cada paso se valora si alguna de las variables cumplen criterios de salida;
 3. En cada paso se valora la bondad de ajuste de los datos al modelo de regresión lineal y se calculan los parámetros del modelo verificado en dicho paso, esta determina el mantenimiento o descarte de las variables del modelo.

El proceso se inicia sin ninguna variable independiente en la ecuación de regresión y el proceso concluye cuando no queda ninguna variable fuera de la ecuación que satisfaga el criterio de selección (garantiza que las variables seleccionadas son significativas) y/o el criterio de eliminación (garantizar que una variable seleccionada no es redundante). El SPSS por defecto establece en 0.05 el valor crítico de la probabilidad de entrada. Como medidas de bondad de ajuste, una versión corregida de la R cuadrado de Cox-Snell y la R cuadrado de Nagelkerke.

El software utilizado para la realización de los análisis de estadísticos es programa IBM SPSS© versión 20.0.

Tabla 3.4 Resumen de las variables de trabajo.

Variables dependientes	
Caso 1: Y= Recibir cuidados personales en el entorno del hogar (1= recibir exclusivamente cuidados informales ; 0= no recibir ningún tipo de cuidado)	
Caso 2 y 3: Y= Recibir cuidados personales en el entorno del hogar (1= recibir cuidados mixtos y 0= recibir exclusivamente cuidados informales)	
Variables independientes	
Variables centradas en la persona	<p>X₁= Sexo (1= hombre; 0= mujer)</p> <p>X_{2a}= Edad (Edadc1=65-74; Edadc2=75-84; Edadc3=85ymás)</p> <p>X_{2b}= Edad65+</p> <p>X_{3a}=Grado de dependencia (DependenciaC1=moderada; Dependenciac2=severa; Dependenciac3=total)</p> <p>X_{3b}= ABVD</p> <p>X_{3c}= AIVD</p> <p>X₄=Hijos dentro de la RS(1= no tener hijos dentro RS; 0= tener hijos dentro de la RS)</p> <p>X_{5a}= Estado civil (EstadoCivil1=casado/a;EstadoCivil2=soltero/a;EstadoCivil3=viudo/a,divorciado/a, separado/a)</p> <p>X_{5b}= Convivencia (1= No vivir en pareja; 0= vivir en pareja)</p> <p>X₆= Tamaño del hogar (TamañoHogarC1= más de tres miembros, TamañoHogarC2= dos miembros; TamañoHogarC3= un miembro)</p>
Variables económicas	<p>X_{7a}=Renta Anual de los miembros del hogar (RentaAnualc1=más de 19.202,01 €/año; RentaAnualc2= entre 8.246,01 y 19.202,00€/año; RentaAnualc3= menos de 8.246,01€/año; RentaAnualc4= no consta)</p> <p>X_{7b}= Renta media del hogar EU-27 (1= Menor o en la media; 0= Por encima de la media)</p> <p>X_{7c}=Ingresos mensuales de los miembros del hogar (IngresosMensualesc1= menos de 750€/mes; IngresosMensualesc2= entre 750,01 y 1.300,00€/mes; IngresosMensualesc3= más de 1.300,01 €/mes)</p> <p>X₈=Prestaciones Económicas Públicas Periódicas (1= no las recibe; 0= si las recibe)</p>
Variables socioterritoriales	<p>X₉= Tamaño de la Red Social</p> <p>X_{10a}=Proximidad media geográfica (Proximediac1= menos de 1 km; Proximediac2= entre 1-5 km; Proximediac3= más de 5 km; Proximediac4= no consta)</p> <p>X_{10b}=Proximidad máxima geográfica (ProximamaxiC1= en el mismo domicilio; ProximamaxiC2= menos de 1 km; ProximamaxiC3= Entre 1 y 5 km; ProximamaxiC4= Entre 5 y 25 km; ProximamaxiC5= Más de 25 km; ProximamaxiC6= No consta)</p>

Fuente.Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013.

3.2 Determinantes de los cuidados informales en Europa: la red social y la proximidad geográfica.

El porcentaje de personas mayores de 65 años dependientes que reciben en exclusiva cuidados informales representan al 26,20% (Tabla 3.5). Desde el punto de vista descriptivo, este tipo de cuidados se concentra entre aquellos con grado de dependencia severa (44,80%) y son menores de 85 años (72,07%). Las mujeres son las que reciben el 69,02% de este tipo de cuidados personales. La estructura familiar determina que, los entrevistados con hijos como miembros de su red social reciben el 65,47% de los cuidados informales. Por el contrario, sólo el 5% de los solteros reciben este tipo de cuidados. Los cuidados informales, son cuidados de proximidad física, de ahí que el 75,40% se concentre en una distancia media inferior a 5 km entre el dependiente y los miembros de su red social. En términos económicos, los cuidados informales presentan un alto porcentaje entre los encuestados, cuyos ingresos anuales se encuentran por debajo de los 8246,01 euros. Independientemente de recibir o no cuidados informales, el 84,10% de la muestra recibe prestaciones económicas públicas.

Ahora bien, el análisis descriptivo nos aporta una información general sobre cómo se presenta la situación de las personas mayores dependientes que reciben cuidados informales o no, y ésta es complementada con los modelos de regresión logística que tratan de predecir la intensidad/influencia que tienen determinadas características de los mayores dependientes a la hora de recibir cuidados informales. Entonces debido a que las situaciones de dependencia, se presentan de manera heterogénea, estos tipos de análisis son más recurrentes.

Tabla 3.5 Análisis descriptivo de las variables de implicadas en la investigación

Variable dependiente	N		N		N		N	
	N		N		N		N	
	N		N		N		N	
No recibe cuidados personales	12.755		73,80%					
Recibe cuidados informales (ref.)	4.529		26,20%					
Total muestral	17.284		100,00%					
Variables independientes	No recibe cuidados personales		Recibe cuidados informales		Total		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexo Hombre (ref.)	5.097	39,96%	1.403	30,98%	6.500	37,61%		
Mujer	7.658	60,04%	3.126	69,02%	10.784	62,39%		
Edad 65-74 (ref.)	6.965	54,61%	1.568	34,62%	8.533	49,37%		
75-84	4.668	36,60%	2.029	44,80%	6.697	38,75%		
85 y más	1.122	8,80%	932	20,58%	2.054	11,88%		
Grado de Dependencia Moderada (ref.)	8.710	68,29%	1.636	36,12%	10.346	59,86%		
Severa	3.170	24,85%	1.628	35,95%	4.798	27,76%		
Total	875	6,86%	1.265	27,93%	2.140	12,38%		
Hijos dentro de la Red Social No tener hijos dentro de la Red Social (ref.)	5.879	46,09%	1.564	34,53%	7.443	43,06%		
Tener hijos dentro de la Red Social	6.876	53,91%	2.965	65,47%	9.841	56,94%		
Estado civil Casado/a (ref.)	8.647	67,79%	1.982	43,76%	10.629	61,50%		
Sotero/a	501	3,93%	221	4,88%	722	4,18%		
Viudo/a, Divorciado/a, Separado/a	3.607	28,28%	2.326	51,36%	5.933	34,33%		
Renta anual de los miembros del hogar Más de 19.202,01 €/anuales (ref.)	4.606	36,11%	1.107	24,44%	5.713	33,05%		
Entre 8.246,01 y 19.202,00 €/mes	4.212	33,02%	1.506	33,25%	5.718	33,08%		
Menos de 8.246,01 €/años	3.825	29,99%	1.888	41,69%	5.713	33,05%		
No consta	112	0,88%	28	0,62%	140	0,81%		
Prestaciones económicas públicas periódicas No las recibe (ref.)	2.049	16,06%	700	15,46%	2.749	15,90%		
Si las recibe	10.706	83,94%	3.829	84,54%	14.535	84,10%		
Proximidad media geográfica Menos de un 1 km (ref.)	7.442	58,35%	2.392	52,82%	9.834	56,90%		
Entre 1-5 km	2.381	18,67%	1.023	22,59%	3.404	19,69%		
Más de 5km	2.004	15,71%	866	19,12%	2.870	16,60%		
No consta	928	7,28%	248	5,48%	1.176	6,80%		

Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013

Son numerosos los estudios realizados por Kemper (1992), Bonsang (2009), Litwin y Attias-Donfut (2009); Rodríguez (2013) y Colombo et al. (2011) que están en la misma dirección que nuestros resultados, y que reconocen que cuanto menor es la autonomía personal – grado de dependencia total, OR 1,99- la probabilidad de recibir cuidados personales, y en concreto informales, aumenta. Así, la edad y el grado de severidad han sido considerados como factores transversales determinantes de las características personales del cuidado informal (Tabla 3.6).

Tabla 3.6 Modelo de regresión logística de las variables asociadas a la recepción de cuidados informales.

Variables independientes	(B)	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	p-valor
Sexo Hombre (ref.) Mujer	-0,02	0,98	0,90 - 1,07	0,66
Edad. 65-74 (ref.)				0,00
75-84	0,33	1,39	1,28 - 1,51	0,00
85 y más	0,61	1,83	1,63 - 2,06	0,00
Grado de dependencia Moderada (ref.)				0,00
Severa	0,90	2,46	2,26 - 2,675	0,00
Total	1,99	7,34	6,56 - 8,20	0,00
Hijos dentro de la Red Social No tener hijos dentro de la Red Social (ref.) Tener hijos dentro de la Red Social	0,40	1,49	1,37 - 1,62	0,00
Estado civil Casado/a (ref.)				0,00
Sotero/a	0,71	1,04	1,00 - 1,25	0,74
Viudo/a, Divorciado/a, Separado/a	0,79	2,20	2,02 - 2,41	0,00
Proximidad media geográfica Menos de 1km (ref.)				0,00
Entre 1 y 5 km	0,13	1,13	1,039 - 1,25	0,01
Más 5 km	0,01	1,01	0,91 - 1,12	0,84
No consta	-0,74	0,48	0,40 - 0,56	0,00
Prestaciones económicas públicas No recibe prestaciones económicas (ref.)				
Si recibe prestaciones económicas.	0,20	1,22	1,09 - 1,36	0,00
Renta anual miembros del hogar Más de 19.202,01 €/año (ref.)				0,00
Entre 8.246,01 y 19.202,00 €/año	0,12	1,12	1,02 - 1,24	0,02
Menos de 8.246,00 €/año	0,24	1,27	1,15 - 1,34	0,00
No consta	-0,37	0,69	0,43 - 1,10	0,12
Constante	-2,69	0,07		0,00

Nota:

Modelo $\ln(\text{CuidadosPersonales}) = \alpha + \beta_1(\text{mujer}) + \beta_2(\text{Edadc2}) + \beta_3(\text{Edadc3}) + \beta_4(\text{DependenciaC2}) + \beta_5(\text{DependenciaC3}) + \beta_6(\text{EstadoCivilc2}) + \beta_7(\text{EstadoCivilc3}) + \beta_8(\text{RentaAnualc2}) + \beta_9(\text{RentaAnualc3}) + \beta_{10}(\text{si las recibe}) + \beta_{11}(\text{Proximediac2}) + \beta_{12}(\text{Proximediac3}) + \beta_{13}(\text{Proximediac4})$

Núm. de observaciones: 17.284. Porcentaje pronosticado correctamente por el modelo: 76,7%. R² de Nagelkerke: 0,223.

Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013

La prestación de cuidados informales están influenciados por pautas culturales, en las que los roles asociados a los hijos adultos y a las esposas o parejas son sobre los que recae principalmente la tarea del cuidado personal como obligación moral (Bakx y Meijer 2013; Kalwij *et al.* 2014) . Nuestro modelo identifica las preferencias de los mayores dependientes que reciben cuidados informales: por un lado, los casados y/o que viven en pareja reciben cuidados informales de la otra parte de la pareja, presentan al 43,76%; y por otro, la viudez, la separación o el divorcio de la persona dependiente implican también una mayor intensidad en la recepción de cuidados informales (OR 2,02), en este caso, llevada a cabo principalmente por los hijos adultos que se encuentran dentro la red social (OR 1,49). Estos resultados ponen en valor la figura de los cónyuges y de los hijos adultos como apoyos naturales sobre los que recae la prestación de cuidados informales. En otras palabras, éstos resultados muestran la tradicionalidad por el modelo de cuidado compensador jerárquico y determina la existencia de un

orden en la elección de la tipología de cuidado. La primera opción son los cuidados informales, procurados por el cónyuge, luego por sus hijos, otros miembros de la familia y, por último, por los cuidadores formales (Cantor, 1975, 1979).

La combinación del conjunto de variables centradas en la persona junto a la proximidad espacial media, hacen que ésta sea un factor clave de carácter endógeno en la prestación de cuidados informales, porque facilita el control y la supervisión continuada de la situación de dependencia del mayor (Keating *et al.* 2003; Kahn *et al.* 2011). De hecho, el estudio de Stoeckel and Litwin (2013) reconoce que el 70% de los mayores europeos viven en el mismo hogar o edificio respecto al miembro de su red social más cercano. En este sentido, nuestro modelo comprueba como la presencia y la intensidad de los cuidados informales es más fuerte cuando la distancia es menor a 5km (OR 1,13), el 53% están a menos de un 1km. Cuanto mayor es la distancia física, los cuidados informales no son representativos, pudiendo aventurar la presencia de otras alternativas de cuidados personales para satisfacer las necesidades de atención del mayor dependiente.

La pérdida de poder adquisitivo tras la jubilación junto al agravamiento de las situaciones de dependencia, hace que la renta anual del hogar y la tipología/cuantía de las prestaciones económicas públicas periódicas determinen el tipo de cuidado personal que mejor se adapte a la realidad económica del dependiente. En nuestro modelo (Tabla 3.6) esta afirmación se confirma mediante las odds ratio asociadas al nivel de ingresos con la recepción de cuidados informales: son elevadas cuantos menos recursos tiene el mayor dependiente. Atendiendo a los datos, aquellos hogares con ingresos anuales superiores a 19.202,01 euros con los hogares de renta por debajo a los 8.2460 euros anuales la probabilidad de recibir cuidados informales es de 1,27, ocurriendo lo mismo para los tramos intermedios de renta cuya odds ratio es de 1,12. Un patrón similar se encuentra para aquellos que reciben prestaciones económicas públicas relacionadas con la edad y/o situación de dependencia (OR 1,22).

En definitiva, toda la información que desprende el modelo generado se dirige a que el manteniendo de la persona el mayor tiempo posible en su domicilio junto a la proximidad geográfica entre los miembros de la red social, reducen los costes económicos asociados a los cuidados personales destinados al mayor dependiente (Attias-Donfut *et al.* 2005; Le Bahian 2012). Los cuidados informales no se encuentran sujetos a las leyes de la oferta y la demanda del mercado, al localizarse este tipo de cuidados en los niveles más bajos de renta anual y cuanto mayor es la proximidad espacial, no se produce la externalización de los cuidados

personales, sino más bien el refuerzo de la solidaridad intergeneracional e interfamiliar. Es decir, las tareas de cuidados son compartidas entre los miembros de la red social y teniendo en cuenta el orden establecido: esposa e hijos y después el resto de familiares.

Recapitulando, este tipo de estudios tiene la ventaja de presentar un modelo que muestra los factores predictivos que determinan la organización social y la intensidad en la que los cuidados informales se prestan. Destacando la proximidad espacial como factor estratégico, que determina la distancia física que separa al dependiente de su red social y que influye directamente en la prestación de los cuidados informales que reciben.

3.3 Los cuidados mixtos en Francia y España: un análisis comparado

Los sistemas de cuidados de larga duración en Europa tienen una estructura en común a nivel de servicios – residencias o los cuidados en el domicilio- y de prestaciones económicas que pueden ser utilizados para pagar o compensar a los cuidados personales (Rodrigues, Huber, y Lamura, 2012), aun cuando existe una estructura común. El principio de universalidad en la atención y los niveles de protección relacionados con la atención a la personas en situación de dependencias es muy diferente (OECD, 2005).

Este escenario está provocando cambios en la instrumentación de las políticas sociales con un importante proceso de reformas presupuestarias en la mayoría de los países (OECD, 2005; Pickard et al., 2007; Pavolini y Ranci, 2008; Huber, Rodrigues, Hoffmann, Gaşior, y Marin, 2009; Kraus et al., 2010; Colombo, Llena-Nozal, Mercier, y Tjadens, 2011). En relación a estos cambios, se va a realizar una breve descripción de la evolución de los sistemas de protección social relacionada con las personas mayores y dependientes en España y Francia.

En España se pueden establecer dos momentos que determinan la configuración del sistema de protección social relacionada con las personas mayores y dependientes, el primer momento hasta finales de los años 80 del siglo pasado, en el que se produce un auge de la institucionalización a través de la creación de hospitales psiquiátricos y residencias de gran capacidad para personas mayores. En el año 1992, la entrada en vigor del Plan Gerontológico Estatal reconoce el impacto del envejecimiento, sus implicaciones económicas, sociales, políticas y su conexión con las transformaciones de las pautas y estructuras familiares. Esto generó un nuevo debate sobre la atención a personas mayores y con necesidades en su vida diaria (Sancho Castiello y Díaz Martín, 2006), así como, la visualización de los cuidados familiares localizados tradicionalmente en la esfera privada.

El segundo momento se inicia en el año 2002 con la renovación del Pacto de Toledo y la influencia de una nueva generación de derechos sociales emergente en la UE ante la realidad sociodemográfica (Rodríguez Cabrero, 2011), culminando con la publicación y puesta en marcha de la *Ley de dependencia* en diciembre de 2006, teniendo como pilares básicos los principios de universalidad, accesibilidad y equidad, los cuales generan un nuevo derecho subjetivo, que es la atención a la personas en situación de dependencia. Esto da lugar, al *Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)* que se configura como una nueva modalidad de protección social, ampliando y complementando la acción protectora que hasta ahora se venía ofreciendo por parte de la Seguridad Social. El SAAD proporciona un conjunto de prestaciones económicas: vinculadas al servicio - servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y de noche, servicio de atención residencial -, de asistencia personal y para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Éstos servicios de cuidado informal han crecido en los últimos años, pero todavía hay diferencias de provisión a lo largo del país (García, Prieto-Flores, y Rosenberg, 2008).

El sistema de financiación del SAAD se nutre principalmente de dos tipos de fuentes: públicas y privadas. Respecto a las públicas corre a cargo de la Administración Central, Comunidades Autónomas y los municipios, siendo insuficiente para cubrir necesidades (Camacho, Rodríguez, y Hernández, 2008). Y la financiación privada procede de las aportaciones de los beneficiarios o copago en función de la capacidad económica, nunca superando al 90% del total del coste del servicio.

En el caso de Francia son relativamente recientes las políticas relacionadas con la atención a las personas mayores y dependientes. No se incorporaron a la agenda política hasta mediados de los 80 del siglo pasado, debido a que la prestación de cuidados tradicionalmente estaba basada en la solidaridad familiar. Hasta 1994, no existía una verdadera política social hacia personas dependientes, sólo debates políticos y algunos informes de expertos. La cobertura social hacia personas mayores dependientes estaba asociada a la condición como persona con discapacidad a través de una prestación de ayuda a tercera persona -Allocation compensatrice pour tierce personne- (Martin y Le Bihan, 2007).

En 1997, se puso en marcha la Prestación Específica de Dependencia (llamada PSD, Prestation Spécifique Dépendance) creada para dar cobertura a la personas mayores con discapacidad y gestionada a nivel local. Numerosas fueron las críticas, debido a su carácter asistencial y acceso restrictivo (Da Roit, Le Bihan, y Österle, 2007), de ahí, que en 2002 se pudiese en marcha un

sistema de cobertura universal basado en la prestación de cuidados de larga duración (llamada APA, Allocation personnalisée à l'autonomie). Esta prestación cubre a todas personas mayores de 60 años que viven en su domicilio o en una institución y que necesitan ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria. También se estableció un umbral de ingresos para determinar la contribución del usuario al coste del servicio. Por un lado, estaban exentos de pago aquellos cuyo nivel de renta era inferior al umbral establecido (*assistance principe*) y por otro lado, los que se encuentran por encima, se establece un nivel de copago según sus niveles de renta, llegando a pagar hasta el 90% del coste mensual del servicio prestado (Bihan y Martin, 2013). La implementación del sistema es de gestión local y el Estado quien garantiza el mismo nivel de acceso a los servicios en todo el territorio francés. Bajo la premisa del mantenimiento de la persona en su hogar el mayor tiempo posible, hizo que en 2003, se definiesen numerosos planes y variedad de servicios – servicios de ayuda a domicilio, centros de día, alojamientos alternativos temporales- aumentado la presencia de servicios y cuidadores formales (Le Bihan, 2012).

España y Francia son dos modelos de estado de Bienestar en los que los cuidados personales han estado y siguen estando enmarcados en las familias, considerados como un recurso “natural” y en el que el Estado ha venido teniendo un papel subsidiario (Geerts y Van, 2012). Actualmente, el sistema tradicional de cuidados se encuentra en un proceso de transición, por las siguientes razones: el envejecimiento de la población, el creciente aumento de las situaciones de dependencia y demanda de cuidados; y la progresiva disminución de disponibilidad de cuidadores informales – la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, cambio en la estructuras y dinámicas familiares, el aumento de la movilidad entre los miembros- (European Commission, 2012; Rechel et al., 2013). El objetivo se centra en realizar un análisis comparado sobre los factores que influyen en la recepción de cuidados mixtos entre los mayores de 65 años en España y en Francia, que reciben cuidados informales.

Tabla 3.7 Análisis descriptivo de las variables implicadas en la investigación.

	España (N 329)	Francia (N 401)
Cuidados informales (%)	85,1	67,6
Cuidados mixtos (%)	14,9	32,4
Edad (media) (SD)	79,4 (7,6)	80 (7,7)
Sexo		
Hombre (%) (ref.)	31,9	32,4
Mujer (%)	68,1	67,6
Vivir en pareja		
Si (%) (ref.)	55	33,2
No (%)	45	66,8
ABVD (media)(SD)	1,7 (2,1)	0,9 (1,5)
AIVD (media)(SD)	2,4(2,5)	1,5 (1,9)
Renta media del hogar EU-27		
Menor o en la media (%) (ref.)	69,3	45,6
Por encima de la media (%)	30,7	54,4
Prestaciones Económicas Públicas Periódicas		
No recibe (%) (ref.)	50,5	9,9
Si recibe (%)	49,5	90
Tamaño de la Red social (media) (SD)	2,3 (1,5)	2,5(1,6)
Proximidad máxima geográfica		
Mismo hogar (%) (ref.)	60,2	35,4
Menos de 1 km (%)	24	27,4
Entre 1 y 5 km (%)	6,7	16,4
Entre 5 y 25 km (%)	3,6	10,5
Más de 25 km (%)	0	5,5
No consta (%)	5,5	4,7

Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013.

En la Tabla 3.7 se pone de manifiesto que el peso de los cuidados mixtos – cuidados informales y formales- entre los mayores de 65 años, presenta diferencias significativas entre España (14,9%) y Francia (32,4%). En el país galo existe una mayor consolidación de los cuidados formales y del uso combinado con los cuidados informales (Fontaine, 2012; Suanet, Van Groenou, y Van Tilburg, 2012), entre los mayores de 65 años, son los octogenarios y las mujeres (aproximadamente el 68%) los que reciben cuidados personales en ambos países.

En España y Francia, las situaciones de dependencia y el uso de los cuidados mixtos tienen como denominadores comunes, la edad y las limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria (Colombo et al., 2011). Las principales diferencias dentro de este grupo radican en el género, la mujer española tiene 3,13 veces más probabilidad de recibir cuidados mixtos, mientras que el género no es significativo para Francia. Adicionalmente, la probabilidad de recibir cuidados mixtos aumenta en el caso francés cuando no se convive en pareja (OR 1,03), mientras que para España esta variable no es significativa.

Ahora bien, independientemente de la situación convivencial, los resultados reflejan que los cuidados mixtos son un complemento al cuidado informal recibido, dada la complejidad que entrañan las actividades instrumentales de la vida diaria (Tabla 3.8). Esto no quiere decir que las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria no impliquen el uso de cuidados mixtos, si no que principalmente éstas se satisfacen en la esfera de los cuidados informales.

Tabla 3.8 Modelos de regresión logística de las variables asociadas a la recepción de cuidados mixtos. España y Francia

	ESPAÑA				FRANCIA			
	B	Exp (B)	I.C. 95% para EXP(B)	p-valor	B	Exp (B)	I.C. 95% para EXP(B)	p-valor
Edad	,087	1,091	1,031 - 1,154	,002	,040	1,041	1,007- 1,076	,018
Sexo								
Hombre (ref.)								
Mujer	1,141	3,130	1,134 - 8,637	,028	,098	1,103	0,650 -1,870	,716
Vivir en pareja								
Si (ref.)								
No	-,370	,691	0,317 - 1,507	,353	,926	1,031	0,543 -1,957	,030
ABVD	-,027	,973	0,762 - 1,242	,826	-,062	,940	0,768 -1,151	,550
AIVD	,170	1,185	0,955 - 1,470	,024	,213	1,237	1,049 -1,459	,011
Renta media del hogar EU-27								
Menor o en la media (ref.)								
Por encima de la media	,494	1,639	0,712 - 3,773	,046	,589	1,803	1,072 -3,031	,026
Prestaciones Económicas Públicas Periódicas								
No recibe (ref.)								
Si recibe	,449	1,567	0,733 - 3,353	,047	,138	1,148	0,532 -2,479	,025
Tamaño de la Red social	,367	1,444	1,172 - 1,779	,001	,154	1,166	0,997 -1,364	,054
Proximidad máxima geográfica				,210				,004
Mismo hogar (ref.)								
Menos de 1 km	,812	2,251	0,989 - 5,128	,053	,136	1,146	0,598 -2,196	,681
Entre 1 y 5 km	,769	2,158	0,601 - 7,745	,238	,923	2,518	1,223 -5,159	,012
Entre 5 y 25 km	1,236	3,442	0,761 - 15,580	,109	-,767	,464	0,179 -1,206	,115
Más de 25 km	-,360	,698	0,130 - 3,750	,675	-,979	,376	0,095 -1,478	,161
No consta	,494	1,639	0,712 - 3,773	,246	,353	1,423	0,455 -4,449	,544
Constante	-11,726	,000		,000	-5,216	,005		,000

Nota: Modelo $\ln(\text{Cuidados Personales}) = \alpha + \beta_1(\text{mujer}) + \beta_2(\text{Edad}) + \beta_3(\text{Si_viven en pareja}) + \beta_4(\text{ABVD}) + \beta_5(\text{AIVD}) + \beta_6(\text{Por encima de la media}) + \beta_7(\text{Si recibe prestaciones}) + \beta_8(\text{Tamaño de la Red Social}) + \beta_9(\text{Proximidad máxima C2}) + \beta_{10}(\text{Proximidad máxima C3}) + \beta_{11}(\text{Proximidad máxima C4}) + \beta_{12}(\text{Proximidad máxima C5}) + \beta_{13}(\text{Proximidad máxima C6})$.

Núm. observaciones: España 329. Porcentaje pronosticado correctamente por el modelo: 85,10%. R² de Nagelkerke es de 0,223.

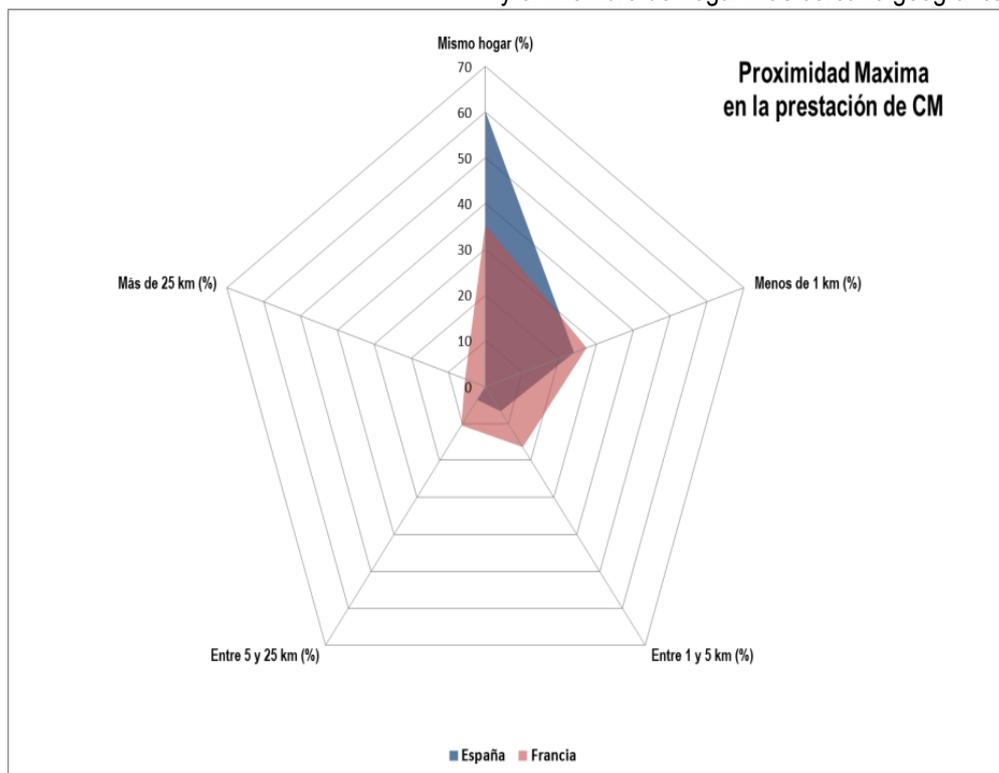
Núm. observaciones: Francia 401. Porcentaje pronosticado correctamente por el modelo: 70,30%. R² Nagelkerke es de 0,163.

Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013.

Desde la perspectiva económica, los resultados del modelo apuntan a un patrón similar, conforme aumenta la renta -España OR 1,64 y Francia OR 1,80- y si se perciben prestaciones económicas públicas periódicas se incrementa la probabilidad de percibir cuidados mixtos – España OR 1,5 y Francia 1,15-.

En el análisis de las redes sociales y su proximidad al mayor (Gráfico 3.1), se comprueba como el tamaño de la red social del mayor es prácticamente similar en ambos países. Sin embargo, en relación a la proximidad, las diferencias entre ambos países son sustanciales, en España 2/3 de los cuidados son prestados dentro del hogar mientras que en Francia solo representan 1/3. Los niveles de proximidad situados a menos de un 1km son similares. Por último, es significativa la amplitud de la red social en Francia entre 1 y 25 km en relación con España.

Gráfico 3.1 Proximidad máxima entre la persona mayor que recibe cuidados personales y el miembro de hogar más cercano geográficamente.



Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013

La perspectiva socio-territorial (Tabla 3.8) es un predictor clave del uso de los cuidados mixtos, reforzándose así el mantenimiento de la persona en su entorno social habitual, como uno de los pilares en los que descansan las políticas públicas de atención a personas dependiente en ambos países. Si bien es cierto, que el tamaño de la red social implica una mayor predisposición al uso de ésta tipología de cuidados tanto en Francia como en España. En cambio, las dinámicas

de proximidad máxima respecto al mayor con su red social son diferentes. En el caso francés, la red social es más grande y dispersa en el territorio (OR 2,5), mientras que en España la proximidad de la red social se articula a menos de 1km del mayor (OR 2.3).

A pesar de la cercanía con nuestros vecinos europeos podemos resaltar importantes diferencias, que se derivan de la instrumentalización de las políticas públicas que afectan a la dependencia. Lo que pone de manifiesto la necesidad de tener en cuenta estos factores (redes sociales, familia, proximidad geográfica, recursos económicos...) a la hora de articular las políticas sociales de atención a las personas en situación de dependencia donde los cuidados mixtos sean el símbolo de una sociedad que responde a las necesidades de esta demanda social creciente desde la proximidad.

3.4 Los cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes, ¿son complementarios o sustitutos?: una visión comparada entre los países del Sur de Europa¹²

La proporción de personas mayores de 65 años en los países de sur de Europa rozará el 30% en 2030 (Eurostat, 2014a). El incremento de la esperanza de vida, la mejora en las condiciones y estilos de vida aumenta el peso de la población mayor dentro de la pirámide demográfica, debido al descenso de las tasas de mortalidad. Simultáneamente, el incremento de la participación de la mujer en el mercado de trabajo, el aumento de los divorcios, los cambios en las estructuras y dinámicas familiares se traducen en el descenso de las tasas de fertilidad. El envejecimiento no sólo provoca una serie de cambios demográficos y sociales, sino que es un desafío para los gobernantes, dar respuesta a esta demanda social creciente: la atención a personas en situación de dependencia.

El campo de estudio relacionado con los cuidados personales es muy extenso y diverso. Entre los estudios recientes centrados en la distribución del cuidado formal e informal en Europa, destacan Motel-Klingebiel, Tesch-Roemer y Von Kondratowitz (2005); Van Groenou *et al.* (2006); Pommer, Woittiez y Stevens (2007); Bolin, Lindgren y Lundborg (2008); y Lowenstein y Daatland (2008). En ellos se reconoce cómo en los países escandinavos, Bélgica y los Países Bajos, el

¹² Este apartado toma como base el artículo publicado por Minguela Recover, M.A y Camacho Ballesta, J.A (2015) 3.3 Los cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes, ¿son complementarios o sustitutos?: una visión comparada entre los países del Sur de Europa. Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako aldizkaria, Revista de estudios sociales, 58, pp. 15-25. El editor de la revista autoriza que la versión original de artículo se incorporado como capitulo en la presente tesis doctoral.

cuidado en el hogar es básicamente de carácter formal, combinado o no con cuidados informales, a través de una intensa red de servicios y un sistema de políticas de conciliación de la vida personal y personal con el empleo, responden a la disminución de las redes familiares y al aumento de las personas mayores en situación de dependencia (Pavolini y Ranci, 2008). Por el contrario, en los países mediterráneos, como España, Grecia, Italia y Portugal, la familia tiene un papel protagonista en la prestación de cuidados personales, y dentro de ésta, la mujer. En cambio, la actuación del Estado es de carácter subsidiario y complementa las actuaciones de entidades sin ánimo de lucro y religiosas (Carrera *et al.*, 2013). Es importante resaltar que todos los regímenes de bienestar tienen en cuenta los cuidados familiares como núcleo central de referencia: la denominada esfera familiar del régimen de bienestar (Rodríguez Cabrero, 2011).

Los estudios no sólo analizan sobre quién –Estado o familia– ha de recaer la responsabilidad de la prestación de cuidados, sino que también, en la construcción de modelos teóricos que explican la relación entre el cuidado formal e informal a partir de las tareas que cada uno desempeña (Travis, 1995; Lyons y Zarit, 1999; Geerts y Van den Bosch, 2012).

En torno al 15% de los encuestados que reciben cuidados personales son mixtos, siendo el resto cuidados informales. Desde el punto de vista de género, las mujeres son la que reciben el 65,5% de los cuidados en sur de Europa, aunque en España esa cifra es aún mayor. De hecho en la Tabla 3.10, el sexo de la persona dependiente no es un factor representativo para el conjunto de países de sur Europa, pero sí para España (OR 3,79). Entre las razones que lo justifican, encontramos que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y una mayor probabilidad de vivir solas. Éstas suelen casarse o vivir en pareja con hombres mayores que ellas, y el resultado es que se reduce la probabilidad de que reciban cuidado por parte de sus parejas (Jiménez-Martín y Vilaplana-Prieto, 2012; Rodríguez, 2013).

Los cuidados presentan altos porcentajes en el tramo de edad de los 75 a los 84 años, coincidiendo con los valores de la esperanza de vida, que, para ambos, está en torno a los 80 años (Eurostat, 2014b). De hecho, la edad como variable determinante no es representativa en los países del sur de Europa, ni en España hasta los 84 años. Sin embargo, los cuidados mixtos en España son más probables cuando el dependiente tiene más de 85 años (OR 2,5) debido a que el 30,0% de los cuidados son recibidos por este grupo de población (Tabla 3.9).

Tabla 3.9 Personas en situación de dependencia en los países del sur de Europa que reciben cuidados personales en su domicilio

Variable	Categorías	Países del sur de Europa		España	
		N	%	N	%
Tipología de cuidados	Mixtos	65	14,6	47	15,7
	Informales	380	85,4	252	84,3
	Total	445	100,0	299	100,0
Covariables	Categorías	N	%	N	%
Sexo	Hombre	155	34,8	89	29,8
	Mujer	290	65,2	210	70,2
Edad	65-74 años	157	35,3	63	21,1
	75-84 años	215	48,3	154	51,5
	≥ 85 años	73	16,4	82	27,4
Grado de severidad de la situación de dependencia	Moderada	119	26,7	69	23,1
	Severa	152	34,2	91	30,4
	Total	174	39,1	139	46,5
Tamaño del hogar	> 3 o más miembros	92	20,7	74	24,7
	2 miembros	195	43,8	136	45,5
	1 miembro	158	35,5	89	29,8
Vivir en pareja	No vivir en pareja	207	46,5	132	44,1
	Vivir en pareja	238	53,5	167	55,9
Tener hijos dentro de su red social	No tener hijos en la red social	158	35,5	88	29,4
	Tener hijos en la red social	287	64,5	211	70,6
Proximidad geográfica media	Mismo hogar	172	38,7	118	39,5
	< 1 km	119	26,7	109	36,5
	1-5 km	69	15,5	38	12,7
	> 5 km	53	11,9	24	8,0
	No consta	32	7,2	10	3,3
Prestaciones económicas públicas periódicas	No recibe ayuda pública	159	35,7	156	52,2
	Recibe ayuda pública	286	64,3	143	47,8
Ingresos mensuales de los miembros del hogar	< 750,00 €/mes	120	27,0	84	28,1
	750,01-1.300,00 €/mes	159	35,7	105	35,1
	≥ 1.300,01 €/mes	166	37,3	110	36,8

Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013

En esta línea, la variable edad está altamente correlacionada con el grado de severidad de la situación de dependencia. De hecho, el grado de severidad total tiene una alta probabilidad (España, $OR = 7,02$; y países del sur de Europa, $OR = 2,98$) de recibir cuidados mixtos respecto a los clasificados con una dependencia moderada. En España, la probabilidad de recibir cuidados mixtos se incrementa proporcionalmente a la pérdida de autonomía personal o al aumento del grado de severidad del encuestado. No ocurriendo así en los países del Sur de Europa donde los cuidados mixtos se concentran sólo entre los grandes dependientes, siendo en parte debido a que la edad no juega como factor predictivo (Tabla 3.10).

Las personas dependientes de nuestra muestra viven en su entorno social habitual y los cuidados personales los reciben en su domicilio. Por lo tanto, el tamaño del hogar del dependiente es el núcleo donde se desempeñan las principales tareas asociadas al cuidado personal. De esta manera, los hogares unipersonales de los países del sur de Europa reciben el 35,5% de los cuidados personales. Tanto en los países del sur de Europa como en España, los hogares formados por dos miembros son los que mayores porcentajes de cuidados reciben. Esta afirmación se justifica porque más de la mitad de los dependientes conviven con sus parejas, siendo éstas sus proveedoras potenciales de cuidados personales.

La situación económica en la que se encuentran los mayores dependientes también va a condicionar la tipología de cuidado que reciban. De hecho, las situaciones de pobreza femenina debidas a una limitada cotización a los sistemas de Seguridad Social determinan la realidad social de los mayores dependientes. Los factores económicos marcan también una clara diferencia. En España, aquellos que reciben prestaciones económicas públicas representan al 47,8% del total de los mayores dependientes que reciben cuidados; circunstancia que transforma a esta variables predictora de recepción de ciudades mixtos ($OR 1,7$). En cambio, en los países del sur de Europa el acceso a este tipo de cuidados se determina a través de los ingresos mensuales del hogar (Tabla 3.10).

En este caso, la respuesta a estas necesidades de atención es de carácter individual/familiar y la presencia del Estado es residual aun cuando el 64,3% de los dependientes reciben prestaciones económicas periódicas públicas. Comprobándose cómo la atención a los cuidados de larga duración en España se encuentra en transición hacia la universalización del derecho de atención y en el resto de los países del sur de Europa se mantiene el carácter asistencial.

En esta línea, para el 65-70% del total de los mayores que reciben cuidados personales, la distancia es inferior a un kilómetro entre los miembros de su red social. La función de complementariedad de los cuidados mixtos para el conjunto de los países del Sur de Europa es desarrollada cuando la proximidad física entre el mayor dependiente y los miembros de la red social más cercana se localizan en el mismo municipio (1-5 km), cuya probabilidad de recibir cuidado mixtos es de 2,6 veces más respecto a los que viven en el mismo hogar. Ahora bien, cuando la distancia supera los 5 kilómetros son más intensivos los cuidados informales transformándose en sustantivos de los cuidados mixtos. De acuerdo con lo anterior, la intensidad de los cuidados mixtos como complemento a las tareas de los cuidadores informales principales es muy superior en España, como demuestra la Tabla 3.10, función consolidada por las políticas sociales orientadas para tal fin, Ley de dependencia.

Entonces el mantenimiento de la persona en su entorno social facilita el control y la supervisión continuada de la situación de dependencia del mayor por parte de los miembros de la red social, en concreto a los hijos adultos, España, el 70%, y en los países del sur de Europa, el 64,5%. De hecho, el tamaño del hogar, también es un factor predictivo de la función de complementariedad de los cuidados mixtos sobre todo cuando el hogar es unipersonal en los países del sur de Europa (OR 5,92). En cambio, en España los hogares formados dos personas mayores dependientes la probabilidad de recibir cuidados mixtos es de 2,6 respecto a la recepción de cuidados informales.

Tabla 3.10 Modelos de regresión logística de los factores asociados a la recepción de cuidado mixto

Variable	Categorías	España					Países del sur de Europa					
		B	Sig.	Exp(B)	I.C. EXP(B) Inferior	95% Superior	para B	Sig.	Exp(B)	I.C. EXP(B) Inferior	95% Superior	para
Sexo	Hombre*											
	Mujer	1,33	0,02	3,79	1,27	11,26	0,19	0,57	1,21	0,63	2,32	
Edad	65-74 años*		0,10					0,79				
	75-84 años	0,11	0,83	1,12	0,39	3,21	0,04	0,89	1,05	0,55	1,98	
	Más 85 años	0,92	0,11	2,51	0,82	7,68	-0,23	0,61	0,80	0,33	1,91	
Grado de severidad de la situación de dependencia	Moderada*		0,01					0,03				
	Severa	1,75	0,01	5,76	1,48	22,37	0,64	0,12	1,89	0,84	4,28	
	Total	1,95	0,00	7,02	1,88	26,24	1,09	0,01	2,99	1,31	6,80	
Tamaño del hogar	≥ 3 miembros*		0,16					0,01				
	2 miembros	0,98	0,04	2,66	0,86	8,22	1,20	0,04	3,33	1,09	10,21	
	1 miembro	1,11	0,07	3,02	0,91	10,00	1,78	0,00	5,92	1,81	19,41	
Proximidad geográfica media	Mismo hogar*		0,18					0,25				
	< 1 km	0,86	0,05	2,37	1,01	5,55	0,45	0,27	1,57	0,71	3,50	
	1-5 km	0,80	0,04	2,64	0,82	8,48	0,98	0,03	2,67	1,10	6,43	
	> 5 km	1,31	0,04	3,69	1,04	13,12	0,36	0,47	1,44	0,54	3,84	
	No consta	0,47	0,60	1,60	0,28	9,25	0,72	0,19	2,05	0,70	6,01	
Prestaciones económicas públicas periódicas	No recibe ayuda pública*											
	Recibe ayuda pública	0,54	0,04	1,72	0,77	3,88	0,16	0,59	1,17	0,65	2,11	
Ingresos mensuales de los miembros del hogar	< 750,00 €/mes*		0,01					0,41				
	750,01-1.300,00 €/mes	-0,77	0,09	0,47	0,19	1,13	0,98	0,01	1,01	0,50	2,03	
	≥ 1.300,01 €/mes	-1,50	0,00	0,22	0,09	0,58	0,74	0,03	1,56	0,72	3,35	
Constante		-5,70	0,00	0,00			-4,57	0,00	0,01			

Modelo $\ln(\text{CuidadosPersonales}) = \alpha + \beta_1(\text{mujer}) + \beta_2(\text{Edadc2}) + \beta_3(\text{Edadc3}) + \beta_4(\text{DependenciaC2}) + \beta_5(\text{DependenciaC3}) + \beta_6(\text{TamañoHogarC2}) + \beta_7(\text{TamañoHogarC3}) + \beta_8(\text{TamañoHogarC4}) + \beta_9(\text{ProximaximaC2}) + \beta_{10}(\text{ProximaximaC3}) + \beta_{11}(\text{ProximaximaC4}) + \beta_{12}(\text{ProximaximaC5}) + \beta_{13}(\text{ProximaximaC6}) + \beta_{14}(\text{IngresoMensualC2}) + \beta_{15}(\text{IngresoMensualC3}) + \beta_{16}(\text{si las recibe})$. Núm. observaciones: España 229. Porcentaje pronosticado correctamente por el modelo: 80,35%. R² de Nagelkerke es de 0,261. Núm. observaciones: Países del Sur de Europa 445. Porcentaje pronosticado correctamente por el modelo: 88,30%. R² Nagelkerke es de 0,125. *Categoría de referencia Fuente Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE,2013

En un contexto social común en el que la prestación de cuidados a familiares dependientes es una obligación legal de la familia, nuestro trabajo presenta un modelo comparativo de los determinantes de recibir cuidados mixtos entre los dependientes mayores de 65 años en España y el conjunto de países del sur de Europa analizados.

A pesar de que el alto porcentaje del cuidado que reciben las personas mayores es de naturaleza informal, los cuidados mixtos son complementarios cuando el cuidador principal más cercano vive en el mismo municipio de la persona dependiente. Y en la medida que aumenta el grado de severidad de la situación de dependencia se intensifican conforme aumenta la complejidad de las tareas (Bonsang, 2009). A todo ello hay que incorporar el elevado componente económico de los cuidados mixtos frente a los cuidados informales, marca diferencias entre España y el conjunto los países del sur de Europa – Italia y Portugal-. La socialización del riesgo de la dependencia está claramente influenciada por los factores económicos determinando la perspectiva que toman las políticas sociales. Mientras que en España se apuesta por los cuidados mixtos diseñados como complemento desde la puesta en marcha de la Ley dependencia; en los países del sur de Europa la respuesta ha sido más débil centrándose en una extensión del carácter asistencial ya existente.

En síntesis, el incremento de la población mayor y de las situaciones de dependencia aumenta la necesidad de responder a esta demanda social creciente por parte de los gobernantes de los países, máxime en tiempos de crisis y recortes presupuestarios, en los que las percepciones sobre las responsabilidades públicas y privadas respecto a la prestación de cuidados personales es un tema de debate. A pesar de la cercanía con nuestros vecinos del sur de Europa-Italia y Portugal-, podemos resaltar importantes diferencias que se derivan de la instrumentalización de las políticas públicas que afectan a la dependencia. Ello pone de manifiesto la necesidad de tener en cuenta estos factores (redes sociales, familia, proximidad geográfica, recursos económicos) a la hora de articular las políticas sociales de atención a las personas en situación de dependencia, de forma que los cuidados mixtos sean el símbolo de una sociedad que responde a las necesidades de esta demanda social creciente desde la proximidad.

**PARTE II. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS
MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOGAR EN ESPAÑA**

CAPITULO 4. MARCO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

CAPÍTULO 4. MARCO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

La atención a las personas en situación de dependencia no es un problema social nuevo que surge a raíz de la publicación de Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, Ley de dependencia). Los cambios en las dinámicas demográficas, sociales y familiares hacen de esta necesidad social no satisfecha una prioridad en las agendas políticas a todos los niveles. Se trata de un fenómeno social global con respuesta local. El menoscabo en la autonomía personal está asociado con la edad pero no se puede caer en el error de asociar dependencia al envejecimiento porque esta se encuentra en toda la pirámide poblacional. Además, vivir más puede significar también disfrutar de una vida activa más larga en lugar de necesitar cuidados durante periodos de tiempo más largos (Wittenberg et al., 2002; Guillén et al., 2007).

El presente capítulo tiene como objetivo realizar una exposición didáctica de la evolución de la construcción del sistema público de servicios sociales, en clave de atención a la persona en situación de dependencia en España, tomando desde el periodo constitucional hasta la actualidad - año 2014- . Para ello, tanto las personas con discapacidad como las personas mayores con sus desarrollos normativos han logrado una red solida de políticas públicas destinada a la mejora de su calidad de vida. El capítulo aborda, en primer lugar, los antecedentes de la Ley de dependencia, tomando como punto de partida la constitución española, resumiendo la bases del sistema de servicios sociales junto con las Leyes de primera generación (1982-2002), así como el principal desarrollo normativo relacionado con las personas mayores y con discapacidad. En segundo lugar, siguiendo el hilo conductor, nos centramos en la Ley de dependencia, en su desarrollo normativo, sus principales modificaciones, la configuración del Sistema de Autonomía y Atención a las personas Dependientes (en adelante, SAAD). Además de los cambios en la política social respecto al impacto que ha tenido la ley de dependencia en los sistemas autonómicos de servicios sociales, centrandó la atención en la segunda generación de los servicios sociales (2006-2015) en el que se reconoce el derecho subjetivo de atención y se incorporan cambios que dirigen a los sistema de autonómicos de servicios sociales hacia un modelo basado en servicios.

4.1 Antecedentes a la Ley 39/2006, de 31 de diciembre (Ley de dependencia).

La constitución española en 1978 supuso la construcción de un Estado Social y Democrático de Derecho formado por comunidades autónomas, siendo los valores sobre los que se sustenta la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político (art. 1 y 2, CE). Se dejaban atrás cuatro décadas de dictadura, donde los derechos sociales no fueron seña de identidad del régimen.

En materia de servicios sociales, la primera referencia legislativa tuvo lugar durante el período preconstitucional en el año 1963 con la llamada Ley de Bases de la Seguridad Social. Los servicios sociales se encontraban incluidos dentro de la acción protectora de la Seguridad Social, considerando los siguientes: medicina preventiva; higiene y la seguridad en el trabajo; recuperación de inválidos y acción formativa. Así en 1966, a través del Decreto 907/1966, de 21 de abril, se aprobó el texto articulado de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social, considerado como el nacimiento de la Seguridad Social moderna española (Jiménez Lara y Huéte García, 2010).

El texto constitucional en su artículo 41 recoge el mantenimiento del régimen público de la Seguridad Social para todos los ciudadanos, garantizando la asistencia y las prestaciones sociales en caso de necesidad. De este modo se ratificó el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, que tenía como objetivo crear una entidad gestora de la Seguridad Social <<para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social>>. Entonces se puso en marcha el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)¹³, asumiendo además las competencias procedentes del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos y el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas - SEREM y SAP pertenecientes a la etapa preconstitucional- (Gutiérrez Resa, 1995).

¹³ El INSERSO ha experimentado varias reestructuraciones y cambios de denominación. En la actualidad, con el nombre de Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), se encuentra adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Teniendo por objetivo la gestión de programas y prestaciones para las personas mayores y en situación de dependencia.

La constitución española establece la distribución competencial entre el Estado y las comunidades autónomas. Éstas, a partir del año 1979, comenzaron a incorporar el conjunto de competencias incluidas en el art. 148 en sus respectivos estatutos de autonomía¹⁴.

En concreto, el artículo 148.1.20 <<asistencia social>> las comunidades autónomas la identifican de manera diferente:

- Asistencia Social: País Vasco, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra y la Comunidad Valenciana.
- Asistencia Social y Servicios Sociales: Andalucía, Castilla-La Mancha, Canarias, Castilla y León; y La Rioja.
- Asistencia y Bienestar Social: Asturias, Aragón, Cantabria y Extremadura.
- Bienestar y Servicios Sociales: Murcia.
- Asistencia y Beneficencia Sociales, Sanidad e Higiene -Islas Baleares

El matiz de Antoni Vilà (2011) que hace respecto al término de asistencia social y cómo ésta ha sido absorbida por los servicios sociales, debido a que en varios textos legales se citan conjuntamente “asistencia y servicios sociales”. De hecho, en 2001 Casado y Guillén exponía que <<dejando a un lado lo institucional [...] el campo material o de actuación de la asistencia social de los años sesenta coincidía básicamente con los servicios sociales>> (Casado y Guillen, 2001:62) reforzando la subrogación de la asistencia social a los servicios sociales

Más allá, de crear un sistema común de servicios sociales, se crearon 17. El desarrollo de la primera generación de leyes de servicios sociales duró una década¹⁵- 1982 a 1992-, siendo la comunidad autónoma pionera el País Vasco y última Cantabria. Los objetivos principales de estas Leyes se centraban, por un lado, en el desarrollo normativo de la competencia y generar el derecho; y por otro, garantizar la configuración de un sistema público de Servicios Sociales en cada comunidad autónoma.

<<Los elementos configuradores del Sistema de Servicios Sociales que contemplan todas estas leyes se pueden concretar en una red básica de centros y equipamientos sociales, actuaciones o prestaciones técnicas a cargo de profesionales y prestaciones económicas>>

(Arias et al. 2004: 510)

¹⁴ Las primeras comunidades autónomas en publicar su estatuto de autonomía fueron Cataluña y País Vasco, el resto a partir de 1981 hasta el año 1995 en el que las ciudades autónomas Ceuta y Melilla tuvieron el suyo. Actualmente, determinadas comunidades autónomas han reformado sus estatutos iniciales como son los casos de: Extremadura en 2011, Andalucía, Aragón y las Islas Baleares en 2007, Comunidad Valenciana y Cataluña en 2006.

¹⁵ Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla aprobaron sus Leyes de Servicios Sociales en el año 1995.

Entre los principales servicios sociales que contemplan las Leyes, salvo leves diferencias de expresión, se encuentran: la ayuda a domicilio, la prevención e inserción social y promoción y cooperación social, alojamiento y convivencia, e información, valoración y orientación o asesoramiento. A diferencia de los servicios sociales dentro del marco de actuación del sistema de la Seguridad Social, competencia exclusiva del Estado, según lo establecido en el artículo 149.1.17 de la Constitución Española.

En las Leyes de primera generación se destacan la organización territorial y competencial de los servicios sociales en las comunidades autónomas. Todas distinguen tres niveles competenciales: administraciones autonómicas, las diputaciones provinciales o los cabildos, en su caso y los ayuntamientos.

Las *administraciones autonómicas* les corresponden las competencias en materia:

- La planificación general para eliminar desequilibrios territoriales; así como la coordinación y planificación de actuaciones con otras administraciones, comunidades autónomas u otros organismos del Estado.
- La coordinación de actuaciones y programas con el objeto de racionalizar los recursos sociales.
- El establecimiento de prioridades.
- La supervisión y control del cumplimiento de la normativa.

Las *diputaciones provinciales y cabildos*:

- Las competencias delegadas por los gobiernos autonómicos, así como la coordinación y gestión de los centros de servicios sociales – comunitarios y especializados- de municipios y/o agrupación de municipios rurales.

Los *ayuntamientos*, entre sus competencias, les correspondían:

- La gestión de los centros de servicios sociales comunitarios y especializados de ámbito local.
- La programación, planificación, ejecución y gestión de los servicios sociales.

La organización administrativa, competencial y territorial establecida por la constitución, bajo los principios de descentralización y desconcentración. El desarrollo normativo de este principio dio lugar a la Ley 7/85 de 2 de abril reguladora de las bases de régimen local en el año 1985 en la que se establece a los municipios la competencia de prestar los servicios sociales, de promoción y reinserción social. En concreto, especificaba que los municipios de más de 20.000 habitantes tienen la obligación de la prestación de servicios sociales. Así como la agrupación de municipios

de hasta 20.000 habitantes también ejercerán sus competencias en materia de servicios sociales a través de las diputaciones provinciales, las cuales tienen entre sus competencias la prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal (art. 25,2k y 26,1c de la Ley 7/85).

En la primera generación de Leyes de servicios sociales prácticamente coincidían en su estructura normativa, en sus principios inspiradores, en los titulares de derechos, en el carácter descentralizado, en la responsabilidad y la titularidad pública de los servicios; en la creación de organismos colegiados autonómicos para complementar la supervisión y gestión de los servicios; y en la participación de la ciudadanía. Incluyendo, además, los niveles de intervención – servicios sociales comunitarios o generales o de atención primaria y servicios sociales especializados- en los que se encuentran diferencias de expresión o como en el caso del País Vasco que no se hace distinción.

La ausencia de una Ley General de Servicios Sociales generó en las comunidades autónomas la voluntad política de intentar homogenizar los sistemas autonómicos de servicios sociales. Sin embargo, resultó una tarea difícil, aun cuando existían similitudes.

El proceso de construcción e implantación del sistema de servicios sociales llevaba implícito la respuesta a las demandas y necesidades de la ciudadanía, y en especial de aquella en situación de riesgo de exclusión social. De este modo, la constitución española hace referencia a las personas con discapacidad y a la tercera edad, sin menoscabo de otros colectivos. Ambos sectores de población son objetivo de estudio en la presente tesis doctoral, como personas potencialmente dependientes¹⁶ debido sus necesidades de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria por parte de una tercera persona.

El tratamiento que se hace en el texto constitucional sobre las **personas con discapacidad** está recogido en **el artículo 49** en el que se reconoce la necesidad de realización de políticas de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración, así como, de atención especializada dirigida a «disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos».

¹⁶ En el siguiente epígrafe se adentrará en el concepto de situación de dependencia, es por ello que se ha identificado como potencialmente dependientes .Simplemente por seguir una cronología del proceso de construcción del sistema de servicios sociales y el sector de la atención a las personas en situación de dependencia.

Inspirándose y desarrollando el precepto constitucional, se publicó la Ley 13/1982, 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos, más conocida por su acrónimo LISMI. Considerada como la Ley marco para las sucesivas políticas sociales relacionadas con las personas con discapacidad.

Entre las acciones previstas en dicha Ley, en su artículo 12 se recoge la creación de un sistema especial de prestaciones sociales y económicas para las personas con discapacidad que no podían desarrollar una actividad laboral como consecuencia de su situación, o no incluidos en el sistema de la Seguridad Social. La acción protectora del sistema estableció las siguientes prestaciones sociales y económicas:

- Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica
- Subsidio de garantía de ingresos mínimos
- Subsidio por ayuda de tercera persona
- Subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte
- Recuperación profesional
- Rehabilitación médico-funcional, estando exentos de pago de los productos farmacéuticos

Se generó un derecho objetivo de protección integral a las personas con discapacidad, reforzado por el principio de universalidad que se desprende del artículo 41 de la Constitución Española.

Posteriormente, la publicación en 1990 de la Ley 26/1990 de 20 de diciembre, por la que se incluían en la seguridad social la prestaciones no contributiva¹⁷, refuerzan aún más el carácter de acceso universal al sistema de la seguridad social. La puesta en marcha de esta Ley supuso algunos cambios en la protección a las personas con discapacidad recogidas en las LISMI, al suprimirse el Subsidio de garantía de ingresos mínimos y el Subsidio por ayuda de terceras personas. Sin embargo, a los ya destinatarios de estas prestaciones económicas les ofrecieron la posibilidad de pasarse al sistema de prestaciones no contributivas de las seguridad social o bien mantenerse con una cantidad fija las prestaciones procedentes de la LISMI (Moreno et al, 2003).

¹⁷ Las prestaciones no contributivas son definidas como << aquellas prestaciones económicas que se reconocen a aquellos ciudadanos que, encontrándose en situación de necesidad protegible, carezcan de recursos suficientes para su subsistencia en los términos legalmente establecidos, aun cuando no hayan cotizado nunca o el tiempo suficiente para alcanzar las prestaciones del nivel contributivo>>. (ver en http://www.seg-social.es/Internet_1/Pensionistas/Pensiones/ModalidadesClases/index.htm).

A partir de ese momento, las personas con discapacidad que solicitasen este tipo de prestación económica por invalidez debían reunir los siguientes requisitos, (Rodríguez Castedo, 2011):

- ser españoles y/o residentes en España en los últimos 5 años,
- estar entre 18 y 64 años,
- tener reconocida una discapacidad superior al 65% acreditada por el Real Decreto 1971/1999
- y carecer de rentas o ingresos anuales inferiores a los establecidos para cada año

El proceso de construcción del sistema de servicios sociales públicos continuaba, y no se limitó al desarrollo interno en cada comunidad autónoma. Se realizaron actuaciones complementarias por parte del Estado cómo fue la creación en 1988 del Ministerio de Asuntos Sociales en sustitución del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, suponiendo un hito en el desarrollo de servicios sociales. Desde este momento, se comenzó a promover la puesta en marcha de diferentes iniciativas sobre políticas de servicios sociales, respetando siempre las competencias atribuidas a las comunidades autónomas (Aragón et al., 2007). Sin olvidar que el Estado era y es el responsable de salvaguardar el principio de igualdad y solidaridad de la ciudadanía.

De ahí, el intento de cooperación multinivel – Administración General del Estado y las Corporaciones Locales- que favorecería el desarrollo y la reducción de los posibles desequilibrios territoriales existentes en el acceso a los servicios y prestaciones mínimas de servicios sociales. De dicho acuerdo nació el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales el 25 de mayo de 1988. Este fue desarrollado por las corporaciones locales y se centraba en la creación de una red pública de servicios sociales mínimos (Roldan García, García Giráldez y Nogués Sáez, 2013).

Las características principales del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales se pueden resumir en las siguientes (Gutiérrez Resa, 2001; Causapié Lopesino et al., 2011)

- Entre sus objetivos:
 - Homogeneizar prestaciones sociales y garantizar servicios sociales básicos para todos los ciudadanos.
 - Proporcionar servicios de calidad y adecuados a las necesidades.
 - Cooperación con las Corporaciones Locales en materia de servicios sociales.
- Garantizando una serie de prestaciones:

- Información y Orientación,
- Ayuda a Domicilio,
- Alojamiento ,
- Prevención de la Marginación e Inserción Social.
- Solidaridad Social, Cooperación, Autoayuda y Voluntariado.
- Equipamientos básicos:
 - Centros de Servicios Sociales
 - Albergues
 - Centros de acogida.
- Sistema de financiación se formalizan a través de Convenios-Programas entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas, estableciéndose los siguientes compromisos:
 - Cofinanciación: la Administración Central destinará una consignación específica para el Plan en los Presupuestos del Estado.
 - Las comunidades autónomas aportarán una cantidad similar o superior a la del Ministerio competente.
 - Las corporaciones locales tiene el compromiso de gestión, prestación de los servicios, así como apoyar económicamente al Plan en función de sus propias circunstancias.

Desde el punto de vista financiero, la firma de este plan implicaba la dotación de partidas presupuestarias a través de convenios-programas que garantizaba la cooperación y la financiación de las prestaciones básicas de los servicios sociales. Sirviendo además como complemento a lo establecido en la primera generación de Leyes de autonómicas de servicios sociales.

La consulta de las memorias anuales disponibles muestran la relevancia del Plan, comprobándose cómo la cobertura a nivel municipal supera el 97% de los municipios en las Comunidades Autónomas acogidas al Plan, excepto el País Vasco y Navarra por seguir un sistema especial de financiación denominado de cupo.

Como indicábamos con anterioridad, el segundo colectivo objeto de estudio son las personas mayores potencialmente dependientes.

La constitución española especifica la protección a la **tercera edad** a través del artículo 50, en el que además de garantizar un sistema de pensiones para dar cobertura económica a los ciudadanos que envejecen, pone su disposición un sistema de servicios sociales con independencia de las obligaciones de la familia. Esta parte del precepto constitucional remarca el carácter familiarista que ha caracterizado el sistema de protección social español.

Entre las acciones a nivel nacional¹⁸ de protección de las personas mayores se destaca el Plan Gerontológico de 1992 estructurado en cinco áreas: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación. No obstante, siguiendo el proceso de descentralización y asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas hizo que éstas elaborasen sus propios planes de acción dirigidos a personas mayores (IMSERSO, 2003). Independientemente de las acciones regionales, el Plan de 1992 ha de considerarse como un avance netamente positivo, como así se refleja en el «Informe de valoración del plan gerontológico estatal 1992-1997» (IMSERSO, 1999). Además, su puesta en marcha, supuso el inicio del debate sobre la dependencia que supondrá un cambio en la política social en España (Escuredo, 2007).

Los últimos años de la década de los noventa del siglo pasado, en materia de protección a las personas mayores, estuvieron marcados por el «*Año europeo de las personas de edad avanzada y de la solidaridad entre las generaciones*» de 1993. En 1998 se presentó el «Observatorio permanente de personas mayores» como instrumento para lograr un acercamiento integral de la realidad social de los mayores y el desarrollo de políticas de atención acorde con sus necesidades.

En 1999 se conmemoró el «Año internacional de las personas de edad» bajo el lema «*Hacia una sociedad para todas las edades*» que se reafirmó en la «II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento» celebrada en Madrid en el año 2002. En 1999 también se creó el Consejo Estatal de las Personas Mayores, cuya finalidad residió en «*la institucionalización del movimiento asociativo de las personas mayores, en la definición, aplicación y seguimientos de políticas de atención, inserción y calidad de vida dirigidas a esta población*» (Real Decreto 428/1999).

¹⁸ En el contexto internacional se destacan en 1982 la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y su Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento de ambos en 1982. Los aspectos en los que se centraron fueron: salud y nutrición, vivienda, familia, bienestar social, empleo e ingresos, educación y la investigación (IMSERSO, 2008)

Todas éstas iniciativas derivaron en planes y proyectos que a nivel estatal constituyeron una malla de políticas de atención sociosanitaria de protección a personas de edad, como ejemplos: << Programa de Atención a las Personas Mayores (1999)>>, <<Proyecto de Plan de Acción para Personas Mayores (2000-2005)>>, «Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (1999-2005)».

En esta línea, las comunidades autónomas diseñaron planes de atención y protección como << [...] *Plan Gerontológico de Euskadi (1994); Plan Gerontológico de La Rioja (1994), Plan de Atención a las Personas Mayores en Aragón (1995), Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid (1996-2006); Plan Gerontológico del Principado de Asturias (1997), Plan Gerontológico de Navarra (1997-2000), Plan Integral de las Personas Mayores de Baleares (1998), Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha (1998-2002), Plan de Acción Sociosanitaria para el Mayor de Cantabria (1999-2005)*>> (Rodríguez Cabrero, 2000 :5).

La comunidad autónoma de Andalucía responde al problema social del envejecimiento con diferentes planes como el Plan Andaluz de Salud, Plan de Servicios Sociales de Andalucía y Plan de Atención Integral a los Mayores Andaluces, iniciativas que derivaron en la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, establece en su artículo 1 que el objeto de la misma es << [...] *la regulación y garantía de un sistema integral de atención y protección a las personas mayores, que cuente con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas de Andalucía* [...]>>.

A nivel regional o de comunidad autónoma, la influencia del Plan Concertado respecto a la perspectiva territorial de los servicios sociales, su proximidad de intervención y disponibilidad de recursos, así como el conjunto de normas sectoriales adyacentes orientadas a complementar a los sistemas de servicios sociales y proteger a las nuevas necesidades sociales de la ciudadanía, generó que determinadas comunidades autónomas vieran la necesidad de embarcarse en un proceso de reformas interno de sus sistemas de servicios sociales entre los años 1993 y 2003. Por un lado, las regiones que optaron con el cambio, es decir, elaborando nuevas Leyes de Servicios Sociales, Galicia (1993), El País Vasco (1996), la Comunidad Valenciana (1997), La Rioja (2002) y en el año 2003 - Asturias, Madrid y Murcia-. Por otro, las regiones que optaron por reformas como Cataluña aprobó la Ley 4/1994, de 20 de abril, de administración institucional, de descentralización, de desconcentración y de coordinación del

sistema catalán de servicios sociales. Ésta modificación se orientó a complementar al sistema de servicios sociales.

Sin embargo, los autores Encarna Guillén y Antoni Vilà (2007) justifican que no se pueden considerar éstos cambios legislativos como << Leyes de Segunda Generación>> sino simplemente <<segundas Leyes>> porque no incorporan cambios sustanciales. Sin embargo, destacan los siguientes aspectos:

- Fomento de la atención personalizada y de la asistencia continuada.
- Protagonismo de la persona en el proceso de toma de decisiones (autodeterminación), así como, el derecho a un profesional de referencia.
- Una apuesta por la mejora en la calidad y eficiencia de los servicios.
- Determinación del alcance del principio de universalidad y la participación financiera del usuario en la prestación de los servicios principalmente especializados (copago).
- Refuerzan las medidas para estructurar y consolidar un verdadero sistema de servicios sociales reforzando la presencia de los Gobiernos Autonómicos, así como su garantía financiera.
- La perspectiva territorial de los servicios sociales, inciden en la demarcaciones territoriales y sus características para aumentar la coordinación, asimilándose a la organización territorial sanitaria.
- Mayor presencia y participación de la iniciativa privada en la prestación de servicios sociales, siendo esta la principal diferencia con las Leyes de primera generación en el que sector privado, tenía un carácter subsidiario debido al predominio de la perspectiva pública de los servicios sociales. De hecho, los autores Elena Roldan, Teresa García y Luís Nogués en su libro << Los servicios sociales en España>> de 2013, identifican dos modelos de servicios sociales y comunidad autónoma de referencia:
 - El primero es una apuesta por un sistema eminentemente *público de servicios sociales*. Este modelo es seguido por las Leyes de servicios sociales de Asturias, Murcia y Valencia.
 - El segundo es un *modelo global o de naturaleza mixta* en el que se produce una integración entre la perspectiva pública y privada de los sistemas de servicios sociales. Las comunidades autónomas que han

renovado su legislación en esta línea fueron: Madrid, País Vasco, La Rioja y Galicia.

- La incorporación de la atención a las personas dependientes y/o a las respuestas sociosanitarias al colectivo. Influenciados por el Consejo de Niza del año 2000, centrado en la atención en las personas dependientes, como necesidad social creciente (Jiménez Lara y Huete García, 2010). Aunque las respuestas que dan las comunidades autónomas son diferentes (Guillén y Vilà, 2007) :
 - Madrid y Asturias (2003) abordan la atención a las personas dependientes de manera directa y amplia.
 - El País Vasco (1996) y Galicia (1993) consideran que la respuesta a este colectivo debe de tratarse de manera coordinada con los servicios sanitarios.
 - Murcia (2003) y La Rioja (2002) directamente no la incorporan a sus leyes y por tanto no ofrecen respuesta a esta necesidad creciente.

A modo de resumen, el siguiente Cuadro 4.1 muestra la evolución normativa de los sistemas autonómicos de servicios sociales, identificando si sus Leyes son de primera o segunda generación y el número de años transcurrido entre las modificaciones.

Cuadro 4.1 Resumen de la Evolución de las normativas de los sistemas autonómicos de Servicio Sociales.

Estatuto de Autonomía (EA)				Cronología Legislativa en Servicios Sociales (1983-2003)	
Comunidad Autónoma	Año	Primera Generación de Leyes autonómicas de Servicios Sociales	Segundas Leyes autonómicas de Servicios Sociales	Número Años desde EA hasta 1ª Ley	Número de años desde 1ª Ley hasta 2ª Ley
Navarra	1982	1983		7 meses	
Madrid	1983	1984	2003	1 año y 4 meses	18 años y 9 meses
País Vasco	1979	1982	1996	2 años y 5 meses	13 años y 4 meses
Murcia	1982	1985	2003	3 años y 6 meses	17 años y 4 meses
Castilla-La Mancha	1982	1986		3 años y 8 meses	
Extremadura	1983	1987		4 años y 1 meses	
Aragón	1982	1987		4 años 7 meses	
Canarias	1982	1987		4 años y 8 meses	
Cataluña	1979	1985		5 años 11 meses	
Asturias	1981	1987	2003	5 años y 4 meses	15 años y 10 meses
Castilla y León	1983	1988		5 años y 10 meses	
Illes Balears	1983	1989		5 años y 11 meses	
Galicia	1981	1987	1993	6 años y 1 mes	5 años y 10 meses
Andalucía	1981	1988		6 años 4 meses	
Valencia	1982	1989	1997	7 años	9 años
La Rioja	1982	1990	2002	7 años y 10 meses	11 años 9 meses
Cantabria	1981	1992		10 años y 5 meses	
Ceuta	1995				
Melilla	1995				

Fuente. Adaptación de Roldan, García y Nogués (2013); Gullién y Vilà (2007) y Astray et al. (2004).

Al proceso de desarrollo e implantación de los sistemas autonómicos de servicios sociales se le une un entramado de políticas de protección social – nacionales e internacionales- relacionadas con las personas con discapacidad y personas mayores.

Por este motivo, los acuerdos entre la Unión Europea y los Estados Miembros como la *Estrategia de Lisboa* - fruto de las conclusiones del Consejo Europeo celebrado en Lisboa y Feria en el 2000- y la implementación del Método Abierto de Coordinación iniciado en la década de los 90 del siglo pasado, han servido para generar sinergias, aprendizaje mutuo y coordinación en materia de política social entre los Estados miembros.

Ahora bien, en la Cumbre de Niza (2000) se aprobó el Comité de Protección Social (Decisión 2000/436/CE) cuya función consultiva se centró en el fomento de la cooperación entre los Estados Miembros y la Comisión Europea. Desde junio del año 2001, se desarrollan los denominados Planes Nacionales de Acción para Luchar contra la Pobreza y la Exclusión Social.

En España se han elaborado cinco PNAin¹⁹ siguiendo los objetivos establecidos en la Estrategia Europea para la Inclusión social, en el que la Administración General del Estado, junto a la cooperación de las Comunidades Autónomas, apoyan los procesos de inclusión de las personas de menos recursos económicos, sociales y culturales para procurar unas condiciones de vida y bienestar normalizadas. Así el Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad en 2010 publicó un informe *“Los 10 años de los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social del Reino de España”*²⁰ que recoge entre sus líneas de actuación la garantía de ingresos mínimos, los servicios sociales y la atención a la dependencia, así como, los colectivos concretos entre ellos las personas mayores y personas con discapacidad (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). Desde el año 2006 en los PNAin españoles se aborda la atención a las personas dependientes, incluyendo además las medidas complementarias a las acciones que ya se llevaban a cabo hacia las personas con discapacidad y las personas mayores.

Ahora bien, entre las iniciativas europeas orientadas a las personas con discapacidad en materia de derechos y justicia, se encuentra la Directiva Comunitaria 2000/78/ CE de 27 de noviembre de 2000, relativa al principio de igualdad de trato de las personas,

¹⁹ Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España correspondientes a los periodos 2001-2003 (IPNAin); 2003-2005 (II PNAin); 2005-2006 (III PNAin); 2006-2008 (IV PNAin) y 2008-2010 (V PNAin). Los PNAin IV y V influenciados por la Estrategia de Lisboa Renovada y la nueva Agencia Social Renovada (2005-2010).

²⁰ El informe hace un recorrido evolutivo por las políticas de inclusión en España diferenciando por ejes de actuación como la garantía de ingresos mínimos, educación con equidad, acceso al empleo, salud, atención a la dependencia, servicios sociales, acceso a la vivienda, justicia, inclusión en la sociedad de la información. Y por colectivos: personas mayores, personas con discapacidad, mujeres, jóvenes, infancia, acciones de apoyo a la familia, población gitana española, inmigrantes, personas sin hogar, reclusos y ex –reclusos. Además del esfuerzo presupuestario para la consecución de los objetivos propuestos.

independientemente del origen racial o étnico, procedente del art. 13 del Tratado de Ámsterdam de 1997. Ésta directiva se incorporó en nuestro ordenamiento jurídico a través de la *Ley 51/2003, de 2 de diciembre de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad*²¹ (en adelante, LIONDAU), teniendo como objeto garantizar y hacer efectivo el derecho de igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución (art. 1, LIONDAU). Esta fue precisamente una de las medidas adoptadas en conmemoración al Año Europeo de las Personas con Discapacidad declarado por el Consejo de Europa en 2003.

La LIONDAU ha servido como base para el desarrollo de las medidas de igualdad de oportunidades para una participación plena en la vida política, económica, cultural y social de las personas con discapacidad. Así se creó en 2004 el Consejo Nacional de la Discapacidad²² para impulsar el principio de diálogo civil establecido por la Ley. Simultáneamente a la LIONDAU se diseñaron tres planes: el Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, el II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007, y Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad, aprobado por el Gobierno el 1 de diciembre de 2006. Adicionalmente, la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad²³. No sólo LIONDAU marcó un hito en la protección de las personas con discapacidad. También en el año 2003 se aprobó la Ley de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad, contemplada en el II PNAin (2003-2005), destacando la posibilidad de heredar a favor de los descendientes con discapacidad. En los PNAin se recogieron la cobertura y flexibilización en el acceso a las Rentas Activas de Inserción para la Personas con Discapacidad.

Siguiendo con el análisis paralelo en materia de protección y promoción a favor de las personas mayores los primeros años del siglo XXI, han sido igual de intensos que los últimos años del siglo XX, según indican los informes sobre la situación de las personas mayores 2000, 2004, 2006 y 2008 (Castejón et al., 2009). Un instrumento reseñable es el Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007, cuyos principios básicos se centran en la dignidad, independencia, autorrealización, participación, cuidados asistenciales y cooperación. El principio

²¹ La LIONDAU estuvo vigente hasta el 4 de diciembre de 2013.

²² Aunque se creó en 2004 el Consejo Nacional de la Discapacidad ha sufrido modificaciones y adaptaciones en su regulación. Actualmente, es regulado por el Real Decreto 1855/2009, de 4 de diciembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad.

²³ La citada Ley estuvo vigente hasta el 4 de diciembre de 2013.

de cooperación surge debido a la realidad política del Estado de las Autonomías y del traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas, a través de mecanismos y técnicas de relación interterritorial para llevar a cabo el ejercicio satisfactorio del conjunto de administraciones implicadas en el desarrollo del Plan.

El Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007, puede considerarse como una continuación adaptada del Plan Gerontológico de 1992. Resulta reseñable que este no se trataba de un documento cerrado sino abierto y dinámico, en el que se realizarán las modificaciones oportunas para lograr la mayor adaptación posible a la realidad social del colectivo.

Como se hacía referencia, las personas mayores también son un colectivo de protección de los PNAin y entre las medidas más representativas se encuentran las que tiene que ver con el poder adquisitivo de nuestros mayores. Los esfuerzos se han centrado en el incremento de las cuantías de las pensiones mínimas, tratando de evitar el riesgo de pobreza.

En 2003 se inicia la etapa del cambio de la política social española al incorporar la Recomendación N° (98)9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia, que reconoció la atención a las personas en situación de dependencia como fenómeno social creciente en Europa (Aragón *et al.*, 2007) en respuesta a los cambios demográficos y sociales asociados principalmente al envejecimiento y a la pérdida de autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria.

El proceso de construcción del cuarto pilar del Estado de Bienestar comienza en octubre de 2003 con la renovación del Pacto de Toledo. En la recomendación adicional tercera señala *«resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad del fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección»*.

Así que a finales de 2004 vio la luz el Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (IMSERSO, 2004) que sirvió de base para conocer la situación de las personas en situación de dependencia y el efecto potencial de la provisión de ciudadanos en el mercado de trabajo como sector generador de empleo. De manera paralela, se justificó la necesidad de crear, desarrollar, implantar y consolidar un sistema de promoción y atención, enmarcado en el sistema público de servicios sociales.

Recapitulando, esta primera etapa se identifica como la base de la construcción de los sistemas autonómicos de servicios sociales modernos en España, en ausencia de una Ley General. Se materializa la voluntad por parte del Estado en complementar los servicios sociales y crear una malla de protección e inclusión de los colectivos vulnerables. En nuestro caso, nos referimos a las personas con discapacidad y personas mayores. En esta línea, se ha reflejado la importancia de las influencias internacionales y europeas para implementar acciones en nuestro ordenamiento jurídico que se dirigen directamente en la promoción de la calidad de vida y bienestar social. Además de la capacidad para iniciar un proceso de respuesta a los cambios demográficos y sociales, a esas demandas nuevas o insatisfechas como es la atención a las personas en situación de dependencia como cuarto pilar del Estado de Bienestar.

4.2 La Ley de dependencia: cambios en la política social

En diciembre del año 2006 se publicó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia considerada como el macro proyecto de bienestar que pretendía cerrar la instauración del Estado de Bienestar en España. No obstante, su entrada en vigor fue acompañada de una gran crisis económica y financiera que desde el segundo trimestre del año 2007 hasta la actualidad, ha condicionado la plena implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de acuerdo a su calendario.

Sin embargo, la Ley de dependencia marca un antes y un después en la política social en nuestro país. Las proyecciones del Libro Blanco auguraban un magnífico escenario, no solo por ser un avance cualitativo y cuantitativo para el Estado de Bienestar, sino porque también se configuraba como un sector dinamizador de la economía, se preveían la creación de unos 300.000 puestos de trabajo directos. Pero en ningún caso, se consideró que desde el año 2008, España iba a estar inmersa en una fuerte crisis económica con graves consecuencias en términos de empleo y sociales...entre otros.

En el estudio realizado por Camacho, Ruiz y Minguela 2015 muestra como durante el periodo 2008-2012, años en los que los desempleados se contabilizaban por millones, los servicios relacionados con la atención a la dependencia generaban 438.300 puestos de trabajo, superando a las previsiones del Libro Blanco, siendo un verdadero yacimiento de empleo. Sin embargo, la implantación de la Ley de dependencia no se entiende sin la crisis económica (Camacho Ballesta, Ruiz Peñalver y Minguela Recover, 2015).

En este contexto de crisis económica, la garantía y efectividad del derecho a las prestaciones del SAAD han sufrido limitaciones y continuas modificaciones en estos últimos años, destacando a continuación aquellos que ha afectado directamente al principio de universalidad y sostenibilidad del sistema:

En 2010, Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, en el que se determina que la efectividad del derecho al acceso a las prestaciones es a partir de la resolución de la prestación, y no desde el momento de su solicitud como planteaba la Ley de dependencia – disposición adicional primera- originariamente.

En 2012, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, el legislador, de urgencia dicta un conjunto de medidas de racionalización del sistema de dependencia que van a dar un giro a la Ley de dependencia y siendo así argumentadas: << derivadas de la sostenibilidad económica del SAAD, la situación económica por la que atraviesa nuestro país y la necesidad de cumplimiento de los objetivos de déficit público>> (Llano Sánchez, 2014 , 133).

En este sentido, se reconoce que las medidas de urgencia introducidas por el Gobierno durante el periodo 2010-2012 por un lado, avanzan en una mayor seguridad jurídica, reduciendo a un máximo de seis meses el procedimiento desde la solicitud hasta el reconocimiento de la prestación. Pero por otro lado, a diferencia de lo establecido en la Ley, no se garantiza la retroactividad de las prestaciones desde el momento de la solicitud, sino desde la fecha de resolución concreta de la prestación/es correspondientes, produciéndose una restricción de los derechos de las persona dependientes (Llano Sánchez, 2014).

El objetivo de este apartado es presentar una visión panorámica y clara de la configuración de la atención a las personas en situación de dependencia en España a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y sus modificaciones normativas realizadas. Además de su impacto en los sistemas autonómicos de servicios sociales.

4.2.1. Elementos definitorios de la Ley de dependencia

La atención a la personas en situación de dependencia ha existido siempre. No es un fenómeno actual, aunque su incorporación a los sistemas de protección social ha sido más reciente. En otras palabras, de igual manera que el sistema de protección social responde a las necesidades educativas, sanitarias, de pensiones y de servicio sociales, también ha de responder al riesgo de la dependencia.

Los acontecimientos normativos y de integración de la atención a las personas dependientes no se han hecho visibles hasta finales del siglo XX.

En el contexto internacional, desde la **Organización de las Naciones Unidas (ONU)** no ha tratado de manera explícita la atención a las personas dependientes. Sin embargo, las acciones se han centrado por separado en personas mayores y/o personas con discapacidad. En cuanto a las *personas mayores*, la I Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que se derivó el Plan de Acción Internacional de Viena, en 1991 se publican los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas con edad. En 2002 tuvo lugar en Madrid la II Asamblea Mundial del Envejecimiento y es en ella, cuando se introduce el término de dependencia o situaciones de dependencia en la vejez.

Con respecto a las personas con discapacidad se destaca la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2006 celebrada en Nueva York, la cual, fue incorporada a nuestro ordenamiento jurídico en 2008 con el propósito << *de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente*>> (art. 1, Instrumento Ratificación Convención). Aunque el texto no utiliza el término de dependencia como tal, en cambio sí reconoce la importancia de la necesidad de apoyos para mejorar la autonomía e independencia de la persona con discapacidad. En su artículo 19 reconoce el derecho a vivir de forma independiente en condiciones de igualdad en la comunidad, siendo necesarios los apoyos, en clave de prestaciones y/o servicios adaptados a sus necesidades como la asistencia domiciliaria, residencial, la asistencia personal y todos aquellos apoyos en la comunidad para evitar el aislamiento de la persona con discapacidad. En esta línea, se pueden asociar los servicios y en concreto la figura de la asistencia personal a la prestación recogida en la Ley de dependencia.

En el libro blanco de la Atención las personas en situación de dependencia en España (2004) se explica la influencia de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud del año 2001 en

la definición, clasificación y métodos de graduación de las situaciones de dependencia (OMS, 2001). El fin último, es simplificar y mejorar el proceso de valoración de las situaciones de dependencia, haciéndolas más sencillas de comprender, tanto para la Administración como para los profesionales y usuarios (IMSERSO, 2004, 557). La OMS ha trabajado constantemente en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y personas con discapacidad a través de programas sanitarios y de servicios sociales para responder a sus necesidades, entre los que se destaca la Estrategia Europea para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Mejora tu salud²⁴, publicada en 2006 (WHO, 2006; Wood-Ritsatakis y Makara, 2009).

En el documento se refiere a la familia como principal proveedora de cuidados de personas dependientes, así en su acción número 62, se promueve la creación de una red de servicios de proximidad orientados a los cuidados de calidad a las personas dependientes (Alonso Seco, 2013). Ahora bien, la voluntad de incorporar las situaciones de dependencia en los sistemas de protección social nacionales se expone en el documento derivado de la reunión del Comité Regional Europeo celebrada en Malta en septiembre de 2012 cuyo objetivo se centró en responder a través de una política sostenible a las necesidades sanitarias de los europeos a través de la estrategia de Salud 2020. Ésta estrategia incide en la promoción de la autonomía, los cuidados de larga duración y salud mental; además de la profesionalización de los cuidados a través equipos multiprofesionales (WHO, 2012).

Respecto a las acciones llevadas **a nivel europeo** que hacen referencia a las situaciones de dependencia se encuentra la Recomendación número (98)9, de 18 de septiembre de 1998, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia, en el que reconoce el concepto de dependencia e insta a los estados miembros al desarrollo de políticas que respondan a las necesidades de estas personas, además de su incorporación en sus sistemas de protección social.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea publicada en el año 2000 y su posterior renovación en 2010, en ambos textos el artículo 34, manifiesta de manera explícita la protección de las situaciones de dependencia en el marco de la seguridad social y de los servicios sociales, con el fin de evitar las situaciones de pobreza y exclusión social, en los términos establecidos en el Derecho Comunitario, normas y prácticas nacionales. En esta línea,

²⁴ Es el documento resultante de la Resolución EUR/RC54/R4 de prevención y control de las enfermedades no transmisibles para los Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS en 2004.

la incorporación de las situaciones de dependencia y cuidados de larga duración en el método de coordinación abierta en el año 2004. Desde entonces, se ha ido reforzando el acceso en términos de igualdad a todos los ciudadanos europeos en situación de dependencia, al uso de servicios y prestaciones con el fin de mejorar su calidad de vida y evitar situaciones de exclusión social.

La incorporación de la atención a la dependencia en **España** ha estado marcada tanto por el propio proceso de construcción del sistema de protección social, como por la influencia internacional y europea en esta materia. Se puede decir, que la Recomendación europea número (98)9 relativa a la dependencia, supuso el arranque definitivo de su integración real en el sistema de protección social español, sin menos cabo de otras acciones paralelas llevadas a cabo.

La integración de la atención a las personas en situación de dependencia de manera explícita arranca con la Renovación del Pacto de Toledo²⁵, aprobada en 2 de octubre de 2003 en el Congreso de los Diputados. La comisión reconoció la importancia de esta nueva demanda social, la necesidad de un sistema de atención para personas dependientes, la importancia de implicación de todas las Administraciones Públicas y por tanto, una urgente regulación normativa del mismo.

<< 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.

La Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso. En determinados supuestos, podrá preverse la contribución de los usuarios

²⁵ Recibe el nombre de Pacto de Toledo a la aprobación por el Pleno de Congreso de los Diputados de 6 de abril de 1995 al documento denominado << análisis de los problemas estructurales del sistema de seguridad social y de las principales reformas que deberán acometerse >>.

para la financiación de estos servicios>> (Recomendación Adicional 3ª, Renovación del Pacto de Toledo 2003,8)

Llevando a la práctica las recomendaciones, en el año 2004 arrancó la elaboración del **Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, antecedente directo a la futura Ley, publicado en 2005. Se trató de un estudio exhaustivo sobre la situación de las personas en situación de dependencia en España, desde el punto de demográfico, social, de género, jurídico, económico, mercado de trabajo, de los sectores y recursos implicados en la atención de estas personas, incluidas proyecciones de población dependientes. En el Libro se plasmaron las normativas internacionales y europeas de referencia, las principales líneas de debate internacional y los países de referencia para la construcción del sistema de protección capaz de responder a las necesidades del colectivo además de procurar su sostenibilidad en el tiempo.

El Libro Blanco fue más allá, fundamentó la importancia social de la familia y de la red de cuidados informales, reflexionando cómo debía de ser incluido en el futuro sistema.

En el Libro Blanco reafirmaba la necesidad y la viabilidad del macro del bienestar. La atención a las personas en situación de dependencia completaba al cuarto pilar del Estado de bienestar – los servicios sociales- a través de la ampliación de los derechos sociales de ciudadanía y universalización de los servicios para evitar situaciones de exclusión social de las persona en situación de dependencia y la de sus familias (IMSERSO, 2004).

Sobre la base del Libro Blanco en diciembre de 2005, se suscribió el “Acuerdo sobre la Acción Protectora de la Atención las situaciones de dependencia” en la Mesa de Dialogo Social – Gobierno, sindicatos y organizaciones empresariales- en el que se delinearón las cuestiones básicas de la futura Ley de dependencia. De hecho, apoyaron la necesidad de la creación del Sistema de Nacional de Dependencia que regule la promoción de la autonomía y la atención a las personas en situación de dependencia en España (De Lorenzo García y Martínez Rivero, 2006).

El paso siguiente fue la aprobación el 23 de diciembre de 2005 por el Consejo de Ministros del informe relativo al anteproyecto de la Ley. En su consulta pública en la que participaron desde organizaciones sindicales, sociales del ámbito de la discapacidad y de las personas mayores, el Consejo Económico y Social, el Consejo de Estado a través de informes y desde el mundo académico, el SIPOSO (Seminario de Intervención y Políticas Sociales) y la SEGG (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología) (Marbán Gallego , 2012).

En el mes de diciembre de 2006, se produjo un hito histórico en materia de bienestar social en España. Se publicó la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, calificada como una conquista social. Las situaciones de dependencia dejan de ser un problema abordado en exclusividad por la esfera privada o por la familia, para ser reconocido como un problema social que requiere de unas medidas públicas concretas.

La trascendencia social queda plasmada en el conjunto de su articulado, cuyo objeto se fundamenta en la regulación del derecho subjetivo de ciudadanía de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (art. 1). El ejercicio de este derecho se hace efectivo mediante el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia²⁶ reforzado por la implicación y colaboración de las Administraciones Públicas y la Administración en General del Estado para la garantizar el contenido mínimo del derecho para conjunto de España.

Los principios de universalidad, de igualdad en el acceso al derecho, el carácter público de los servicios y prestaciones, junto a la contribución económica de los usuarios a su financiación, han sido los pilares originarios sobre los que se configuró la protección social a las personas dependientes. A éstos, ya presentes en el texto final de la Ley de dependencia, se añadieron los siguientes que agrupamos (art. 3):

- Desde plano de la atención:
 - La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
 - La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
 - La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.
 - Las personas en situación de gran dependencia, serán atendidas de manera preferente.
 - La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.
- Promoción de la autonomía personal:

²⁶ Se profundizará en el siguiente apartado.

- El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- Fomento del principio de autodeterminación:
 - La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
 - La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.
- Implicación y participación del sector privado:
 - La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
 - La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- Implicación de las administraciones públicas y cooperación multinivel.
 - La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.
 - La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
 - La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.
 - La cooperación interadministrativa.
- La cohesión con los sistemas autonómicos de servicios sociales
 - La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.

El conjunto de principios contenidos en el artículo 3 muestran claramente la implicación y la voluntad política multinivel, la importancia de una respuesta al riesgo de la dependencia como complemento de los servicios sociales y la coordinación con otros sectores sociales – salud y seguridad social-. En esta línea, la Ley presentó un modelo ambicioso basado en la atención y la promoción de la autonomía personal más allá del asistencialismo tradicional.

No obstante, volviendo a la universalidad del derecho subjetivo proclamado por la Ley, todas las personas tenemos reconocido dicho derecho. Sin embargo, el artículo 5 expone los requisitos de los titulares de los derechos y obligaciones recogidos en el artículo 4. Los requisitos se pueden agrupar en cuatro grupos:

1. Requisitos generales para españoles:
 - a. Tener reconocida la situación de dependencia en los términos establecidos por la Ley.
2. Requisitos específicos para extranjeros:
 - a. Además de los requisitos establecidos para los españoles, se les aplicará la Ley Orgánica 4/2000, del 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y otras normativas específicas en función del caso.
3. La posibilidad de cubrir las necesidades de los Españoles no residentes dentro del Territorio Nacional
4. La obligación de amparar a los españoles emigrantes retornados.

Aunque la edad no es un factor determinante para encontrarse en situación de dependencia, entre los requisitos de titularidad del derecho se especifica la cuestión de edad de tal manera “*para los menores de 3 años se estará a lo dispuesto en la disposición adicional decimotercera*” (art. 3.1.b), abordándose de manera especial a los menores.

En resumen, la influencia internacional y comunitaria junto a la propia experiencia acumulada en España, se gesta un proyecto muy ambicioso que ha supuesto un paso, tanto cuantitativo como cualitativo en la construcción de un modelo sólido de atención. Por un lado, por el esfuerzo de converger con los sistemas avanzados de protección social del norte de Europa y por otro lado, por abordar de manera integral e integrada y en condiciones de igualdad, la atención a las personas en situación de dependencia, tradicionalmente responsabilidad y obligación moral de familias y dentro de estas de las mujeres.

4.2.2. Conceptos básicos relacionados con las situaciones de dependencia

Construir un marco definitorio, preciso y consensuado para el conjunto de los países de la Unión Europea relacionado con las situaciones de dependencia, no ha sido una tarea sencilla. La precisión terminológica han sido una dificultad, en el caso de la discapacidad, los términos *deficiencia*, *discapacidad* y *minusvalía*. Han sido socializados como iguales pero hacen referencia a realidades muy distintas, aunque complementarias entre sí.

A finales de los años 90 del siglo pasado, el Consejo de Europa²⁷ aprobó la Recomendación nº (98)9 relativa a la dependencia, justificando la necesidad de la intervención pública para hacer frente al riesgo de la dependencia.

La Recomendación definió la dependencia como el << 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>> (Consejo de Europa,1998:13). Se trata de un concepto muy general, que reconoce la dependencia como un estado que puede ser permanente o no, que puede estar derivada por cuestiones de salud – como un déficit en el funcionamiento corporal por una enfermedad o accidente- . En este sentido, estas situaciones se encuentran presentes a lo largo de la pirámide poblacional, aunque la probabilidad aumenta con la edad.

El concepto casa perfectamente con la perspectiva que sobre discapacidad propone la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001. En ella, se propone un modelo de interacción entre el modelo médico y social, en el que la discapacidad es consecuencia de un déficit corporal que provoca una limitación en una actividad – falta de autonomía- que limita su interacción con su entorno social y requiere de la presencia de un tercero para la realización de las actividades de la vida cotidiana.

España sigue la recomendación realizada por el Consejo de Europa e incluye en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. En su artículo 2.2 el concepto de dependencia como <<el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física,

²⁷ Textos aprobados con anterioridad por Comité de Ministros del Consejo de Europa relacionados directamente con personas dependientes son: Recomendación (87) 22 sobre la detección y atención de las personas mayores, la Recomendación (90) 22 sobre la protección de la salud mental de ciertos grupos vulnerables de la sociedad, la Recomendación (91) 2 sobre la Seguridad Social de los trabajadores sin estatuto profesional - los cuidadores las personas en el hogar con responsabilidades familiares y los voluntarios- y la Recomendación (92) 6 relativa a una política coherente para las personas minusválidas (Consejo de Europa,1998)

mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal>>. En la lectura de la definición propuesta de dependencia aparecen términos claves como **autonomía**, conceptualizada como <<*la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria*>> (art.2.1).

El concepto de dependencia reconocido por la Ley, determina que sólo las principales dificultades se presentan en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En cambio, el Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependientes en España de 2004, matiza que las pérdidas de autonomía y las necesidades de apoyo se encuentran en las Actividades de la Vida Diaria consideradas como <<*aquellas actividades que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social*>> (IMSERSO, 2004, 35). Éstas actividades comprenden a dos grandes grupos, por un lado, las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) entendidas como <<*las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas*>> (art. 2.3). Y por otro lado, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) <<son actividades más complejas que las ABVD y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. >> (IMSERSO, 2004, 35).

Ahora bien, las dificultades en la realización de las actividades diarias están directamente relacionadas con la pérdida de autonomía personal y por tanto, con necesidades diferentes en la intensidad de los apoyos. En ésta línea, se procedió a la sistematización y cálculo de los grados de las situaciones de dependencia²⁸, tomando como referencia el artículo 26 de la Ley de dependencia y en su desarrollo normativo²⁹ se estableció la siguiente clasificación³⁰:

²⁸ Son muchos los autores que han trabajado sobre los métodos de cálculo de las situaciones de dependencia (véase Esparza Catalán, 2010). Tomando como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001).

²⁹ El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En el anexo I se especifican las puntuaciones.

³⁰ Inicialmente los grados de dependencia establecidos se clasifican en dos niveles que se determinan ante un mismo menoscabo en la autonomía personal, la intensidad del cuidado que requiere. Sin embargo, el RD-Ley

- *Dependencia moderada (Grado I)*: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- *Dependencia severa (Grado II)*: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- *Gran dependencia (Grado III)*: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

La Ley reconoce las **necesidades de apoyo para la autonomía personal (art.2.4)** asociadas directamente a las personas con discapacidad intelectual o mental con el fin de procurar una mejora de la autonomía en su interacción en su entorno social.

En el marco del artículo 2 Ley, no sólo contemplan los conceptos que se encuentran directamente relacionados con las situaciones de dependencia, sino también aquellos que tienen que ver con el contexto social donde se enmarcan y se desarrollan, definiendo así a los principales proveedores de atención o cuidados:

- *Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.*
- *Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.*

Así para una mejor comprensión del concepto de cuidados profesionales, la Ley aclara y proporciona dos definiciones más:

20/2012, de 13 de Julio modifica los grados de dependencia y suprime los niveles. Situación generará una adaptación en la baremación.

- *Tercer sector: organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.*
- *Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.*

El esfuerzo en la conceptualización se debe principalmente por las acciones previstas en la Ley, no solo se dirigen a mejorar la situación de las personas dependientes sino también la de sus familias y/o cuidadores.

4.2.3. Configuración del sistema de autonomía y atención a las personas dependientes

El milenio arrancó en España con los primeros debates sobre cómo responder a la atención a las personas en situación de dependencia como demanda social creciente. En el Libro Blanco, así como en acuerdos posteriores en el que se incluye el anteproyecto de Ley en mayo de 2006, se consideraban la necesidad de crear un Sistema Nacional de Dependencia como instrumento para responder a las necesidades de atención de estas personas y las de sus familias. Tal fue la necesidad manifiesta, que en la redacción final del texto legislativo, cambió ligeramente su nombre y pasó a denominarse Sistema de Autonomía y Atención a las Personas Dependientes.

La Ley de dependencia reserva el título I para describir el contenido esencial del Sistema de Autonomía y Atención a las Personas Dependientes, el cual ha sido fruto de modificaciones posteriores y propuestas de mejora continua adaptadas a la realidad social del momento. La más sustancial es la producida por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

La finalidad del SAAD radica en servir de estructura sólida para garantizar un conjunto de prestaciones y servicios para el ejercicio efectivo del derecho subjetivo, en los términos establecidos por la Ley, respondiendo de manera integral y de calidad a las necesidades de las

personas en situación de dependencia para mejorar su calidad de vida. En otras palabras, <<el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantiza las condiciones básicas y el contenido común a que se refiere la presente Ley; sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia; optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos>> (art.6.1). Sus características básicas son sintetizadas por el art. 6.2 de la Ley << el Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados>> añadiendo, los principios de colaboración y participación de las Administraciones públicas.

La sostenibilidad del SAAD requiere de unos niveles de protección –financiación pública– establecidos por el artículo 7 de la Ley, junto las modificaciones introducidas Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio. Los niveles de protección establecidos son 3:

- Nivel mínimo garantizado: la Administración General del Estado (art. 32.2, Ley de dependencia) asumirá íntegramente el coste. Este estará determinado por el grado de su dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia. La asignación del nivel mínimo a las comunidades autónomas se realizará considerando el número de beneficiarios, el grado de dependencia y la prestación reconocida (modificación art. 22.3, Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio). En este sentido, se introduce la ponderación positiva de la prestación de servicios frente a las económicas, debido a la predilección de estas.
- El nivel acordado: se trataba de una cantidad que venía a complementar el nivel mínimo. La Administración General del Estado y la Administración de cada una de las Comunidades Autónomas podían optar a estas cantidades a través de la firma de convenio colaboración³¹, siguiendo los criterios establecidos en el artículo 32.3 de la Ley de dependencia. Sin embargo, este nivel de intervención se encuentra

³¹ Dichos Convenios, que podrán ser anuales o plurianuales, recogerán criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y otros factores, y podrán ser revisados por las partes (art. 32.3, Ley de dependencia).

suspendido³² desde el año 2012 como consecuencia de la situación de crisis económica en España.

- El nivel adicional o no obligatorio: pertenece en exclusividad a las Comunidades Autónomas, estableciendo sus propios criterios de financiación, normas de acceso, participación de las entidades locales... Este nivel de protección será financiado con cargo exclusivo a sus presupuestos.

En esta línea de financiación, se encuentra la figura del copago o en otras palabras, la contribución económica de los usuarios que reciben un servicio público. La Ley de dependencia considera que la figura del copago ha de estar presente tanto en las prestaciones de servicios como en las económicas (art. 33.1, Ley de dependencia). La capacidad económica se determina a partir de la renta y el patrimonio del beneficiario –teniendo en cuenta en el artículo 14.7 de la Ley de dependencia y la Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad³³-. A grandes rasgos, la capacidad económica del beneficiario se tendrá en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas, vendrá referenciada a la cuantía mensual del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiple (IPREM). Ahora bien, ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

³² La disposición Cuadragésima de la Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, suspende la aplicación de este nivel de intervención. Esta medida se mantiene todavía en los presupuestos establecidos para el año 2015.

³³ Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Acuerdo tercero, aprobación de los criterios y contenidos sobre capacidad económica y participación del beneficiario en el coste de las prestaciones para la Autonomía y Atención a la dependencia. Artículo 6. Criterios de participación económica del beneficiario en el coste de las prestaciones del SAAD: 6.1 Nadie quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos. 6.2 La capacidad económica mínima de la persona beneficiaria vendrá referenciada a la cuantía mensual del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiple (IPREM). 6.3 La participación de la persona beneficiaria en el coste del servicio se hará de forma progresiva, mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica hasta alcanzar el 90% del coste de referencia del servicio y se tendrá en cuenta la naturaleza de la prestación de dependencia reconocida, según se trate de un servicio o de una prestación económica. 6.4 Si la persona beneficiaria de alguno de los servicios fuera titular de alguna prestación de análoga naturaleza y finalidad de las citadas en el artículo 31 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, dicha prestación se sumará a la cuantía calculada con arreglo a los criterios de participación del servicio hasta el 100% del coste de referencia del mismo. 6.5 Las comunidades autónomas o Administración competente, podrán establecer una mayor participación del beneficiario en el coste de los servicios y de las prestaciones económicas. 6.6 La capacidad económica de la persona beneficiaria, será determinada siempre en cómputo anual, sin perjuicio de que, para el cálculo de su participación en el coste de los servicios y prestaciones, se compute en términos mensuales calculada como la doceava parte de su capacidad económica anual.

La complejidad que supone la colaboración y cooperación entre administraciones u organismos implicados en el macroproyecto del bienestar, hizo que el legislador previera en la Ley diferentes instrumentos para facilitar la participación institucional. Siendo el caso del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía Personal definido en el artículo 8 de la Ley de dependencia como instrumento de cooperación para la articulación de los servicios sociales y la promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia.

El Consejo se encuentra adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, teniendo la siguiente composición³⁴:

- El titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Presidente), el titular de la Dirección General del IMSERSO (Secretario),
- Los Consejeros de la Comunidades Autónomas: a ellos se les asigna la vicepresidencia de forma rotatoria en función de la fecha de aprobación de sus Estatutos de Autonomía, y la titular de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (Vicepresidencia Segunda)
- Los vocales: adicionalmente, cuando la materia de los asuntos a tratar así lo requiera, podrán incorporarse al Consejo otros representantes de la Administración General del Estado o de las Comunidades Autónomas, como asesores especialistas, con voz pero sin voto. Como es el caso de la Federación Española de Municipios y Provincias.

Las competencias asignadas al Consejo se encuentran en el artículo 8.2 de la Ley dependencia:

- a) Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10. [*Se encuentra suspendido desde 2012*]
- b) Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previstos de acuerdo con los artículos 10.3 y 15. [*art.10 al completo suspendido desde 2012, el artículo 15 se mantiene*]
- c) Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas previstas en el artículo 20 y en la disposición adicional primera.

³⁴ Acuerdo de 22 de enero de 2007 por el que se constituye el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y aprobación de su Reglamento.

- d) Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios.
- e) Acordar el baremo a que se refiere el artículo 27, con los criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración.
- f) Acordar, en su caso, planes, proyectos y programas conjuntos.
- g) Adoptar criterios comunes de actuación y de evaluación del Sistema.
- h) Facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes.
- i) Establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia.
- j) Informar de la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia y en especial las normas previstas en el artículo 9.1.
- k) Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas.

Asimismo, entre las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, se introduce una nueva competencia al Consejo, que se traduce en un tercer apartado al artículo 8 de la Ley de dependencia << [...] conseguir la máxima coherencia en la determinación y aplicación de las diversas políticas sociales ejercidas por la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante el intercambio de puntos de vista y el examen en común de los problemas que puedan plantearse y de las acciones proyectadas para afrontarlos y resolverlos>> (art. 22.2, Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio).³⁵

4.2.4. Procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación dependencia

Para hacer efectivo el derecho subjetivo de atención a la dependencia es requisito imprescindible acreditar encontrarse en situación de dependencia. Por este motivo, se describe en la Ley en su capítulo IV Reconocimiento del derecho y su posterior desarrollo normativo, el procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia que se resume a continuación (Cuadro 4.1):

1º paso: El procedimiento se inicia a instancia del solicitante o su representante, no se puede realizar de oficio, independientemente que la Comunidad Autónoma tenga constancia de la

³⁵ Se trata de una modificación del artículo 8 de la Ley de dependencia. Con el fin de simplificar las relaciones de coordinación se refunden la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia denominarse Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

situación en la que se encuentra la persona. Por tanto en este paso, carece de plazos (art. 28.1, Ley de dependencia).

2º paso: El solicitante o su representante se han de dirigir al órgano gestor en la Comunidad Autónoma en la que resida (dirección territorial del IMSERSO, en caso de Ceuta o Melilla). Este le remitirá un modelo oficial de solicitud, cada CCAA o administración tiene y precisa su propia documentación. Sin embargo, desde el Consejo Territorial se recomendó para agilizar el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia una información básica común, la cual fue recogida en el artículo 3 del RD 1051/2013, de 27 de diciembre. Entonces, además de la solicitud, se incluyen la documentación requerida por el artículo 3 del Real Decreto.

3º paso: Cumplimentada la solicitud, completada o subsanada la solicitud (10 días) se remite la documentación al registro del Sistema de Información para la Autonomía y Atención a la Dependencia. La recepción de la solicitud indica el plazo máximo de resolución y los efectos del silencio administrativo.

4º paso: La administración comunicará al solicitante la fecha en la que la que el órgano de valoración se dirigirá al domicilio para proceder a la valoración y determinación del grado de dependencia, si así la hubiese, siguiendo lo establecido por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia³⁶.

El baremo de valoración es un protocolo de actuación y aplicación de técnicas para determinar objetivamente la situación de dependencia en la que se encuentra la persona solicitante. En otras palabras, se valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización (Resolución de 23 de mayo de 2007, IMSERSO)³⁷.

Como paso previo, el técnico de valoración estudia el caso a través de la información aportada por el solicitante con los informes de salud, si está recibiendo cuidado en el entorno familiar y

³⁶ Con anterioridad el baremo de la situación de dependencia se regía por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Disposición derogada.

³⁷ RESOLUCIÓN de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia.

desde cuándo, si es atendido/a por los servicios sociales...etc. (paso 1). Estos documentos aportan información sobre su estado de salud y su situación social.

En la entrevista domiciliaria³⁸, el técnico/a, realiza una batería de preguntas relacionadas con las actividades de la vida diaria – anexo 1 del Real Decreto 174/2011- . Además de observar las condiciones en la que se encuentra el domicilio del solicitante, en clave de mantenimiento - condiciones higiénicas y de salubridad- y accesibilidad en la vivienda. En este sentido, en la entrevista domiciliaria se comprueba cual es la situación real en la que se encuentra el solicitante. Toda la información es ponderada en los términos establecidos en el Real Decreto³⁹ y el resultado de la suma de todos los ítems determina el grado de dependencia de la persona en el caso de que sí la hubiese, como se indica a continuación:

- a) Sin Grado: por debajo de 25 puntos.
- b) Grado I. Dependencia moderada: de 25 a 49 puntos.
- c) Grado II. Dependencia severa: de 50 a 74 puntos.
- d) Grado III. Gran dependencia: de 75 a 100 puntos.

5º paso: Con la valoración se inicia el procedimiento de reconocimiento del derecho. << *El órgano de valoración competente emitirá dictamen propuesta que deberá contener necesariamente el diagnóstico, situación, grado y nivel de dependencia así como los cuidados que la persona pueda requerir. Establecerá cuando proceda, en función de las circunstancias concurrentes, el plazo máximo en que deba efectuarse la primera revisión del grado y nivel que se declare*>> (Resolución de 23 de mayo de 2007, IMSERSO). Este dictamen-propuesta o primera resolución es emitido por el organismo correspondiente al interesado, aunque no tiene carácter vinculante. Pero según los artículos 27.1 y 28.2 de la Ley de dependencia, en materia de valoración no pueden existir diferencia entre CCAA, tendiendo validez en todo el territorio nacional en caso de traslado del solicitante.

Dentro del procedimiento de reconocimiento, los servicios sociales son los encargados de realizar el informe social en el que se detalla la situación social, familia y del entorno, además de concretar las prestaciones de servicios y prestaciones económicas, adaptadas a las necesidades

³⁸ Además de la información contenida en el Real Decreto. El IMSERSO ha realizado diferentes Guías de orientación profesional para la valoración de la situación de dependencia que sirven de apoyo al profesional. Además de diferentes acciones formativas destinadas para tal fin. Más información: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/doc_int/gui_orient/gv/index.htm

³⁹ El baremo que se aplica estará determinado por la edad del solicitante. A los menores de 3 años se aplica Escala de Valoración Específica de dependencia para personas menores de tres años (EVE).

del beneficiario, a través del Programa Individual de Atención -en adelante, PIA- (art. 29.1, Ley de dependencia). Ahora bien, tal y como expresa la Ley, se requiere una consulta con beneficiario o el representante legal del mismo.

6º paso y último paso: Consultada y aceptada la propuesta del PIA, ésta será remitida a la Administración Autonómica, Diputaciones Forales o las Direcciones Territoriales del IMSERSO en Ceuta o Melilla, que serán las encargadas de expedir una Resolución administrativa por las que reconozcan la situación de dependencia y la titularidad el derecho a acceder a las prestaciones del SAAD.

La resolución comunica a la persona beneficiaria que se convierte en perceptora de las prestaciones recogidas en el PIA. Sin embargo, el PIA sólo tiene validez⁴⁰ en la Comunidad Autónoma en la que fue aprobado, siendo necesaria su revisión en caso de traslado.

Una vez reconocido el derecho su efectividad dependerá de los siguientes plazos temporales:

- Los derechos que se derivan de la situación de dependencia se harán efectivos conforme al calendario de aplicación de la Ley dependencia.

- El plazo para resolver las solicitudes sobre el reconocimiento de la situación de dependencia y la prestación correspondiente será de seis meses a contar desde la fecha de la solicitud. Ahora bien, se genera el derecho a partir de la resolución donde especifica la prestación recibida. En caso de no recibir notificación expresa de la resolución la efectividad del derecho se genera desde el día siguiente al del cumplimiento del plazo máximo de seis meses (Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público)⁴¹.

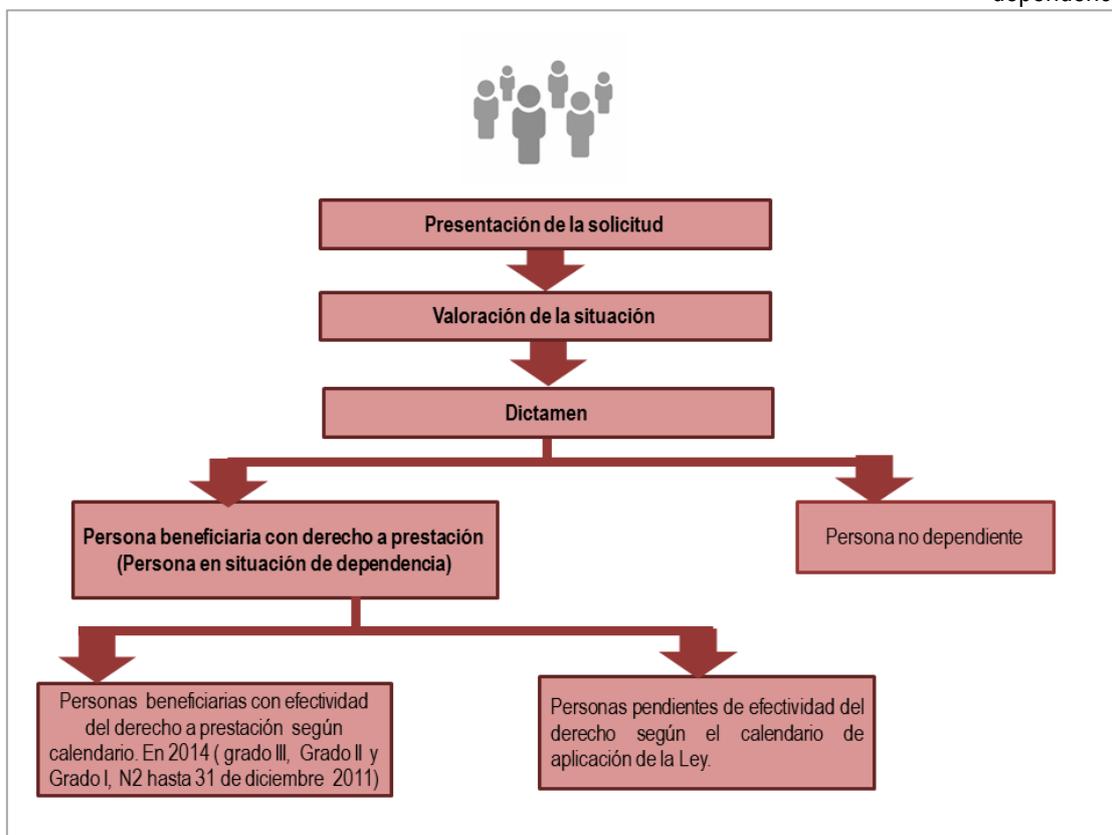
⁴⁰ El artículo 11.2 de la Ley de dependencia << En todo caso, las Comunidades Autónomas, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 podrán definir, con cargo a sus presupuestos, niveles de protección adicionales al fijado por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9 y al acordado, en su caso, conforme al artículo 10, para los cuales podrán adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas>>. El Legislador prevé las desigualdades que puedan existir entre comunidades autónomas, de ahí, que el PIA sea revisado.

⁴¹ Esta medida se pone en marcha desde el 1 de junio de 2010, hasta entonces la Ley de dependencia establecía el derecho de acceso a los servicios y prestaciones se generaría desde el momento de su solicitud (Disposición final 1ª apartado 2, Ley de dependencia).

- El plazo máximo para resolver será de 30 días naturales desde que la solicitud entra en registro, cuando se trate de un hijo con discapacidad o menor y sea necesario acreditarlo a efectos de subsidios o permisos de maternidad/paternidad.
- Cuando se trate de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art.18, Ley de dependencia) que quedarán sujetas a un plazo suspensivo máximo de dos años a contar, según proceda, desde las fechas indicadas anteriormente, plazo que se interrumpirá en el momento en que el interesado empiece a percibir dicha prestación (Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio).

La Ley de dependencia prevé los mecanismos de revisión del grado de dependencia y/o del PIA, cuando concurren alguna de estas causas:<< a) A instancia del interesado y de sus representantes legales. b) De oficio, en la forma que determine y con la periodicidad que prevea la normativa de las Comunidades Autónomas. c) Con motivo del cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma>> (art. 29.2, Ley de dependencia).

Cuadro 4.2 Cuadro-Resumen del procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia.



Fuente Elaboración propia a partir del capítulo IV de la Ley de dependencia y su desarrollo normativo posterior

4.3 Calendario de implantación y cambios normativos

A partir de las proyecciones y estimaciones realizadas por el Libro Blanco sobre el número de personas potencialmente dependientes, se diseñó un calendario de aplicación progresiva de la Ley, y efectividad gradual del derecho a las prestaciones incluidas en el sistema (Disposición final primera de la Ley de dependencia).

El calendario preveía el comienzo por aquellas personas con un Grado III -Gran dependencia- (2007) hasta llegar a los de Grado I -Dependencia moderada - (2015). Sin embargo, en 2007 se identificaban la existencia de 1.173.764 (Sancho Castiello, 2007) y en 2012, las personas dependientes reconocidas -vía dictamen- eran 1.536.180 (IMSERSO, 2012). Superando las previsiones iniciales.

Sin embargo, el volumen real de población en situación de dependencia, junto a los momentos más críticos de la crisis económica en España, llevo consigo dos modificaciones en el calendario de implantación de la Ley de dependencia. El primero, con el Real Decreto-ley 20/2011 del 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público y el segundo Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Estas modificaciones se encuentran recogidas en el siguiente Cuadro 4.3:

Cuadro 4.3 Calendario y las modificaciones en implantación de la Ley de dependencia

Año de aplicación	Calendario inicial	Modificaciones (Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre)		Modificaciones (Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio) *	
2007 (1º)	Grado III. Nivel 2 y 1	Grado III. Nivel 2 y 1		Grado III. Nivel 2 y 1	
2008 (2º)	Grado II. Nivel 2	Grado II. Nivel 2		Grado II. Nivel 2	
2009 (3º)	Grado II. Nivel 2 y 1	Grado II. Nivel 2 y 1		Grado II. Nivel 2 y 1	
2010 (4º)	Grado I. Nivel 2	Grado II. Nivel 1		Grado II. Nivel 2	
2011 (5º)	Grado I. Nivel 1	Grado I. Nivel 2	*El quinto año, que finaliza <u>31/12/2011</u> , a quienes sean valorados en el Grado I. N 2	Grado I. Nivel 2	El quinto año, que finaliza es <u>31/12/2011</u> a quienes sean valorados en el Grado I. N2 y se les haya reconocido la concreta prestación.
2012					
2013		Grado I. Nivel 2	*A partir del 1/01/2013 al resto de quienes sean valorados en el Grado I. N2		
2014		Grado I. Nivel 1	*Quienes sean valorados con este grado y nivel a partir de 1/01/2014.		
2015				Grado I. Nivel 2 y 1	*A partir del 1/07/2015 al resto de quienes fueron valorados en el Grado I N2. * A partir del 1/07/2015 a quienes hayan sido valorados en el Grado I, nivel 1, o sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada

Nota: El color rosa significa los años en los que se ha encontrado suspendida la incorporación de nuevos dependientes al sistema SAAD.

Fuente Elaboración propia a partir de la Ley de dependencia, el RDL 20/2011, de 30 de diciembre y RDL20/2012, 13 de julio.

Ambas modificaciones tienen en común el retraso en la incorporación al sistema de las personas valoradas con Grado I Dependencia moderada – iniciándose el 1 de julio de 2015 - retrasándose la efectividad el derecho y su cobertura total hasta el año 2017 (Barriga Martín 2014).

4.3.1. Cartera de prestaciones de servicios y prestaciones económicas del SAAD

Los principios inspiradores de la Ley de dependencia se centran fundamentalmente en la universalidad, la valoración de las necesidades de la persona, la personalización de la atención, el mantenimiento de la persona en su entorno social habitual, siempre que su situación lo permita y la participación activa de las personas en situación de dependencia – principio de autodeterminación -, así como la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas dependientes.

La aplicación práctica de estos principios se materializó en el conjunto de prestaciones previstas en el capítulo II de la Ley, agrupándose en dos grandes grupos: prestaciones de servicios y prestaciones económicas (Cuadro 4.4)

Cuadro 4.4 Estructura originaria de catálogo de las prestaciones del SAAD

Prestaciones del SAAD	
<i>Prestaciones de servicios</i>	<i>Prestaciones económicas</i>
Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal*	Prestación económica vinculada al servicio.
Servicio de Teleasistencia.	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
Servicio de Ayuda a Domicilio.	Prestación económica de asistencia personal.
Servicio de Centro de Día y de Noche.	
Servicio de Atención residencial.	

*Nota: el RD 1051/2013, de 27 de diciembre las divide dos prestaciones diferentes, prevención por un lado y promoción por otro.

Fuente. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

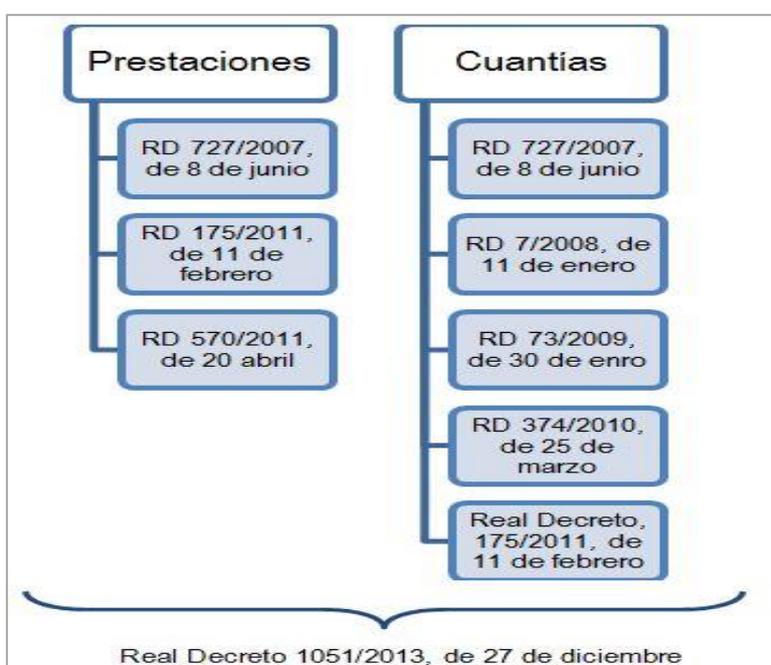
La situación económica y social en la que se encontraba inmersa España desde el año 2007 y que continúa a día de hoy, ha supuesto la incorporación de modificaciones y reformas entorno a la Ley de dependencia.

En 2012, tras diferentes sesiones llevadas a cabo – 12 de abril y 10 de julio- entre el Gobierno y las Comunidades Autónomas en el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y

Atención a la Dependencia, se aprobó la evaluación de resultados previstos en la Ley y la necesidad de incorporar determinadas acciones de mejora para asegurar la sostenibilidad presente y futura del Sistema. Así el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, incorporó en gran medida todas las acciones previstas, suponiendo la mayor modificación a la Ley dependencia desde su publicación.

El desarrollo normativo de estas reformas fueron plasmadas en el Real Decreto 1051/2013, del 27 de diciembre⁴², cuyo objetivo radicaba en ordenar, simplificar y actualizar las normativa en un único texto (Cuadro 4.5)

Cuadro 4.5 Simplificación Normativa de las prestaciones y servicios del SAAD.



Fuente. Elaboración propia

En esta línea, el Real Decreto 1051/2013, de 27 diciembre, incorpora cambios en el catálogo de las prestaciones económicas y de servicios del SAAD respecto a la clasificación anterior, Real Decreto 727/2007, 8 de julio, disposición derogada, recogidos en los siguientes puntos (Tabla 4.1):

⁴² Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- La anterior clasificación no tiene en cuenta a los dependiente con un Grado I Dependencia Moderada.
- Eliminación de los niveles de dependencia de la clasificación, solo se agrupan por grados de severidad de la situación.
- La prestación de servicios: prestación de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía hasta entonces una, el RD 1051/2013, de 27 de diciembre, la trasforma en dos, por un lado, prestación de prevención de la dependencia y por otro, prestación de promoción de la autonomía personal, disponible para todos los grados de dependencia.
- La prestación económica de asistencia personal no estaba disponible para los dependientes con un grado de dependencia severa y en ninguno de sus niveles.
- La nueva clasificación establece que la prestación económica vinculada, se encuentra en consonancia con los servicios, es decir, régimen de incompatibilidades, en cambio, la anterior en función de los términos establecidos por la Ley.

Tabla 4.1 Comparación entre las clasificaciones de las prestaciones del SAAD al amparo del artículo 28.3 de la Ley de dependencia.

Clasificación: artículo 2. Real Decreto 727/2007, de 8 de junio [Disposición Derogada]				Clasificación Vigente: artículo 2 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre			
Grado III. Gran Dependencia		Grado II. Dependencia Severa		Grado III. Gran dependencia. Grado II. Dependencia Severa.		Grado I. Dependencia Moderada	
Nivel II y I		Nivel II y I					
P. servicios	P. económicas	P. servicios	P. económicas	P. servicios	P. económicas	P. servicios	P. económicas
Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía.	Asistencia personal.	Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía.		Prevención de la dependencia	Asistencia personal.	Prevención de la dependencia	Asistencia personal.
Teleasistencia	Cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores.	Teleasistencia	Cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores.	Promoción de la autonomía.	Cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores.	Promoción de la autonomía.	Cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores.
Ayuda a domicilio	Prestación económica vinculada, en los supuestos previstos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.	Ayuda a domicilio	Prestación económica vinculada, en los supuestos previstos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre	Teleasistencia	Prestación económica vinculada, en consonancia con los servicios.	Teleasistencia	Prestación económica vinculada, en consonancia con los servicios.
Centro de Día y Noche		Centro de Día y Noche		Ayuda a domicilio		Ayuda a domicilio	
Atención residencial.		Atención residencial.		Centro de Día y Noche		Centro de Día y Noche	
				Atención residencial.			

Nota: el color azul representa los principales cambios entre ambas clasificaciones de prestaciones del SAAD.

Fuente. Elaboración propia a partir del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Y Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

4.3.1.1. Prestaciones de servicios del SAAD:

La configuración de un sistema basado en servicios se presentaba como una prioridad para promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia, en concreto, el artículo 15 de la Ley de dependencia. La lógica del sistema estaba clara, las personas dependientes requieren atenciones proporcionadas por una tercera persona o bien ayudas técnicas para la realización de las actividades de la vida diaria.

El SAAD se integra en la red pública de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma, formada por los centros públicos de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia y los centros privados concertados debidamente acreditados por la Comunidad Autónoma. Además, la Ley reconoce que la diversidad de situaciones en la que se encuentran los dependientes, se requiere de la implicación del Sistema Nacional de Salud, en este sentido, aquellas personas que estén recibiendo atención sociosanitaria en los términos establecidos en el artículo 14 de Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, será compatible con las prestaciones de servicios del SAAD.

Prestaciones de prevención de las situaciones de dependencia

La prevención de las situaciones de dependencia se encuentra entre los principales objetivos de la Ley de dependencia. Las actuaciones relacionadas con la prevención están orientadas hacia la reducción de la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas. El trabajo coordinado entre los sistemas de servicios sociales y el sistema de salud en el diseño de las estrategias centradas en los factores de riesgo que aumenta la probabilidad de aparición o agravamiento de las situaciones de dependencia, entre los ejemplos más destacables, se encuentran las actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidas a las personas mayores, personas con discapacidad y a quienes se encuentren en procesos de hospitalización complejos. Para ello, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará los criterios, las recomendaciones y las condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas para su población más vulnerable que requiera de una actuación preferente (art. 21, Ley de dependencia). La prevención de las situaciones de dependencia ha de tener un carácter transversal, aunque no siempre es así. La prioridad en

actuaciones están centradas en las personas con un grado de dependencia moderada y así se evita su agravamiento o la aparición de nuevas situaciones de dependencia. Esto no quiere decir que en un grado de severidad mayor las acciones preventivas no sirvan, de hecho para determinados grados de severidad, estas actuaciones se incluyen dentro de los planes de intervención, los servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de los centros de día y de atención residencial (art. 5.1, Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre) siempre que así lo establezca el Programa Individualizado de Atención.

La intensidad con la que se prestará la prevención de las situaciones de dependencia será a partir de los Planes de Prevención elaborados por las Comunidades Autónomas o administración con competencia en ese territorio. En los Planes serán incluidos los programas de Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centros de Día y Atención Residencial. La población diana son aquellos valorados con un grado moderado de dependencia (Grado I) para evitar el agravamiento. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención expone los contenidos mínimos que deben de estar presentes en los Planes de prevención⁴³.

Prestaciones de promoción de la autonomía personal

El catálogo de servicios reconocidos en la Ley de dependencia, une los servicios de prevención con los destinados a la promoción de la autonomía personal, pero no son descritos en el texto, en cambio en sí en el desarrollo normativo. Los servicios de promoción de la autonomía personal se orientan hacia el desarrollo y mantenimiento de la capacidad personal para controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (art.6.1, Real Decreto 1051/2013 de 27 de diciembre).

En el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, el artículo 6.2 reitera⁴⁴ como servicios de promoción para la autonomía personal los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional, así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad (Tabla 4.2).

⁴³ Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales.

⁴⁴ Se utiliza el verbo reiterar porque este Real Decreto unifica la normativa anterior siendo derogada.

Tabla 4.2 Cuadro-Resumen del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal.

Descripción de los servicios de promoción de la autonomía personal
<p>Servicio de habilitación y terapia ocupacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto: Conjunto de intervenciones dirigidas, en función de las necesidades de cada persona, para mantener o mejorar habilidades ya adquiridas, así como, aquellas de carácter preventivo. La finalidad es conseguir una mayor de autonomía personal posible, adaptación a su entorno, mejora en la calidad de vida e inclusión en la vida comunitaria. • Áreas de actuación: Psicomotora, autonomía personal, así como en las áreas de comunicación, lenguaje, cognitivo-conductual y social.
<p>Servicio de atención temprana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto: Conjunto de actuaciones preventivas, de diagnóstico y de intervención que de forma coordinada se dirigen a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y a su entorno. Las actuaciones deben considerar la globalidad del niño/a. La finalidad es dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes. • Áreas de actuación: los equipos multiprofesionales programan y ejecutan las intervenciones en las áreas de actuación. <ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo psicomotor. ○ Desarrollo cognitivo. ○ Desarrollo del lenguaje y la comunicación. ○ Desarrollo de la autonomía. ○ Desarrollo del área social y afectiva. ○ Apoyo, información, habilitación y formación de la familia.
<p>Servicio de estimulación cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto Tratamiento terapéutico que tiene por finalidad mantener, mejorar el funcionamiento de alguna o algunas de las capacidades cognitivas superiores, de las capacidades funcionales, la conducta y/o la afectividad. • Áreas de actuación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estimulación la capacidad cognitiva: estimulación de la memoria, concentración y reducción de la fatiga, atención, razonamiento, abstracción, orientación, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, lectoescritura, intervenciones sobre las afasias (actuaciones individuales o en grupo). ○ Información, asesoramiento y apoyo a las personas cuidadoras
<p>Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto: Conjunto de intervenciones orientadas a mantener y/o mejorar la capacidad para realizar las AVD, evitar la aparición de limitaciones en la actividad, deficiencias o déficits secundarios y potenciar el desarrollo personal y la inclusión social. Todo ello con el fin de alcanzar el mayor nivel de autonomía personal y calidad de vida. • Actuaciones: tienen un carácter general enfocadas al mantenimiento de las personas en su entorno físico y relacional.
<p>Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto: Conjunto de actuaciones encaminadas a prestar apoyos, transitorios o permanentes, a personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, a fin de mejorar sus posibilidades de mantenerse en el entorno familiar y social en las condiciones más normalizadas e independientes que sea posible. • Actuaciones: se realizarán individuales o en grupo, <ul style="list-style-type: none"> ○ Entrenar en habilidades personales y sociales. ○ Crear estrategias psicoeducativas. ○ Desarrollar redes sociales y de apoyo en las que participe la familia. ○ Apoyar la inserción laboral.
<p>Servicio de apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas)</p>

Fuente Acuerdo 1. Resolución de 3 de agosto de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en Grado I. Elaboración propia.

La intensidad en la prestación de este servicio en los términos establecidos en el RD 1051/2013 de 27 de diciembre, estará condicionada por: las necesidades en la mejora de la autonomía personal, los recursos e infraestructuras disponibles y la normativa correspondiente por la comunidad autónoma, o administración competente.

En la siguiente Tabla 4.3 se recogen los intervalos de intensidad de la prestación y cuidado para el servicio de promoción de la autonomía personal que se encuentran recogidos en el Real Decreto 291/2015, de 17 de abril que modifica el artículo. 6 y el anexo I del RD 1051/2013 de 27 de diciembre.

Tabla 4.3 Esquema de la intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal.

Servicios de promoción de la autonomía personal.	
<ul style="list-style-type: none"> - Habilitación y terapia ocupacional. - Estimulación cognitiva. - Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. - Apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos de soporte a la inclusión comunitaria. 	
Grado de dependencia	Intensidad de la atención
Grado I. Dependencia moderada	Mínimo 12 horas/mes o sesiones equivalentes
Grado II. Dependencia severa	
Grado II. Gran Dependencia	Mínimo 8 horas/mes o sesiones equivalentes
Servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional	
Grado de dependencia	Intensidad de la atención
Grado I. Dependencia moderada	Mínimo 15 horas/mes o sesiones equivalentes
Grado II. Dependencia severa	Mínimo 12 horas/mes o sesiones equivalentes
Grado III. Gran dependencia	Mínimo 8 horas/mes o sesiones equivalentes.
Atención temprana. Menores de 3 años	
Grado de dependencia	Intensidad de la atención
Grado I. Dependencia moderada	Mínimo 6 horas/mes o sesiones equivalentes.
Grado II. Dependencia severa	
Grado III. Gran dependencia	

Fuente. Elaboración propia a partir del Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

En esta Tabla 4.4 se suprimen los niveles que subdividían a los grados de dependencia, otra medida de unificación e incluida en el Real Decreto 1051/2013.

La unificación normativa hace que el Real Decreto contemple que las administraciones competentes podrán llevar a cabo las medidas de adaptación a la intensidad del servicio para aquellas personas que fueron valoradas antes del 15 de julio de 2012, con grado I a los criterios anteriormente expuestos, mientras tanto serán de aplicación las siguientes:

Tabla 4.4 Intensidad del servicio para aquellos valorados con un grado de dependencia moderada (Grado I).

Servicio de promoción de la autonomía personal. (servicios Generales)		
Grado de dependencia	Nivel de Gravedad	Intensidad de la atención
Grado I. Dependencia moderada	Nivel II	Entre 20 y 30 horas/mes
	Nivel I	Entre 12 y 19 horas/mes
Atención temprana. Menores de 3 años		
Grado de dependencia	Nivel de Gravedad	Intensidad de la atención
Grado I. Dependencia moderada	Nivel II y I	Mínimo 6 horas/mes
Servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional		
Grado de dependencia	Nivel de Gravedad	Intensidad de la atención
Grado I. Dependencia moderada	Nivel II y I	Mínimo 15 horas/mes

Fuente Elaboración propia a partir del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre.

En ambos casos el Programa Individualizado de Atención (PIA) determinará tanto la intensidad como las actividades de la vida diaria en las que la persona requiere apoyo, independientemente de lo establecido por la Comunidad Autónoma. Sin embargo, éstas pueden emprender acciones complementarias al PIA como son asesoramiento, acompañamiento activo, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria (art. 6.4)

Servicio de Teleasistencia

El servicio de teleasistencia es un elemento facilitador que a través de tecnologías de la comunicación, que permiten una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad o aislamiento (art. 22 de la Ley de dependencia). Se trata de un servicio que proporciona seguridad y atención, además de la promoción y mantenimiento de la persona en su entorno social habitual, previniendo las situaciones de desarraigo o ingresos en centros residenciales no necesarios.

El servicio de teleasistencia es un servicio complementario para todos los grados de dependencia, servicios – excepto la atención residencia- y prestaciones económicas contenidas en el PIA. Las condiciones en las que se presta este servicio están establecidas por las Comunidades Autónomas o administraciones públicas competentes.

La persona beneficiaria de este servicio dispone de un dispositivo conectado a la línea de teléfono, formado a su vez por uno fijo con altavoz y micrófono que se suele colocar junto al teléfono de la persona y el otro inalámbrico se pone a modo de colgante para que pueda llevarlo cuando se encuentra fuera de su casa. Cuando la persona pulsa cualquiera de los terminales se

desencadena inmediatamente una señal de alarma identificable en una central de atención, y se pone en marcha un protocolo de actuación adecuado a la situación de necesidad (Valero, Sánchez y Bermejo, 2007).

.La intensidad de este servicio se encuentra disponible las 24 horas los 365 días a través del dispositivo conectado a la red telefónica. Cuando se trate de Teleasistencia Avanzada- detector de humos, agua, caídas, actividad o inactividad- y la necesidad de apoyo complementarios, su contenido será determinado por la Comisión Delegada del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art.7.3, Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre).

Servicio de Ayuda a Domicilio

El servicio de ayuda a domicilio es una prestación que se desarrolla en el domicilio de los dependientes para atender sus necesidades de la vida diaria, por un lado, las de carácter doméstico o apoyo domiciliario como son la limpieza del hogar, lavado, cocina... y por otro, las relacionadas con la actividades básicas de la vida diaria como atención personal, higiene, movilizaciones... además de tareas de carácter transversal como las orientadas a la educación, al apoyo social -aquellas destinadas al acompañamiento, a la potenciación o al mantenimiento de las relaciones sociales con su entorno con el fin de evitar el desarraigo y el aislamiento- (art. 23, Ley de dependencia).

El Programa Individualizado de Atención es el que determina las horas e intensidad de prestación del servicio, condicionado a las necesidades de la persona y su grado de dependencia.

La determinación de la intensidad del servicio de ayuda a domicilio estará de acuerdo a lo previsto en el Programa Individualizado de Atención, se tendrá que diferenciar varios aspectos respecto a las horas de intervención:

- Las horas relativas a las necesidades domesticas o del hogar
- Las horas relativas a la atención personal para las actividades de la vida diaria (ABVD + AIVD).

Además de estas consideraciones el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, establece unos intervalos relativos a las horas mensuales de atención, atendiendo al grado de dependencia (Tabla 4.5).

Tabla 4.5 Intensidad de la atención de los servicios de ayuda a domicilio por grados de dependencia.

Servicio de ayuda a domicilio según grado de dependencia.	
Grado de dependencia	Intensidad de la atención
Grado III. Gran Dependencia	Entre 46 y 70 horas/mes.
Grado II. Dependencia Severa	Entre 21 y 45 horas/mes.
Grado I. Dependencia Moderada	Máximo 20 horas/mes

Fuente. Elaboración propia a partir del anexo II del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre,

De igual manera que ocurre con el servicio de promoción de la autonomía personal, el Real Decreto establece unos intervalos de atención para el servicio de ayuda a domicilio para las personas que fueron valoradas con anterioridad al 15 de julio de 2012 para que puedan adaptarse a la nueva intensidad de los servicios.

Tabla 4.6 Intensidad de la atención de los servicios de ayuda a domicilio por grados y niveles de dependencia.

Servicio de Ayuda a domicilio		
Grado de dependencia	Nivel de Gravedad	Intensidad de la atención
Grado III. Gran Dependencia	Nivel II	Entre 70 y 90 horas /mes
	Nivel I	Entre 55 y 70 horas/mes
Grado II. Dependencia Severa	Nivel II	Entre 40 y 55 horas/mes
	Nivel I	Entre 30 y 40 horas/mes
Grado I. Dependencia Moderada	Nivel II	Entre 21 y 30 horas/mes
	Nivel I	Entre 12 y 20 horas/mes.

Fuente Elaboración propia a partir del anexo II del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre.

Entre las modificaciones más duras de la Ley de dependencia prevista en el RD-Ley 20/2012, está la referida a la intensidad del servicio de ayuda a domicilio (Tabla 4.6), en el que se observa claramente una disminución de la intensidad del servicio de ayuda a domicilio, reiterándose lo establecido en el informe arriba mencionado.

Ahora bien, la Comunidad Autónoma o administración competente en esta materia podrá establecer normativas relacionadas con esta prestación. El informe anteriormente citado expresa que esta situación genera diferencias territoriales, encontrándose Comunidades Autónomas en la que está suspendido el servicio de ayuda a domicilio – Aragón, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Murcia- y otras como Castilla – La Mancha prevé un número inferior de horas en base a determinadas circunstancias

Los centros de día y de noche.

El desarrollo del artículo 24 de la Ley de dependencia describe el servicio de centro día y noche como de atención integral, que promueve la autonomía de la persona beneficiaria y proporciona apoyo a las familias o personas cuidadoras no profesionales, además de cubrir las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

La atención especializada que ofrecen los centros de día se adaptan a la edad, a las necesidades de cuidados y al grado de dependencia del beneficiario de la prestación, distinguiéndose entre: centros de día para mayores, centro de día para menores de 65 años y centros de atención especializada. En el caso de los centros de noche su función se centra en exclusividad, en dar respuesta especializada a las necesidades atención de la persona durante la noche. Ambos servicios se ajustarán a las necesidades específicas de las personas beneficiarias atendidas (art.9.3, Real Decreto 1051/2013 de 27 de diciembre) y establecidos en el Programa Individualizado de Atención.

La intensidad en la que se presta este servicio estará condicionada a los apoyos que requeridos por la persona y lo contenido en el Programa Individualizado de Atención. Así el RD 1051/2013 de 27 de diciembre, establece un mínimo de 15 horas por semana para aquellos con Grado I Dependencia Moderada (Anexo III, RD 1051/2013 de 27 de diciembre).

De nuevo se traslada a las Comunidades Autónomas la competencia del desarrollo normativo y la configuración de la intensidad del servicio. Situación que genera desigualdades territoriales porque no todas las Comunidades Autónomas tratan en complementar lo establecido por la normativa estatal, este es el caso de Extremadura. En cambio, la Comunidad Autónoma de Canarias no sólo lo complementa, sino que, mejora de manera considerable la intensidad de este servicio llegando a las 40 horas/semana para aquellos con Grado III Gran Dependencia, Grado II. Dependencia Severa 35 horas/semana y para aquellos con Grado I Dependencia Moderada, distingue entre nivel II 25 horas/semana y nivel I 15 horas/semana (art. 12.5, Decreto 131/2011, de 17 de mayo)⁴⁵.

⁴⁵ Decreto 131/2011, de 17 de mayo, por el que se establecen las intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la

Ahora bien, incluso sin entrar en detalle en las circunstancias que envuelven a las comunidades autónomas, en la legislación estatal también se observan claras diferencias de carácter negativo para las personas dependientes. Este es el caso, del Real Decreto 175/2011 de 11 de febrero⁴⁶, actualmente derogado, que determina la intensidad del servicio de centro de día sólo para los dependientes moderados, distinguiendo el nivel II con 30 horas/semana y Nivel I con 15 horas/semana (anexo III, RD 175/2011), con el RD 1051/2013 de 27 de diciembre – actualmente en vigor- en el que la reducción es considerable, hasta un máximo de 15 horas y sólo para los dependientes moderados.

Una posible explicación parte del Informe del gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2011), sería la baja oferta, el elevado coste, la no respuesta a la totalidad a las necesidades de la persona, el peso de las tradiciones familiares respecto al cuidado, la libertad de elección por parte de la persona dependiente y sobre todo la crisis económica y el menor coste de las prestaciones económicas para un mismo fin.

Atención residencial

El servicio de atención residencial ofrece una atención especializada integral y continuada de carácter personal y sanitario, cuando las personas dependientes, dada su situación, no pueden permanecer en su entorno social. La tipología de atención prestada en un servicio residencial se encuentra estructurada en función del tipo y grado de dependencia que condiciona la intensidad en la prestación de los cuidados. La estancia puede ser de carácter permanente, transformándose en su residencia habitual, o temporal cuando se trate por convalecencia o de estancias de respiro –estancias breves- para los cuidadores no profesionales (art. 25, Ley de dependencia).

La tipología de los servicios residenciales se distingue en: residencia de personas mayores en situación de dependencia y centros de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros públicos propios y/o concertados, además de recurrir a

dependencia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC 107, de 1.6.2011).

⁴⁶ Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

la iniciativa privada ante la falta de disponibilidad de recursos públicos mediante la prestación vinculada al servicio.

El servicio de atención residencial garantiza atención todos los días del año y las 24 horas del día, para aquellos residentes de carácter permanente o el tiempo estimado para aquellos con estancia temporal. Determinar la intensidad de los servicios y cuidados que componen el recurso residencial, estará en función del grado de dependencia y lo establecido en su Programa Individualizado de Atención (PIA).

La normativa estatal dibuja las líneas generales para que su desarrollo por las Comunidades Autónomas o administraciones con la competencia en esta materia, aunque éstas contaban con normativa de facto, y de hecho, Comunidades Autónomas como Cantabria, Comunidad de Madrid y Asturias entre otras, han establecido mecanismos específicos de reconocimiento de la situación de dependencia a personas que ya recibían atención residencial, es decir, se podría hablar de un reconocimiento en continuidad en el servicio asistencial.

Ahora bien, en el caso de estancias temporales estarán sujetas a las necesidades del dependiente, la disponibilidad de plazas SAAD y personas atendidas mediante la prestación de cuidados personales (art. 10, Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre).

4.3.1.2. Prestaciones económicas del SAAD

El macro del proyecto del bienestar también debía dar respuesta a cuantas dificultades se presentasen, como la insuficiencia de servicios públicos o privados, la falta de disponibilidad y de servicios como centros de día, residencias... en el entorno cercano de la persona. Y si a ello se le une la tradición familiar de nuestro sistema de cuidados, el legislador apostó por una ruptura con el modelo tradicional, para ello se estableció una preferencia legal por las prestaciones de servicios sobre las de carácter económico. Aunque reconoce el en artículo 14.6 <<< hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad señalado, tendrán derecho a la prestación económica prevista en el artículo 17 de esta Ley>>. Sin embargo, la red de recursos y servicios dispersa, junto a la coyuntura económica ha hecho que la tónica habitual haya sido la prestación económica sobre la de servicios.

En este sentido, la Ley de dependencia en la sección 2ª del capítulo II, las prestaciones económicas, se detalla su contenido y se presentan como una alternativa ante la imposibilidad de proporcionar el servicio o la atención de manera adecuada a las necesidades del beneficiario.

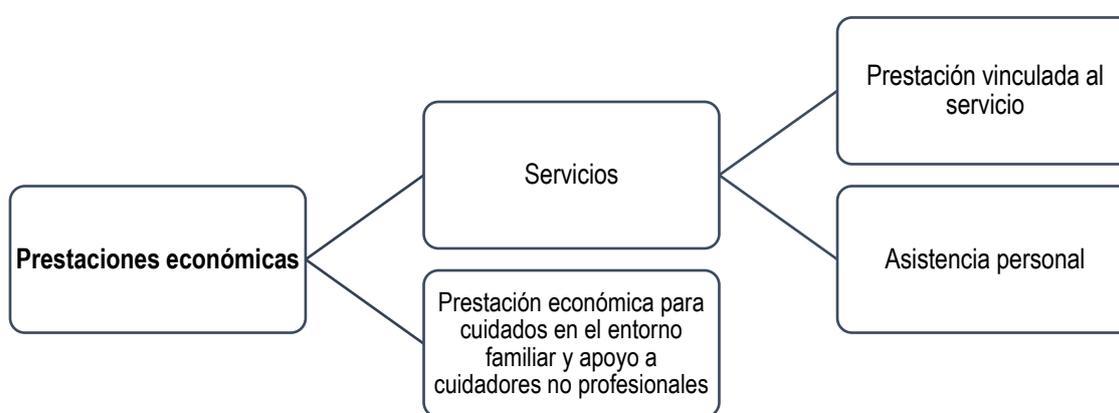
<< La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma>> (artículo 17.1, Ley de dependencia modificada su redacción por Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio)

Las prestaciones económicas en su configuración parten de los siguientes rasgos comunes:

- Tal y cómo se deriva de la interpretación del artículo 17.1, las prestaciones económicas tienen un carácter subsidiario frente a las prestaciones de servicios. Es decir, la prestación de servicios tiene un carácter prioritario. Estos serán prestados a través de la oferta de la red de servicios sociales públicos de las Comunidades Autónomas mediante centros públicos o privados concertados debidamente acreditados (art. 14.2, Ley de dependencia).
- Introducen una novedad es su carácter, no excluyente cuando la persona recibe prestaciones de otros regímenes del sistema de protección social de naturaleza y finalidad similar. En concreto se reduce la cuantía de prestación de gran invalidez de carácter contributivo, complemento por necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, el subsidio de ayuda a tercera persona procedente de la LISMI y la prestación económica por hijo menor de 18 años o mayor afectado de una discapacidad en grado igual o superior al 65%. (art. 31, Ley de dependencia).
- El Gobierno a través de Real Decreto aprobará la cuantía anual de las prestaciones previo acuerdo con el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art. 20, Ley de dependencia). La cuantía de la prestación económica estará en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario en función de coeficiente reductor del IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiple) tras la reforma del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de Julio.
- *<<Los requisitos y condiciones de acceso a las prestaciones económicas se establecerán por la comunidad autónoma o Administración que, en su caso tenga la competencia, teniendo en cuenta los acuerdos que adopte el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia>> (art. 11, Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre).*

El Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre en su artículo 2.1 atendiendo a la finalidad de las prestaciones económicas distingue, por un lado, servicios a través de prestaciones económicas, como son la vinculada al servicio y la de asistencia personal. Y por otro, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.6 Clasificación de las prestaciones económicas según Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre.



Fuente. Artículo 2. 1 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Elaboración propia.

En esta clasificación, no se contemplan las ayudas económicas para facilitar la autonomía personal recogidas en la Disposición Adicional 3ª de la Ley de dependencia. Se tratan de unas ayudas destinadas a la financiación de necesidades específicas, a modo de subvención y sujeto a la disponibilidad presupuestaria. Debido a su carácter puntual y graciable tras acreditar prueba de recursos, hecho que limita el acceso al ejercicio del derecho subjetivo. Por este motivo no se va a considerar como prestación sino como subvención.

Servicios a través de prestaciones económicas

Prestación vinculada al servicio

En los términos previstos en la Ley de dependencia se trata de una prestación económica de carácter periódico que se reconoce ante la imposibilidad en el acceso al servicio público o privado concertado previsto en el Programa Individualizado de Atención (PIA), teniendo en cuenta el grado de dependencia y capacidad económica del beneficiario, en los términos previstos en los convenios celebrados entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma (art. 17.1, Ley de dependencia). Esta prestación es de carácter personal y será destinada al servicio correspondiente, de ahí, que el servicio ha de ser prestado por una entidad privada acreditada debidamente para la atención de personas dependientes, estando en congruencia con grado de dependencia y las necesidades de la persona (art.14.3, Ley de dependencia).

La Administración pública establecerá los mecanismos de control necesarios para supervisar el cumplimiento de la finalidad por la que la prestación fue concedida). La Ley de dependencia prevé diferentes actuaciones frente al fraude (art.39, Ley de dependencia) y un sistema de infracciones y fracciones previsto en el título III de la Ley.

De nuevo, la Ley en sus artículos 14.3 y 17, se establecen las condiciones mínimas para el acceso a este tipo de prestación. Sin embargo, se insta a las Comunidades Autónomas o Administración, que en su caso tenga competencia, a desarrollar los requisitos y condiciones de acceso a la prestación, en los términos establecidos en los diferentes acuerdos resultantes de las reuniones del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art.11, Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre). Todo ello, facilitando en la medida de lo posible el mantenimiento de persona en su entorno social habitual –el tiempo que desee y sea posible- como objetivo y principio (art. 3.i y art.13, Ley de dependencia).

La cuantía monetaria de la prestación vinculada al servicio se ha ido renovando⁴⁷ anualmente como indica el artículo 20 de la Ley, a través de Reales Decretos, en función del grado y nivel, posteriormente sólo por los grados, programado en el calendario de implantación (Tabla 4.7)

⁴⁷ Hasta la publicación del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, se actualizaban en función del índice de precios al consumo (IPC) y desde entonces se congelado las cantidades establecidas en la disposición adicional décima del RD. Cuantías máximas ratificadas por el Disposición adicional segunda del RD1051/2013 de 27 de diciembre.

Tabla 4.7 Evolución de las cuantías monetarias máximas distribuidas por año y grado de dependencia. Prestación vinculada al servicio.

años \ Grado de dependencia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grado III. Gran Dependencia ^{6,7}						715,07	715,07	715,07
Grado III. Nivel 2 ^{1,2,3,4,5}	780,00	811,98	831,47	833,96	833,96			
Grado III. Nivel 1 ^{1,2,3,4,6}	585,00	608,98	623,60	625,47	625,47			
Grado II. Dependencia Severa ^{6,7}						426,12	426,12	426,12
Grado II. Nivel 2 ^{2,3,4,5}		450,00	460,80	462,18	462,18			
Grado II. Nivel 1 ^{3,4,5}			400,00	401,20	401,20			
Grado I. Dependencia Moderada ^{6,7}						300,00	300,00	300,00
Grado I. Nivel 2 ⁵					300,00			

Nota normativa reguladora:

(1) Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *[Disposición derogada]*

(2) Real Decreto 7/2008, de 11 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2008.

(3) Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2009.

(4) Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2010.

(5) Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, para el ejercicio 2011.

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

(7) Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *[Disposición adicional segunda]*

Fuente Elaboración propia a partir de la normativa publicada sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre y Real Decreto- Ley 20/2012 de 13 de julio.

Fundamentalmente, la cuantía de esta prestación se destina principalmente a los servicios de atención residencial, centro de día/noche e incluso para la de ayuda a domicilio. Justificándose la debilidad y dispersión de una red de equipamientos e infraestructuras públicas o privadas concertadas que respondan a las necesidades de los dependientes.

Asistencia personal

La figura del asistente personal está íntimamente relacionada con la Convención Internacional de los Derechos de Personas con Discapacidad en 2006 y el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad (art. 19.b, Instrumento de Ratificación Convención). La Ley de dependencia sigue la estela e incorpora la asistencia personal en los siguientes términos: como << *servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal*>> (art. 2.7, Ley de dependencia).

Además de reconocerla como prestación económica con una clara finalidad hacia la contribución a la promoción de la autonomía personal del dependiente a través de la contratación de una tercera persona – *herramienta humana*- que garantice el ejercicio efectivo del derecho a una vida independiente en su entorno social habitual, en todos los ámbitos de la vida, como acceso al trabajo, la educación, disfrute del ocio y tiempo libre, relaciones sociales y personales...

<<La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

Previo acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación>> (art. 22 medida 7, Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio)

El acceso a la prestación de asistencia cuenta con unos requisitos que implican tanto a la persona dependiente y al asistente personal (Tabla 4.8).

Tabla 4.8 Resumen de los criterios para el acceso a la prestación de asistencia personal.

Requisitos para el acceso a la prestación de asistencia personal	
Persona dependiente	Asistente personal
Encontrarse en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados.	Ser mayor de 18 años
Tener la capacidad para decidir bien por sí mismo o a través de su representante legal, sobre los servicios y tareas en los que requiere apoyo. Así como, la definición del perfil de asistente personal que necesita, ejercer control e impartir instrucciones a la persona encargada de la asistencia personal.	Tener residencia legal en la Comunidad Autónoma en la que presta los servicios.
Los servicios se reciben a través de contrato de trabajo con una empresa especializada o bien directamente con la persona encargada de la asistencia personal dándola de alta en la Seguridad Social.	No ser cónyuge ni tener ningún parentesco con el dependiente hasta tercer grado por consanguinidad o afinidad
	Cumplir con los requisitos de idoneidad, formación y capacidad para atender las necesidades del dependiente; así como, las tareas derivadas del servicio de atención personal.
	Suscribir un contrato de trabajo bajo los principios de buena fe con la persona dependiente.
	Estar afiliado a la seguridad social y en situación de alta en el régimen correspondiente.

Fuente. Adaptación a partir de Alonso Seco y Alemán Bracho, 2013 y Monereo et al., 2007.

Las cuantías de esta prestación también se actualizan anualmente a través del Real Decreto. A continuación se expone la evolución que esta prestación ha tenido desde la puesta en marcha de la Ley de dependencia.

Tabla 4.9 Evolución de las cuantías máximas monetarias distribuidas por año y grado de dependencia. Prestación vinculada al servicio.

Años \ Grado de dependencia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grado III. Gran Dependencia ^{6,7}						715,07	715,07	715,07
Grado III. Nivel 2 ^{1,2,3,4,5}	780	811,98	831,47	833,96	833,96			
Grado III. Nivel 1 ^{1,2,3,4,6}	585	608,98	623,60	625,47	625,47			
Grado II. Dependencia Severa ^{6,7}						425,12	425,12	425,12
Grado I. Dependencia Moderada ^{6,7}						300,00	300,00	300,00
<p>Nota normativa reguladora:</p> <p>(1) Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. <i>[Disposición derogada]</i></p> <p>(2) Real Decreto 7/2008, de 11 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2008.</p> <p>(3) Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2009.</p> <p>(4) Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2010.</p> <p>(5) Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2011.</p> <p>(6) Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. [art. 22 medida 7]</p> <p>(7) Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. <i>[Disposición adicional segunda]</i></p>								

Fuente. Elaboración propia a partir de la normativa publicada sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre y Real Decreto- Ley 20/2012 de 13 de julio.

La prestación de asistencia personal originariamente estaba prevista para los aquellos dependientes con niveles más severo de dependencia. Sin embargo, el Real Decreto 20/2012, de 13 de julio reformula el artículo 19 de la Ley de dependencia, y amplía su cobertura a cualquier persona en situación de dependencia, independientemente de su grado de severidad.

En definitiva la asistencia personal << [...] se ha revelado como una herramienta enormemente eficaz, tanto para la propia persona con discapacidad como para las

administraciones responsables de gestionar el dinero público. La asistencia personal desde el punto de vista de la vida independiente asegura que la voluntad de la persona con discapacidad sea respetada en cualquier caso y, por lo tanto, le permite decidir sobre todos los aspectos de su vida, tal y como ocurre a las personas sin discapacidad (Vasey, 2004, 75)

Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

La configuración del SAAD como sistema de servicios en el que las prestaciones económicas son identificadas como complementos o sustitutivos temporales de éstos. Los cuidados en el entorno del hogar han estado enmarcados en la familia, y dentro de éstas en las mujeres. Una tradición que el legislador pretende cambiar a través de la “socialización del cuidado” como consecuencia de los cambios sociodemográficos, la masiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo, el cambio de las estructuras y dinámicas familiares...etc. Unido todo esto al mantenimiento de la persona en su entorno social habitual hace que la externalización del cuidado sea una alternativa a la acción de las familias.

La Ley de dependencia no puede excluir el peso del cuidado informal, del que se han beneficiado económicamente los poderes públicos, al actuar de carácter subsidiario ante la ausencia de la familia. Entonces, en el articulado original de la Ley, trata de dignificar la situación de las/os cuidadoras/es informales a través de una prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Prestación de concesión excepcional al beneficiario para ser atendido por familiares –cuidadores no profesionales- cuando las condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda sean las adecuadas para el dependiente y así lo reconozca su PIA correspondiente (art. 14.4, Ley de dependencia). Ahora bien, entre las condiciones debe de existir un acuerdo previo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el que se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica (art. 18.2, Ley de dependencia).

Sin menoscabo a la normativa anterior, el Real Decreto 1051/2013, del 27 de diciembre, en su artículo 12, consolida los requisitos y condiciones de acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, en los términos que se resumen en la siguiente Tabla 4.10:

Tabla 4.10 Esquema Requisitos y condiciones de acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Requisitos y condiciones de acceso de la prestación económica de cuidados en el entorno
Condiciones Generales
Cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco. Convivir en el mismo domicilio y prestar cuidados durante un año previo a la solicitud.
Persona de su entorno (vecino), sin grado de parentesco que resida en el mismo municipio durante un año previo a la solicitud. Cuando el municipio sea carente de recursos públicos o concertados, y privados (impidiendo el acceso prestación vinculada al servicio). Además deben de concurrir las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grado III o II será necesaria la convivencia con la persona, dada la necesidad de atención permanente y apoyo generalizado. ✓ Grado I, no será necesaria la convivencia en el domicilio del dependiente. El municipio ha de ser considerado como zona rural como requisito indispensable.
Persona cuidadora no profesional
Contar con la capacidad física, mental e intelectual suficiente para desarrollar adecuadamente por sí misma las funciones de atención y cuidado.
Asumir formalmente los compromisos necesarios para la atención y cuidado de la persona dependiente.
Compromiso a la realización de las acciones formativas que se le propongan, siempre que sean compatibles con el cuidado de la persona a su cargo.
Facilitar previo consentimiento del beneficiario, el acceso a la vivienda e información que requieran los servicios sociales de las administraciones, con fines relacionados con la prestación.
Situaciones generales
<i>Régimen de incompatibilidades:</i> Grado I, que estuviese recibiendo un servicio de los previstos para su grado de dependencia, y este sea incompatible con la prestación económica de cuidados en el entorno, no se concederá la prestación.
<i>Competencias de la Comunidad Autónoma o Administración competente:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión del cumplimiento de los requisitos de acceso a la prestación y de las obligaciones exigidas. ✓ Control del seguimiento de los cuidados en el entorno familiar ✓ Capacidad para resolver la suspensión o extinción de la prestación.

Fuente. Adaptación del artículo 12 del RD 1051/2013 de 27 de diciembre. Elaboración propia.

Así mismo, la Ley de dependencia reconoce el encuadramiento de los cuidadores no profesionales en el sistema de la seguridad social a través del artículo 18.3 << el cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente>> y la disposición adicional cuarta, de forma más concreta expresa << [...] el Gobierno determinará la incorporación a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales en el Régimen que les corresponda, así como los requisitos y procedimiento de afiliación, alta y cotización>>.

La relación entre cuidadores no profesionales y su situación dentro de la seguridad social ha pasado por varios escenarios de cobertura. El primer escenario cuya normativa está derogada⁴⁸, la prestación económica preveía que la obligatoriedad de suscribir el convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia en las condiciones descritas por el Real Decreto 615 /2007, de 11 de mayo, en el que la cotización a la seguridad social (incluida la de formación profesional) es asumida por la Administración General del Estado a través de un convenio con la Tesorería General de la Seguridad Social. Ahora bien, si el cuidador quería mantener o elevar la base establecida, la diferencia era asumida por el este.

El segundo escenario marcado por la difícil situación económica, la exigencia de cumplimiento de los objetivos de déficit público y las medidas introducidas por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio y el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD en el mismo año, hacen que la situación de los cuidadores no profesionales en el sistema de la seguridad social haya cambiado negativamente, en los siguientes aspectos:

- a. El convenio especial de cuidadores no profesionales pasa a tener un carácter voluntario y a estar suscrito entre cuidador y la Tesorería General de la Seguridad Social.
- b. Las cotizaciones a la Seguridad Social son asumidas en exclusividad por el cuidador en el marco del convenio suscrito.
- c. Introducen nuevos criterios de asignación del nivel mínimo de protección a las Comunidades Autónomas. Criterios que establecen, que además de las variables aplicadas hasta ahora, como son beneficiarios y grados de dependencia, la incorporación del criterio adicional de reparto, por el tipo de prestaciones reconocidas,

⁴⁸ Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

ponderándose positivamente aquellas prestaciones que atienden a los beneficiarios a través de servicios, en relación a la prestación para cuidados en el entorno familiar (art.4 del Real Decreto 1050/2013)⁴⁹.

Pues bien, las cuantías de esta prestación económica también han sufrido cambios, que en vez de empoderar a los cuidadores no profesionales, han repercutido negativamente en ellos, como se muestra en la siguiente Tabla 4.11.

⁴⁹ Referencia: Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Tabla 4.11 Evolución de las cuantías máximas económicas y cotización a la Seguridad Social de la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Años	2007	2008		2009		2010		2011		2012	2013	2014
		cuantía	SS+FP	cuantía	SS+FP	cuantía	SS+FP	cuantía	SS+FP			
Grado III. Gran Dependencia ^{6,7}										387,64	387,64	387,64
Grado III. Nivel 2 ^{1,2,3,4,5}	487,00	506,96	153,93	519,13	160,13 (158,67+1,46)	520,69	162,49 (161,01+1,48)	520,69	164,54 (163,04+1,50)			
Grado III. Nivel 1 ^{1,2,3,4,6}	390,00	405,99	153,93	415,73		416,98		416,98				
Grado II. Dependencia Severa ^{6,7}										268,79	268,79	268,79
Grado II. Nivel 2 ^{2,3,4,5}		328,36	153,93	336,24	160,13 (158,67+1,46)	337,25	162,49 (161,01+1,48)	337,25	164,54 (163,04+1,50)			
Grado II. Nivel 1 ^{3,4,5}				300,00		300,90		300,90				
Grado I. Dependencia Moderada ^{6,7}										153,00	153,00	153,00
Grado I. Nivel 2 ⁵								180,00	82,27 (81,52+0,75)			
Nota normativa reguladora: (1) Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. <i>[Disposición derogada]</i> (2) Real Decreto 7/2008, de 11 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de dependencia para el ejercicio 2008. (3) Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2009. (4) Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2010. (5) Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2011. (6) Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. (7) Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. <i>[Disposición adicional segunda]</i>												

Fuente. Elaboración propia a partir de la normativa publicada sobre criterios que determinan las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

4.4 Régimen de incompatibilidades entre las prestaciones de servicios y económicas del SAAD

El conjunto de prestaciones económicas y servicios del SAAD están sometidos a un régimen de incompatibilidades, debido a que antes de la puesta en marcha de la Ley el sistema de protección social en España a través de su acción protectora ya contaba con prestaciones económicas parecidas a las incluidas por el sistema.

Aunque la Ley de dependencia no utiliza el término “incompatibilidad” como tal, en su artículo 31, establece que aquellas personas que perciban tanto prestaciones económicas prevista en la Ley, como otras de similar naturaleza y finalidad por parte de administraciones públicas del sistema de protección social, su cuantía se verá deducida. En concreto, se refiere a las prestaciones integradas en la acción protectora de la Seguridad Social y directamente relacionadas con las personas en situación de dependencia como: el complemento de gran invalidez, el complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, y el subsidio de ayuda a tercera persona de la LISMI. En otras palabras, la orientación estaba clara: evitar que una persona en situación dependencia pueda percibir más de una prestación de idéntica naturaleza y finalidad pero de procedencia pública diferente.

El régimen de incompatibilidades no solo se centró en las prestaciones económicas anteriormente referidas, sino también entre los servicios del catálogo SAAD. De hecho entre las medidas se consideró que el servicio de atención residencial no era compatible con el servicio de Teleasistencia, con el servicio de Ayuda a Domicilio y con el Centro de Noche, una medida un tanto obvia. Sin embargo, para el resto de servicios se remitía a las normas autonómicas condicionadas por las competencias.

En la reforma de la Ley de dependencia de 2012, encabezada por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad; y desarrollado por artículo 16 el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, en el que regula el contenido mínimo y común de las incompatibilidades para el conjunto de España, son las siguientes:

- Las prestaciones económicas entre sí y con los servicios incluidos en el SAAD son incompatibles, salvo éstas con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia.

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

Ahora bien, las Comunidades Autónomas tienen competencias para realizar su propio régimen de compatibilidad; y las administraciones públicas competentes también, entre los servicios de ayuda a domicilio, centro de día y de noche, prestación de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y asistencia personal (art.16.3 RD 1051/2013). Sin embargo, otras administraciones mantienen criterios de compatibilidad diferentes, provocando desigualdades de protección entre Comunidades Autónomas, situación contraria a la establecida en la disposición final novena de la Ley de dependencia.

Demetrio Casado y Luisa Fernández señalan que una fórmula para evitar estas desigualdades pasa por centrarse en la igualdad de las intensidades de prestaciones y servicios, a la vez que se adecua el programa individualizado de atención a las necesidades e intereses de los beneficiarios (Casado Pérez y Fernández Pinar, 2013).

4.5 El impacto de la Ley de dependencia en los sistemas autonómicos de servicios sociales

El proceso de implantación de la Ley de dependencia ha desencadenado, de manera paralela, una actividad normativa en las Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales. Esta renovación legislativa avanza en el reconocimiento de derechos subjetivos de ciudadanía (Roldán y Castanyer, 2012). En este sentido, la Ley de dependencia, se incorpora al compendio legislativo que conforma a los servicios sociales, junto a los estatutos de autonomía, las leyes autonómicas de servicios sociales y otras complementarias al sistema - la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004), La Ley para la igualdad efectiva de Mujeres y Hombres (2007), Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (2013).-.

Desde 2006, determinadas Comunidades Autónomas comenzaron a reformar sus Estatutos de Autonomía y sus Leyes de Servicios Sociales. La oleada de nuevas Leyes de Servicios Sociales ha generado un amplio debate respecto al criterio de clasificación. En el trabajo de Bayarri y Fillat (2011) consideran el número de Leyes que la comunidad autónoma ha publicado como elemento de clasificación, por ejemplo, las Comunidades Autónomas como el País Vasco o La Rioja, sus Leyes de Servicios Sociales son de *tercera generación* respecto a la Comunidad de Madrid que sería de *segunda generación* y Andalucía se encontraría todavía en su *primera generación* de leyes de Servicios Sociales. Y esta línea de clasificación, se encuentra la Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad⁵⁰, aunque a lo largo del texto se generaliza más y las agrupa bajo la única denominación de *última generación*.

Para otros autores como Guillen y Vilà (2007), estamos asistiendo a la *segunda generación de Leyes*. Toman como punto de referencia la Ley de dependencia y el avance que ésta hace en materia de derechos sociales de la ciudadanía como el de atención a las personas dependientes (Vilà, 2012). Tomando como referencia esta la clasificación, las Leyes autonómicas de servicios sociales que se han publicado desde entonces, se identifican en la siguiente Tabla 4.12:

⁵⁰ Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales.

Tabla 4.12 Legislación en materia de servicios sociales desde el año 2006.

Comunidad Autónoma	Reforma de los Estatutos de autonomía	Leyes autonómicas de servicios sociales. Segunda Generación. (2006 -2015)
Navarra	2010	2006
País Vasco		2008
Castilla-La Mancha		2010
Extremadura	2011	2015
Aragón		2009
Cataluña	2006	2007
Castilla y León	2007	2010
Illes Balears	2007	2009
Galicia		2008
Andalucía	2007	2014*
Comunitat valenciana	2006	
La Rioja		2009
Cantabria		2007
Murcia		2016**

Nota.* Resolución de 5 de agosto de 2014, de la Secretaría General Técnica, por la que se acuerda someter a información pública el anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de Andalucía.

**Ley 5/2016, de 2 de mayo, por la que se modifica la Ley 3/2003, de 10 de abril, del sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

Fuente. Elaboración propia a partir de la normativa de las comunidades autónomas.

La Ley de dependencia ha supuesto en materia de servicios sociales la regulación más sólida a nivel de derechos (Aguilar Hendrickson, 2013). En este sentido, la Ley impulsa el compromiso de hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantista y plenamente universal. Así, el Sistema de Atención de la Dependencia, se configuraba como uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades.

El conjunto de Leyes de *segunda generación* incorporan en su objeto, siguiendo el criterio de Guillén y Vilà (2007), el reconocimiento al acceso y a las prestaciones mínimas garantizadas de los servicios sociales como derecho de subjetivo. A grandes rasgos, todas las Leyes siguen la misma estructura formal, en el que se incorporan los principios de promoción de la autonomía personal y la atención individualizada, rompiendo con el asistencialismo tradicional de los servicios sociales. Se mantienen los principios básicos como el de universalidad, igualdad, integración, prevención... presentes en sus las anteriores Leyes de Servicios Sociales. Ahora bien, respecto al principio de universalidad, se presenta como la forma de acceso al sistema,

independientemente de la situación en la que encuentre la persona, matizando dos cuestiones (Rodríguez Cabrero et al., 2012):

- este tipo de acceso no excluye de una contraprestación económica – copago- a la hora de recibir un servicio,
- las condiciones y requisitos específicos para cada prestación económica o de servicios para hacer efectivo el derecho, se recogen en la cartera o catálogo de servicios.

En este sentido, es común en todas las Leyes de *segunda generación* la voluntad hacia la configuración de un modelo basado en servicios. Sin embargo, en su articulado se describen las líneas básicas del catálogo/cartera de prestaciones económicas y de servicios mínimos, pero no especifican en su totalidad su contenido, derivando su perfeccionamiento a un desarrollo normativo posterior.

La estructura organizativa de la gestión de los servicios sociales, es un punto en el que se encuentran diferencias entre las Leyes de segunda generación. Sin olvidar que la naturaleza del sistema de servicios sociales es pública, y se reservan espacios para la gestión mixta (pública-privada) (Vilà, 2012). Sin embargo, es en este punto donde se encuentran las diferencias, para algunas comunidades autónomas la gestión pública de los servicios sociales ha de ser prioritaria, en cambio, en otras se reconocen la participación tanto de la iniciativa privada como la social – tercer sector- en la prestación de servicios sociales, inclinándose por una gestión mixta. En esta línea, la participación privada se encuentra condicionada con las resoluciones derivadas de la Ley de dependencia en las que se detallan los procedimientos para la acreditación de los centros, servicios de las entidades privadas, concertadas o no, que actúen en el ámbito de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia. Estas resoluciones implican a las comunidades autónomas como las responsables de emitir las acreditaciones y por extensión esto afecta a sus respectivos sistemas de servicios sociales.

De hecho, la Ley de dependencia dedica todo un capítulo a las medidas para garantizar la calidad del sistema, esto ha generado una de las innovaciones presentes en las Leyes de Servicios Sociales de segunda generación. Éstas han recogido en su articulado la configuración de sus sistemas de gestión calidad, caracterizados por la concreción de estándares de calidad en centros y servicios, criterios de evaluación, la incorporación de los derechos y deberes de los usuarios, así como el diseño de régimen de faltas y sanciones. Los planes de calidad previstos en la Ley de dependencia y en las Leyes de Servicios Sociales, no sólo van dirigidos hacia las

prestaciones de servicios, sino también incorporan indicadores de calidad en el empleo y de la situación social de los profesionales del sector.

El reconocimiento del derecho subjetivo de atención a la dependencia proclamado por la Ley de dependencia, lleva anexo un sistema de financiación y este está siendo uno de los principales caballos de batalla del proceso de implantación. De ahí, que las Leyes de segunda generación implementen un sistema de financiación formado por las partidas presupuestarias establecidas por el Estado, las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales a través de convenios normalmente plurianuales y las contribuciones económicas por parte de los usuarios –copago–.

Finalmente, es importante resaltar que no solo se ha ido avanzado sino que también se ha producido paralizaciones debido a las modificaciones normativas orientadas hacia la contención del gasto, en materia de atención al riesgo de la dependencia. Aunque de manera paralela se ha ido reforzando la malla de seguridad de colectivos de riesgo como son las personas con discapacidad, desde que en 2006 se aprobase por Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Suponiendo la consagración de los derechos de las personas con discapacidad, de modo, que son considerados como sujetos titulares⁵¹ de derechos, los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo. También se reconoce expresamente, que el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, se realizará de acuerdo con el principio de libertad en la toma de decisiones. Todo ello, ha llevado a que en 2013 se aprobase, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social⁵².

Recapitulando, la puesta en marcha de la Ley de dependencia como macro proyecto del bienestar, ha tenido y tiene un impacto directo sobre los sistemas públicos de servicios sociales,

⁵¹ La labor de refundición, regularizando, aclarando y armonizando de las tres leyes: Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas; la disposición final segunda de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la redacción de la disposición final quinta de la Ley 12/2012, de 26 de diciembre, de medidas urgentes de liberalización del comercio y de determinados servicios.

⁵² Quedando derogadas las siguientes Leyes que sirvieron como base de la protección social de las personas con discapacidad en España: a) La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de las Personas con Discapacidad. b) La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las Personas con Discapacidad. c) La Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las Personas con Discapacidad.

parafraseando a Manuel Aguilar Hendrickson (2013), la Ley de dependencia ha generado la mayor regulación en materia de derechos sociales, pero también, ha sacado a la luz los principales problemas y carencias de los sistemas de servicios sociales; sistemas basados en la discrecionalidad, que pasan a la gestión de un derecho subjetivo de la ciudadanía. Las Leyes de Servicios Sociales de segunda generación han sabido captar el nuevo modelo orientado hacia los servicios, y del paso de un paradigma del asistencialismo a la promoción de la autonomía personal. El problema que se encuentra es concienciar que los servicios sociales no son sinónimo de gasto social sino de inversión social, ya que todos en el futuro seremos personas dependientes y necesitaremos del sistema.

**CAPÍTULO 5. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA E
IMPLICACIONES SOCIOECONÓMICAS**

CAPÍTULO 5. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA E IMPLICACIONES SOCIOECONÓMICAS

El SAAD como brazo ejecutor de lo establecido en la Ley de dependencia está respondiendo a las demandas de atención derivadas de la heterogeneidad con la que se presentan las situaciones de dependencia, repercutiendo directamente en una mejora de la calidad de vida de las personas dependientes y en la de sus familias. No obstante, cuando el SAAD se analiza en clave de mercado de trabajo, las actividades económicas relacionadas directamente con la atención a personas dependientes han generado empleo durante los años en los que la destrucción de empleo se contaba por millones, siendo verdaderos yacimientos de empleo en tiempo de crisis.

El capítulo comienza con la descripción del proceso de construcción de la base de datos a partir de las estadísticas mensuales disponibles de los datos de gestión del SAAD desde enero de 2009 hasta diciembre de 2014 a nivel nacional y de comunidad autónoma. La metodología de trabajo seguida para la creación de dos variables relacionadas con la efectividad del derecho de atención no incluida en la información de base, la transformación de las prestaciones de económicas y de servicios en categorías de cuidados como cuidados informales, formales y mixtos; y el indicador de especialización en prestaciones económicas creado para ver las asimetrías entre las comunidades autónomas.

En segundo lugar, se describe el contexto sociodemográfico marcado por el envejecimiento de la población y las principales características de las personas dependientes en España desde 2009-2014. En tercer lugar, nos centramos en el proceso de implantación de la Ley de dependencia a través del SAAD durante el 2009-2014 periodo en el que se ponen en marcha las principales modificaciones a la Ley repercutiendo directamente en las personas y cómo el sistema ha dado respuesta y ha sobrevivido a un periodo marcado por la austeridad y la contención en el gasto social.

En cuarto lugar, se describe el perfil de la persona dependiente reconocida por el SAAD y el tipo de cuidados que reciben en el entorno del hogar. A grandes rasgos, los resultados evidencian que son las mujeres octogenarias con grado de dependencia severa las protagonistas. Los cuidados que reciben en el entorno del hogar son de carácter informal, seguido de los cuidados formales y en tercer lugar por los cuidados mixtos. Estos últimos se transforman en una alternativa real ante un escenario futuro en el que apoyo de los cuidadores informales será

menor respecto a las personas dependientes produciéndose una externalización del cuidado. Y finalmente, en quinto lugar, analizan las diferencias existentes entre comunidades autónomas caracterizadas por poner su propio ritmo al proceso de implantación de la Ley de dependencia. Para ello, se ha analizado la evolución de la efectividad del derecho de atención a la dependencia en las comunidades autónomas y ciudades autonómicas; y a través de un indicador de especialización en prestaciones económicas para los años 2009 y 2014 se analiza si ha habido una evolución hacia un sistema basado en servicios o si se han mantenido como en la situación de partida.

5.1 Metodología y fuentes de datos

La Ley de dependencia recoge en su artículo 37 la configuración básica del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), el desarrollo normativo del presente artículo se perfiló con la Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre⁵³, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La finalidad del SISAAD se centra en la mejora de la disponibilidad e intercambio de información entre las administraciones públicas, para conseguir una mejor gestión de la información de los beneficiarios y una mayor transparencia de los datos a través de la elaboración de estadísticas periódicas.

La información básica contenida es la relacionada con <<el Catálogo de servicios, e incorporará, como datos esenciales, los relativos a población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de los servicios>> (art.37.2, Ley 39/2006), en concreto la Orden SSI/2371/2013 especifica:

- Datos de la solicitud.
 - Datos identificativos de la persona solicitante.
- Datos de la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia.
- Datos de la resolución de reconocimiento de la prestación: fecha de resolución y efecto.
 - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
 - Datos de la persona cuidadora.

⁵³ ORDEN TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal. Esta orden se encuentra derogada, excepto el art. 7 por Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre

- Prestación económica de asistencia personal.
- Prestación económica vinculada al servicio.
- Catálogo de servicios.
- Recursos.
- Revisiones de la situación de dependencia y del programa individualizado de atención.
- Bajas en el sistema de información del SAAD.
- Datos económicos.

El IMSERSO es el encargado de la gestión y divulgación de la información en materia de dependencia. La información pública en esta materia se hace accesible a través de su página web. Entre la información disponible se encuentran las estadísticas mensuales de los datos de gestión del SAAD procedentes del SISSAD, que contiene la siguiente información desde mayo de 2008:

- Solicitudes por comunidades autónomas y total nacional.
- Solicitudes en relación a la población de las comunidades autónomas.
- Perfil de la persona solicitante: sexo y edad (sólo a nivel nacional).
- Dictámenes por comunidad autónoma y total nacional: *recoge el total personas beneficiarias con derecho a prestación.*
- Dictámenes en relación a la población de las comunidades autónomas y total nacional.
- Dictámenes en función del grado y nivel de la situación de dependencia por comunidades autónomas y total nacional.
- Personas dependientes beneficiarias y prestaciones por comunidades autónomas y total nacional.
- Perfil de la persona beneficiaria con prestación: sexo y edad (sólo a nivel nacional).
- Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las comunidades autónomas y total nacional.
- Personas beneficiarias y agrupación prestaciones económicas y de servicios por comunidad autónoma y total nacional.

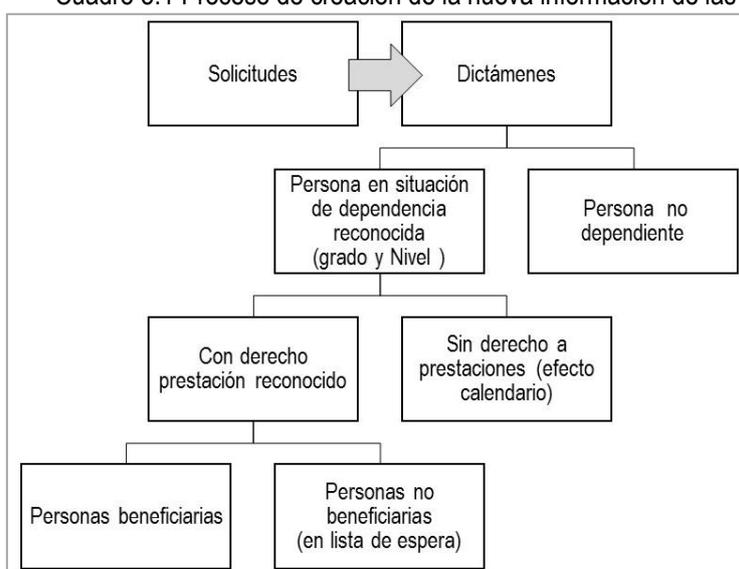
A partir de la información disponible se generó una base de datos propia que abarca el periodo temporal desde enero de 2009 hasta diciembre de 2014. El proceso de consolidación de la nueva base de datos se desarrolló de la siguiente manera:

En primer lugar, al tratarse de registros administrativos del sistema de gestión fue necesario realizar una labor de estandarización sobre las personas dependientes beneficiarias y las prestaciones por comunidades autónomas y total nacional. Desde septiembre de 2008 hasta marzo de 2009, la información sobre las prestaciones incluía adicionalmente un registro sobre prestaciones, sin especificar que computaban en la suma total de beneficiarios. Luego, desde el mes abril hasta septiembre 2009, desaparecían las prestaciones sin especificar, pero se incorporan otro registro bajo el nombre prestaciones pendientes de especificar en PIA, que de nuevo computan en el total de prestaciones. Desde octubre de 2009 hasta la actualidad, la información se estandariza, atendiendo a las prestaciones económicas y de servicios establecidos en el SAAD.

En segundo lugar, se procedió a la creación de dos variables relacionadas con el desarrollo de la efectividad del derecho, no disponible en la información pública de base como (Cuadro 5.1)

- Las personas dependientes sin derecho a prestaciones (efecto calendario), formadas por el conjunto de personas, que debido a su grado y/o nivel de dependencia por cuestiones de planificación del calendario de implantación de la Ley no pueden ser atendidas.
- Las personas dependientes con derecho a prestación pero no son beneficiarias de las prestaciones por encontrarse en lista de espera.

Cuadro 5.1 Proceso de creación de la nueva información de las estadísticas SAAD.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO.

Estas dos variables complementan el análisis de la situación social de las personas dependientes en España, con respecto al proceso de implantación de Ley de la dependencia, en la caracterización del perfil de la persona dependientes y la tipología de cuidados personales que reciben.

En tercer lugar, se ha procedido a consolidar las prestaciones del SAAD en función de la tipología de cuidados formales, informales y mixtos (véase, el capítulo 1.5)

- Cuidados informales: el beneficiario recibe en exclusividad la prestación económica para cuidados en el entorno del hogar.
- Cuidados formales: el beneficiario recibe en exclusividad una prestación económica vinculada al servicio y/o servicio de atención residencial.
- Cuidados mixtos: el beneficiario recibe servicios de ayuda a domicilio y/o centro de día/noche y/o prestación económica para la asistencia personal.

La prestación del servicio de teleasistencia no se tiene en cuenta, porque se trata de un servicio complementario, que no incide directamente en la prestación de cuidados, sino más bien sirve de apoyo en caso de urgencia. Y respecto a la prestación de los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal tienen un carácter residual y se desconocía los términos de aplicación.

En cuarto lugar, se diseñó un indicador de especialización para caracterizar la estructura territorial de prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales. El indicador muestra la participación que tiene esta prestación en una determinada Comunidad Autónoma, con relación a la participación de ésta prestación a escala nacional. Una Comunidad Autónoma, estará especializada cuando el resultado de este indicador sea mayor que la unidad. Cuanto más sobrepase la unidad el valor del indicador para la Comunidad Autónoma mayor será su nivel de especialización relativa. Ahora bien, si es próximo a 1 su especialización será media y todo lo contrario cuanto menor sea que la unidad.

El indicador de especialización queda así definido:

$$I. E_{ij} = \frac{\frac{\sum_i E_{ij}}{\sum_j E_{ij}}}{\frac{\sum_i \sum_j E_{ij}}{\sum_i \sum_j E_i}} = \frac{E_{ij}}{\sum_j E_{ij}}$$

En el que E_{ij} son los dependientes beneficiarios que reciben la prestación económica para cuidados en el entorno del hogar dentro del conjunto beneficiarios con prestación del SAAD i (1 a n) en la Comunidad Autónoma j (1 a m).

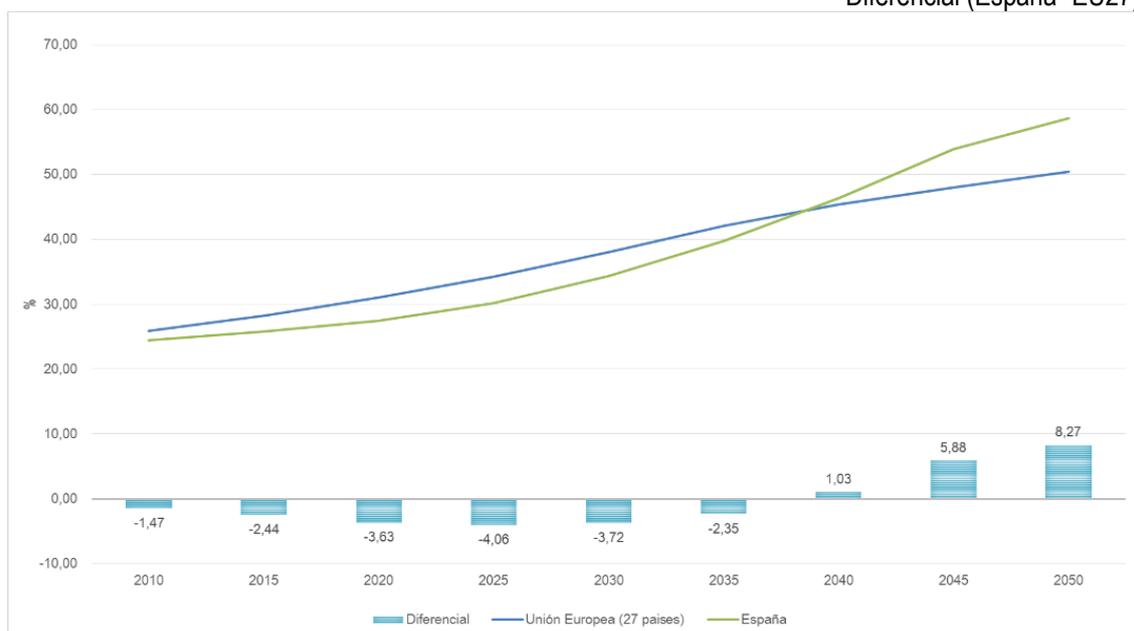
5.2 Situación de las personas en situación las personas en situación de dependencia en España

En el último informe sobre el envejecimiento realizado por la Comisión Europea- *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*- reafirma que España, y en concreto a sus mujeres, como las más longevas de Europa, 85,5 años (Comisión Europea, 2015), longevidad que se traduce en el que el 18,15% de la población española en 2014, tiene más de 65 años y el porcentaje va en aumento. El Gráfico 5.1 muestra la tasa de dependencia⁵⁴ entre España y en la UE-27 durante 2010-2050. A pesar de ser España un país envejecido, la tasa de dependencia se encuentra por 4,06 puntos porcentuales por debajo de la europea de los 27 en 2020. Para ese año se estima que el 22,55% de la población española sea mayor de 65 años y el 5,7% sea octogenaria (INE, 2016). Tendencias de crecimiento justificadas porque la población nacida entre 1958 – 1977, la generación conocida como la del baby-boom se encuentra actualmente en plena edad laboral, 35-55 años, iniciando su jubilación entorno al año 2024 (Abellán y Pujol, 2015).

Esta situación generará que las distancias entre Europa vayan disminuyendo hasta que en 2040 España la superé en 1,03 puntos porcentuales. En otras palabras, en España en 2040, por cada 100 personas en edad laboral habrá 46,39 personas mayores de 65 años. Este grupo de población representará al 32,38% del total de la población. La población octogenaria también aumentará en el doble respecto al año 2020. Estas proyecciones auguran un futuro tremendamente envejecido tanto para Europa como para España. Sin embargo, el futuro demográfico español proyectado es dramático e insostenible, estimando que en 2050 habrá tres mayores de 65 años por cada cinco personas en edad de trabajar.

⁵⁴ La tasa de dependencia en mayores es un indicador que trata de comparar el número de personas mayores de 65 años respecto al número de personas activas o en edad de trabajar (15 – 64 años).

Gráfico 5.1 Evolución de la tasa de dependencia (mayores de 65 años) de la UE27 y España, 2010-2050
Diferencial (España- EU27).



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de las proyecciones de población 2010-2050 de Eurostat (2013)

Más allá de la proyecciones de futuro de las que no podemos disimular, la actualidad demográfica de la población española pasa por encontrarse entre los países más longevos de Europa, y con una esperanza de vida a partir de los 65 años, que ascienden a los 21,05 años y en el caso de los octogenarios en 9,8 años (INE, 2015). Entonces, ante este panorama demográfico mostrado hace plantearse la siguiente cuestión: ¿el incremento de la esperanza de vida entre los adultos va acompañado o no de un aumento del tiempo vivido en mala salud?

En la Tabla 5.1 se recogen los principales resultados procedentes de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) en 2008; en términos de esperanza de vida en salud, se estima que las mujeres esperan no encontrarse en situación de dependencia hasta los 73,8 años frente a los 71,3 de los hombres. En esta línea, la esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años es de 13,1 años para los hombres y de 13,6 años para las mujeres.

La mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres genera dos situaciones: la primera es que éstas viven más años con una mayor autonomía personal - sin discapacidad- y la segunda se centran en que las pérdidas de autonomía personal y la severidad de las situaciones de dependencia se prolonga durante más tiempo (INE, 2016).

Tabla 5.1 Esperanza de vida, esperanza de vida en buena salud y esperanza de vida libre de discapacidad a distintas edades

	Hombres		Mujeres		Diferencia (mujeres-hombres)	
	A los 65	A los 85	A los 65	A los 85	A los 65	A los 85
Esperanza de vida	17,7	5,7	21,7	6,7	4	1
Esperanza de vida libre de discapacidad	13,1	2,5	13,6	2,1	0,5	-0,4
Según situación de dependencia						
Severa	14,2	3,1	15,0	2,6	0,8	-0,5
Necesitan ayuda	14,1	3,0	14,7	2,5	0,6	-0,5
Para las ABVD	14,4	3,1	14,7	2,5	0,3	-0,7
De movilidad	14,8	3,4	15,3	2,7	0,5	-0,7
De autocuidado	15,2	3,5	16,5	3,0	1,3	-0,5
Para realizar las tareas de hogar	15,4	3,7	15,8	2,8	0,4	-0,8

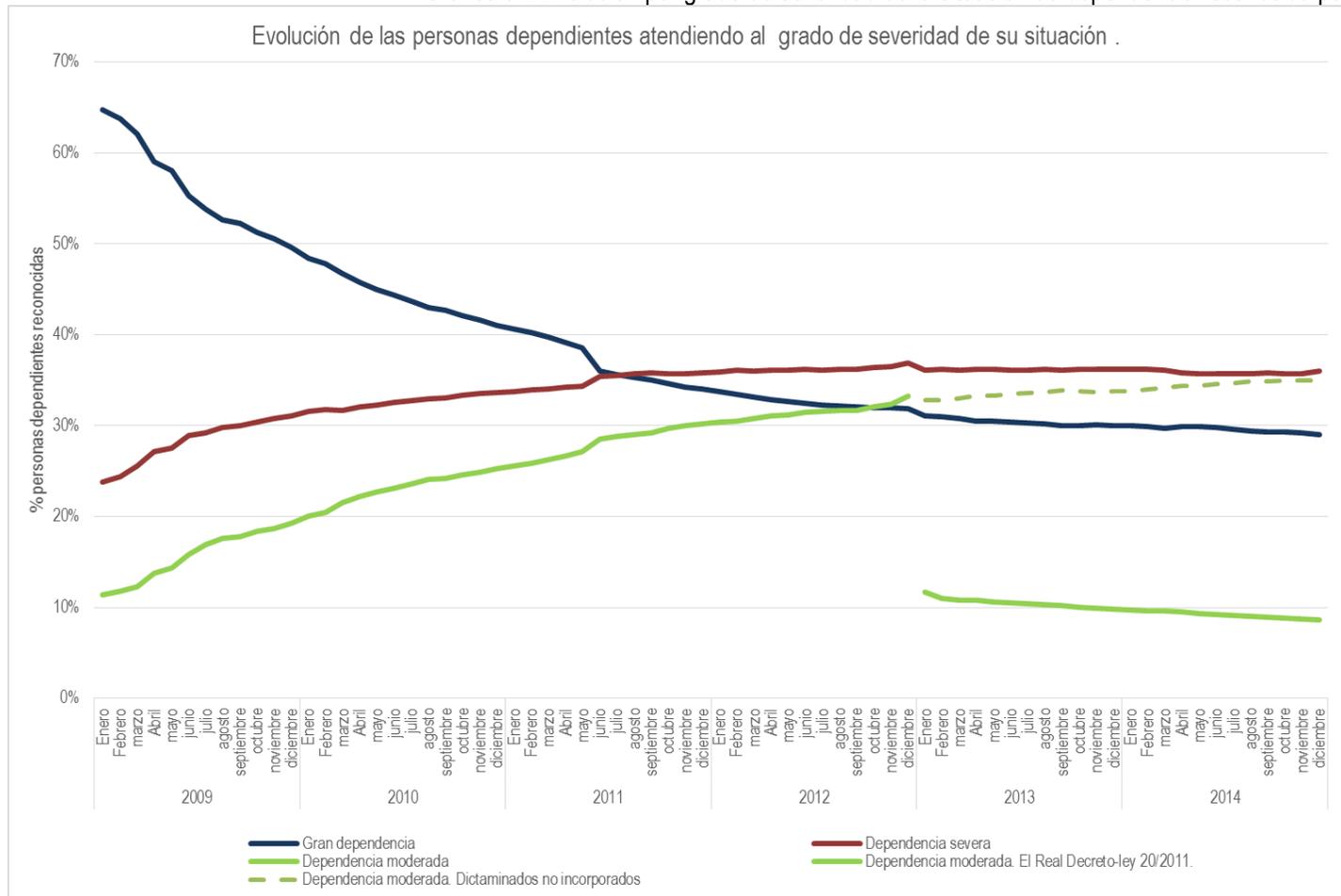
Fuente. A partir de los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (INE, 2008).

Dar respuesta a esta necesidad social creciente, teniendo en cuenta la heterogeneidad en la que se presentan las situaciones de dependencia, su atención se ha convertido en un derecho subjetivo de ciudadanía a través de la Ley de dependencia.

En España, el registro más actualizado sobre las personas en situación de dependencia se encuentra en las estadísticas mensuales del SAAD. Tomando como año de inicio de estudio el 2009, las personas dependientes eran 532.321, éstas han ido aumentando hasta sobrepasar el millón de personas en diciembre de 2014, incluidas en sistema, en términos relativos representan al 2,61% de total de la población española.

El Gráfico 5.2 muestra la distribución de las personas dependientes por grado de severidad por año estudiado. Observándose como en el año 2009, las personas con un grado III (gran dependencia) representaron aproximadamente a la mitad de los dependientes del sistema y cómo este ha ido descendiendo hasta en 20 puntos porcentuales respecto a 2014. Siguiendo una tendencia inversa a lo ocurrido por los Grado II (dependencia severa) y Grado I (dependencia moderada), que han ido aumentando su presencia en el sistema. Evolución que no tiene nada que de extrañar ya que coincidía con las prioridades establecida por la Ley de dependencia y su desarrollo normativo, que se centraban en dar respuesta a las situaciones de mayor gravedad. Los datos disponibles, de manera muy general, nos acercan a identificar la severidad con la que se presentan las situaciones de dependencia en España, dentro del sistema SAAD, que como se comprueba en el año 2014, se encuentran prácticamente en la misma proporción en torno al 30%.

Gráfico 5.2 Evolución por grado de severidad de la situación de dependencia reconocida por el SAAD (2009-2014)

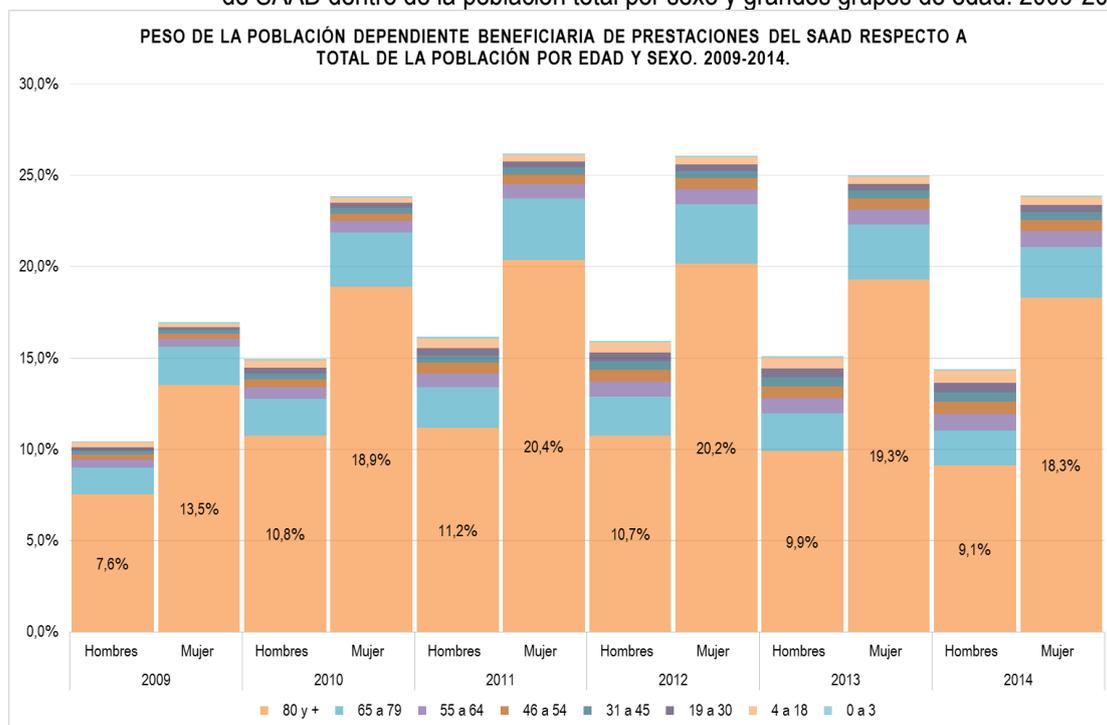


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

Sin embargo, hay que precisar que la dimensión que nos aproxima a generar un perfil de la persona dependiente en España son los datos disponibles a nivel de beneficiarios de las prestaciones económicas y de servicios, cuya información esta desagregada por sexos y grandes grupos de edad.

El Gráfico 5.3 se muestra en términos relativos el peso de los dependientes beneficiarios dentro del total de la población española desde 2009 a 2014. De manera muy general podemos decir que las situaciones de dependencia se encuentran presentes en todos los tramos de edad, pero es a partir de los 65 y más años cuando mayor es la concentración de situaciones dependencia y de beneficiarios.

Gráfico 5.3 Representatividad de la población dependiente con condición de beneficiaria de prestaciones de SAAD dentro de la población total por sexo y grandes grupos de edad. 2009-2014



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

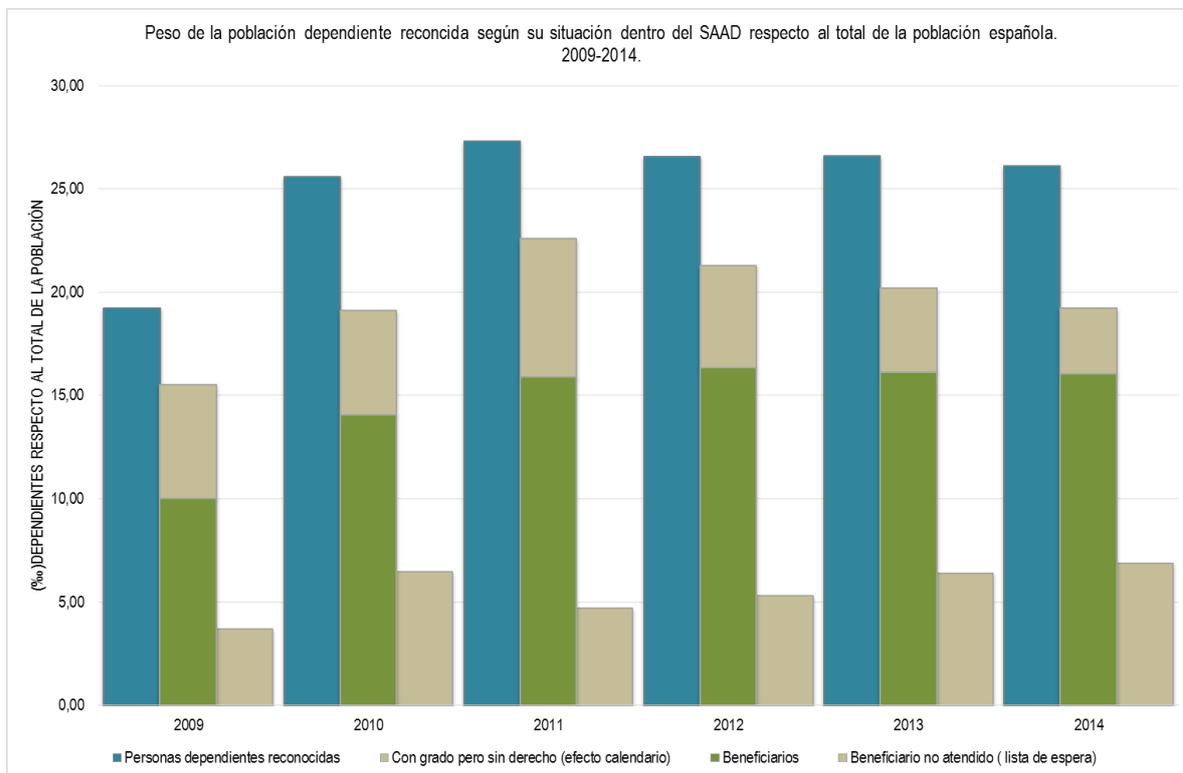
A lo largo del periodo de estudio se observa cómo ha ido en aumento el porcentaje de población dependiente beneficiaria del sistema respecto al total de la población, aspecto muy importante, porque no se ha producido un agotamiento de sistema a pesar de modificaciones normativas y paralizaciones parciales del sistema como consecuencia de la crisis económica y financiera.

En definitiva, el perfil de la persona dependiente beneficiaria de las prestaciones del SAAD se escribe en femenino y en concreto, mujer octogenaria que debido a su mayor esperanza de vida se presentan con una mayor severidad y se prolongan en el tiempo. Sin menoscabo del resto, ya que la atención a las personas dependientes es un derecho subjetivo de ciudadanía proclamado por la Ley de dependencia y el sistema.

5.3 Proceso de implantación de la Ley de dependencia y del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (2009-2014):

El proceso de implantación del SAAD partió con un objetivo prioritario inicial, claro y centrado en dar una respuesta efectiva a las personas con mayores necesidades de atención requerían en la realización de las actividades de la vida diaria. El peso de la población dependiente dentro del conjunto de la población española ha ido creciendo hasta llegar en 2011 al 27,2‰, desde entonces se ido manteniendo en el 26,3‰, teniendo en cuenta que no todas estas personas reciben o son beneficiarias de prestaciones del SAAD. En otras palabras, el sistema está dando cobertura aproximadamente entorno al 60% del total de los dependientes reconocidos a lo largo del periodo de estudio (Gráfico 5.4), el resto está mayoritariamente formado por personas, que aun siendo reconocidas como dependientes no pueden ser atendidas por el sistema debido al llamado efecto calendario. Sin embargo, el porcentaje de personas en lista de espera que alcanzaba el 6,9‰ del total de personas beneficiarias en 2011, se ha ido reduciendo hasta en 35 puntos por mil en 2014, debido a la paralización parcial del proceso de implantación de la Ley de dependencia.

Gráfico 5.4 Población dependiente reconocida según su situación dentro del SAAD respecto al total de la población española (2009-2014)



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

Ahora bien, el proceso de implantación de la Ley de dependencia se centra en la manera en la que el sistema está dando respuesta al derecho subjetivo de ciudadanía que lleva implícito, para ello, el Gráfico 5.5. En él, se muestra la evolución mensual de los principales estados identificados, en los que se encuentran personas hasta llegar a ser beneficiarios. Además de plasmar las consecuencias que la crisis económica que han condicionado y/o alterado el proceso de implantación.

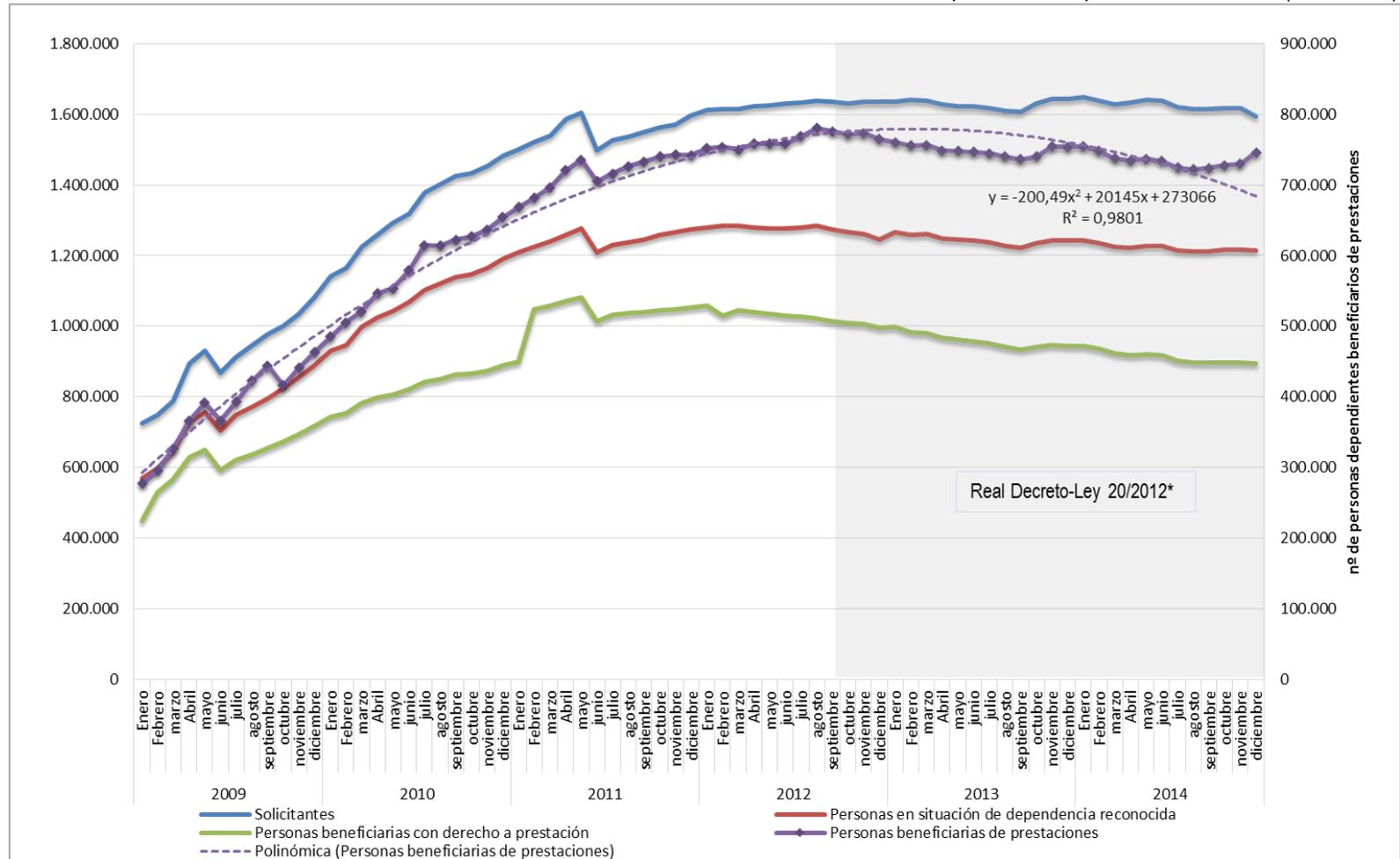
El período⁵⁵ de estudio 2009-2014 tiene un punto de inflexión en agosto de 2012, tras la entrada en vigor de la reforma de la Ley de dependencia con el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, dando lugar a dos momentos: el antes y el después del mismo. Entonces, esta situación no sólo afecta a las personas que ya se encuentran dentro del sistema, sino también a las

⁵⁵ Implican cambios metodológicos: el primero en los meses de mayo y junio de 2009 en el que se produce una ruptura metodológica, actualización de datos, regularización de bajas, fallecimientos, revisiones de grado o de prestación y expedientes depurados, así como, expedientes en vigor en cada mes. Y el segundo, en junio de 2011, se trata de una mejora con la implantación de una técnica en el control de vivencia de los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la depuración de una serie de expedientes que no continúan activos en el SISAAD por diferentes causas (desistimiento, caducidad, traslados, no acreditar situación de dependencia...).

solicitudes de valoraciones, consideradas como la percepción individual de encontrarse en situación de dependencia. Estas mantienen, en general, una tendencia creciente. Pero a partir de septiembre de 2012 el ritmo es más sostenido, manteniéndose en los 1,6 millones.

Ahora bien, las personas en situación de dependencia reconocida se han de analizar con perspectiva, porque la forman tanto las personas con derecho a prestación como aquellas que por calendario no lo tienen reconocido pero están dentro del sistema; alcanzando el 1.2 millones en 2014, lo que supone una tasa de variación del 53%. Ahora bien, el número de las personas dependientes con derecho a prestación crecen hasta alcanzar en los primeros meses de 2012 el millón de personas. Desde entonces, comienza el descenso de personas en esta situación; a las que se les añade las consecuencias derivadas del Real Decreto-Ley 20/2012, como la paralización parcial que consistía en la no incorporación de nuevos dependientes al sistema, situación que nos retrotrae a cifras de noviembre de 2010. Esto habrá o no mejorado la situación de las personas que hasta de septiembre de 2011 se encontraban valoradoras y con derecho a prestación, pero por calendario no podía ser atendida o estaban en lista de espera. Probablemente, estas personas hayan visto agravada su situación de dependencia y los recursos asignados entonces sean insuficientes; ofreciendo una respuesta parcial y sometiéndose a estas personas a la revisión del grado de dependencia.

Gráfico 5.5 Evolución mensual del proceso de implantación del SAAD (2009-2014).



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

La paralización ha tenido como consecuencia añadida el aumento de las personas que no pueden ser atendidas por cuestiones de calendario debido a esta nueva modificación, sin contar a los que se encuentren en lista de espera por la falta de recursos disponibles para dar respuesta a los PIAs.

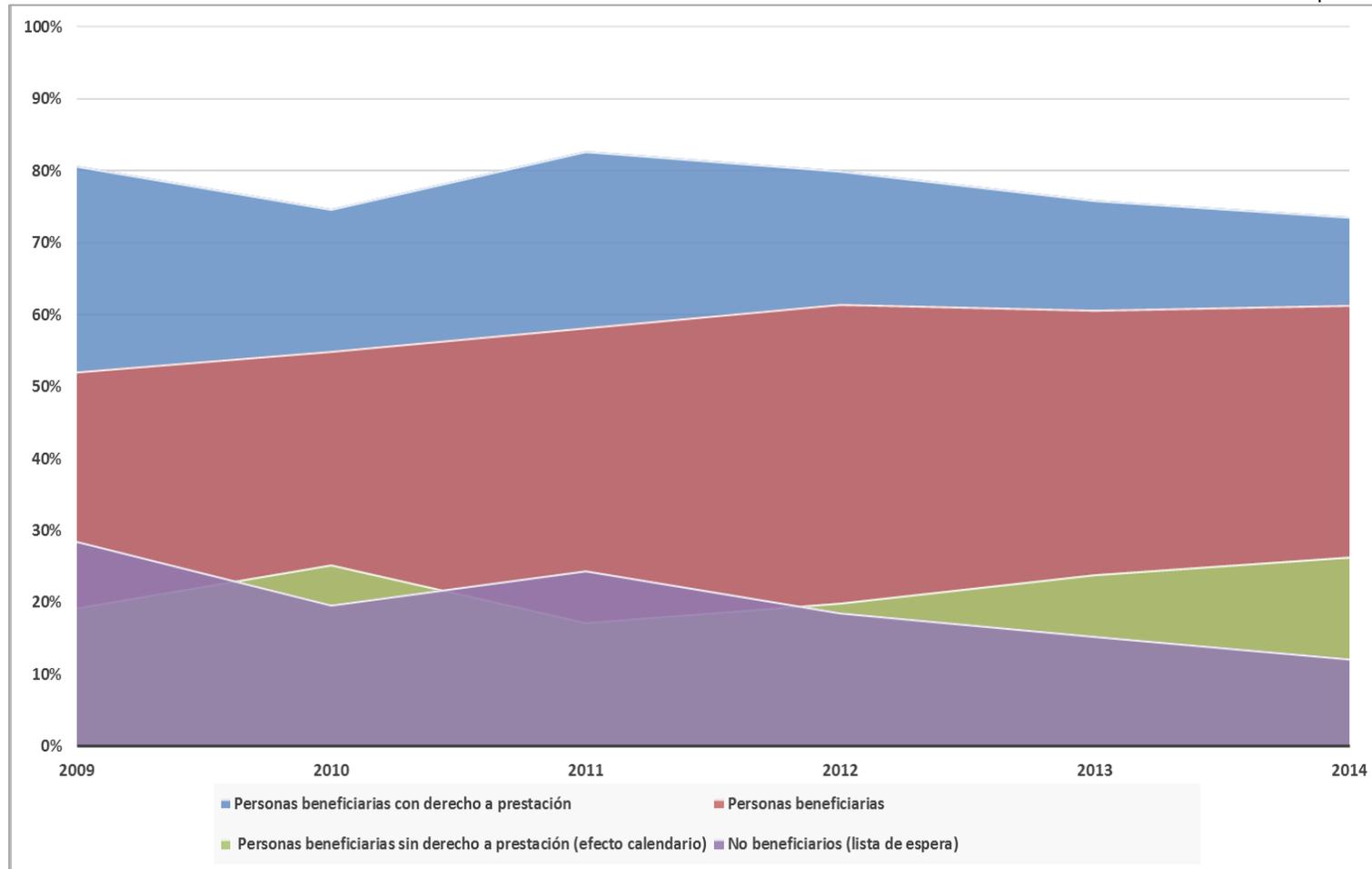
Las personas dependientes beneficiarias de prestaciones económicas y de servicios desde enero 2009, en general, ha tenido una variación positiva del 63%, o lo que es lo mismo, ha aumentado en 470 mil personas dependientes. Desde septiembre de 2012, se produce un mantenimiento de los beneficiarios por debajo de los 800 mil. Los datos apuntan que desde el año 2009 el SAAD está respondiendo con prestaciones económicas y de servicios entre el 55-60% de la población dependiente reconocida.

Sin embargo, la tendencia indica que el número de beneficiarios irá disminuyendo porque no contempla la modificaciones del calendario de aplicación de la Ley de Dependencia realizadas por el Real Decreto-Ley 20/2012, en el que se retrasa otra vez la incorporación de nuevas personas dependientes de Grado I hasta el 1 de julio de 2015. De manera paralela los usuarios del sistema se mantienen y no se dejan de prestar servicios a los que ya se encuentran dentro, personas con grado de dependencia III, II y I nivel 2 - Gran dependencia, severa y moderada nivel 2 hasta 31 de diciembre de 2011-. A partir de ese momento, se producirá la reanudación de la Ley de dependencia si no aparecen nuevas modificaciones.

El proceso de implantación de la Ley de dependencia se ha de explicar a partir de la efectividad del derecho a las prestaciones de servicios y económicas reconocidas, el cual, ha estado sujeto a lo establecido por el calendario y a las modificaciones que le han ido sucediendo. El Gráfico 5.6 muestra la efectividad de derecho⁵⁶, atendiendo a las personas que se encuentran dentro del sistema, es decir, las personas dependientes reconocidas con grado y nivel – en función del año de incorporación-. El gráfico muestra claramente que la efectividad del derecho ha sido reconocida desde el inicio al 50% de los dependientes e incluso desde 2012, ha aumentado hasta alcanzar el 60% o lo que es lo mismo 2 de cada 3 dependientes reconocidos son beneficiarios. Sin embargo, el itinerario que tiene que pasar una persona dependiente reconocida para se haga efectivo su derecho de atención es un tanto tedioso.

⁵⁶ Si bien es cierto, hubiese sido más interesante analizarlo en términos relativos comparando con la población total española, el SISAAD no proporciona esta información desagregados por tramos de edad.

Gráfico 5.6 Situación de las personas dependientes atendiendo a la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia previstas en la Ley respecto al total de personas dependientes reconocidas.

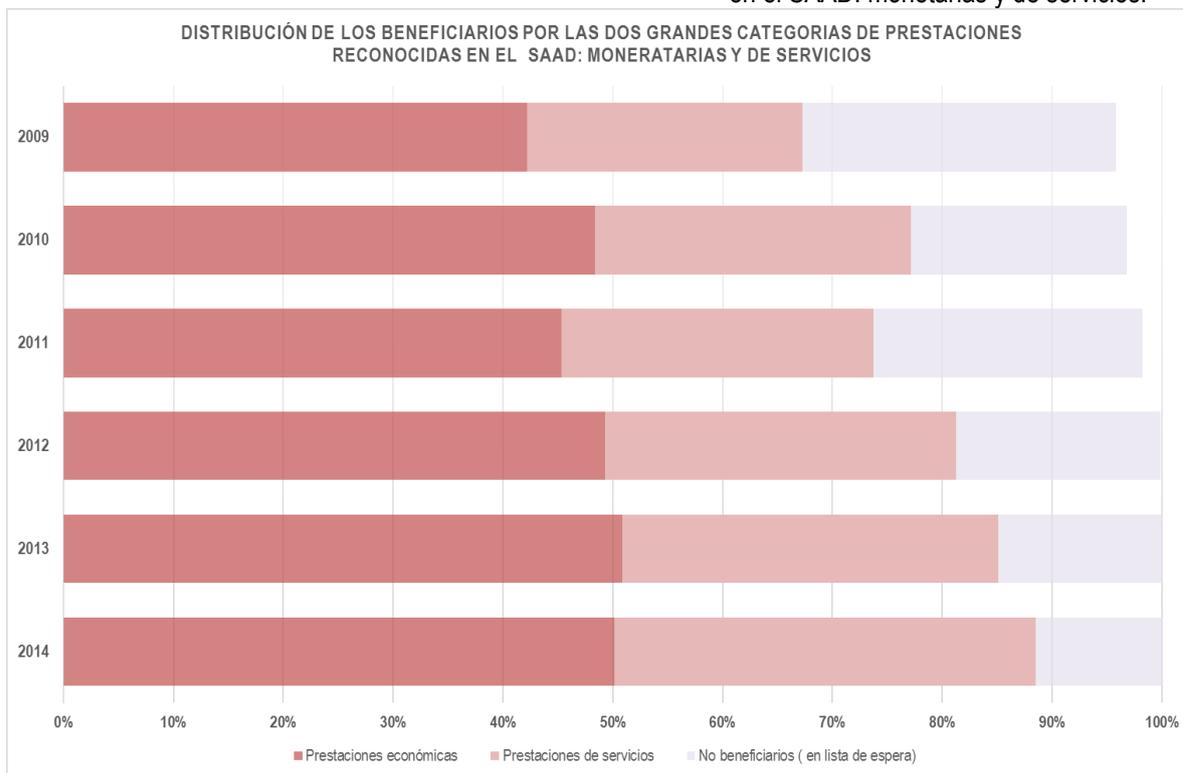


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

En este sentido, una persona reconocida como dependiente en función del grado de severidad puede pasar a formar parte del grupo de personas sin derecho a prestación por cuestiones sujetas al calendario, es decir, no son beneficiarias y por tanto no son atendidas; este grupo paso del 17% en 2011, punto más bajo, hasta alcanzar el 26,3% en 2014, en la misma situación que 2010, en el que 1 de cada 4 dependiente reconocidos no tenía derecho. En esta línea están las personas que siendo beneficiarios se encuentran en lista de espera, este grupo de población tuvo su pico más alto en 2011 y desde entonces se han ido reduciendo hasta 13,2%, lo que supone que 1 de cada 8 beneficiarios está en lista de espera. Todo ello repercute en la calidad y en la viabilidad del mantenimiento de mismo - por el carácter retroactivo de la prestaciones económicas, Real Decreto-ley 8/2010 y Real Decreto-ley 20/2012-.

Hemos comprobado como los beneficiarios se han ido manteniendo a lo largo del período de estudio (2009-2014) la efectividad del derecho se culmina con el Plan Individualizado de Atención, en que se planifican las prestaciones de servicios y/o monetarias establecidas para cada grado de dependencia y reconociendo las preferencias de las personas dependientes en su caso. Tales preferencias y/o las recomendaciones de los profesionales del trabajo social, el Gráfico 5.7 muestra la distribución por año de estudio de las prestaciones de servicios y económicas. Los datos revelan que las personas con derecho a prestación y dentro de éstos, los beneficiarios se inclinan por las prestaciones económicas frente las de servicios. Sin embargo, el aumento de ambas prestaciones va en detrimento del número de beneficiaros en lista de espera. En este gráfico se observa cómo la evolución del sistema ha sido a trancas y barrancas porque el papel de las prestaciones económicas trataba de servir como apoyo a la no disponibilidad de servicios en el entorno social del titular del derecho. Sin embargo, en la tierra del Lazarillo de Tormes y más aún en tiempo de crisis y de destrucción masiva de empleo, las familias han optado por la prestación económica y la persona dependiente en casa.

Gráfico 5.7 Distribución de los beneficiarios⁵⁷ por las dos grandes categorías de prestaciones reconocidas en el SAAD: monetarias y de servicios.



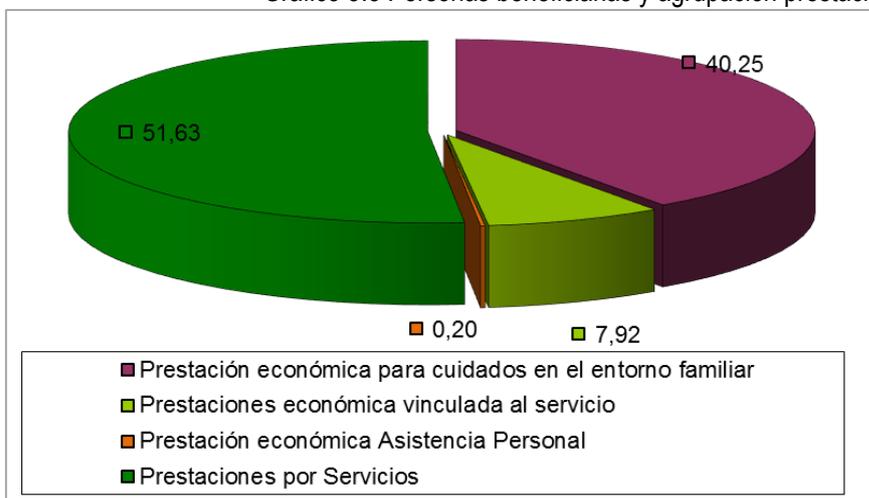
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

La realidad presentada en el Gráfico 5.7 es ligeramente diferente a lo publicado en la información estadística mensual del SAAD. Para que sea más ilustrativa se han extraído del Gráfico 5.8 los datos estadísticos correspondientes al mes de diciembre de 2014, sobre personas beneficiarias y prestaciones. Los resultados obtenidos muestran como las prestaciones de servicios, cuentan con un peso mayor dentro de los beneficiarios que las prestaciones económicas. Sin embargo, esta afirmación es una verdad contada a medias o más bien se distorsiona la realidad por varios motivos; el primero, la incorporación del servicio de teleasistencia dentro de las prestaciones de servicios, cuando este no índice directamente en la prestación de cuidados, sino que es un complemento en caso de una situación de urgencia. Y el segundo, se centra en el art. 4 del RD 1050/2013 en el que se introducen un nuevo criterio de asignación del nivel mínimo garantizado de protección a las comunidades autónomas, en el que se valorará positivamente, en términos de reparto aquellas prestaciones, que atienden a los

⁵⁷ Para realizar esta comparación entre las grandes categorías de prestaciones los datos disponibles contabilizan el nº de prestaciones que recibe los beneficiarios. Esto quiere decir que un beneficiario puede obtener más de una prestación pero no significa que haya más personas beneficiarias. De ahí que en determinados años la distribución se encuentre por debajo de 100%

beneficiarios a través de servicio, en relación a las prestación económica para cuidados en el entorno del hogar.

Gráfico 5.8 Personas beneficiarias y agrupación prestaciones (diciembre de 2014)



Fuente. Extraído de los datos estadísticos de gestión del SAAD para el mes de diciembre de 2014. Información incorporada al SISAAD sobre expedientes en vigor a 31/12/2014. Personas beneficiarias y agrupación prestaciones.

5.4 Perfil de la persona en situación de dependencia y tipología de cuidados personales en el entorno del hogar

Los estudios de Esparza Catalán, 2010; Alegre Escolano et. al., 2005 y Rodríguez Cabrero, 2004 entre otros, evidencian la estrecha relación entre las situaciones de dependencia y la edad. Resultados que están en la línea de los avanzados al inicio del capítulo, Gráfico 5.3. Aunque las situaciones de dependencia se encuentran en todas las edades, el ritmo de aparición no es constante, sobre todo a partir de los 65 años y más aún entre los octogenarios; ni tampoco es igual entre hombres y mujeres. Si se toma como referencia la Tabla 5.2 para establecer el perfil de persona dependiente beneficiaria de prestaciones de la Ley de dependencia, se comprueba que se trata de adultos mayores de 65 años y que dentro de este grupo son las mujeres y octogenarias determinantes de las características de las personas dependientes en España. No se trata de dar una visión reduccionista de las situaciones de dependencia, asociándolas a los adultos mayores, pero en ellos se presentan con una mayor intensidad.

Tabla 5.2 Representatividad de la población dependiente con condición de beneficiaria de prestaciones de SAAD respecto al total de la población por sexo y grandes grupos de edad. España 2014.

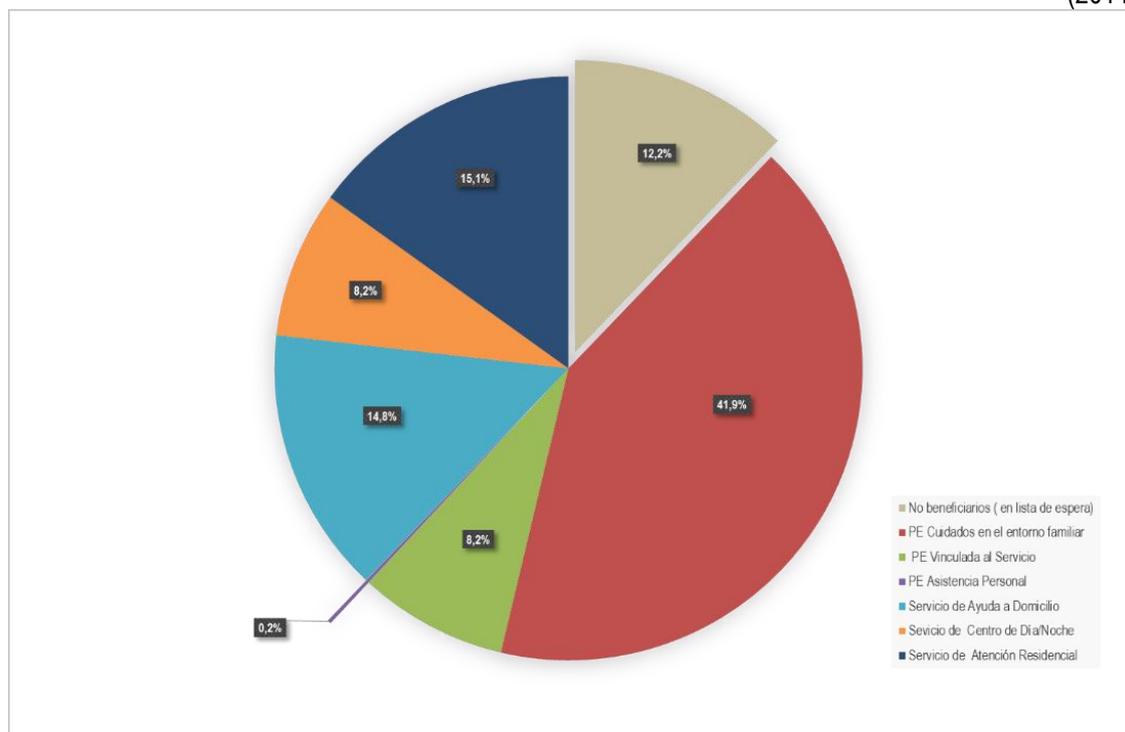
Grandes grupo de edad	Hombres	Mujer
80 y +	9,1%	18,3%
65 a 79	1,9%	2,8%
55 a 64	0,9%	0,8%
46 a 54	0,7%	0,6%
31 a 45	0,5%	0,4%
19 a 30	0,5%	0,4%
4 a 18	0,7%	0,4%
0 a 3	0,1%	0,1%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de 2014.

Partiendo de la base, de la importancia del mantenimiento de la personas en su entorno social habitual, la Ley de dependencia configuró un catálogo de prestaciones de servicios y económicas con el fin de dar una respuesta de atención eficaz a las demandas de las personas dependientes. En base a ello, en el Gráfico 5.7, se veía que la tendencia se inclinaba más hacia las prestaciones económicas frente a las de servicios a lo largo de toda serie temporal. Pues bien, tomando como referencia el año 2014, se analiza la distribución de las prestaciones en función de su tipología, Gráfico 5.9, y nos llama la atención cómo la prestación económica de cuidados en el entorno familiar sea la protagonista, cuando la intención desde el inicio era todo lo contrario. Se gestó como una prestación de carácter excepcional, cuando las condiciones de habitabilidad de la vivienda fuesen adecuadas y su entorno estuviese carente de los recursos necesarios. En este sentido, que 2 de cada 5 dependientes sean beneficiarios en exclusividad de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, genera dos reflexiones: la primera, derivada de una posible insuficiencia de recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de atención y la segunda como consecuencia directa de la crisis económica y en el afán de dar respuesta – mantener el porcentaje de beneficiarios-, les han resultado más barato para las Administración Pública⁵⁸ este tipo de prestación económica frente a otras. Ésta prestación dibuja la tradicionalidad de la familia como la responsable de la tarea del cuidado, es decir, los cuidados informales.

⁵⁸ En el siguiente apartado se centrará en las implicaciones socioeconómicas de la Ley de dependencia como antecedentes a las modificaciones introducidas por el RD 1050/2013 en el que se valorará – económicamente-positivamente a las comunidades autónomas que presente un mayor número de prestaciones de servicios frente a la prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

Gráfico 5.9 Distribución de las personas dependientes beneficiarias por tipo de prestación del SAAD (2014)



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

La segunda prestación con un 15,1%, son los beneficiarios que reciben cuidados formales, a través de los servicios de atención residencial que, debido a la severidad de la situación y/o a la situación social, le impide mantenerse en su entorno habitual. En esta línea de cuidados formales, se encuentran la prestación económica vinculada al servicio, que representa el 8,2% estas, y sirven de apoyo económico a la prestación de atención residencial.

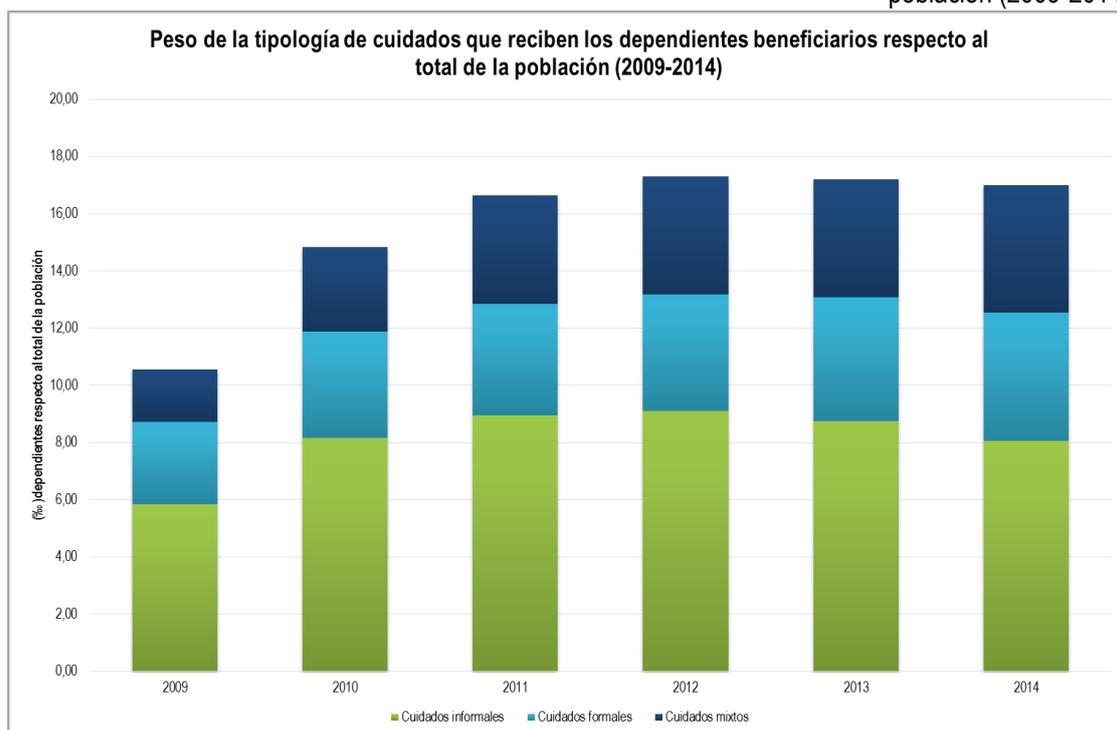
El conjunto de prestaciones de servicios junto a la prestación económica de asistencia personal, aun cuando tiene un carácter residual 0,2%, representan un bloque muy importante y emergente dentro de la tipología de cuidados que reciben los beneficiarios, como son los cuidados mixtos. Este tipo de prestaciones se perfilan como un complemento – alivio- para los cuidadores principales. De hecho, aproximadamente el 15% de los beneficiarios reciben servicio de ayuda a domicilio, seguido de servicio de centro de día/ noche con un 8,2%. Ahora bien, todas ellas tienen como nexo común que se desarrollan en el entorno del hogar.

La categorización de las prestaciones económicas y de servicios en torno a la función de la tipología de atención que presenta, dan lugar, como se ha indicado más arriba, a diferentes tipologías de cuidado: informales, formales y mixtos. Hasta ahora lo que se ha analizado es como se han distribuido las prestaciones y agrupado en función de la tipología de cuidados

dentro de SAAD. Sin embargo, lo realmente interesante y real, es relativizar la información, analizando la representatividad o el peso que tienen la tipología de cuidados respecto al total de la población española.

En España, la población dependiente beneficiaria es del 16,3% en 2014, y el ratio de prestaciones por persona beneficiaria ha sido 1,25. El Gráfico 5.10, muestra como el peso de cuidados informales aun siendo la tipología protagonista desde 2012, comienza a descender su representatividad frente al aumento progresivo de cuidados formales y mixtos. De hecho, se observa como los cuidados formales tienen un crecimiento sostenido, pasando de los 3,71% en 2009 a los 4,49% en 2014. La emergencia de las nuevas formas de cuidados complementarios a las acciones diarias de los cuidadores principales, es decir, los cuidados mixtos, han crecido del 2,95% en 2009 al 4,47% en 2014, equiparándose al peso de los cuidados formales.

Gráfico 5.10 Peso de la tipología de cuidados que reciben los dependientes respecto al total de la población (2009-2014).



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

El peso de los cuidados informales como tipología tradicional de prestación de atención en España, y la emergencia de nuevas fórmulas, que responden a las necesidades, no sólo del dependiente sino también a las de los cuidadores principales, tienen en común que se desarrollan en el entorno del hogar, y es por este motivo que, tanto los cuidados informales y

mixtos, sin menos cabo de cuidados formales, requieren de una red social alrededor de la persona dependientes.

Partiendo de la base de que el 55% de los beneficiarios de prestaciones del SAAD se concentran en lo mayores de 65 años, la encuesta SHARE en su oleada 4 para el año 2013 determina que el tamaño medio del hogar en España de una persona dependiente de 65 años y más es de 2,11, superior a la media europea. Sin embargo, la red social existente alrededor del mayor dependiente español es inferior a la media europea (2,14).

En la Tabla 5.3, se describe la composición de la red social del mayor dependiente en España, en la que el 32,43%, está formada por un miembro que normalmente es la esposa/pareja o los hijos ante la ausencia de ésta; seguida de la formada por dos miembros (24,26%) que se identifica con la esposa/pareja e hijos. Estos resultados consolidan la composición de la red primaria de apoyos en los adultos mayores dependientes y se justifica la tradicionalidad del cuidado por la familia en el entorno del hogar.

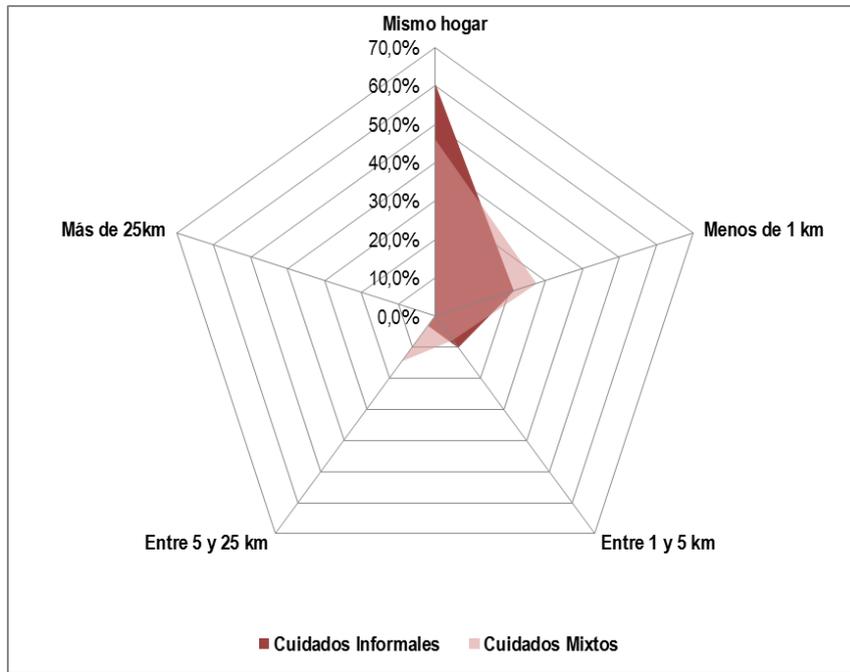
Tabla 5.3 Distribución del tamaño de la red social de las personas dependiente mayores de 65 años en España.

Tamaño de la Red Social	Frecuencia	Porcentaje
Sin Red social	325.449	12,36%
Un miembro	853.708	32,43%
Dos miembros	638.544	24,26%
Tres miembros	447.454	17,00%
Cuatro y más miembros	367.427	13,96%

Fuente. Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013.

En esta línea, la prestación de cuidados en el entorno del hogar implica una proximidad física entre el dependiente y la persona cuidadora, determinando el tipo de cuidado que recibe. En el Cuadro 5.2 , se observa como más del 60% de los cuidados informales son prestados por personas que se encuentran dentro del mismo hogar – conviven-. En el caso de los cuidados mixtos se reduce la presencia del miembro de la red social en el mismo hogar (43,3%), concentrándose a menos de un kilómetro y de manera residual en otras localidades (menos de 25 km). Los cuidados personales, independientemente de la tipología, son cuidados que se desarrollan en la proximidad, como consecuencia de la falta de autonomía personal y la necesidad de apoyos continuos en sus vidas diarias.

Cuadro 5.2 Proximidad máxima geográfica entre el mayor dependiente y el miembro de la red social más cercano, en función de la tipología de cuidado.

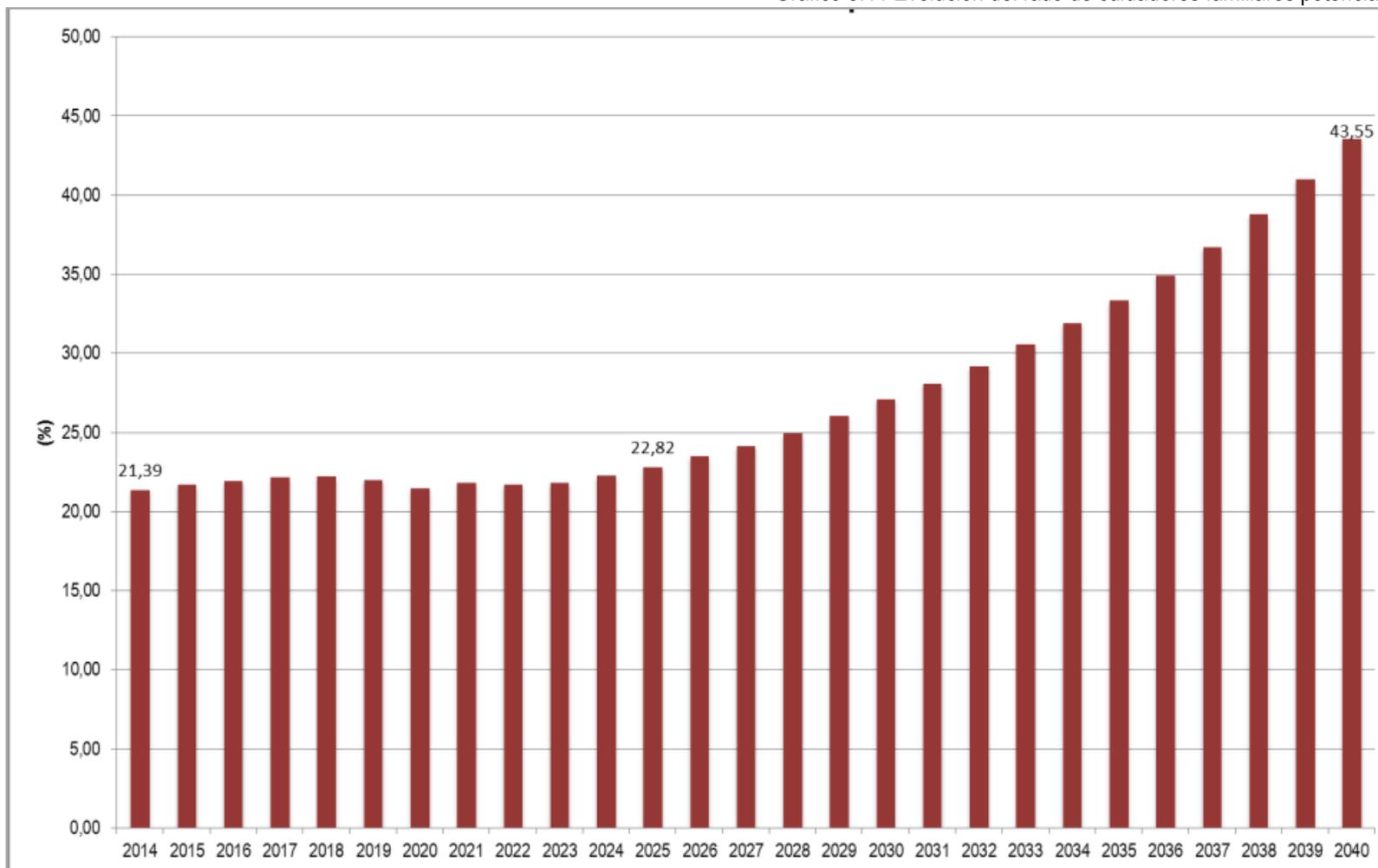


Fuente. Elaboración propia a partir de los microdatos SHARE, 2013

En un país como España, en el que la familia tiene un papel central en la red de apoyos naturales ante una situación de necesidad, más las tendencias demográficas expuestas anteriormente, tendrán consecuencias directas respecto a la prestación de cuidados personales. Entre ellas, el aumento progresivo de los adultos mayores de 65 años, y dentro de estos las octogenarias, respecto al grupo de población entre los 45 y 64 años considerados como cuidadores principales potenciales provoca que cada vez sean menores los recursos de la red familiar de apoyo (Gráfico 5.11).

Tanto el escenario actual como el futuro justifican cómo la atención a las personas dependientes sea una necesidad social creciente y que la familia no tendrá tanto protagonismo, viéndose obligada a la externalización de la tarea del cuidado. Ante este panorama el Estado tendrá un papel fundamental hacia la consolidación de un modelo de cuidados mixtos sostenible, basado en servicios, complementado con la tradicional actuación familiar.

Gráfico 5.11 Evolución del ratio de cuidadores familiares potenciales 2014-2040.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2014-2064.

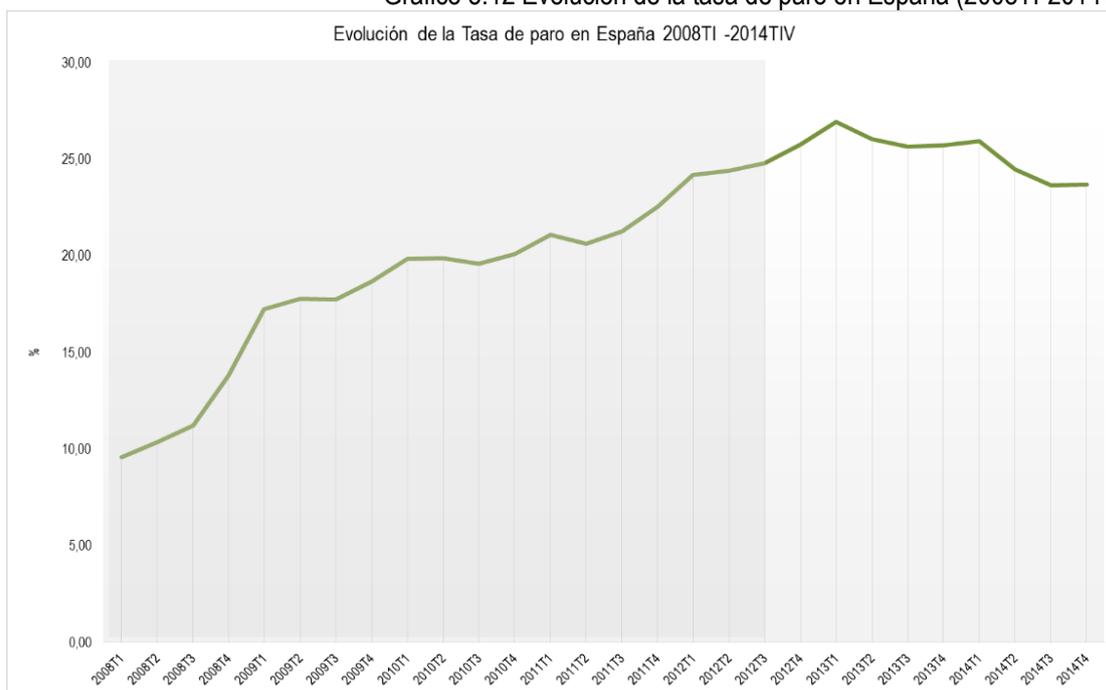
5.5 Implicaciones socioeconómicas de la Ley de Dependencia⁵⁹

El mercado de trabajo español desde el tercer trimestre de 2007 se ha visto seriamente perjudicado por la crisis económica y financiera mundial que comenzó en Estados Unidos a principios del mismo año.

La característica esencial que ha marcado el mercado de trabajo en España desde 2008 hasta el 2014 ha sido el aumento de la tasa de paro (Gráfico 5.12). Sin embargo, nos vamos a centrar en el periodo 2008-2012, en el que la destrucción de empleo provocada por la crisis ha sido un claro indicador de la situación de emergencia sociolaboral española, además de ser el periodo de tiempo que con mayor celeridad se destruyó empleo. De hecho, <<el número de desempleados se considera como un claro indicador de las consecuencias de dicha crisis, el cual ha aumentado en un 174,8% entre 2008 y 2012. El número de parados en España pasó de 2,2 millones de personas en el primer trimestre de 2008, a casi 6,0 millones de parados en el cuarto trimestre de 2012 >> (Camacho, Ruiz y Minguela, 2015: 176). Ahora bien, la tasa de paro tiene el repunte más alto en el primer trimestre de 2013, que alcanza el 26,94%; desde entonces comenzó a descender llegando a las cifras no tan halagüeñas del año 2012.

⁵⁹ Este apartado expone las principales características y resultados del artículo realizado por José Antonio Camacho, Soraya Ruiz y M^a Ángeles Minguela denominado "La atención a las personas en situación de dependencia como yacimiento de empleo en tiempos de crisis: el caso español", publicado en la revista de Cuadernos de Relaciones Laborales en el número 1, volumen 33 del año 2015.

Gráfico 5.12 Evolución de la tasa de paro en España (2008TI-2014TIV)



Fuente. Elaboración propia a partir de la EPA (INE, 2016)

La tendencia expresada anteriormente, es similar para ambos sexos, pero el peso de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo fue superior durante desde 2008. La tasa de variación del desempleo durante el período, para hombres fue del 211.6% y del 141.5% para las mujeres, comprobándose esa participación (Camacho, Ruiz y Minguela, 2015). Igual ocurre si esta situación es explicada por tramos de edad. No cabe duda que el paro juvenil entre los menores de 25 años se ha cobrado aproximadamente un millón de puestos de trabajo. Sin embargo, los mayores de 55 años en situación de desempleo han alcanzado el 20%, teniendo en cuenta que más de dos tercios son parados de larga duración (AGETT 2012a; 2012b; 2012c y 2012d), transformándoles en un colectivo altamente vulnerables y en riesgo de exclusión social.

La situación del mercado de trabajo es muy compleja. Este ha afectado seriamente a determinados sectores como el de la construcción con gravísimas pérdidas de empleo, ejerciendo un efecto contaminante a otros sectores auxiliares como el inmobiliario, el metalúrgico, los servicios de arquitectura... En España el número de afiliaciones en situación de alta en la Seguridad Social durante el periodo 2009-2012, registró una pérdida de aproximadamente de 1,7 millones de personas, de ellas cuatrocientas mil procedía de la construcción (Camacho, Ruiz y Minguela, 2015).

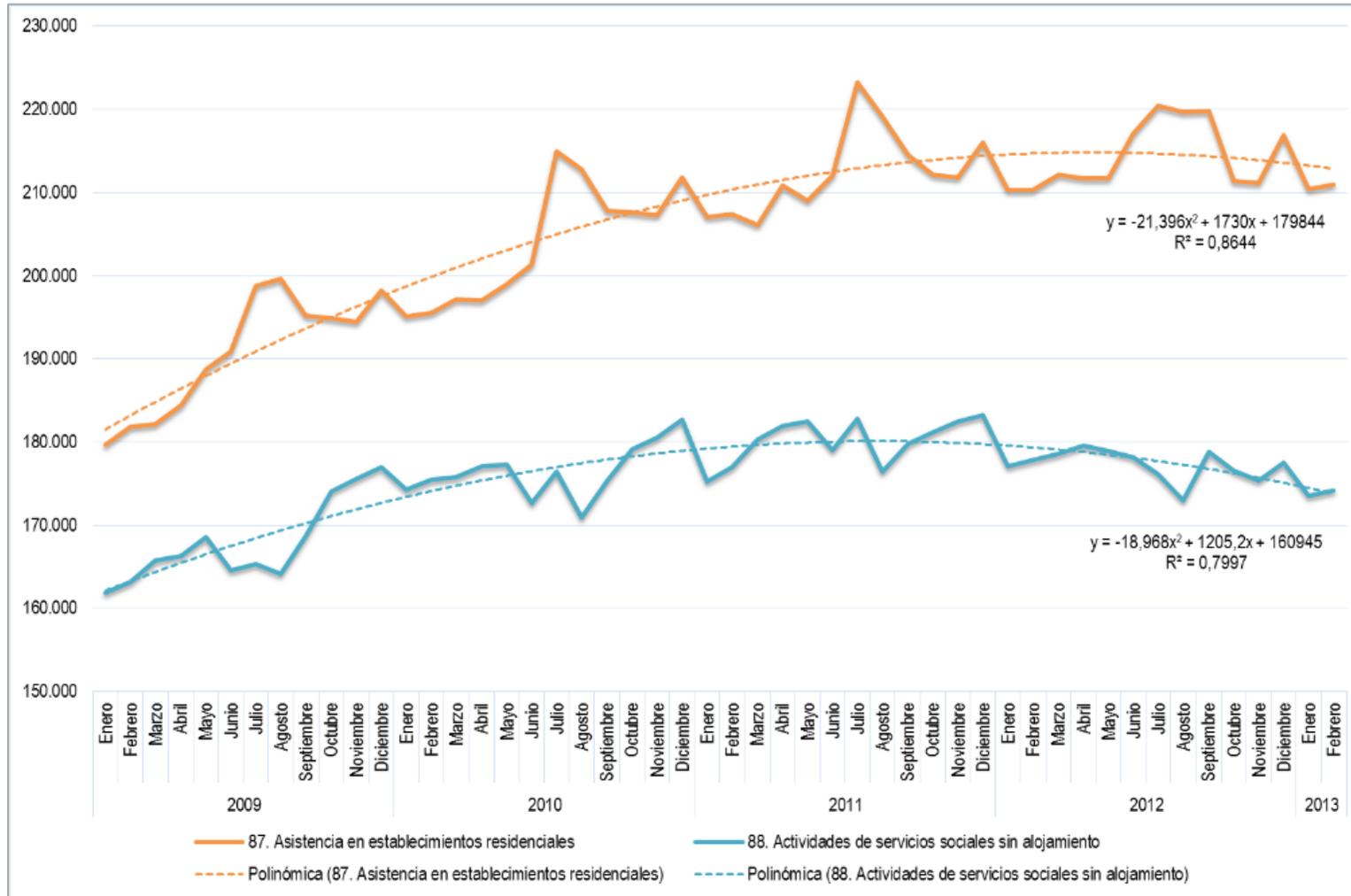
En el lado opuesto, los trabajos de Camacho Ballesta, et al., 2012; Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010 y 2011, Sosvilla Rivero, 2009 y Herce, et al., 2006, muestran a través de diferentes métodos de estimación del empleo, como las actividades relacionadas con la atención y promoción de las personas en situación de dependencia han sido capaces de generar empleo; en la línea de lo pronosticado por el Libro Blanco de la Dependencia de 2004.

Tomando como referencia el trabajo⁶⁰ realizado por Camacho, Ruíz y Minguela (2015), sobre el mercado de trabajo en los servicios relacionados con la atención a las personas en situación de dependencia durante el periodo 2009-2012, describen como las actividades de asistencia en establecimientos residenciales pasaron de los 179,7 mil afiliados a la Seguridad Social en enero de 2009, a los 216,9 mil en diciembre de 2012, o lo que es lo mismo, una tasa de variación del 20,7%. Así, los servicios sociales sin alojamiento crecieron a lo largo del periodo aproximadamente un 10%.

Más allá de dar datos globales de inicio y fin de período, lo interesante se encuentra en los movimientos y las fluctuaciones mensuales en los registros de afiliados a la Seguridad Social en estas ramas de actividad (Gráfico 5.13). Resalta sobre todo el año 2011, el mes de julio, que se alcanzaron máximos de afiliación para ambas actividades (223,2 mil personas afiliadas en las actividades de asistencia en establecimientos residenciales y 183,2 mil personas en servicios sociales sin alojamiento). Es curiosa la complementariedad de estas actividades en cuanto a los meses de repuntes de afiliación como fueron noviembre de 2009, diciembre de 2010, y anteriormente comentado. La evolución de estas ramas de actividad pone de manifiesto principalmente la existencia de una relación indirecta entre ambas; relación que se ve corroborada por unos valores de R^2 próximos a 1, lo que justifica una alta correlación entre las variables consideradas. Aunque como se ha indicado arriba, exista una complementariedad en meses concretos de máxima afiliación.

⁶⁰ Los autores toman como referencia para analizar las implicaciones socioeconómicas de la dependencia la CNAE09, utilizando las ramas de actividad 87 (Asistencia en establecimientos residenciales) y 88 (Actividades de servicios sociales sin alojamiento) de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE09).

Gráfico 5.13 Evolución del número de afiliados en las ramas de actividad vinculadas a los SAAD. 2009-2012.



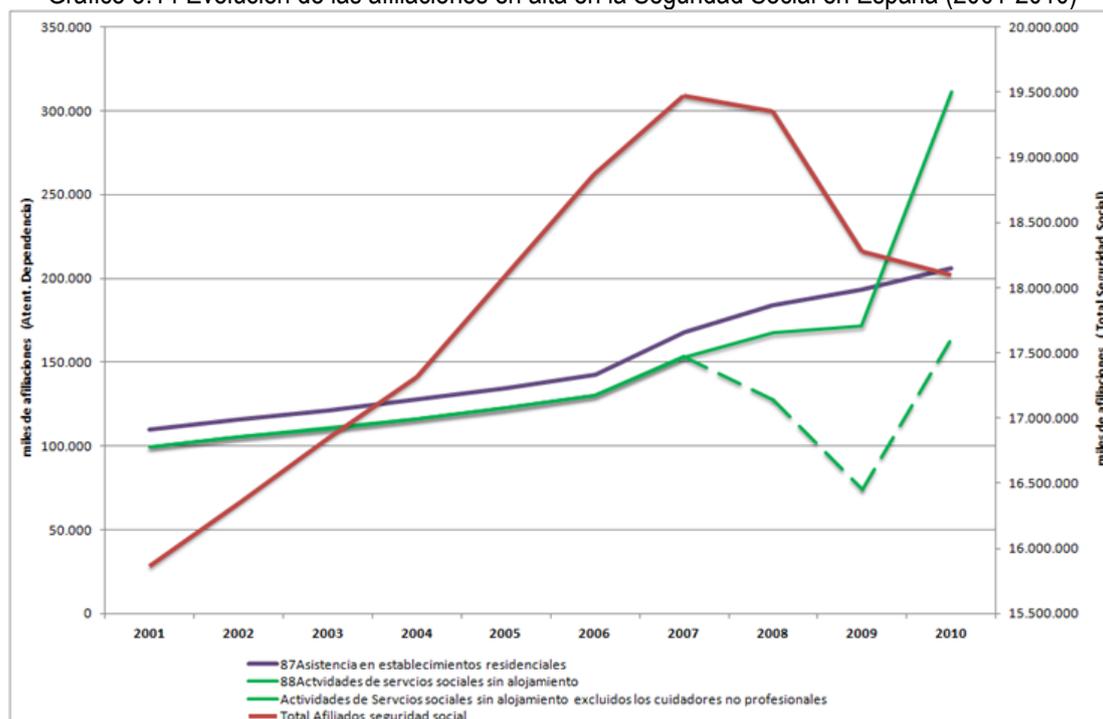
Fuente. Camacho, Ruíz y Minguela, 2015: 182.

En esta línea se han de analizar la implicación/contribución en la generación de empleo de los convenios⁶¹ especiales en el Sistema de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia; procedentes de la prestación económica para cuidados en el entorno del familiar hasta su modificación por el Real Decreto-Ley 20/2012, respecto a la titularidad en el pago de la cuota a la Seguridad Social y su voluntariedad de adscripción.

El crecimiento de las actividades de servicios sociales sin alojamiento, ha estado condicionado claramente por la figura de la persona cuidadora no profesional (Gráfico 5.14 y Tabla 5.4) , al que se incorporaron bajo la acción protectora de la Ley de dependencia, desde mayo de 2007 a diciembre 2012, 147.264 personas, sin imputarles los 793 convenios voluntarios firmados, lo que supone una tasa de variación del 271,6% (Camacho et al., 2012). El reconocimiento a la labor de los cuidadores no profesionales y su dignificación a través de su incorporación como afiliados a la Seguridad Social, fue una medida protectora excepcional, brillante ante la falta de recursos disponibles y/o concurren las circunstancias descritas por el RD 615/2007, de 11 de mayo, derogado. Lo que no es lógico tampoco es que estas prestaciones pasen de ser excepcionales a estrellas representando al 49% en el 2012.

⁶¹ Regulados Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

Gráfico 5.14 Evolución de las afiliaciones en alta en la Seguridad Social en España (2001-2010)



Fuente: Camacho et al. 2012: 61.

Nota: La serie de datos disponibles por los datos estadísticos de gestión del SAAD solo aporta información sobre convenios especiales de cuidadores no profesionales

Tabla 5.4 Evolución de las personas que han suscrito el Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia R.D. 615/2007. 2008-2010.

	2008		2009		2010		Cambios del Periodo	
	Conv. Obligatorio	Conv. Voluntario	Conv. Obligatorio	Conv. Voluntario	Conv. Obligatorio	Conv. Voluntario	V. Absoluta	V. Relativa
España	39.613	179	97.134	497	147.264	793	107.651	271,76%

Fuente: Camacho et al. 2012:61.

Nota: La serie de datos disponibles por los datos estadísticos de gestión del SAAD solo aporta información sobre convenios especiales de cuidadores no profesionales

Incorporar la evolución de las afiliaciones en este sector demuestra la creciente demanda de estos servicios, que se traducen en puestos de trabajo, en dinamismo económico y en definitiva en riqueza. A pesar de que se traten de empleos sujetos a partidas presupuestarias como afirmaba Cordoníu (2003), pero lo que está claro es que las sinergias positivas se dan, generando un movimiento de la economía y del consumo. Además de implicar una no deslocalización de la mano de obra por ser intensiva en esta.

Finalmente comprobadas las implicaciones socioeconómicas de la Ley de dependencia, es imprescindible describir el perfil de persona ocupada en los SAAD desde una perspectiva de género. La presencia de la mujer en este sector de actividad es mayoritaria, en concreto aproximadamente nueve de cada diez personas empleadas en este tipo de actividades económicas, existiendo una descompensación real en el sector de los SAAD entre hombres y mujeres (véase, Camacho, Ruiz y Minguela, 2015). Los SAAD son un yacimiento de empleo en tiempo de crisis porque <<responden a una doble función, por un lado, paliar el desempleo crónico en nuestra sociedad, y por otro lado, para cubrir necesidades sociales, desatendidas o parcialmente atendidas>> (Camacho, Ruíz y Minguela, 2015: 178).

5.6 Perspectiva Territorial de la implantación de la Ley dependencia (2009-2014)

Cada Comunidad Autónoma se ha caracterizado por poner su propio ritmo e importancia al proceso de implantación de la Ley dependencia, pero esto no ha podido ser así en el caso de las medidas introducidas por el RD-L 20/2012 que llevaba implícito la paralización parcial del sistema durante 2012-2014, centrada en la no incorporación al sistema de nuevos dependientes.

En este sentido se observa, Tabla 5.5, como en la mayoría de las Comunidades Autónomas se ha producido un crecimiento relativo muy positivo respecto al año 2009, de personas beneficiarias de prestaciones, produciéndose una disminución de los beneficiarios sin prestaciones debido a las listas de espera generadas. En otras palabras, la relación entre ambas variables es inversamente proporcional. De hecho, la tasa de variación relativa para la media española han crecido los beneficiarios con prestación en 28% y las listas de espera se han reducido en casi la mitad respecto a 2009.

Ante un patrón mayoritariamente común, las diferencias se encuentran en la intensidad con las que se presentan dichas variables, Tabla 5.5, por este motivo destacan las Islas Baleares con un 99% de crecimiento de beneficiarios y una disminución de 70% respecto a 2009 en ambos casos. En esta línea se encuentra Madrid con un crecimiento del 69% y una disminución del 87% respecto al 200, seguidas de Extremadura y Cataluña, el crecimiento de los beneficiarios está por encima del 60% y una reducción de las listas de espera entre 74% y 71% respectivamente. Con una menor intensidad en cuanto a crecimiento de beneficiarios respecto a 2009, se encuentra Castilla y León con un 19%, pero la reducción de las listas de espera ha sido de un

95%, en esta línea se encuentra Andalucía con una variación positiva del 10% y una reducción del 21% de los beneficiarios sin prestación respecto al inicio del período.

Excepcionalmente, Aragón destaca por ser la única Comunidad Autónoma en la que el porcentaje de beneficiarios disminuyen en un 3% respecto a 2009 y aumenta el triple las listas de espera para un mismo año.

Tabla 5.5 Dinámica de la situación de personas dependientes atendiendo a la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia previstas en la Ley

Comunidades Autónomas	Personas dependientes reconocidas sin derecho a prestación (efecto calendario)				Personas con derecho a prestación							
					Beneficiarios con prestaciones				Beneficiarios sin prestaciones (lista de espera)			
	2009	2014	TVA (2014-2009)	TVR(2009-2014)	2009	2014	TVA(2014-2009)	TVR(2009-2014)	2009	2014	TVA(2014-2009)	TVR(2009-2014)
Andalucía	22%	24%	3%	13%	68%	75%	7%	10%	32%	25%	-7%	-21%
Aragón	17%	28%	11%	65%	72%	70%	-2%	-3%	28%	30%	2%	9%
Asturias	22%	29%	7%	31%	67%	90%	23%	34%	33%	10%	-23%	-70%
Balears (Illes)	21%	25%	4%	20%	41%	82%	41%	99%	59%	18%	-41%	-70%
Canarias	12%	14%	2%	18%	35%	51%	16%	45%	65%	49%	-16%	-25%
Cantabria	15%	20%	5%	30%	80%	92%	12%	15%	20%	8%	-12%	-61%
Castilla y León	16%	23%	7%	46%	83%	99%	16%	19%	17%	1%	-16%	-95%
Castilla-La Mancha	22%	31%	9%	42%	60%	83%	23%	38%	40%	17%	-23%	-57%
Cataluña	17%	32%	15%	94%	53%	87%	33%	62%	47%	13%	-33%	-71%
Ceuta y Melilla	28%	24%	-3%	-12%	84%	94%	10%	12%	16%	6%	-10%	-64%
Comunitat Valenciana	2%	25%	23%	909%	53%	78%	25%	47%	47%	22%	-25%	-53%
España	18%	26%	8%	47%	64%	81%	18%	28%	36%	19%	-18%	-49%
Extremadura	15%	29%	14%	98%	53%	88%	35%	67%	47%	12%	-35%	-74%
Galicia	16%	22%	6%	38%	64%	70%	6%	9%	36%	30%	-6%	-17%
Madrid (Comunidad de)	14%	26%	12%	83%	56%	94%	39%	69%	44%	6%	-39%	-87%
Murcia (Región de)	0%	20%	20%	100%	58%	58%	1%	1%	42%	42%	-1%	-2%
Navarra	32%	31%	-2%	-5%	83%	91%	7%	9%	17%	9%	-7%	-44%
País Vasco	28%	30%	2%	7%	79%	88%	9%	12%	21%	12%	-9%	-44%
Rioja (La)	18%	30%	12%	67%	72%	91%	19%	26%	28%	9%	-19%	-68%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

Las dinámicas presentadas responden a las modificaciones normativas existentes a lo largo del periodo de estudio, en el que las Comunidades Autónomas, desde septiembre del año 2012, han optado claramente por responder a las necesidades de atención de los dependientes existentes dentro del sistema; por un lado, a los que se encontraban en lista de espera y por otro aquellos dependientes reconocidos sin derecho a prestación por el denominado efecto calendario. Sin embargo, esta situación genera dos situaciones muy diferentes entre sí, mientras la primera se centra en dar una respuesta más a corto plazo y en reducir las listas de espera de atención a las personas en situación de dependencia más graves; la segunda se centra en cómo estas paralizaciones se traducen en la generación de nuevas bolsas de dependientes potenciales.

Atendiendo a esta circunstancia se incorpora la tercera variable al análisis: las personas dependientes reconocidas por el SAAD pero sin derecho a prestación debido al efecto calendario. Se trata del grupo de población dependiente dentro del sistema peor parado por modificaciones normativas. A pesar de las paralizaciones no se han dejado de realizar valoraciones y dictámenes sobre la situación de dependencia y por tanto de incorporar nuevos dependientes al sistema sin derecho reconocido.

En este sentido la Tabla 5.5, muestra este hecho y las marcadas diferencias existentes entre las Comunidades Autónomas, destacando Murcia y Valencia por el crecimiento desorbitado de este grupo. Así, en el lado opuesto se encuentran Navarra, Ceuta y Melilla con una disminución relativa respecto a 2009, del 5% y 12% respectivamente. Ahora bien, en posiciones intermedias esta Cantabria que ha aumentado en un 30% respecto a 2009, encontrándose por debajo de la media nacional unos 17 puntos porcentuales. De nuevo, se comprueba cómo son las Comunidades Autónomas las que marcan el ritmo.

Entonces, a partir de la intensidad – siguiendo un orden descendente- con la que se presentan las variaciones relativas durante el periodo de estudio (2009-2014) del grupo de población de dependientes sin derecho a prestación (efecto calendario), al que se le une un análisis en perspectiva de los dependientes beneficiarios con prestación y en lista de espera, se han clasificado las Comunidades Autónomas, con el objetivo de aproximarnos al proceso de implantación de la Ley durante los años de estudios, resultando cuatro grupos que han obtenido la siguiente calificación:

- **Grupo 1 implantada:** Baleares, Canarias, Andalucía, Asturias, País Vasco, Navarra, Ceuta y Melilla. La incorporación de nuevos dependientes respecto a 2009, se encuentran por debajo del 30% e incluso en negativo. Dentro de este grupo se distinguen, por un lado, las Comunidades Autónomas que han tenido un crecimiento progresivo y sostenido del proceso de implantación (Andalucía, Ceuta y Melilla, País Vasco, Navarra) entre el 9% y 12%, y por otro, Asturias, Islas baleares y Canarias cuyo crecimiento acelerado respecto al número de beneficiarios respecto a 2009, así como la reducción de las listas de esperas, denota un proceso de implantación tardío pero estable.
- **Grupo 2 parcialmente implantada:** Comunidad de Madrid, Castilla y León, Cataluña, Castilla-La Mancha, La Rioja, Cantabria y Extremadura. Se tratan de comunidades en las que los beneficiarios en términos absolutos han crecido 32 puntos porcentuales en 2014. Sin embargo, el número de personas sin derecho a prestación, su variación relativa es superior al conjunto de personas con derecho a prestación.
- **Grupo 3 baja implantación:** Comunidad Valenciana y Galicia, el crecimiento respecto a 2009, de las personas con derecho a prestación se transforma en residual, cuando se comparara con el crecimiento de las personas dependientes sin derecho a prestación.
- **Grupo 4 paralizadas:** Murcia y Aragón se trata de las Comunidades Autónomas en las que se ha producido un descenso y crecimiento residual de beneficiarios con prestación frente a un crecimiento de las listas de espera, y un porcentaje desorbitado personas dependientes sin derecho a prestación.

El crecimiento de los beneficiarios de prestaciones ha sido una tónica habitual entre las Comunidades Autónomas. A lo largo del capítulo se ha comprobado como las prestaciones económicas de cuidados en el entorno de hogar han sido las protagonistas del sistema, a pesar de no ser esa su misión inicial.

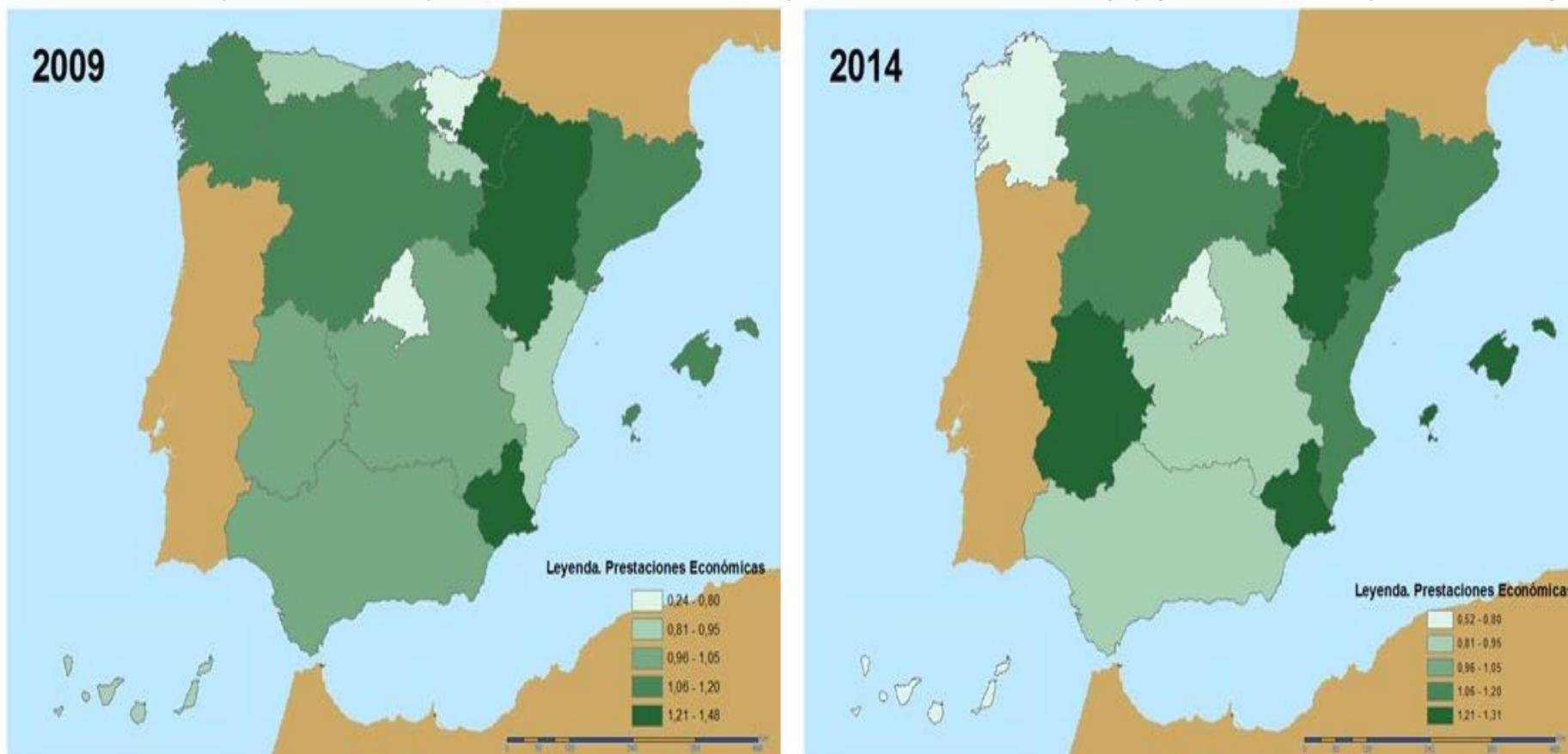
En el Mapa 5.1 se muestra la especialización de las Comunidades Autónomas en 2009 y 2014, en este tipo de prestaciones respecto al total nacional. En 2009, de las 17 Comunidades Autónomas y las dos Ciudades Autónomas que forman España, 7 autonomías, más las dos ciudades se especializaban en las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, es decir, que sus indicadores de especialización superaban la media española que, es la unidad.

En 2014, han pasado a ser 8 Comunidades Autónomas y manteniéndose Ceuta y Melilla. En ambos años, Murcia se destaca por ser la Comunidad Autónoma la más especializada (1,5 en 2009 y 1,31 en 2014) esto indica que la participación de sus beneficiarios de este tipo de prestaciones en la estructura sectorial murciana fue más 1,5 veces superior a la media española en 2009 y 1,31 en 2014. Siendo a la vez una de las Comunidades Autónomas en las que la variación relativa de beneficiarios respecto a 2009, creció en uno por ciento, encontrándose paralizada, prácticamente en la misma situación se encuentra Aragón (1,3 en 2009 y 2014), así como Navarra (1,4 en 2009 y 1,3 en 2014). Ahora bien, a este grupo de Comunidades Autónomas sobre especializadas, en 2014 se incorpora Extremadura, que pasaba de tener una especialización semejante a la media en 2009, a 1.3 en 2014 y las Islas Baleares que ya contaba con una especialización por encima a de la media, a especializarse a un más (1.3) en 2014.

Las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Cataluña mantienen su especialización por encima de la media española ambos años. Así mismo, a este grupo se incorporan en 2014, la Comunidad Valenciana (1.1) considerada con un bajo nivel de implantación tras el análisis de las variaciones relativas respecto a las personas sin derecho a prestación, consecuencia al efecto calendario durante el periodo 2009-2014.

Las grandes transformaciones se observan entre las Comunidades Autónomas de Andalucía, Castilla-La Mancha y la Rioja por ir disminuyendo su especialización en las prestaciones económicas y su orientación hacia las prestaciones de servicios. El resto de comunidades (Asturias, Cantabria y País Vasco) con una especialización entre 0,90 y el 1.05. Resaltando entre las comunidades desespecializadas esta Galicia (0,7 en 2014) caracteriza por una baja implantación de la Ley de dependencia tras los resultados obtenidos en la Tabla 5.5.

Mapa 5.1 Indicador de especialización en Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales 2009 y 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

**PARTE III. ANÁLISIS TERRITORIAL DE LOS PATRONES DE
CUIDADOS PERSONALES EN EL ENTORNO DEL HOGAR
GENERADOS POR LA LEY DE DEPENDENCIA ENTRE LOS
DEPENDIENTES DE 65 Y MÁS AÑOS EN ANDALUCÍA**

CAPÍTULO 6. DESARROLLO METODOLÓGICO Y DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

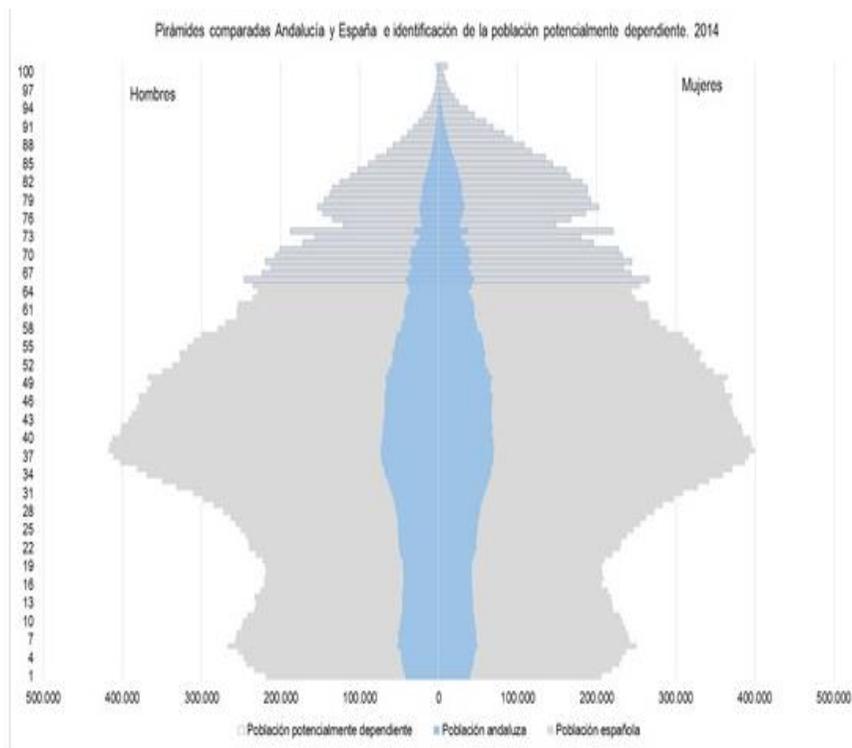
CAPÍTULO 6. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO Y DESARROLLO METODOLÓGICO

6.1 Contexto sociodemográfico de las personas mayores en Andalucía

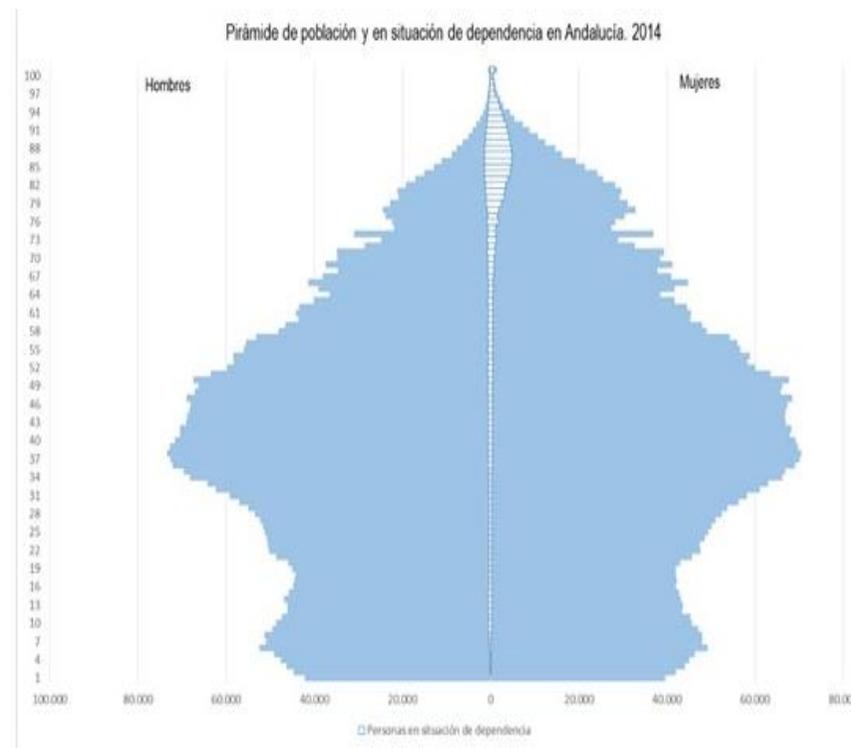
La contextualización demográfica de Andalucía es clave para comprender la realidad social de las personas en situación de dependencia. A través de las pirámides de población se analiza su estructura actual y se intuyen la tendencia que se seguirá en un futuro. En la Pirámide 6.1, se compara la estructura de la población andaluza dentro de la española para el año 2014, en ambas la edad media se sitúa entre los 40,35 años. En este sentido, tres de cada cinco personas forman parte de la población activa (16-64 años) tanto en España como en Andalucía. Sin embargo, la Pirámide 6.1 va tornada hacia una estructura regresiva debido a los descensos en la natalidad – el indicador coyuntura de fecundidad se encontraba en el 1,33 en 2014 - y el aumento del envejecimiento de la población entre otros aspectos, hace que sea más ancha por la parte superior que por la base; tendencia que se intensifica cuando la esperanza de vida al nacer en Andalucía es de los 81,61 años – 78,87 años para hombres y 84,34 años para las mujeres-, que aun situándose por debajo de la media española determina su longevidad. En esta línea, las personas mayores de 65 años representan al 18% del total de la población en España, dos puntos porcentuales menos en Andalucía (16%). Ésta diferencia se reduce entre la población octogenaria; cohorte de edad que va en aumento generando una bolsa cada vez mayor de población potencialmente dependiente.

Ahora bien, la Pirámide 6.2 trata de resaltar la distribución de la población en situación de dependencia en Andalucía, dentro de la población total en 2014. La heterogeneidad con la que se presentan las situaciones de dependencia hace que se encuentren a lo largo de la pirámide de población. Sin embargo, su incidencia aumenta con la edad y a las pérdidas de autonomía personal en las actividades de la vida diaria. De hecho, el 13% del total de la población mayor de 65 años en Andalucía es dependiente y usuarios beneficiarios del SAAD. Ahora bien, este grupo de población dentro del sistema representa al 70% del total de beneficiarios. La concentración de las situaciones de dependencia a causa de la edad genera el interés de centrarnos en los mayores de 65 años.

Pirámide 6.1 Pirámide de población comparada Andalucía y España e identificación de la población potencialmente dependiente. 2014.



Pirámide 6.2 Pirámide de población comparada de Andalucía y población en situación de dependencia en Andalucía. 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de las cifras de población residente, sexo y edad en España y Andalucía en 2014 (INE, 2015) y los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de 2014 para Andalucía (SISAAD,

La percepción subjetiva del estado de buena salud trata de estimar el número de años que se espera que una persona viva en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad y se mide a través de la esperanza de vida en salud (EDAD, 2008). Este indicador determina que las personas mayores de 65 años en Andalucía cuentan con 7,78 años de buena salud frente a los 3,40 años a partir de los 85 años (EDAD,2008).

Las principales dificultades que presentan son las relacionadas con las actividades de la vida diaria, Tabla 6.1, las tareas del hogar y las de autocuidados son las que se hacen presentes más tarde para ambos sexos. Así, las situaciones de dependencia severa aparecen en ambos sexos a los 13 años de haber cumplido los 65 años.

Tabla 6.1 Esperanza de vida, esperanza de vida en buena salud y esperanza de vida libre de discapacidad a distintas edades en Andalucía

	Hombres		Mujeres		Diferencia (mujeres-hombre)	
	A los 65	A los 85	A los 65	A los 85	A los 65	A los 85
Esperanza de vida	16,7	7,6	20,4	8,8	3,7	1,2
Esperanza de vida libre de discapacidad	12,1	3,9	11,8	3,3	-0,3	-0,7
Según situación de dependencia						
Severa	13,1	4,6	13,0	3,7	-0,1	-0,9
Necesitan ayuda	13,0	4,4	12,8	3,6	-0,3	-0,8
Para las ABVD	13,2	4,6	12,8	3,7	-0,4	-1,0
De movilidad	13,6	5,0	13,4	3,9	-0,2	-1,1
De autocuidado	14,0	5,1	14,8	4,5	0,8	-0,6
Para realizar las tareas del hogar	14,4	5,4	14,0	4,2	-0,4	-1,1

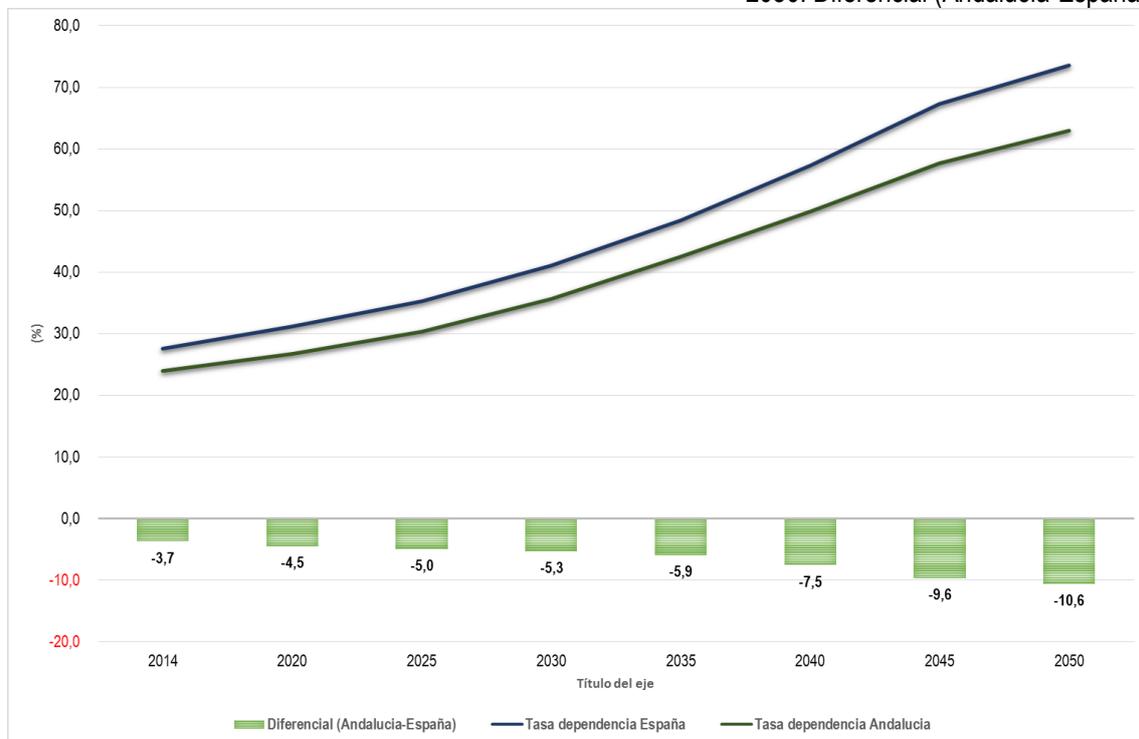
Fuente. A partir de los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (INE, 2008).

La brecha de género (mujeres- hombres) existente refleja que a pesar del mayor número de años de esperanza de vida a todas las edades de las mujeres va asociado a peores condiciones de salud que los hombres. En otras palabras, a los 65 años, los hombres viven aproximadamente la mitad de sus años en un horizonte de vida en buena salud frente al 40% en el caso de las mujeres que lo hacen encontrándose en situación de dependencia.

El contexto demográfico actual nos dirige hacia un futuro cada vez más longevo en el que las situaciones de dependencia afectarán a un porcentaje mayor de la población en general y en concreto a la andaluza. Tratar de proyectar la dinámica futura del envejecimiento, no solo es cuestión de saber cuánto va aumentar este grupo de población, sino saber la proporción que esta va a tener respecto a la población activa, la cual será la responsable del mantenimiento de

sus estándares de calidad de vida y de la sostenibilidad futura del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Gráfico 6.1 Evolución de la tasa de dependencia (mayores de 65 años) de España y Andalucía, 2014-2050. Diferencial (Andalucía-España)



Fuente. A partir de las proyecciones de población para España 2014-2064 del INE (INE, 2014) y las proyecciones de población para Andalucía (2013-2070) del IECA (IECA, 2014)

Un buen indicador para medir esta situación, es la tasa de dependencia en mayores proyectada hasta 2050. El Gráfico 6.1, describe una dinámica ascendente que se presenta con intensidades diferentes en Andalucía respecto al conjunto nacional. En la próxima década, la población de 65 y más años representará al 30% respecto al total de la población activa en Andalucía, siendo de cinco puntos porcentuales más en España. La diferencia entre Andalucía y España se va manteniendo en los cinco puntos porcentuales hasta 2035, que se va incrementado aún más, llegando la diferencia al doble respecto al año 2014.

No obstante e independientemente de las asimetrías no se pueden perder de vista de que se tratan de sociedades envejecidas demandantes de atención relacionadas con las actividades de la vida diaria. En este sentido, la orientación de las políticas y los modelos derivados de la atención a la personas en situación dependencia deben de ir encaminado hacia la externalización y profesionalización del cuidado como complemento a la acción la protectora

de los cuidadores familiares que verán reducida su disponibilidad y conciliación, atendiendo al pronóstico del Gráfico 6.1.

En ésta misma línea, en el año 2014 el Centro de Estudios Andaluces publicó la tercera oleada de la encuesta de la Realidad Social de Andalucía⁶² centrada en el módulo de opinión que los andaluces tienen sobre los <<cuidados y conciliación>> y estos fueron los principales resultados (CENTRA, 2014:8):

- *El 90% de los entrevistados consideran que la prestación de cuidados a personas en situación de dependencia es preferible en el hogar.*
- *Cuatro de cada diez prefieren recibir una ayuda económica para que sea un miembro de la familia quien realice los cuidados en el hogar (en aquellos donde ya reside una persona dependiente, es la opción mayoritaria, con un 66,7%).*
- *Tres de cada diez prefieren que esa ayuda económica se destine a contratar a una persona que venga a domicilio;*
- *Dos de cada diez considera que lo mejor es que atienda a la persona dependiente en casa, un servicio público. Sólo una minoría, el 8,2% de los entrevistados, piensa que la mejor fórmula es acudir a un servicio público (fuera del domicilio); recibir una ayuda para pagar un centro privado, el 3,1%; o, como última opción, cuidar a la persona dependiente sin necesidad de ningún tipo de ayuda, el 1,3%.*

La opinión de los andaluces es mayoritariamente tendente hacia que los cuidados se han de prestar en el entorno del hogar, y que la familia tiene un papel fundamental. Ahora bien, es interesante como el 30% de los encuestados en una sociedad familiarista, reconozca la importancia de la profesionalización del cuidado dentro del hogar y su compatibilidad con la actuación que ya realizan los cuidadores principales.

En definitiva, los resultados de la encuesta de opinión junto al proceso de envejecimiento en el que se encuentra inmerso Andalucía, hace que las situaciones de dependencia, los cuidados y la percepción social de ambas se transformen en el centro de las orientaciones de las políticas sociales en los próximos años.

⁶² Encuesta de la Realidad Social de Andalucía es un proyecto de investigación del Centro de Estudios Andaluces destinado a conocer de forma continuada el estado de la opinión pública andaluza sobre temas de interés social, económico y político. Hasta la fecha se han realizado cuatro oleadas (2009, 2011, 2013 y 2014). Más información véase <https://www.centrodeestudiosandaluces.es/actividades/programas/realidadsocial/?pagina=2yCat=1152>

6.2 Metodología y fuente de datos.

La descripción de la realidad social de las personas en situación de dependencia y el análisis de los patrones de cuidados personales en el entorno del hogar derivados de la Ley de dependencia, se ha realizado tomando como referencia las siguientes fuentes de datos:

1. La base de datos construida a partir de las estadísticas mensuales de los datos de gestión del SAAD procedentes del SISAAD que abarca el periodo temporal 2009-2014, cuyo proceso de construcción está detallado en el apartado 1 del capítulo 5 proceso de implantación de la Ley de dependencia e implicaciones socioeconómicas (véase, capítulo 5.1). La información disponible a nivel de Comunidad autónoma⁶³ ha permitido describir y analizar el proceso de implantación de la Ley de dependencia en Andalucía durante el periodo temporal 2009-2014.
2. La Base de Datos de Usuarios Dependientes Andaluces 2014 que ha permitido complementar la información registrada por las estadísticas mensuales de los datos de gestión del SAAD procedentes del SISAAD, permitiendo realizar una investigación ajustada sobre la realidad de las personas en situación de dependencia en Andalucía para el año 2014. Su desarrollo metodológico se expondrá con mayor exactitud en el siguiente epígrafe.

6.2.1. Base de Datos de Usuarios Dependientes Andaluces 2014: características y variables de trabajo

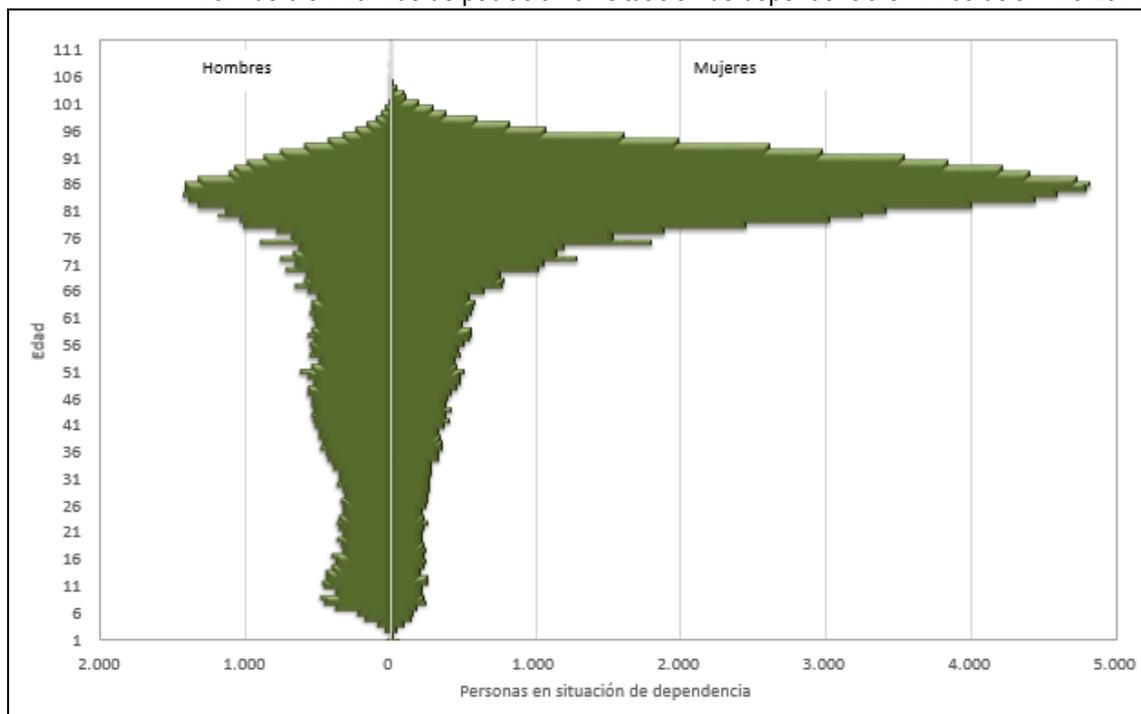
La Base de Datos de Usuarios Dependientes Andaluces 2014 (en adelante BDUDA, 2014) se trata de una base de datos original a 31 diciembre de 2014. Construida a partir de los sistemas de registro de información en el marco de SAAD procedentes de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

La BDUDA, 2014 recoge a las 160.172 personas dependientes que están recibiendo prestaciones económicas y de servicios enmarcadas en el SAAD. No obstante, este trabajo se centra en la población de 65 y más años, en la que se concentra al 70% del total de los

⁶³ Solicitudes por comunidades autónomas y total nacional; Solicitudes en relación a la población de las comunidades autónomas; Dictámenes por comunidad autónoma y el total personas beneficiarias con derecho a prestación; Dictámenes en relación a la población de las comunidades autónomas; Dictámenes en función del grado y nivel de la situación de dependencia por comunidades autónomas; Personas dependientes beneficiarias y prestaciones por comunidades autónomas y total nacional; Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las comunidades autónomas y total nacional; Personas beneficiarias y agrupación prestaciones económicas y de servicios por comunidad autónoma y total nacional.

dependientes en Andalucía. Por tanto, la población de trabajo asciende a las 111.296 personas mayores de 65 años en situación de dependencia (Pirámide 6.3)

Pirámide 6.3 Pirámide de población en situación de dependencia en Andalucía. Año 2014



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de BDUDA, 2014.

BDUDA, 2014 está formada por las siguientes variables de trabajo:

- **Demográficas:** sexo, edad, grado de dependencia (grado I, grado II y grado III).
- **Capacidad económica del dependiente:** se ha medido a través de la renta codificada por el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM)⁶⁴ que se toma como referencia para la concesión de ayudas, becas, subvenciones o el subsidio de desempleo entre otros. La cuantía se presenta anualmente a través de la Ley de Presupuestos Generales del Estado que en 2014 se establecida en:
 - El IPREM diario, 17,75 euros.
 - El IPREM mensual, 532,51 euros.
 - El IPREM anual, 6.390,13 euros.

⁶⁴ Este indicador nació en el año 2004 para sustituir al Salario Mínimo Interprofesional como referencia para estas ayudas.

- **Tipología de prestaciones económicas y de servicios** recibidas por las personas dependientes diferenciándose en:
 - Servicio de teleasistencia (SAT).
 - Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
 - Servicio de Atención Residencial (SAR).
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia (SARM).
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad (SARD).
 - Servicio de Centro de Día o de Noche, y plazas de respiro familiar (UED).
 - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF).
 - Prestación económica vinculada al servicio (PEVS).
- **Tipología de cuidados** que reciben las personas dependientes: esta variable se construye partir de la reagrupación de las prestaciones anteriormente enunciadas:
 - Cuidados Informales: aquellos que solo reciben la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF).
 - Cuidados Formales: los mayores que reciben exclusivamente alguna de estas prestaciones, Prestación económica vinculada al servicio (PEVS), Servicio de Atención Residencial - Residencia de personas mayores en situación de dependencia (SARM) y Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad (SARD).
 - Cuidados mixtos: aquellas personas que reciben la prestación de servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) y/o servicio de Centro de Día o de Noche, y plazas de respiro familiar (UED).

El servicio de teleasistencia (SAT) no se ha tenido en cuenta como variable de clasificación de las tipologías de cuidados personales, ni tampoco como servicio prestado por el SAAD, al ser considerada como ayuda técnica de prevención y seguridad de la persona en situación de dependencia.

- **Indicador de especialización por zona de trabajo social** de cuidados informales y mixtos para saber la participación de estos tipos de cuidados dentro de la comunidad autónoma. La metodología seguida es igual a seguida en el apartado 5.1 para España.

6.2.2. Construcción del marco territorial de referencia: sistemas de información geográfica

El nivel de desagregación de la información de BDUDA, 2014 es municipal permitiendo establecer como unidad territorial de trabajo la establecida por el art.9 de la Ley de servicios sociales de Andalucía de 1989, en la que se reconoce a las Zonas de Trabajo Social como las demarcaciones susceptibles para servir una prestación eficaz de los servicios sociales.

La posibilidad de producir nueva información sobre la realidad social en clave de territorio es debido tanto al avance de la informativa como de los Sistemas de Información Geográfica (en adelante SIG) definidos, a pesar de la falta de una conceptualización común, como sistemas de información que ayudan a la gestión y a la toma de decisiones, teniendo la capacidad de crear modelos digitales de la realidad. También pueden ser entendidos como << un potente conjunto de herramientas para recoger, almacenar, recuperar, transformar y visualizar datos geospaciales del mundo real para un conjunto particular de propósitos>> definición de Burrough and Mcdonnell en 1998 (Del Bosque González, 2012 et al.: 30).

Para ello, el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía facilita información geográfica a escala intermedia a través de los Datos Espaciales de Referencia de Andalucía⁶⁵ para el año 2015, en adelante DERA.

El DERA está compuesto por un conjunto de bases de datos espacio-territoriales que permite realizar análisis espaciales relacionados con la población, la organización territorial y los servicios públicos entre otros. Entre los bloques temáticos incluidos, las capas de trabajo han sido:

- G17 Divisiones administrativas:
 - límites de términos municipales son 776.
 - Zonas de Trabajo Social alcanzan las 181.

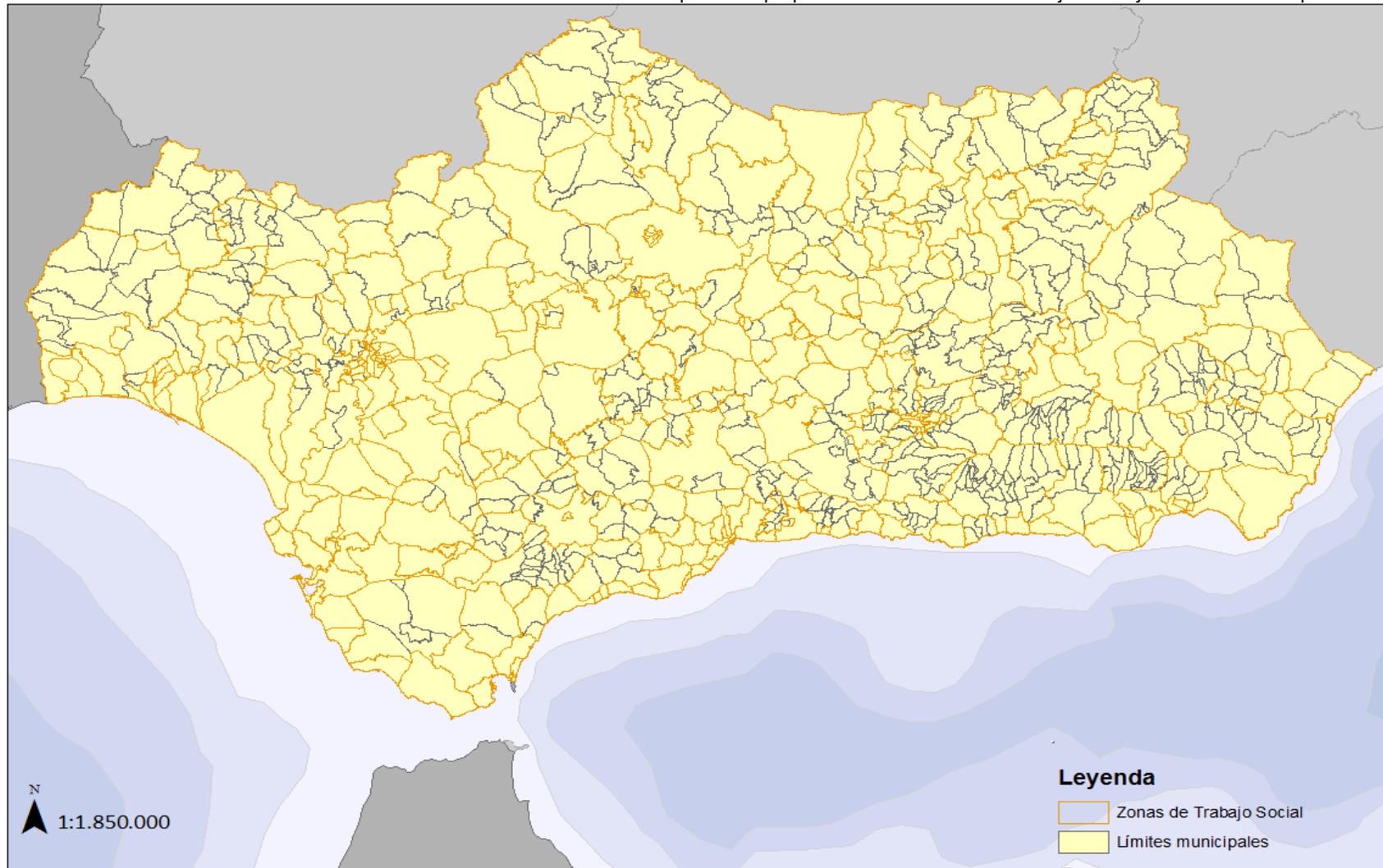
La información se presenta a través de capas (shapefile), entendidas como la representación espacial en formato digital que representa varias variables o bien objetos a los que les corresponden varias entradas en una base de datos enlazada (Peña llopis, 2006). La posibilidad de enlazar una base de datos hace que la representación geográfica, mapa, no sea una simple ilustración sino una representación de fenómenos sociales fácilmente localizable en el territorio (Blanco García, 2012), como en nuestro caso, la identificación de patrones de cuidados a

⁶⁵ Tomando como referencia la última actualización disponible 23/06/2015.

personas mayores dependientes en el entorno del hogar. Para la aplicación de los SIG se ha utilizado las potencialidades del software Arcgis© v 10.0 de ESRI.

En el Mapa 6.1 es el resultado de la superposición de las capas originales de zonas de trabajo social y de los límites de los términos municipales del Datos Espaciales de Referencia de Andalucía para Escalas Intermedias (en adelante, DERA) A partir de esta superposición se ha realizado un proceso de depuración y homogenización de las capas del DERA y de BDUDA, 2014 que ha tenido como resultado la construcción de nuevas capas adaptadas a la realidad social objeto de estudio.

Mapa 6.1 Superposición de las zonas de trabajo social y los límites municipales de Andalucía.



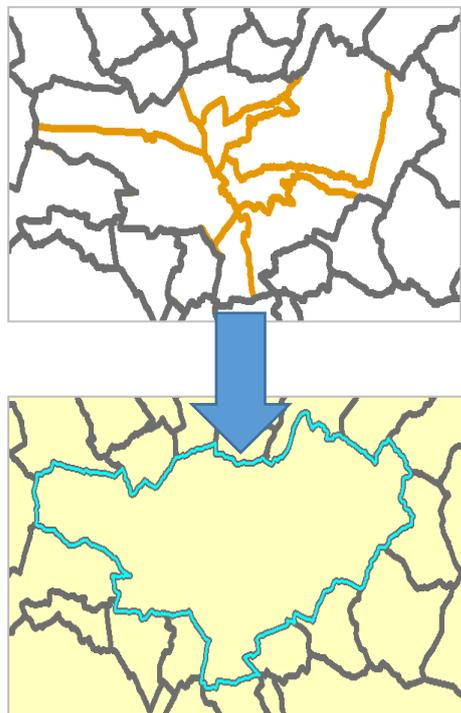
Fuente. Elaboración propia a partir del DERA, 2015.

6.2.3. Análisis y síntesis de la información

El software Arcgis© permite producir nueva información aplicando diferentes análisis espaciales y estadísticos. Son una de las características más importantes de los Sistema de Información Geográfica. Si bien, la información que se dispone inicialmente es de distinta naturaleza, se realizó un proceso de homogenización de la información que se describe a continuación:

1. La capa original que proporciona el DERA sobre las zonas de trabajo social incluye unidades inframunicipales como son los distritos de trabajo social existentes en las capitales de provincia y principales ciudades andaluzas como Jerez de la Frontera en Cádiz. Debido a que el nivel de desagregación de la información de BDUDA, 2014 está municipalizada, se tuvo que modificar la capa original. Para ello, se utilizó la herramienta *merge* para fusionar y/o combina entidades de un mismo polígono. El resultado fue la creación de una nueva capa llamada ZTS_Andalucia01 (Mapa 6.1). A modo de ejemplo, la zona de trabajo social correspondiente a la ciudad de Granada está formada por 9 distritos que se tuvieron que fusionarse en uno solo (Figura 6-1)

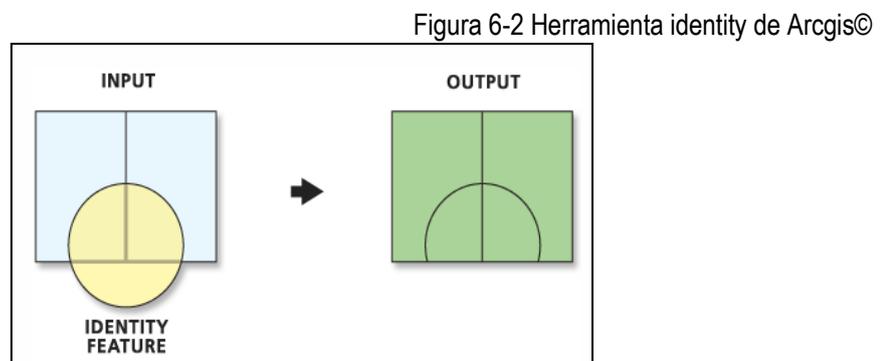
Figura 6-1 Herramienta merge en arcGis©.



Fuente .Elaboración propia

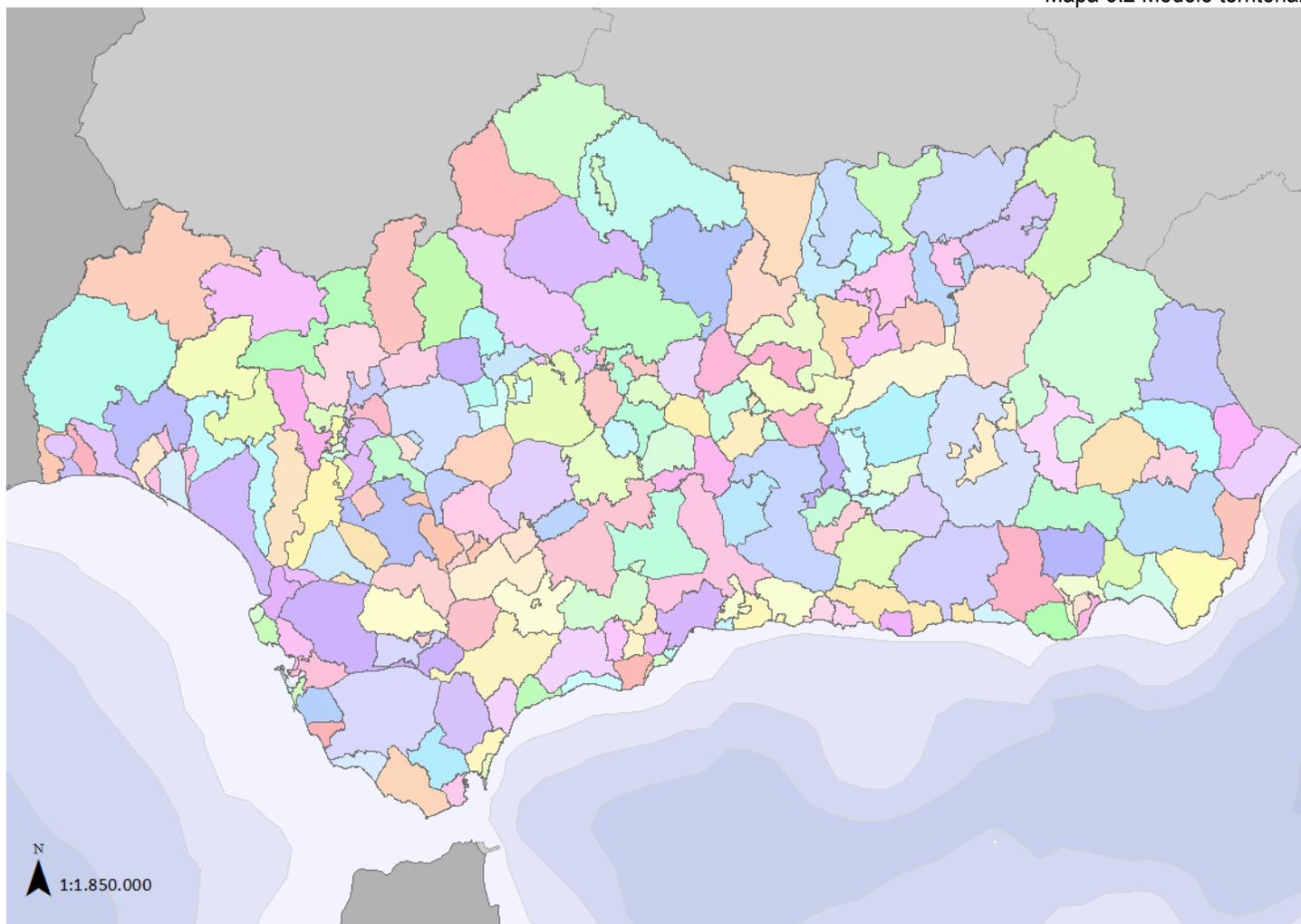
2. La capa original de Zonas de trabajo Social del DERA no incluye ningún campo identificativo sobre los municipios que las forman. Entonces, a partir de la capa transformada del paso 1, (ZTS_Andalucia01) y la capa original de los límites municipales, se utilizó la herramienta de superposición llamada *identity para* combinar las porciones de entidades que se solapaban, las entidades idénticas y así crear una nueva capa llamada *ZTS_Andalucia_municipiosyZTS* (Mapa 6.2) siendo nuestro modelo territorial de servicios sociales. Esta herramienta permitió obtener la correspondencia entre zona de trabajo social y municipios.

Por ejemplo en la provincia de Cádiz, la Zona de Trabajo Social de la Janda-Medina-Vejer está formada por los municipios de Vejer de la Frontera, Medina Sidonia, Alcalá de los Gazules, Benalup-Casas Viejas y Perna de Rivera.



Fuente. ArcGIS 10 Help , 2016

Mapa 6.2 Modelo territorial de servicios sociales.



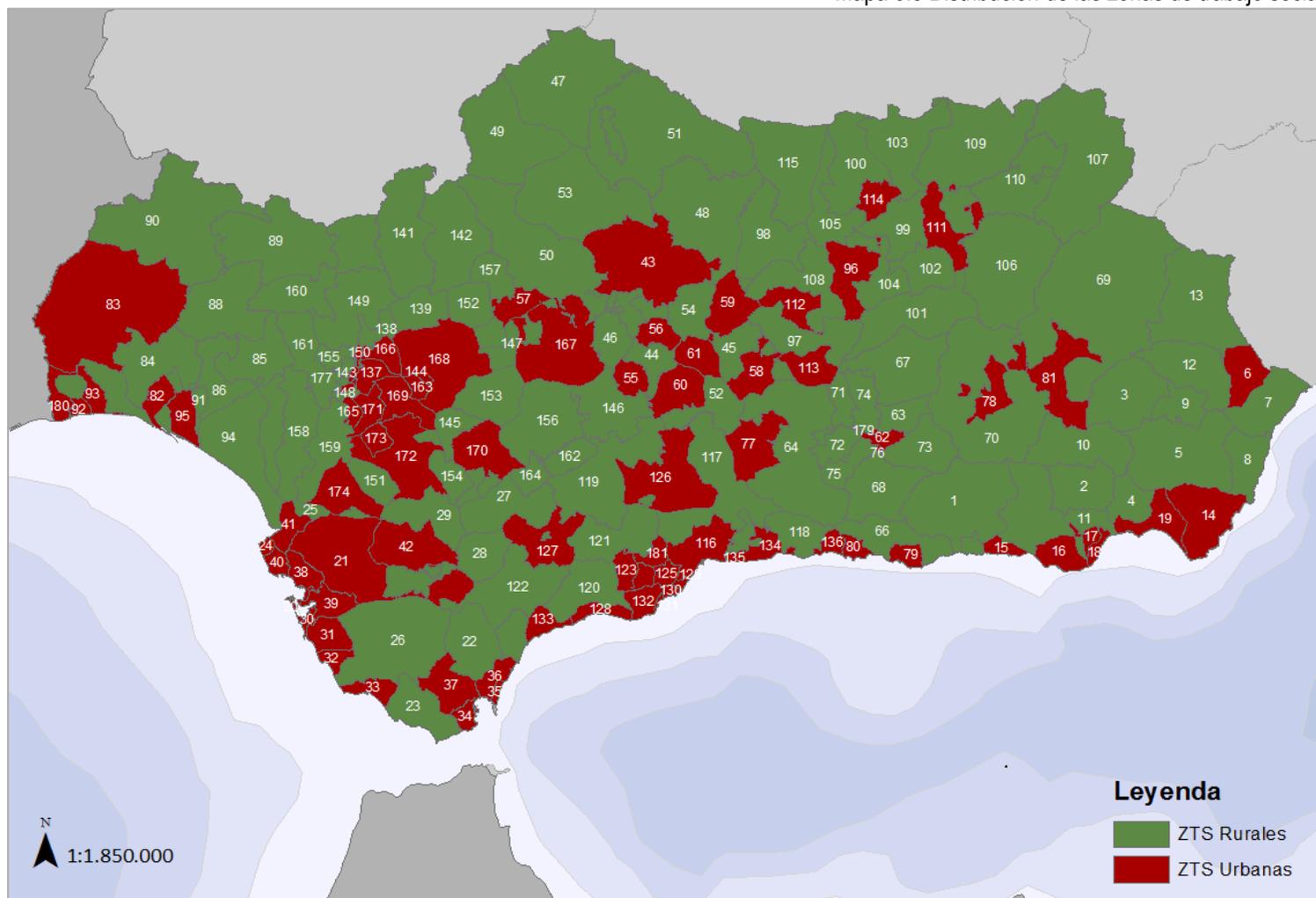
Nota: cada color representa una zona de trabajo social.
Fuente. Elaboración propia.

3. Los datos espaciales de la base de datos que forma la capa ZTS_Andalucia_municipiosyZTS se exportaron a Excel© para incluirles la información municipalizada de BDUDA, 2014. Una vez que la información de la base de datos se estructuró por zonas de trabajo social se crearon dos campos adicionales en la nueva base de datos y en la tabla de atributos⁶⁶ de la capa de trabajo:
 - Un campo de identificación numérica, id, que establecía la correspondencia entre zona de trabajo social y los municipios. Este fue implantado tanto en la tabla de atributos de la capa de trabajo como en la nueva base de datos.
 - Un campo de identificación numérica provincial, id provincia, para establecer la correspondencia entre las zonas de trabajo y la provincia de referencia.
 - Un campo en la base de datos de clasificación de las zonas de trabajo sociales en rurales y urbanas, a partir del siguiente criterio territorial:
 - Las Zonas de Trabajo Social Urbana son las formadas por un solo municipio.
 - Las Zonas de Trabajo Social Rural aquella con dos o más municipios.
4. El campo de *id* común del paso 3, permitió ejecutar la herramienta *join* de arcGis© para unir la información contenida en la hoja de cálculo con la tabla de atributos de la capa correspondiente a través un campo común (Peña Ilopis, 2006). Una vez enlazada la información, se creó la capa definitiva llamada ZTS_Andalucia_municipiosyZTS_01.

Finalmente, la capa resultante, ZTS_Andalucia_municipiosyZTS_01 en su tabla de atributos contenía toda la información de BDUDA, 2014. Entonces, el modelo territorial de servicios sociales (ver anexo I), al que se le incluye la perspectiva rural y urbana de la zona de trabajo social, su salida cartográfica sería la siguiente (Mapa 6.3).

⁶⁶ En ArcGIS una tabla de atributos, es una tabla que sirve para almacenar atributos descriptivos, clases de entidades.... Se trata de una tabla tiene una serie de filas y columnas que se utilizan para almacenar información descriptiva.

Mapa 6.3 Distribución de las zonas de trabajo social rurales y urbanas.



Fuente.Elaboración propia.

CAPITULO 7 .LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ANDALUCÍA DESDE LA LEY DE DEPENDENCIA

CAPÍTULO 7. Los cuidados de larga duración en Andalucía desde la Ley de dependencia

En la Comunidad Autónoma de Andalucía la atención y promoción de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, tal y como se denominan hoy, ha sido y es uno de los ejes de la Política Social. Desde el primer Estatuto de Autonomía de 1981, en el que se asumieron como competencias exclusivas la asistencia social y los servicios sociales, así como protección a las personas mayores y personas con discapacidad se ha trabajado en diferentes iniciativas relacionadas con la inclusión de estas personas en la sociedad andaluza. En el año 2007, se publicó la reforma del Estatuto de Autonomía, en el que además de incluir las competencias ya asumidas y la protección hacia a los colectivos vulnerables. Incorporó en el art.24 a las personas con discapacidad a la personas dependientes, dentro de los principios rectores en el título I Derechos sociales, deberes y políticas públicas inspirados en las Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Gamero Casado, 2012)

Tradicionalmente, la política social andaluza se ha centrado en la construcción de un marco de protección legal hacia las personas mayores y personas con discapacidad. El desarrollo normativo comenzó con la Ley 2/1989, de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía cuyo objetivo se centró en la configuración de un sistema que tratarse de dar una respuesta uniforme, integradora y coordinada a las diferentes problemáticas de los ciudadanos andaluces dirigidas hacia la atención y promoción del bienestar.

No obstante, tuvieron que transcurrir diez años hasta que se publicó la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores cuyos antecedentes directos fueron el Plan Gerontológico Nacional, Plan Andaluz de Salud, Plan de Servicios Sociales y Plan de Atención Integral a los Mayores Andaluces (Pérez Monguió y Fernández Ramos, 2012). Posteriormente, se han ido desarrollando iniciativas entre los que destaca el Programa de Turismo Social, el Plan Andaluz de Alzheimer, los centros de participación activa para personas mayores, la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco y el servicio de Andaluz de Teleasistencia...etc.

En esta línea, también en el año 1999, se ratificó la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía cuyas bases fueron las Ley de Integración del Minusválido de 1982 y posteriormente en el Decreto 72/1992, de 5 de mayo, por el que se aprueban las normas técnicas para la accesibilidad y la eliminación de barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y en el Transporte en Andalucía. Se han llevado a cabo diferentes iniciativas

legislativas, así como el desarrollo de diferentes planes cuyo objetivo se ha centrado en la inclusión de estos colectivos en la sociedad andaluza. Es decir, los esfuerzos se centraban en acciones dirigidas en torno a la persona, destacando en materia de discapacidad, como el I Plan de Acción Integral para Personas con Discapacidad en Andalucía 2003-2006, II Plan de Acción Integral para Personas con Discapacidad en Andalucía 2011-2013 y I Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad en Andalucía.

La ratificación de la Ley de dependencia en 2006, supuso un avance el reconocimiento de atención a las personas en situación de dependencia como derecho subjetivo de los ciudadanos, exigible ante su vulneración en los Tribunales. De esta manera, se unió al grupo de derechos que tienen este reconocimiento como son la educación, la salud o las pensiones (Anguas Ortiz, 2012)

Además, está suponiendo un cambio/transformación en la organización del sistema de cuidados y la atención, priorizándose el mantenimiento de las personas en su entorno social habitual, siempre que sus circunstancias se los permitan, rompiendo a la vez con la asistencia residencial predominante en los años 80 del siglo pasado.

La entrada en vigor de esta Ley ha generado grandes beneficios en Andalucía, no sólo hacia las personas en situación de dependencia y a sus familias como su fin último, sino también, se ha convertido en el complemento perfecto del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), sistema que la Ley lleva implícito. La última iniciativa en materia de atención a las personas en situación de dependencia ha sido la publicación el pasado mes de mayo de 2016, del I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, 2016-2020.

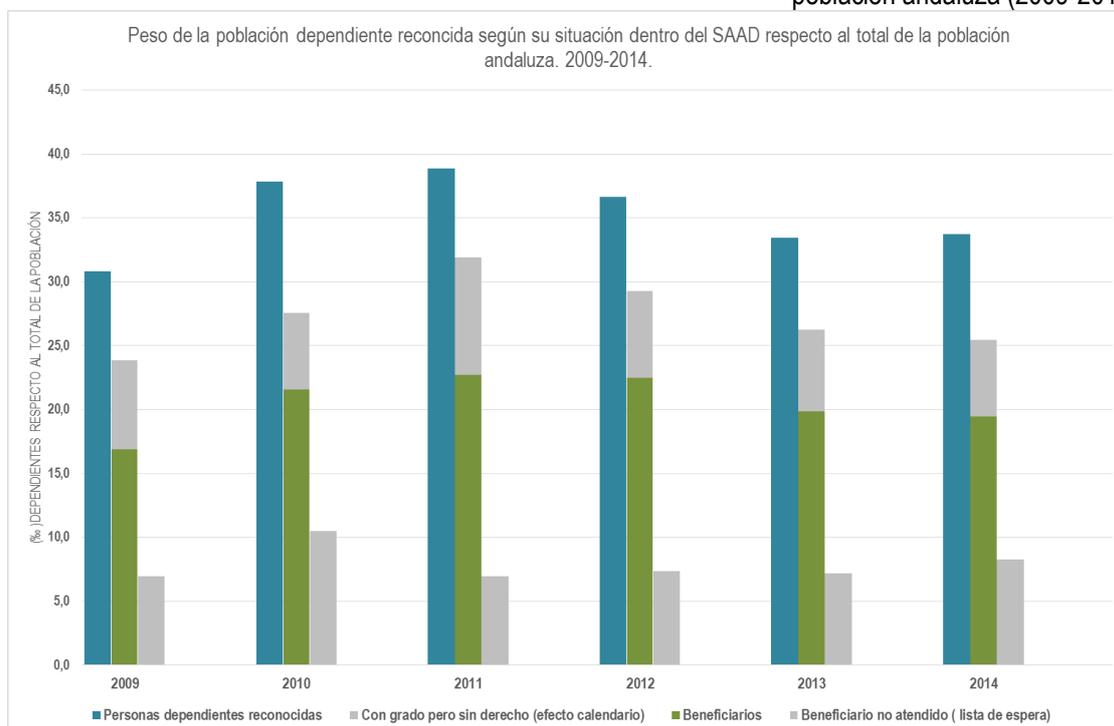
En el presente capítulo se presentan los patrones de cuidados de atención que reciben las personas mayores de 65 años dependientes en el entorno del hogar en Andalucía. Para ello, en primer lugar, se describirá el contexto sociodemográfico de la Comunidad Autónoma y sus perspectivas de futuro, en el que se justifica la focalización del análisis entre el grupo de población mayor de 65 años. En segundo lugar, se realizará un análisis de trazado grueso sobre la implantación de la Ley de dependencia en Andalucía durante el periodo 2009-2014. En tercer y cuarto lugar, se expondrá la realidad social de los mayores dependientes en Andalucía en el que se describirá el perfil y los patrones de cuidados de larga duración a dos escalas territoriales a nivel de comunidad autónoma y provincial.

7.1 Proceso de implantación del SAAD en Andalucía (2009-2014)

El peso de las personas en situación de dependencia reconocida por el SAAD respecto al total de la población andaluza ha variado desde 2009. El Gráfico 7.1 muestra como la variación absoluta ha supuesto un crecimiento de 2,93 puntos por mil en 2014. Sin embargo, se aprecia como desde el inicio del periodo hasta 2011 peso de la población dependiente creció hasta alcanzar los 38,89‰, luego comenzó a descender hasta los 33,94‰ en 2014. Estas variaciones a lo largo del periodo refleja la inicial rapidez con la que se quisieron abordar las situaciones de dependencia.

El punto de inflexión fue el 2012, año caracterizado por las reformas directas de la Ley de dependencia, se reflejan en un descenso del peso de la población dependiente dentro de la población total. Sin embargo, el número de beneficiarios se mantiene entorno al 20‰ y disminuye el de los dependientes no atendidos (Gráfico 7.1), dando respuestas a los que ya se encontraban dentro del SAAD.

Gráfico 7.1 Población dependiente reconocida según su situación dentro del SAAD respecto al total de la población andaluza (2009-2014)

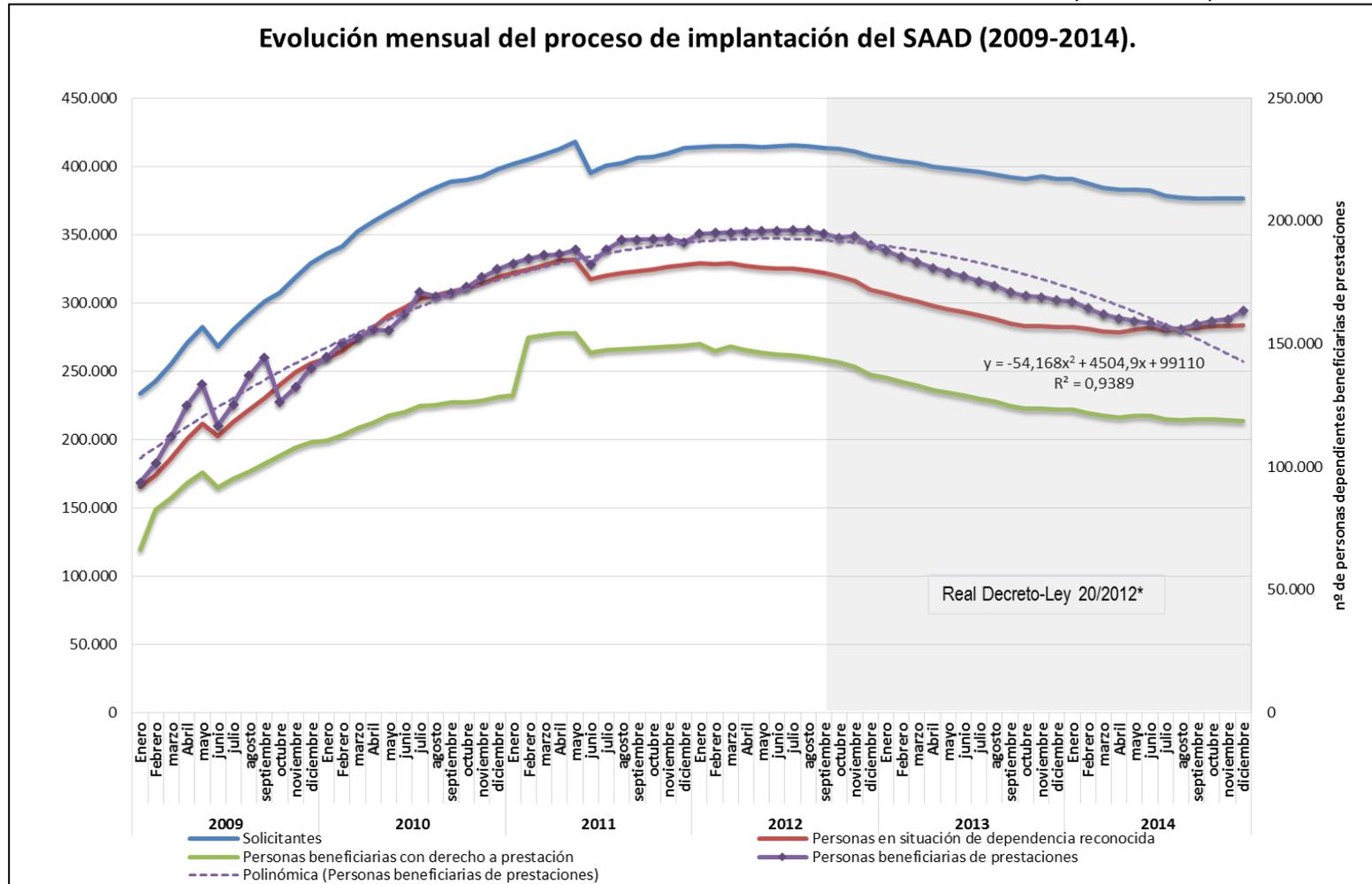


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

No obstante, la evolución mensual del SAAD muestra, a través del Gráfico 7.2, cómo el periodo 2009-2014 ha estado marcado por el desarrollo normativo y modificaciones hacia la Ley dependencia y el SAAD.

De los parámetros analizados en el Gráfico 7.2, la percepción subjetiva individual de encontrarse en situación de dependencia medida a través de las solicitudes, se comprueba cómo han pasado de las 233.521 en enero de 2009 a las 376.169 en diciembre de 2014, o lo que es lo mismo, una variación relativa del 14,2% respecto al 2009. La tendencia que siguen las solicitudes van al margen de lo que ocurre dentro sistema, al tratarse de un procedimiento que se inicia a instancias de la persona o de quién/es ostente su representación.

Gráfico 7.2 Evolución mensual del proceso de implantación del SAAD (2009-2014).



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

El proceso de implantación de la Ley de dependencia en Andalucía durante el periodo 2009-2014, se ha dado a dos velocidades distintas, Gráfico 7.2 La primera caracterizada por un acelerado y temprano desarrollo hasta enero de 2012, observándose un crecimiento positivo y en paralelo entre las personas en situación de dependencia reconocida (98,9% respecto a enero de 2009) y personas beneficiarias (108,20 % respecto a enero de 2009).

La segunda velocidad que abarca desde 2012 hasta diciembre de 2014, caracterizada por una desaceleración progresiva del sistema condicionado por la situación más intensa de la crisis económica, el desarrollo normativo (RDL 20/2011 y REAL DECRETO-LEY 20/2012, principalmente) y los problemas de sostenibilidad financiera del SAAD, que generaron modificaciones en el calendario inicial para implantación del sistema. Todo ello, unido a un endurecimiento de los criterios de valoración, y la relativa paralización del sistema desde 2012 (Barriga et al., 2014). El Gráfico 7.2 , muestra como desde de septiembre de 2012 y a lo largo del año 2013, se produce una disminución generalizada, tanto de solicitantes, así como de las personas dependientes dentro del sistema aproximadamente en un 13% respecto a septiembre 2012. Las personas beneficiarias de prestación disminuyeron en 27.770 hasta diciembre de 2013.

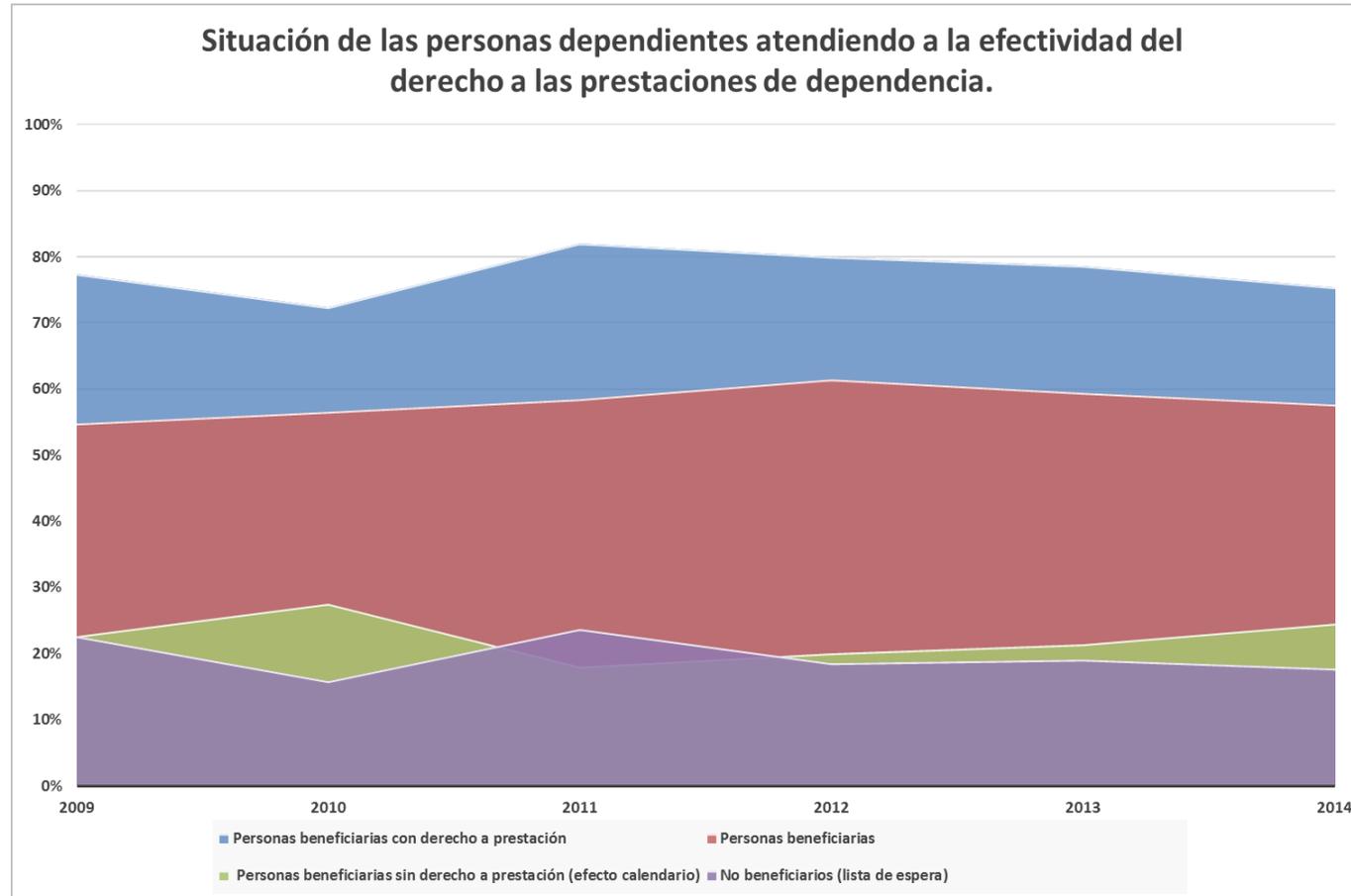
En términos comparativos, las respuestas a las situaciones de dependencia en Andalucía desde mitad del año 2013 se encuentran en situación asimilable a la encontrada en el año 2010. Es por este motivo que el año 2014 se ha analizado por separado, aunque se mantiene el efecto contaminador de los años anteriores, la variación respecto al mes de enero de 2014 es de una caída del 2% de los beneficiarios y un 4% de las personas con derecho a prestación, si bien es cierto que desde agosto de 2014 se comienzan a observar un leve aumento del número de personas dependientes que reciben prestación son 7.339 personas. No se produce ninguna variación relacionada con los dependientes reconocidos por el sistema, evidenciando la no incorporación de nuevas personas.

No obstante, el sistema ha sido capaz de responder a los casos más graves, a pesar de los fallos de un sistema creado desde cero y puesto en marcha en el contexto de crisis económica e intensos recortes sociales.

La incorporación al SAAD supone que la persona es garante del derecho a la prestación de atención por su situación de pérdida de autonomía personal. A través del Gráfico 7.3 se analiza el proceso de implantación atendiendo al grado de efectividad al derecho a las prestaciones de atención previstas en la Ley.

En Andalucía se comprueba como el porcentaje beneficiarios respecto al total de dependientes reconocidos se ha mantenido por encima del 50% durante todo el periodo, alcanzándose el 61,43% en 2012. Un punto favorable en el proceso de implantación de la Ley es la continuada bajada de hasta el 25% respecto a 2009 de las listas de espera, generando nuevos beneficiarios (Gráfico 7.3). Entre las debilidades, se pueden considerar el porcentaje de dependientes sin derecho reconocido debido al efecto calendario, consecuencia de la paralización parcial derivada del Real Decreto-ley 20/2012.

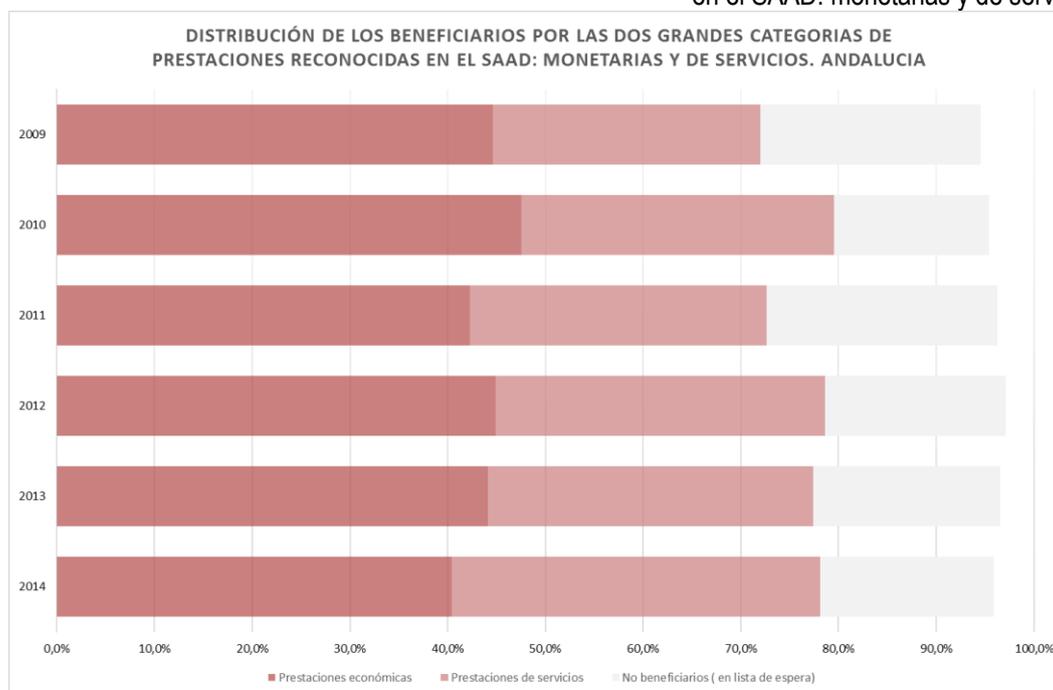
Gráfico 7.3 Situación de las personas dependientes atendiendo a la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia previstas en la Ley respecto al total de personas dependientes reconocidas.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

Las personas dependientes beneficiarias de prestaciones, es decir, que están recibiendo la atención establecida en Programa Individual de Atención (PIA) son agrupadas en dos grandes categorías, por un lado las económicas y por otro de servicios. La manera en la que se distribuyen las prestaciones a lo largo de años de estudio, son un indicativo claro del proceso de construcción del sistema y de la tipología de atención que reciben las personas dependientes, sin perder de vista las personas en lista de espera, que pone de relieve la falta de respuesta del sistema. A pesar de ello, el Gráfico 7.4, muestra la tendencia generalizada hacia las prestaciones económicas frente a las prestaciones de servicios. Ahora bien, la relación entre ambas es inversamente proporcional, a pesar del crecimiento de 11 puntos porcentuales de las prestaciones de servicios desde 2009.

Gráfico 7.4 Distribución de los beneficiarios⁶⁷ por las dos grandes categorías de prestaciones reconocidas en el SAAD: monetarias y de servicios.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD proporcionados por el IMSERSO. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año.

El análisis sobre la evolución de la implantación de la Ley de dependencia junto al SAAD en Andalucía, se concentra en una atención centrada en el domicilio de la persona en situación de dependencia Tabla 7.2. Aunque a primera vista, la situación que se presentaba para el

⁶⁷ Para realizar esta comparación entre las grandes categorías de prestaciones los datos disponibles contabilizan el nº de prestaciones que recibe los beneficiarios. Esto quiere decir que un beneficiario puede obtener más de una prestación pero no significa que haya más personas beneficiarias. De ahí que en determinados años la distribución se encuentre por debajo de 100%.

conjunto nacional no dista mucho a la realidad andaluza respecto a la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar. No obstante, se encuentran diferencias, mientras que en Andalucía las prestaciones de servicios se localizan en el entorno del hogar – principalmente ayuda a domicilio y complementado con los centros de día/noche-. Otra gran diferencia es como la prestación vinculada al servicio en Andalucía es de carácter residual mientras que para el conjunto de España se ha incrementado en un punto porcentual desde 2009. Para el conjunto nacional se distinguen dos etapas, la primera desde 2009 a 2011, la atención en centros residenciales fagocita el peso representado por los beneficiarios de los servicios de ayuda a domicilio y centros de día/noche. La segunda, desde el año 2012 la atención residencial tiene un peso similar a los servicios de ayuda a domicilio.

Andalucía, como España (Tabla 7.2), tienen en común el crecimiento que han tenido respecto al conjunto de prestaciones las relacionadas con el cuidado en el entorno del hogar, los servicios de ayuda a domicilio y los servicios de atención en centros de día/de noche, y la complementariedad con los cuidados que reciben de los cuidadores familiares. Ahora bien, la intensidad con la que se presenta este hecho es más intensa en Andalucía que en España.

En Andalucía, el peso de la prestación de servicios de centro de día/noche han pasado de tener 7.809 beneficiarios en diciembre de 2009 a los 13.006 beneficiarios en diciembre de 2014, lo que supone una tasa de variación relativa del 70% respecto a 2009. De hecho, la importancia que han adquirido estos servicios hace que las diferencias con el conjunto nacional desde el inicio del periodo hayan superado los cinco puntos porcentuales (Tabla 7.2).

Ahora bien, en Andalucía los servicios de atención residencial han tenido un comportamiento inverso a los servicios de ayuda a domicilio y centros de día/noche desde de 2009 a 2012 coincidiendo con el periodo del <<boom>> de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, y con los años de profunda crisis económica y destrucción de empleo, entre otros aspectos (Camacho, Ruiz y Minguela, 2015). En 2013, los servicios de atención residencial representan el 8,4% del total de prestaciones del SAAD, siendo éstos “fagocitados” por los servicios de ayuda a domicilio y centro de días/de noche.

Además las prestaciones de servicios – ayuda a domicilio, centro de día/noche y atención residencial- crecen frente al descenso de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, situación debida en parte a las modificaciones recogidas en el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio respecto a la sostenibilidad del SAAD y el nivel mínimo de garantizado de financiación por parte del Administración General del Estado, el cual, se establece la

ponderación positiva de prestación de servicios frente a las económicas (art. 22 modificación 3, Real Decreto-ley 20/2012,13 de julio). A pesar de ser la prestación “estrella” su descenso en Andalucía, ha alcanzado los 12 puntos porcentuales en 2014, y respecto al conjunto nacional es inferior en 2,25 puntos para el mismo año.

No obstante, encontramos dos prestaciones con presencia residual como son la prestación económica vinculada al servicio, la cual sigue la misma tendencia de la prestación de servicio de atención residencial y la prestación de asistencia personal que prácticamente es casi inexistente tanto en Andalucía como en España.

La ratio de prestación por beneficiario, es un indicador del esfuerzo por la implantación la Ley dependencia. En la Tabla 7.1 se muestra que tanto en Andalucía como en España, la media de los beneficiarios que reciben una prestación económica y/o de servicios es completada por otra, normalmente por la teleasistencia. De hecho, en Andalucía este servicio complementario representa al 20% aproximadamente generando un cambio en la ratio pasando del inicial 1,21 a 1,35 en 2014.

Tabla 7.1 Evolución del ratio de prestaciones por beneficiario. Andalucía - España (2009-2014).

Año	Andalucía	España
2009	1,21	1,12
2010	1,31	1,19
2011	1,35	1,24
2012	1,37	1,25
2013	1,36	1,25
2014	1,35	1,25

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD (diciembre 2009-diciembre 2014) proporcionados por el IMSERSO

Tabla 7.2 Evolución comparativa Andalucía y España de la distribución respecto al total de prestaciones del SAAD.

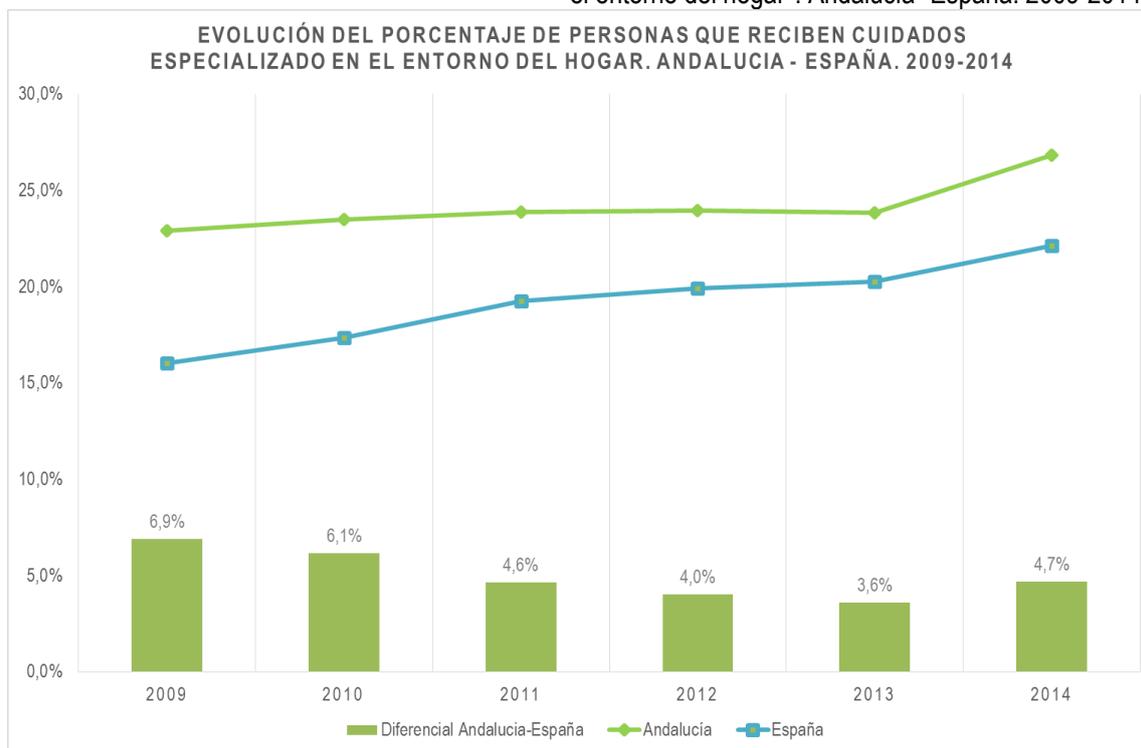
		Años					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prestaciones del SAAD							
Andalucía	Ayuda a Domicilio	18,30%	19,36%	19,33%	19,10%	18,68%	20,91%
	Centros de Día/Noche	4,61%	4,14%	4,54%	4,85%	5,16%	5,91%
	Atención Residencial	9,09%	7,80%	7,59%	7,96%	8,41%	9,77%
	PE Cuidados Familiares	50,20%	45,10%	42,41%	41,32%	41,54%	38,00%
	PE Vinculada Servicio	1,89%	1,41%	1,43%	1,27%	1,28%	1,26%
	PE Asistencia Personal	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%
España	Ayuda a Domicilio	10,77%	11,64%	12,92%	13,05%	12,80%	14,26%
	Centros de Día/Noche	5,25%	5,71%	6,32%	6,87%	7,44%	7,88%
	Atención Residencial	18,40%	15,27%	13,30%	13,10%	13,80%	14,55%
	PE Cuidados Familiares	51,16%	48,38%	45,53%	44,46%	43,21%	40,25%
	PE Vinculada Servicio	6,93%	6,71%	6,52%	6,72%	7,62%	7,92%
	PE Asist Personal	0,13%	0,09%	0,10%	0,13%	0,15%	0,20%
Diferencial Andalucía-España	Ayuda a Domicilio	7,53%	7,71%	6,42%	6,05%	5,88%	6,65%
	Centros de Día/Noche	-0,64%	-1,57%	-1,79%	-2,02%	-2,29%	-1,97%
	Atención Residencial	-9,31%	-7,48%	-5,71%	-5,14%	-5,39%	-4,78%
	PE Cuidados Familiares	-0,96%	-3,28%	-3,12%	-3,14%	-1,67%	-2,25%
	PE Vinculada Servicio	-5,04%	-5,30%	-5,09%	-5,46%	-6,34%	-6,65%
	PE Asistencia Personal	-0,11%	-0,08%	-0,09%	-0,13%	-0,15%	-0,20%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD (diciembre 2009- diciembre 2014) proporcionados por el IMSERSO.

El mantenimiento de la persona en su entorno social habitual como principio de la Ley de dependencia también se perfila como uno de los rasgos identificativos del sistema de atención a las personas en situación de dependencia en Andalucía. El Gráfico 7.5, muestra como la atención en el entorno del hogar – servicios de ayuda a domicilio y/o centros de día/noche y la prestación económica de cuidado en el entorno familiar- concentran a más de la mitad del total personas dependientes que son beneficiarias en Andalucía, porcentaje muy superior a España.

En términos generales, la disminución de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar frente al aumento de los servicios de ayuda a domicilio y centros de estancia diurna/nocturna, hace del hogar siga siendo la piedra angular del sistema de cuidados; a pesar de que todavía el 40% de la atención en el hogar proceda de dicha prestación económica. Si miramos los datos en perspectiva, Andalucía apuesta por un modelo de cuidado formalizado/especializado en el entorno del hogar, siendo este menos intenso para el conjunto de España, que se inclina hacia una asistencia residencial (Tabla 7.2 y Gráfico 7.5)

Gráfico 7.5 Evolución del porcentaje de personas dependientes que reciben cuidados especializados en el entorno del hogar*. Andalucía- España. 2009-2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD (diciembre 2009-diciembre 2014) proporcionados por el IMSERSO.

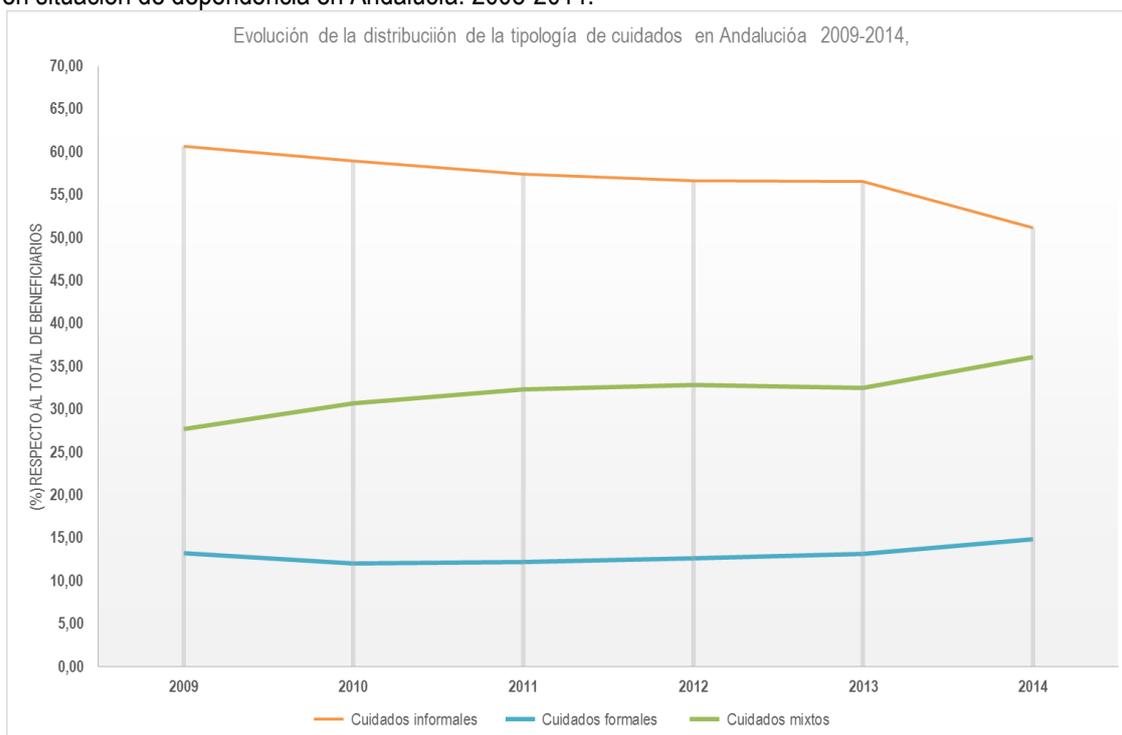
*Nota: se incluyen el Servicio de Ayuda a Domicilio y el Servicio de Unidad de Estancia Diurna/Nocturna. No se incluye no se incluyen la Prestación Económica de Cuidado en el Entorno Familiar porque desvirtúa la evolución de estas dos prestaciones de servicios.

No cabe duda de que el proceso de implantación de la Ley de dependencia y del SAAD en Andalucía está respondiendo a los objetivos y a los principios establecido, siendo unas de las Comunidades Autónomas a la cabeza de este proceso (véase, capítulo 5.6). Resaltando su especialización en las prestaciones de servicios muy por encima de la media nacional. Ahora bien, si estas prestaciones se transforman en tipología de cuidados (Gráfico 7.6) se comprueba que, a pesar del carácter familiarista de los Estados de Bienestar mediterráneos e imperante en el proceso de implantación de la Ley de dependencia en Andalucía, cómo el sistema a partir de las modificaciones normativas está cambiando las preferencias en la prestación de cuidados, se generan unas sinergias positivas.

A lo largo del período de estudio, 2009-2014, los cuidados informales representan al principal tipo de cuidado que reciben las personas dependientes, a pesar de su descenso progresivo (Gráfico 7.6), más intensivo durante el último año. En otras palabras, la variación relativa de este tipo de cuidados ha caído en un 15,60% respecto a 2009. Sin embargo, ha sido muy positiva la evolución de los cuidados mixtos, teniendo un crecimiento del 30,40% respecto a 2009. Este dato desvela que el crecimiento se ha producido por un lado, el trasvase de beneficiarios de cuidados informales a estos y por otro, la incorporación de nuevos beneficiarios de esta alternativa de cuidados personales en el entorno del hogar.

Ahora bien, los cuidados formales se presentan como la tercera tipología de cuidados recibida por los dependientes en Andalucía. Pero no se puede obviar la importancia social de estos para con las personas que por su grado de severidad, no se pueden mantener en su entorno habitual. A lo largo del período se ha mantenido constante, creciendo en términos absolutos en 1,6 puntos porcentuales.

Gráfico 7.6 Evolución de la distribución de la tipología de cuidados personales recibida por las personas en situación de dependencia en Andalucía. 2008-2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de gestión mensual del SAAD (diciembre 2008-diciembre 2014) proporcionados por el IMSESO.

**Nota: los datos correspondientes al 2008 pueden encontrarse sesgados por las prestaciones sin especificar y los cambios metodológicos, actualizaciones y revisiones de los registros estadísticos.*

Finalmente, tras la realización de un análisis sobre las características principales del proceso de implantación de la Ley de dependencia en Andalucía durante el período temporal 2009-2014, queda reflejada la voluntad política y la responsabilidad social en la respuesta a las demandas de atención de la población andaluza. Lo más importante es el reconocimiento de los cuidados mixtos como alternativa y complemento al tradicional cuidado prestado por las familias. El proceso de implantación en Andalucía aun nadando a contracorriente ha sido notable, porque no solo ha aumentado el número de beneficiarios sino que ha reducido las listas de espera.

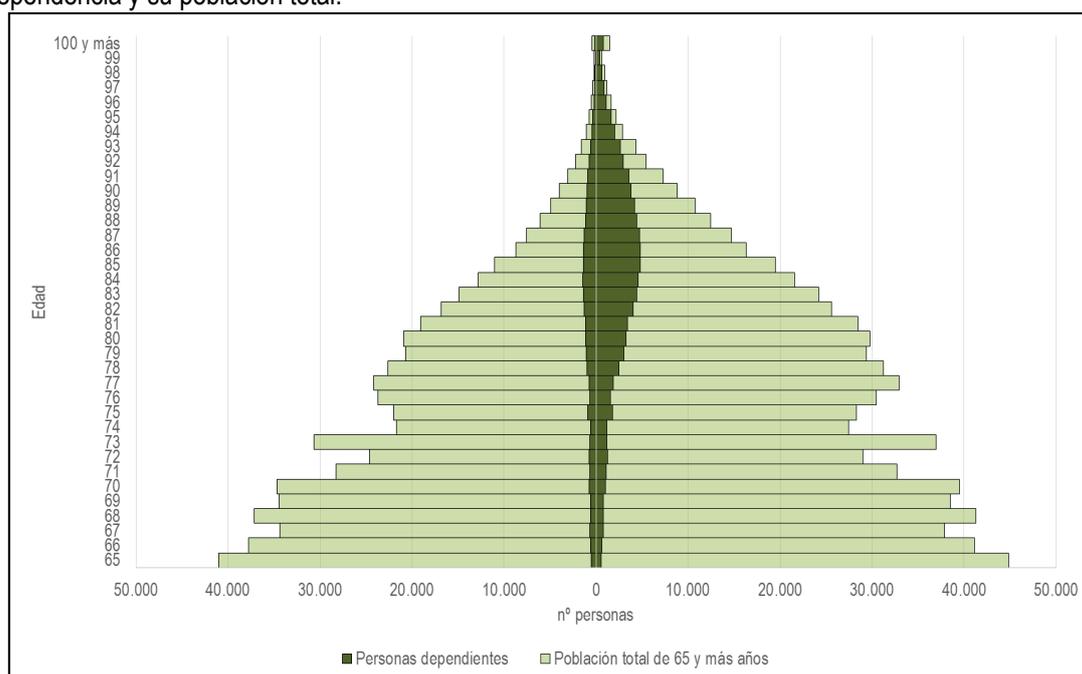
7.2 La realidad social de las personas mayores de 65 años en situación de dependencia en Andalucía

En Andalucía, el 12% de la población mayor de 65 años se encuentra en situación de dependencia reconocida y recibe cuidados en el marco del SAAD en 2014. En Pirámide 7.1 se trata de visualizar cómo se estructura la población dependiente respecto total de su población año a año a partir de los 65 años. Mientras a edad de 65 años el peso de los dependientes del SAAD es del 1%, a los 80 años de 9% y a los 85 años del 20% respecto al total de la población. A pesar de la heterogeneidad con la que se presentan las situaciones de dependencia, la edad tiene una gran representatividad siendo un factor explicativo y determinante en el análisis de fenómeno social en Andalucía.

En esta línea se encuentra el sexo. En en la Pirámide 7.1 se evidencian marcadas diferencia entre hombres y mujeres. A los 65 años los hombres dependientes atendidos por el SAAD representan al 3% y las mujeres al 1% respecto al total de su población por sexo y edad. Sin embargo, en ambos sexos a la edad de 80 años sobre pasan el 20% respecto al total de su población, pero en el caso de las mujeres, una de cada cuatro es dependiente y recibe prestación. Ahora bien, es de resaltar cómo a la edad de 85 años el peso de los hombres dependientes es del 56% frente al 20% de la mujeres. La justificación a ésta representatividad es debido a las diferencias existente entre la esperanza de vida de hombres y mujeres, siendo de esta de 7,6 años y 8,8 años respectivamente a la edad de 85 años.

No obstante, a pesar de estas diferencias, el 70% del total de las personas beneficiarias del SAAD son personas mayores de 65 años en Andalucía.

Pirámide 7.1 Pirámide de la población mayor de 65 años comparado las personas en situación de dependencia y su población total.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del IECA, 2014 y BDUDA, 2014.

La población mayor de 65 años dependiente reconocida y que recibe prestaciones del SAAD asciende a las 111.296 personas en Andalucía en 2014. Complementando a la pirámide de población, la Tabla 7.3 ofrece una información más detallada, resaltando las diferentes de sexos y grados de severidad con las que se presentan las situaciones de dependencia dentro del sistema.

Tabla 7.3 Distribución de la población dependiente por grado de severidad y grupos quinquenales de edad.

Grados de severidad	Tamos de edad		65-74	75-79	80-84	85 y más
	Sexo					
Grado I	Mujer		0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	Hombre		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Grado II	Mujer		5,3%	6,4%	11,5%	22,5%
	Hombre		3,2%	2,2%	3,3%	6,2%
Grado III	Mujer		3,0%	3,3%	6,2%	16,2%
	Hombre		2,5%	1,8%	2,5%	3,8%

Fuente. Elaboración propia a partir de la explotación datos BDUDA, 2014.

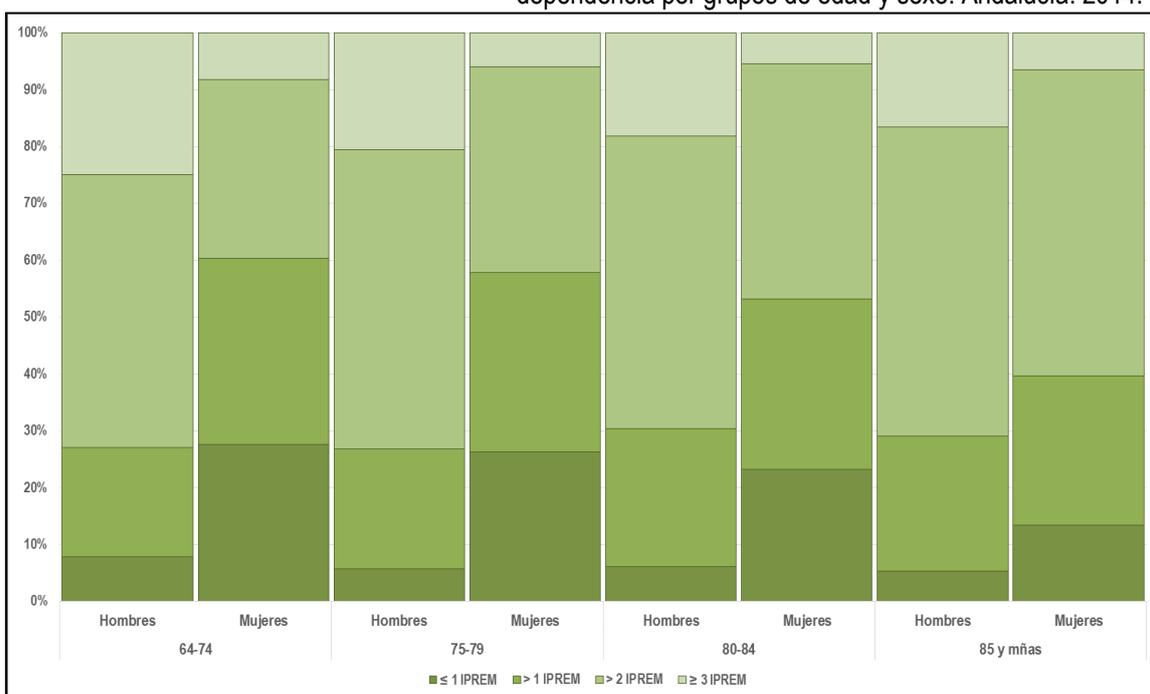
El grado I de severidad carece de representatividad dentro de la distribución como consecuencia de las alteraciones en el calendario oficial de implantación de la Ley de dependencia. Por este motivo y porque uno de los principios básicos es responder a las situaciones más graves de dependencia.

Dentro de SAAD, las mujeres son las protagonistas. Lo muestra la Tabla 7.3, enfatizándose las diferencias existentes entre ambos sexos. En el caso de los hombres, la situación que concentra a un mayor número de dependientes con un 6,2% son los mayores de 85 y más años con un grado II de severidad. Sin embargo, las mujeres con esas mismas características representan entre tres y cuatro veces más que los hombres dentro del sistema; situaciones similares presentadas por el grado III.

Los resultados refuerzan la brecha de sexos; es decir, cómo a pesar de que las mujeres viven más, pero con un horizonte de vida marcado por las situaciones de dependencia más severas.

Dentro de la realidad social de los mayores dependientes en Andalucía, resulta clave analizar el nivel de renta, al tratarse de un grupo de población altamente vulnerable; por diferentes motivos entre los que destacan, por un lado, la reducción de la capacidad económica asociada a jubilación. Y por otro lado, la por encontrarse en situación de dependencia. En este sentido, tanto el Gráfico 7.7 como la Tabla 7.4 complementaria, ponen de manifiesto los bajos niveles de renta que presentan los mayores dependientes andaluces, donde las mujeres, independientemente de la edad su situación económica se encuentran por debajo de un IPREM, y más de 60% se encuentran por debajo del IPREM.

Gráfico 7.7 Distribución de la capacidad económica de los mayores de 65 años en situación de dependencia por grupos de edad y sexo. Andalucía. 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014.

Las diferencias de más de 12 puntos de media entre mujeres y hombres con menos de un IPREM, tienen que ver con las diferencias en las trayectorias profesionales y los roles asociados al género como mantenimiento de la mujer en la esfera privada del hogar, lejos de un trabajo retribuido. De ahí que los patrones respecto a la capacidad económica sean opuestos: los hombres se encuentran la gran mayoría en los dos y tres IPREM. Si ya en términos generales la capacidad económica de las personas dependientes, como indican los resultados es baja, en el caso de las mujeres se agudiza más, haciendo de las mujeres mayores dependientes un colectivo de alto riesgo de vulnerabilidad social.

Sin embargo, es de resaltar cómo a partir de los 80 años, la capacidad económica de la mujer tiene una “mejora relativa” alcanzando los dos IPREM, consecuencia directa de la compatibilidad de la pensión de jubilación contributiva o no con la pensión de viudedad.

Profundizar en la capacidad económica ahora, desde la perspectiva del grado de severidad de la persona en situación de dependencia, es indicativo de la contribución económica – copago- a las prestaciones de servicios que reciben. En este sentido, la Tabla 7.4 muestra patrones de renta opuestos en función de la severidad de la situación de dependencia. Mientras el 46,7% de los dependientes de grado II tienen un nivel de renta bajo, más del 60% de los gran dependientes – grado III- se encuentran entre 2 y 3 IPREM. Por ejemplo, atendido a estos niveles de renta el 17,72% de los dependientes de Grado II recibirían las prestación de ayuda a domicilio sin coste adicional; en cambio, por el mismo servicio una persona con grado III cuyo nivel de renta se encuentra en los 2 IPREM, su contribución económica sería del 10%. La contribución económica jamás será del 100% del coste del servicio recibido⁶⁸.

Tabla 7.4 Distribución de los grados de severidad de las situaciones de dependencia entre los mayores de 65 años por capacidad económica a través del IPREM. Andalucía. 2014.

	<1 IPREM		1 IPREM		2 IPREM		≥ 3 IPREM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grado I**	14	4,24	77	23,33	225	68,18	14	4,24
Grado II	11.938	17,72	19.507	28,95	29.995	44,52	5.938	8,81
Grado III	5.550	12,73	10.432	23,93	22.734	52,16	4.872	11,18

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014.

***Los datos correspondientes al grado I carecen de representatividad, justificada por las modificaciones introducidas por RD-L 20/2011, unida la paralización relativa del sistema (2012- 2014)*

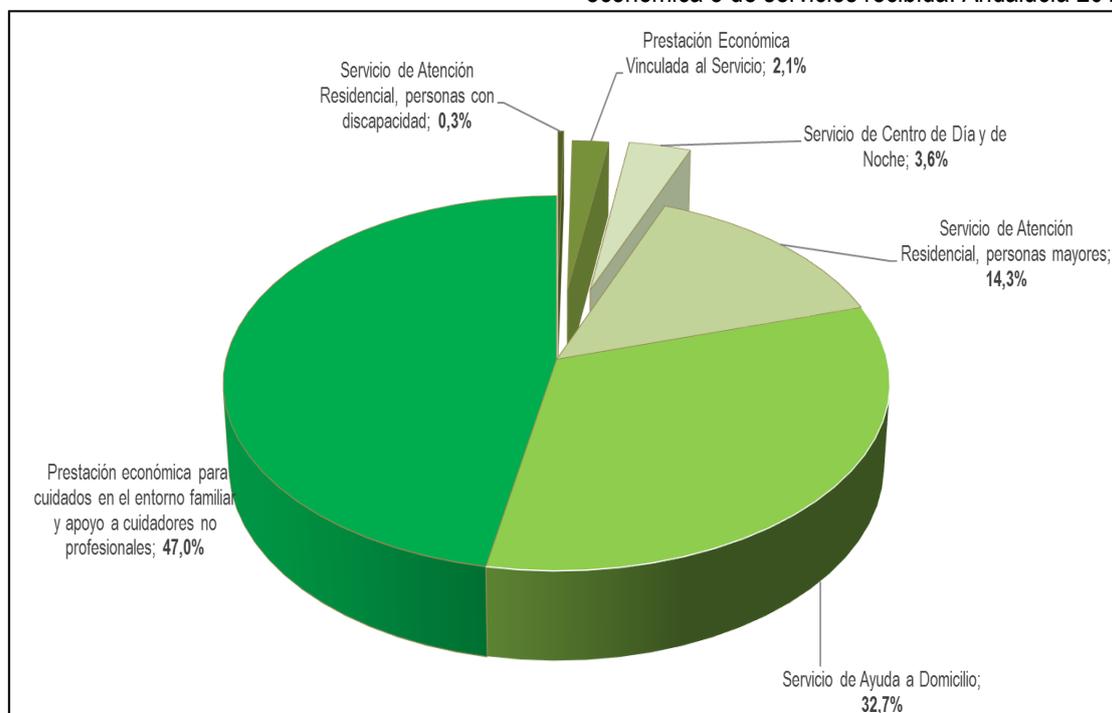
⁶⁸ Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En 2014, la distribución del conjunto de prestaciones económicas y/o de servicios recibidas por los mayores de 65 años dependientes tienen una clara inclinación hacia mantenimiento de la persona en su entorno social, concentrando al 80% del total.

Los servicios tratan de complementar la actuación de los cuidadores principales – servicio de ayuda a domicilio y centro de día/noche-. La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (47,0%), trata de dignificar la dura labor del cuidado personal por parte de los cuidadores principales, ante la falta de servicios disponibles a la demanda de atención requerida por el dependiente. Aunque ésta prestación tenía un carácter puntual, se ha convertido en la estrella.

El resto de prestaciones económicas y de servicios están orientadas hacia los casos de una mayor severidad (Gráfico 7.8), los cuales, requieren de unos cuidados intensivos y continuos como los ofrecidos por la atención residencial (14,6%) y las prestaciones económicas vinculadas al servicio (2,1%). Ambas prestaciones han tenido como objetivo principal la “regularización como dependientes” de las personas que ya estaban recibiendo estos servicios y/o prestaciones pero ahora, siendo garante del derecho subjetivo que lleva implícito la Ley de dependencia.

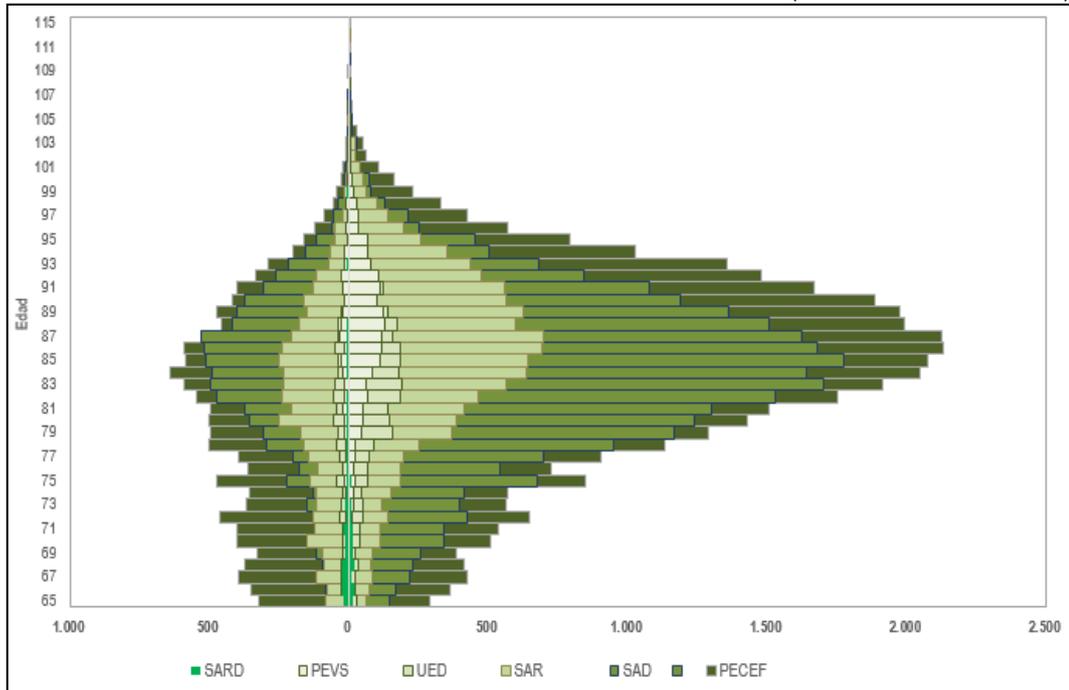
Gráfico 7.8 Distribución de las personas mayores de 65 años en situación de dependencia por prestación económica o de servicios recibida. Andalucía 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014.

Ir más allá en la caracterización de las prestaciones es analizarlas en clave de género y edad, es decir, ver la estructura interna de estas dos variables. Se trata de una perspectiva completamente novedosa y que queda representada a través de la siguiente Pirámide 7.2.

Pirámide 7.2 Pirámide de personas dependientes de 65 y más años por sexo y prestación principal recibida en Andalucía (31 de diciembre de 2014).



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014

En términos absolutos, la representatividad de las mujeres como beneficiarias del sistema es muy superior a los hombres. En ambos sexos, la concertación de las prestaciones se encuentra entre los 80 y los 90 años, aun así hay importantes asimetrías entre mujeres y hombres. Comenzando por la PECEF se comprueba cómo el 44% de los beneficiarios (hombres) tienen menos de 80 años frente al 13% de las mujeres para esa misma edad. En cambio, el patrón se invierte a partir de los 82 años, en las que tres de cada cuatro mujeres reciben esta prestación respecto al 35% de hombres. En esta línea, también se presenta el centro de día/noche, los hombres menores de 80 años destacan frente a la mujeres, y por el contrario son las mujeres mayores de 80 años de manera más numerosa (73%) la que reciben este tipo de prestación.

Sin embargo, hay prestaciones como el servicio de ayuda a domicilio, cuyos beneficiarios aumentan proporcionalmente con edad, de igual manera en ambos sexos. En el caso del servicio de atención residencial para personas con discapacidad, el 80% de los beneficiarios de ambos sexos es menor de 70 años.

Los servicios de atención residencial para mayores, vemos cómo más de la mitad de las mujeres institucionalizadas son mayores de 80 años.

Lo importante de ésta pirámide es que si hacemos un ranking de prestaciones principales, las PECEF son la primera opción para las mujeres octogenarias, seguida de los servicios de ayuda a domicilio y en tercer lugar, el servicio de atención residencial para mayores.

En esta línea, la Tabla 7.5 analiza las combinaciones existentes entre las prestaciones económicas y de servicios, comprobándose a la vez los regímenes de incompatibilidades establecidos por la Ley de dependencia. Los datos disponibles del SISAAD estimaron que el ratio de prestaciones que reciben dependientes es 1,34 en diciembre de 2014. En el 80% de los casos la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales es combinada con el servicio de teleasistencia, sólo 5.388 reciben exclusivamente este tipo de prestación. Así, en el caso del servicio de ayuda a domicilio, el 60% de los mayores dependientes lo reciben combinado con el servicio de teleasistencia.

El servicio de centro de día y/o de noche, sólo el 35% de los beneficiarios la reciben en exclusividad, Tabla 7.5. Se trata de una prestación que permite su combinación/ compatibilidad con otras como por ejemplo, el servicio de ayuda a domicilio que actúa como segunda prestación en el 22%. El servicio de teleasistencia como prestación complementaria se presta al 19% de los casos y este servicio más el servicio de ayuda a domicilio como tercera prestación para el 22% de los mayores dependientes en Andalucía. En total, el 65% de los beneficiarios del servicio de centro día/noche lo combinan con otras prestaciones de la misma naturaleza, de servicios, siendo un claro ejemplo de cuidados mixtos.

Las prestaciones vinculadas al servicio y los servicios de atención residencial se caracterizan por ser prestaciones exclusivas, siguiendo el régimen de incompatibilidades establecido. Aunque se encuentran casos de carácter residual en el que son combinadas con el servicio de centro de día/noche como segunda prestación.

Tabla 7.5 Número y combinaciones de prestaciones económicas y/o de servicios recibidas los mayores de 65 años en situación de dependencia en Andalucía. 2014

Prestaciones económicas y de Servicios del SAAD	Prestación de servicios o económica en exclusiva	Prestaciones de servicios/económicas		Persona beneficiaria del Servicio de Teleasistencia combinado	
		Servicio de Ayuda a Domicilio	Servicio de Centro de Día y de Noche	Prestación de servicios o económica en exclusiva	Servicio de Ayuda a domicilio (3ª prestación recibida)
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	28.852			23.464	
Prestación Económica Vinculada al Servicio	2.285			39	
Servicio de Ayuda a Domicilio	14.661			21.748	
Servicio de Atención Residencial, personas con discapacidad	361		12		
Servicio de Atención Residencial, personas mayores	15.920		2		
Servicio de Centro de Día y de Noche	1.394	921		870	767

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014.

La realidad social de los mayores dependientes en Andalucía analizada focaliza su atención en el mantenimiento de la persona en su entorno social. Los cuidadores familiares a través de la prestación económica para tal fin se convierten en lo protagonistas, tendencia clara hacia un modelo de cuidados compensador jerárquico. Aunque se observa cómo a través de las combinaciones/compatibilidades entre las prestaciones de servicios que tiene lugar en el entorno del hogar emergen alternativas claras de prestación de cuidados personales. Como es el caso del servicio de ayuda a domicilio y la unidad de estancia diurna configurados como complemento al cuidado prestado por las familias, que combinados se transforma en los cuidados mixtos.

En esta línea, la distribución de las principales tipologías de cuidados que se reciben en Andalucía en 2014, Gráfico 7.9, muestra como en términos generales, los cuidados informales representan la primera alternativa con 47% del total, seguidos por los cuidados mixtos con 36% y con un 17% los cuidados formales.

Gráfico 7.9 Estructura de la tipología de cuidados personales en Andalucía 2014



Fuente .Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014

La intensidad con la que se presentan este tipo de cuidados cambia cuando se incorpora la edad y género (Tabla 7.6). La tipología de cuidados imperante para los hombres dependientes es de carácter informal, sobre todo entre los 65-74 años con un 24%. Aunque va descendiendo proporcionalmente con la edad para todas las tipologías de cuidados, reflejando la menor

esperanza de vida de discapacidad severa de los hombres a partir de los 65 años, que se encuentra en los 13,1 años. En cambio, en el caso de las mujeres reciben tanto cuidados informales como mixtos en el mismo porcentaje entre los 75-84 años. En los extremos de edad, una de cada cinco mujeres reciben cuidados mixtos entre los 65-74 años y dos de cada cinco mujeres mayores de 85 años reciben cuidados informales.

Tabla 7.6 Distribución de los cuidados por tramos de edad y sexo respecto al total de dependientes.

Grupos de edad	Cuidados informales		Cuidados formales		Cuidados Mixtos	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
65-74	24%	30%	9%	8%	8%	21%
75-79	15%	32%	5%	9%	9%	30%
80-84	11%	33%	5%	11%	9%	32%
85 y mas	9%	38%	4%	14%	8%	27%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014

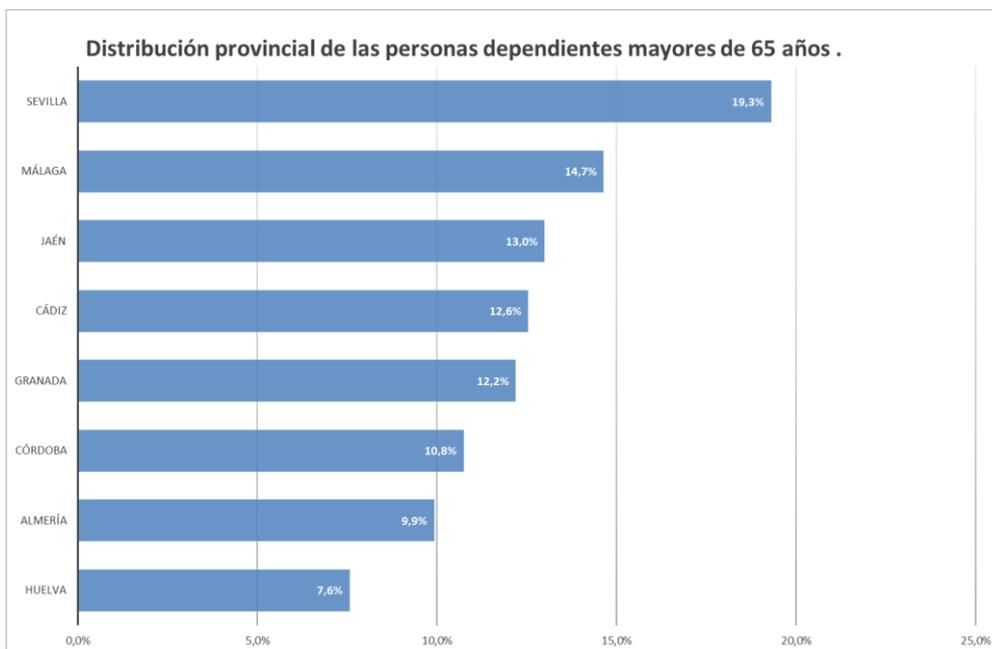
En el caso de los cuidados formales son la tercera alternativa de cuidados, las diferencia entre hombres y mujeres sigue una relación inversa, siendo más intensa para las mujeres en todos los tramos de edad. De hecho, la función principal de los cuidados formales se ha centrado en dar respuestas las personas calificadas como grandes dependientes (Grado III) que recibían ya la prestación de atención residencial o vinculada al servicio incorporándose así al sistema. O bien, personas que hasta entonces no había podido acceder a este tipo de recursos.

7.3 Los cuidados de larga duración en clave provincial: patrones de cuidados

Los cuidados de larga duración enmarcados en el entorno del hogar se articulan a través de una red de servicios de proximidad que tratan de materializar lo establecido en el PIA. En este sentido, incluir la perspectiva provincial como escala territorial intermedia nos permite avanzar en la configuración del perfil del dependiente y de los patrones de cuidados personales. Además de analizar la existencia o no de asimetrías entre las provincias.

La distribución provincial de los dependientes mayores de 65 años indica que las provincias más pobladas como Sevilla, Málaga y Cádiz concentran al 50% del total de los mayores dependientes en Andalucía; aunque Jaén presenta el 13,0%, ocupando la tercera posición en el Gráfico 7.10.

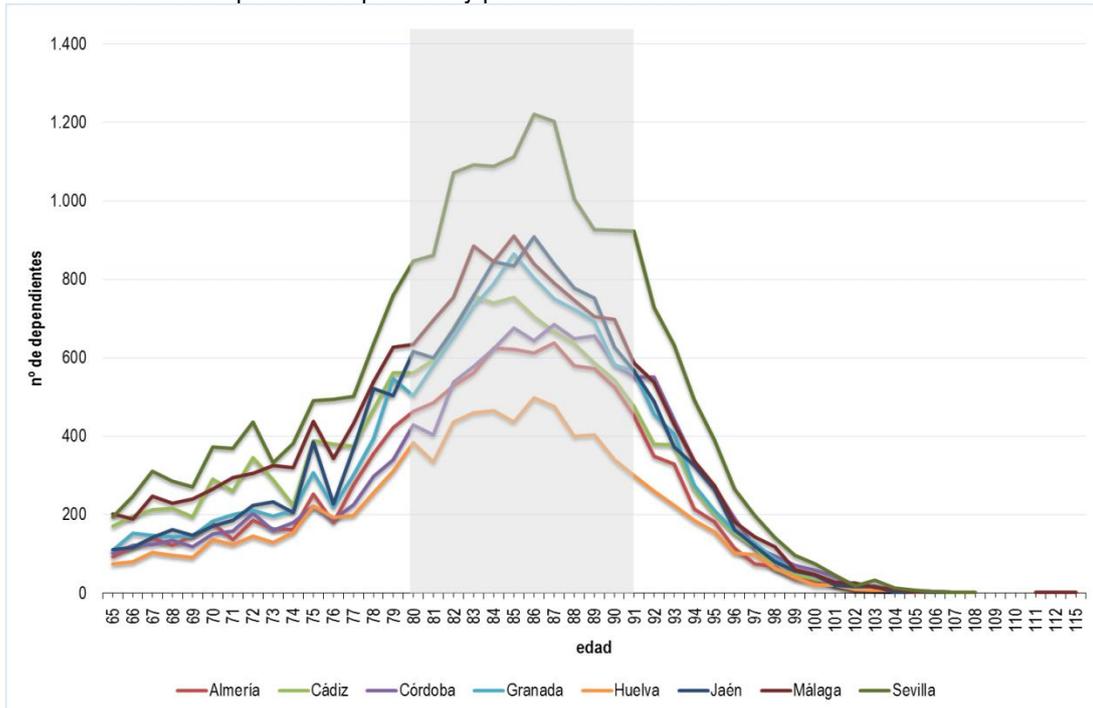
Gráfico 7.10 Distribución provincial de las personas dependientes mayores de 65 años. Andalucía 2014.



Fuente.Elaboración propia a partir de los datos de BDUDA, 2014.

De manera complementaria, el Gráfico 7.11 resalta como la concentración de personas dependientes se encuentran a lo largo del intervalo de edad que abarca desde los 80 a los 90 años, siendo esto un patrón común en todas las provincias.

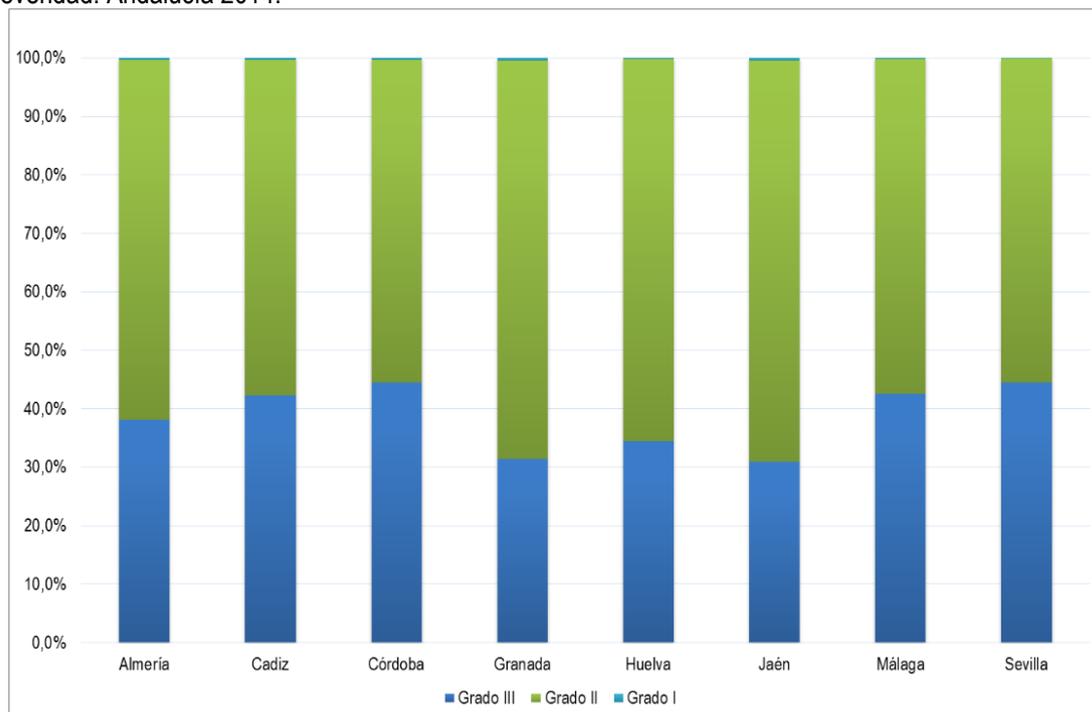
Gráfico 7.11 Personas dependientes por edad y provincia. Andalucía 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de BDUDA, 2014.

Ahora bien, si se relaciona la perspectiva territorial con el grado de severidad de las situaciones de dependencia (Gráfico 7.12) se observa cómo el grado II de severidad es el que mayor porcentaje concentra de dependientes en todas las provincias andaluzas, por encima del 55%. Sin embargo, las diferencias se encuentran respecto al grado III, en el que las provincias de Granada, Jaén y Huelva su peso no alcanza el 35% del total de dependientes. Respecto al grado I, su falta de representatividad generalizada está condicionada a las modificaciones al calendario de implantación de la Ley de dependencia.

Gráfico 7.12 Distribución de la población mayor de 65 años dependiente por provincia y grado de severidad. Andalucía 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de BDUDA, 2014.

No obstante, cuando a los grados de severidad se le incluye una distribución por sexo se observa el protagonismo de las mujeres en la totalidad de las provincias (Tabla 7.7). Aproximadamente, 3 de cada 4 personas dependientes mayor de 65 años son mujeres en todas las provincias andaluzas; dentro de estas más el 25% tienen un grado de severidad III. Sin embargo, las diferencias entre sexo generan una brecha muy importante entre mujeres y hombres superando los 25 puntos porcentuales para el grado II y por encima de los 15 puntos en el grado III (Tabla 7.7). Las diferencias provinciales se observan para el grado III, destacando Jaén por ser la que menor diferencia entre mujeres y hombres presenta con unos 13,1 puntos porcentuales, y en el lado opuesto se encuentra Sevilla con 22,5 puntos de diferencia. Además, en el caso del grado II, las mayores diferencias entre mujeres y hombres se dan en Granada, Huelva y Jaén superando los 33 puntos porcentuales.

Tabla 7.7 Distribución provincial de la población mayor de 65 años dependiente por grado de severidad y sexo. Andalucía 2014.

	Grado II		Grado III		Diferencial (mujeres-hombres)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Grado II	Grado III
Almería	16,2%	45,3%	11,7%	26,4%	29,1	14,7
Cádiz	14,4%	43,1%	11,4%	30,8%	28,7	19,4
Córdoba	14,1%	41,2%	12,2%	32,2%	27,0	20,0
Granada	16,5%	51,6%	8,2%	23,2%	35,1	15,1
Huelva	14,8%	50,5%	9,3%	25,1%	35,7	15,8
Jaén	17,5%	51,1%	8,9%	22,0%	33,6	13,1
Málaga	14,4%	42,8%	11,5%	31,0%	28,4	19,5
Sevilla	12,4%	43,0%	11,0%	33,5%	30,6	22,5

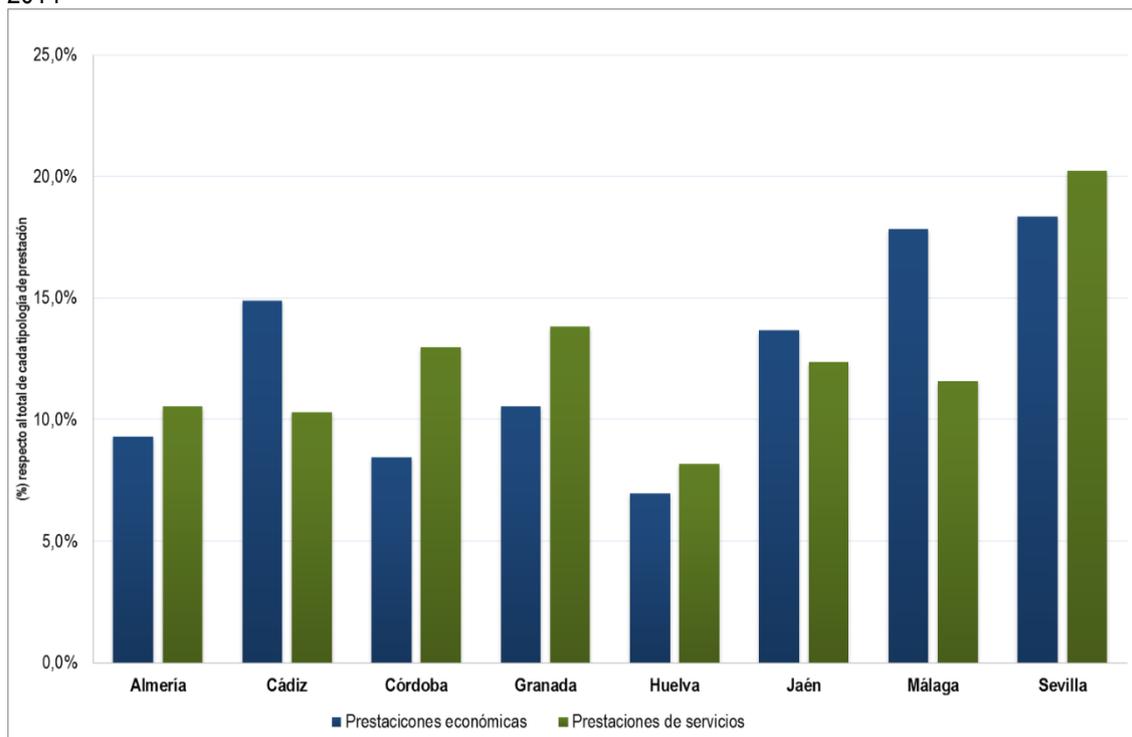
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de BDUDA, 2014.

La perspectiva provincial confirma que el perfil descrito a nivel de comunidad autónoma a pesar de las leves diferencias entre provincias todas converge en que las mujeres octogenarias representan al 70% de los dependientes. La pérdida de autonomía personal concentra la mayoría de las situaciones de dependencia en grado II, aunque 1 de cada 3 mujeres de media en Andalucía tiene un grado III.

Lo interesante es analizar cómo se articulan las prestaciones económicas y de servicios a este nivel intermedio de proximidad con el ciudadano con el fin de analizar si se mantendrá el patrón de cuidados descrito a nivel de comunidad autónoma o bien existirán asimetrías provinciales que presentarán patrones de cuidados diferentes.

El SAAD contempla dos grandes categorías de prestaciones: las de servicios y las económicas, que determinarán la orientación de la prestación de cuidados que recibirán los mayores dependientes en sus provincias de residencia. El Gráfico 7.13 presenta la distribución provincial de estas prestaciones en el que se evidencian diferencias; mientras Cádiz y Málaga tienen una clara tendencia hacia las prestaciones económicas y en menor medida Jaén, el resto de la provincias se inclinan por la prestaciones de servicios destacando Córdoba con 13,0% y Granada con un 13,8%. Ahora bien, el peso de la población dentro del conjunto andaluz de las provincias de Sevilla y Málaga que concentran el 31% de las prestaciones de servicios y el 36,2% de las prestaciones económicas. En el lado opuesto, se encuentra Huelva, que la diferencia entre las prestaciones de servicios (8,2%) y económicas (7,0%) es de 1,2 puntos porcentuales.

Gráfico 7.13 Distribución provincial de las prestaciones económicas y de servicios del SAAD. Andalucía 2014



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de BDUDA, 2014.

Ahora bien, estas dos grandes categorías de prestaciones están formadas por una serie de servicios y de prestaciones económicas establecidas en el SAAD que son combinadas en función de las necesidades de atención del mayor dependiente. Esto nos permite saber cuáles son concretamente los servicios y/o prestaciones económicas más relevantes para cada una de las provincias. En la Tabla 7.8 se observa como la intensidad en la que se presentan la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales genera diferencias provinciales mientras Cádiz, Málaga y Sevilla se encuentra representa a 15% de total andaluz para este tipo de prestación. Ahora bien, dentro de las prestaciones económicas, Málaga (27%) y Granada (21%) concentran aproximadamente al 50% del total de prestaciones vinculadas al servicio. En este sentido, Málaga se presenta como la provincia andaluza con mayor especialización en prestaciones económicas y de manera más intensiva en las vinculadas al servicio, destinada principalmente a los servicios de atención residencial. Sin embargo, la prestación de servicios de atención residencial representa el 9% una de las más bajas de Andalucía. En cambio, Granada es la provincia cuyas prestaciones se orientan hacia los servicios tanto de atención residencial como aquellos que se desarrollan

dentro del entorno del hogar – servicios de ayuda a domicilio y unidades de estancia diurna - diseñado como complemento a la acción de los cuidadores informales (Tabla 7.8)

Respecto a las prestaciones de servicios se observa cómo los servicios de ayuda a domicilio como los servicios de centro de día y de noche son complementarios respecto a la representatividad que adquieren respecto al total. Por ejemplo, en la provincia de Cádiz, el servicio de ayuda a domicilio representa al 9% frente al 14% de los servicios de centro día y de noche de total andaluz.

La Tabla 7.8 nos indica la asimetría existente entre las provincias generando dos grupos diferenciados:

- Primer grupo: Cádiz, Jaén y Málaga se caracterizan por reforzar la centralidad de la familia en la prestación de cuidados en el entorno del hogar.
- Segundo grupo: Almería, Huelva, Córdoba, Granada y Sevilla se caracterizan por tener una orientación mixta, equilibrada hacia las prestaciones de servicios junto la actuación en exclusiva de los familiares.

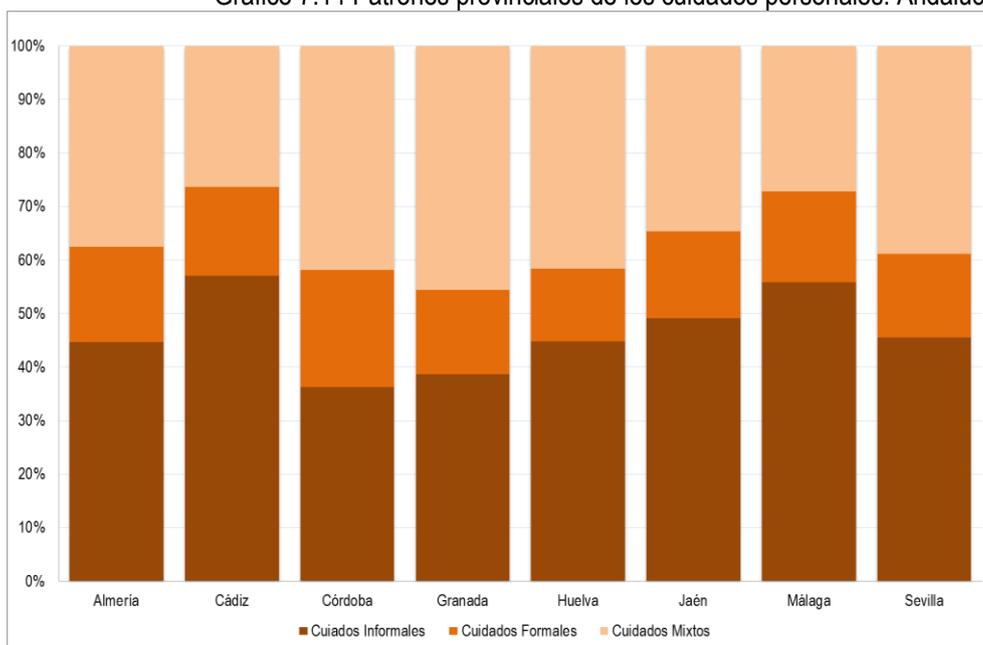
Tabla 7.8 Número y combinaciones de prestaciones económicas y/o de servicios recibidas los mayores de 65 años en situación de dependencia en Andalucía. 2014

	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	
Prestaciones económicas y de servicios de SAAD																		
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	4.937	9%	7.980	15%	4344	8%	5.257	10%	3.782	7%	7.119	14%	9.111	17%	9.786	19%		52.316
Prestación Económica Vinculada al Servicio	145	6%	154	7%	276	12%	497	21%	18	1%	349	15%	637	27%	248	11%		2.324
Servicio de Ayuda a Domicilio	3.647	10%	3102	9%	4.543	12%	5.479	15%	3.380	9%	4.689	13%	4.016	11%	7.553	21%		36.409
Servicio de Atención Residencial	13	3%	46	12%	83	22%	63	17%	27	7%	41	11%	35	9%	65	17%		373
Servicio de Centro de Día y de Noche	503	13%	573	14%	469	12%	720	18%	134	3%	331	8%	420	11%	802	20%		3.952

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de BDUDA, 2014

Cuando las prestaciones del SAAD se transforman en categoría de cuidados personales permite identificar los patrones de cuidados. En términos generales, en Andalucía la primera alternativa de cuidados son los informales con 47%, seguidos de los cuidados mixtos, 36% y en último lugar, los cuidados formales 17%. A partir de estos datos y descendiendo a nivel provincial, el Gráfico 7.14 muestra la estructura provincial de los cuidados personales.

Gráfico 7.14 Patrones provinciales de los cuidados personales. Andalucía 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de BDUDA, 2014.

La percepción de la atención a las personas dependientes es la que genera los patrones de cuidados. En este sentido, Cádiz y Málaga presentan a los cuidados informales como su patrón de cuidados personales, al ser identificado como su primera alternativa muy alejada del resto de las tipologías. En esta línea, los cuidados informales en Jaén y Almería son la primera opción pero con una menor intensidad, así el peso de los cuidados mixtos esta entrono a la media andaluza.

Las provincias de Córdoba, Granada y Huelva destacan porque no siguen el patrón general descripto para Andalucía. Los cuidados mixtos se presentan como la primera alternativa de cuidados encontrándose por encima de los 10 puntos porcentuales de la media andaluza.

En definitiva, a nivel provincial, el perfil de la persona mayor dependiente es común en el que las mujeres octogenarias con un grado II de dependencia son claramente las protagonistas del sistema. La diferencia entre los patrones de cuidados la marca la intensidad con la que se presentan los cuidados mixtos.

**CAPITULO 8. LOS CUIDADOS EN EL ENTORNO DEL HOGAR:
¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN EL TERRITORIO?**

CAPÍTULO 8. LOS CUIDADOS EN EL ENTORNO DEL HOGAR: ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN EL TERRITORIO?

Incorporar la perspectiva del territorio a través de la zonas de trabajo social, distinguiendo a la vez entre zonas rurales y urbanas, es describir con un nivel mayor de precisión la realidad social más cercana de los mayores dependientes en Andalucía (Tabla 8.1):

- La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales sigue siendo la que mayor porcentaje de dependientes concentra. Siendo más intenso en las zonas urbanas y dentro de éstas entre los hombres.
- El servicio de ayuda a domicilio es más intenso en las zonas rurales por encima de los 5 puntos porcentuales en relación a las zonas urbanas. Tanto es así, que la mujer rural que recibe este tipo de prestación es superior en aproximadamente 9 puntos porcentuales a las mujeres urbanas. En el caso de los hombres también se observan diferencias, uno de cada cuatro beneficiarios del SAD son urbanos frente al 35% hombres rurales.
- Servicio de Centro de Día y de Noche en las zonas rurales se presentan dos puntos porcentuales menos que en las zonas urbanas. En ambos casos, no se encuentran diferencias sustanciales de género.
- Los servicios residenciales para personas mayores, concentran a más número de hombres que de mujeres, representando las mujeres urbanas 2,5 puntos porcentuales más que las mujeres rurales.
- Entre las prestaciones con menor representatividad dentro de la población rural y urbana se encuentran, por un lado, la prestación vinculada al servicio, teniendo un mayor peso entre la población urbana y dentro de ella, en la mujeres. Sin embargo, ésta prestación junto a los servicios de residencia de personas con discapacidad no tiene un carácter representativo dentro del conjunto total de prestaciones y servicios.

Tabla 8.1 Distribución de las prestaciones que reciben las personas mayores de 65 años en situación de dependencia por sexo y lugar de residencia. Andalucía 2014.

Prestaciones económica y de servicios SAAD	Rural		Urbano	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	44,64	45,08	50,11	47,98
Prestación Económica Vinculada al Servicio	1,38	1,72	1,95	2,59
Servicio de Ayuda a Domicilio	34,93	38,71	25,90	30,07
Servicio de Atención Residencial, personas con discapacidad	0,37	0,11	0,98	0,28
Servicio de Atención Residencial, personas mayores	16,35	12,06	16,80	14,57
Servicio de Centro de Día y de Noche	2,33	2,33	4,26	4,51

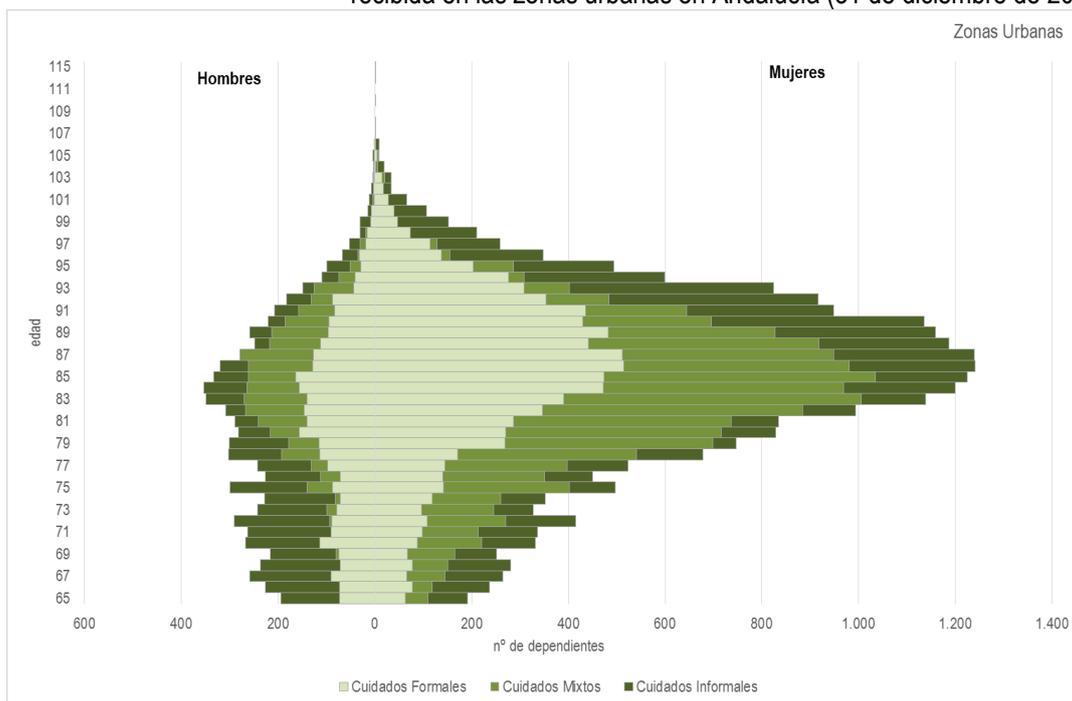
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014.

La lectura entre líneas de los resultados anteriores muestran las diferencias de gestión del sistema: mientras las diputaciones provinciales y/o de los ayuntamientos de municipios pequeños apuestan por la dotación de servicios, en las zonas urbanas o ayuntamientos grandes se inclinan por las prestaciones económicas. Estas les suponen un menor esfuerzo económico, teniendo como consecuencia directa el mantenimiento de la tradicionalidad de la familia como piedra angular del sistema de cuidados.

La correlación entre la edad y el grado de severidad de la situación de dependencia se traduce en prestaciones económicas y de servicios con diferentes intensidades. Todo ello, sujeto tanto el principio de elección por parte del dependiente, o en su caso del representante.

La Pirámide 8.1, muestra como los cuidados informales son la principal tipología de cuidados en las zonas urbanas tanto en hombres y mujeres. En el caso de hombres entre 65 -73 años, se pone de manifiesto el carácter sustitutivo de los cuidados formales respecto a los cuidados mixtos, siendo estos fagocitados; ocurriendo lo mismo en los nonagenarios de ambos sexos. En las zonas urbanas, es curioso como en el tramo de edad entre los 80-90 años, hay una mayor concentración de personas dependientes, se observa la primacía por los cuidados informales, cuando aparecen tanto para hombres y mujeres las situaciones de dependencia severa (Tabla 7.3). Ahora bien, entre los 80-83, los cuidados mixtos acortan distancias con los cuidados informales en el caso de las mujeres, no siendo así en caso los hombres.

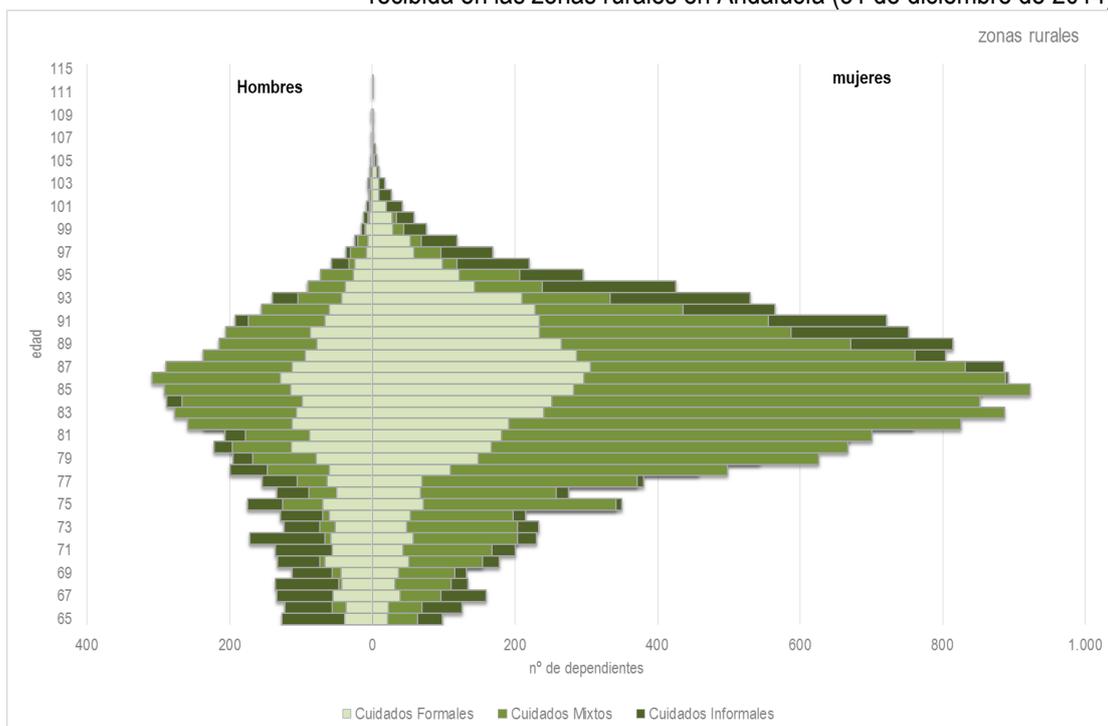
Pirámide 8.1 Pirámide de personas dependientes de 65 y más años por sexo y tipología de cuidado recibida en las zonas urbanas en Andalucía (31 de diciembre de 2014).



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014.

La realidad presentada por las zonas urbanas resulta ser antagónica a las de las zonas rurales (Pirámide 8.2), siendo las menos las similitudes existentes, analizándose de manera paralela.

Pirámide 8.2 Pirámide de personas dependientes de 65 y más años por sexo y tipología de cuidado recibida en las zonas rurales en Andalucía (31 de diciembre de 2014).



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del BDUDA, 2014

En las zonas rurales, los cuidados mixtos son la primera alternativa de cuidados personales tanto en hombres como en mujeres. Los cuidados informales pasan a un segundo plano no menos importante (Pirámide 8.2). Pero lo realmente interesante es cómo los cuidados mixtos se presentan mayoritarios, prácticamente a lo largo de toda la pirámide poblacional. Las diferencias existentes entre los cuidados informales y mixtos se centran precisamente en los estereotipos de género asociados con la prestación de cuidados. En otras palabras, los cuidados informales en los hombres hasta los 80 años, son muy superior al resto de tipologías, debido fundamentalmente a que éstos son realizados por los miembros de la familia, en concreto por sus esposas fundamentalmente, seguidas de las hijas (Minguela y Camacho, 2011). Siguiendo esta tesis, a partir de los 80 años los cuidados mixtos pasan a ser la primera opción, porque o bien la esposa también se encuentra en situación de dependencia o las hijas no pueden prestar una atención continuada, necesitando esta ayuda complementaria.

Entre las leves similitudes se encuentran cómo los cuidados formales se presentan con la misma intensidad entre 80-90 años, siendo la tercera alternativa tomada por los andaluces dependientes.

Hasta ahora podemos afirmar que desde una perspectiva macro, los andaluces mayores de 65 años dependientes, reciben un cuidado especialmente carácter informal. Sin embargo, cuando hemos incluido la perspectiva de territorio y género, la situación cambia radicalmente, mientras que en las zonas urbanas mantienen el tradicional cuidado informal: las zonas rurales apuestan por los cuidados mixtos, para mujeres y hombres dependientes mayores de 65 años.

Para ir cerrando la configuración del sistema de cuidados personales entre los mayores de 65 años dependientes en Andalucía, es clave mantener la perspectiva territorial, focalizándola en las Zonas de Trabajo Social, unidades territoriales protagonistas del sistema de gestión de las prestaciones del SAAD y por tanto las responsables de la tipología de cuidados que están recibiendo sus mayores dependientes.

Para ello, se ha implementado un indicador de especialización que muestra el peso que tienen los cuidados informales y cuidados mixtos, en una determinada zona de trabajo social, con relación a la participación de ésta a escala autonómica. En este sentido, cuando los valores se encuentran por encima de la unidad, significa que la tipología de cuidados es recibida por más personas que la media de Andalucía. Pero cuando el valor es próximo a uno o en la unidad, el número de dependientes está en la media andaluza y si es menor a uno, se encuentra por debajo a la media, es decir, no especializadas.

Indicador de especialización de las Zonas de Trabajo Social por mayores dependientes que reciben cuidados informales. Andalucía 2014

El indicador de especialización en cuidados informales muestra claramente como el 54% de las zonas de trabajo social tiene un valor por encima de la unidad, que representa a la media andaluza. De éstas, el 45% son rurales y el resto son urbanas (Mapa 8.1).

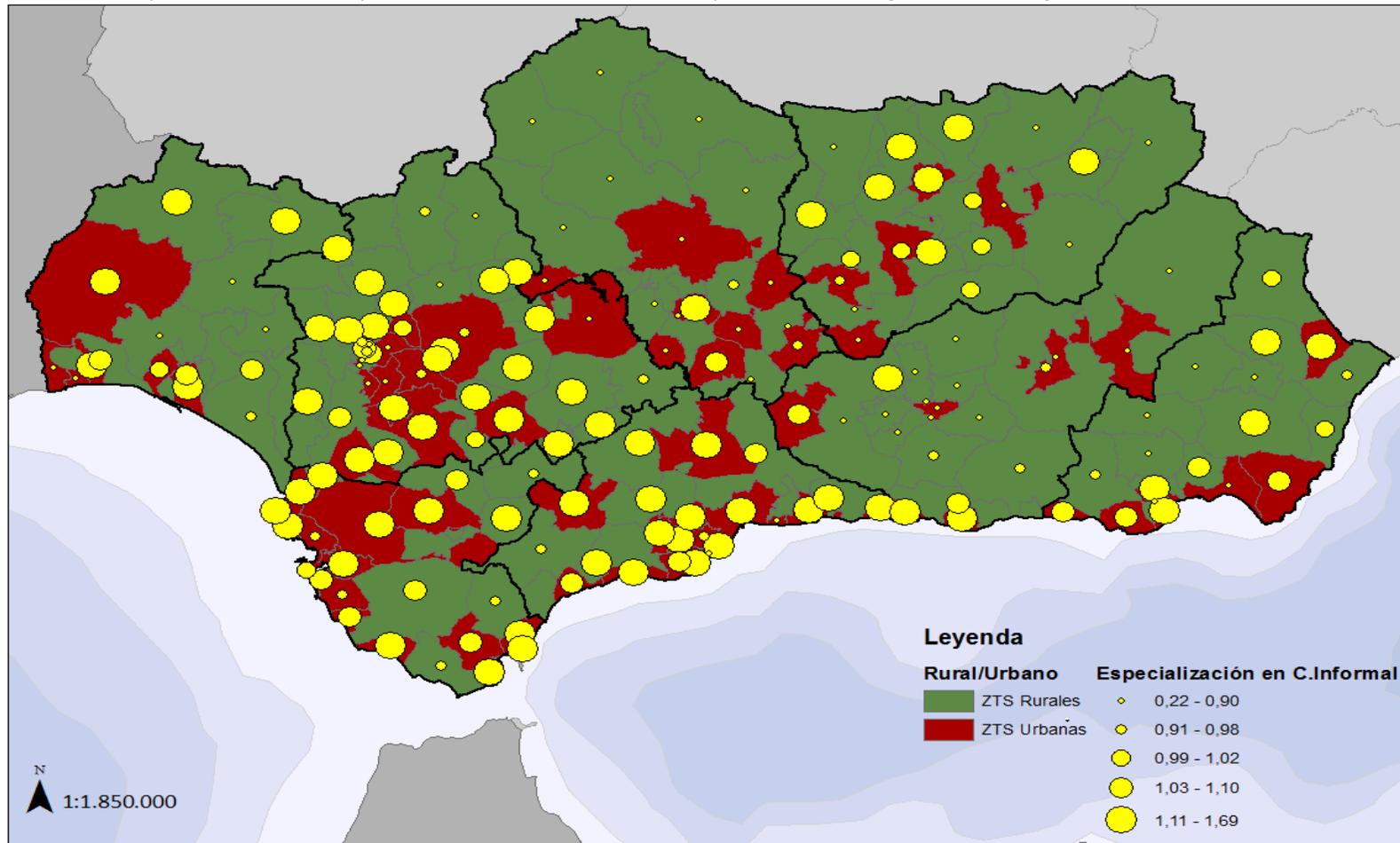
La especialización en cuidados informales se localiza prácticamente en la totalidad de las zonas de trabajo social urbanas del litoral andaluz. En las zonas de trabajo social correspondientes a las capitales de provincia, la especialización se encuentran en torno a la media andaluza, excepto Málaga está por encima del 1,2 y con una menor especialización Granada (0,8) y Sevilla (0,7). La concentración de ciudades medias en la parte occidental de la comunidad autónoma con una especialización en cuidados informales, está por encima de las 1,10 veces de la media andaluza, es la principal asimetría que resaltan en el Mapa 8.1 respecto a la parte oriental.

La especialización en los cuidados informales se sitúa por encima de las 1.4 veces sobre la media andaluza, a lo largo de la costa andaluza, destacando la zona de trabajo social de Torremolinos en Almería (1,5), seguida de la Costa del Sol, con la zona de trabajo social de Nerja (1,5) y Alhaurín el Grande (1,6). Continuando hacia el litoral gaditano, encontrándose zonas de trabajo social sobre especializada 1.5 veces, la media andaluza, destacando las zonas de trabajo social de San Roque, Barbarte y Sanlúcar de Barrameda. Así como, la también gaditana pero interior zona de trabajo social de Jerez de la Frontera (1,4), sobre especializada en cuidados informales y con alta tasas de desempleo, al igual que las zonas de trabajo social analizadas para la provincia de Cádiz. El resto de zonas de trabajo social sobre especializadas se ubican en el interior de Andalucía, como la zona de trabajo social de Andévalo (1,5) en Huelva y las zonas de trabajo social metropolitanas de la ciudad de Sevilla, como son La Algaba (1,7) y el Viso del Alcor (1,5).

El patrón de cuidados predominante en las zonas de trabajo social urbanas, tanto interiores como costeras, es de cuidados informales. Pero también se encuentra al mismo nivel de especialización en un menor número de zonas de trabajo social rural, entre las que destacan: en la provincia de Sevilla las zonas de trabajo social de Pruna (1,5) junto con Fuentes de Andalucía y Brenes con 1,4 superior a la media andaluza. Seguidas de la zona de trabajo social de Bailén (1,5) en la provincia de Jaén y Trebujena (1,4) en la provincia de gaditana.

Con una especialización entorno a la media entre 0,8 y 1 se encuentran el 27% de las zonas de trabajo social, en las que la mitad son zonas de trabajo social urbanas localizadas en las zonas interiores de las provincias de Granada, Jaén, Córdoba y Sevilla. En este grupo, la menor especializada es la zona de trabajo social de Guadix (0,8) en Granada. En contraposición, las zonas de trabajo social rurales con una especialización entorno a la media, se encuentran en las zonas del surco intrabético entre las provincias de Granada y Almería, la sierra de Cazorla en Jaén y la sierra norte de Córdoba.

Mapa 8.1 Indicador de especialización en cuidados informales por zonas de trabajo social rurales y urbanas. Andalucía 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos BDUDA,2014.

Indicador de especialización de las Zonas de Trabajo Social por mayores dependientes que reciben cuidados mixtos. Andalucía 2014

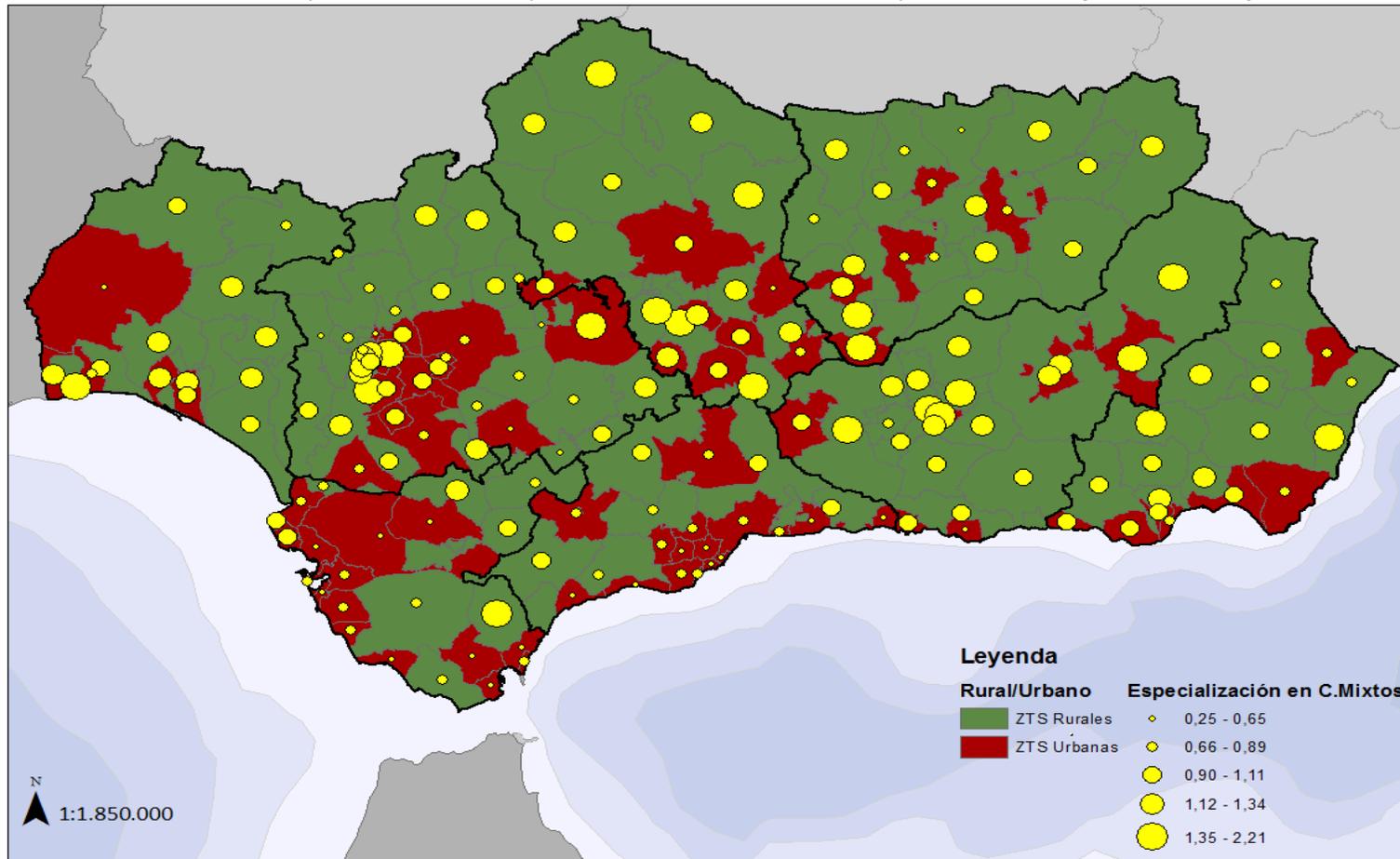
Respecto a la especialización de las zonas de trabajo social en cuidados mixtos ascienden al 48% de total. En concordancia a la realidad descrita en la Pirámide 8.2 los cuidados mixtos se perfilan como patrón de cuidados en las zonas rurales, alcanzando al 67%, es decir, dos de cada tres zonas de trabajo social tiene una especialización en cuidados mixtos por encima de la media andaluza.

A diferencia de los cuidados informales, la mayor especialización en cuidados mixtos se encuentra en la parte oriental de la Comunidad Autónoma, en las que zonas de trabajo social rurales superan el 1,3 de especialización como en la Sierra Norte del Córdoba (1,34) con Hinojosa del Duque, Montoro, La Carlota y Peñarroya-Pueblonuevo y el Sur de Córdoba con Rute, Fernán Núñez, Casto del Río y Aguilar de la Frontera (2,2). De igual manera la provincia de Jaén, también es destacable la especialización de los cuidados mixtos, sobre todo en las zonas de trabajo social rurales, localizadas a lo largo de la Sierra de Cazorla, Segura y Las Villas, altamente especializadas.

De una manera más intensiva destaca el surco intrabético que se extiende entre las provincias de Almería y Granada, tanto en zonas rurales como urbanas. De hecho, es de destacar que cinco de las seis zonas de trabajo social urbanas con las que cuenta la provincia de Granada tienen una especialización media, destacando la zona de trabajo social de Baza (1,90) seguida de Granada (1,4). Sin embargo, esto no se da con la misma intensidad en las zonas de trabajo social urbanas de la provincia de Almería, cuya especialización está en el intervalo 0,89-1,11, pero en contraposición, se encuentran las zonas de trabajo rurales como Río Nacimiento (1,44), Levante Sur (1,41) y Poniente (1,23) y Alto Almanzora (1,21).

En la parte occidental destaca la provincia de Sevilla, en la que se crea en torno a la zona de trabajo social de la ciudad de Sevilla, un "cordón" de especialización y de patrones de cuidados personales que están formados por: las zonas rurales del noroeste, especializadas en cuidadores informales (Mapa 8.1) y al suroeste de cuidados mixtos (Mapa 8.2) ; resaltan la urbana Coria del Río (1,44) y la rural Puebla del Río (1,38). En la misma provincia destaca la zona de trabajo social urbana de Écija con una especialización por encima de la media andaluza de 1,5 veces.

Mapa 8.2 Indicador de especialización en cuidados informales por zonas de trabajo social rurales y urbanas. Andalucía 2014.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos BDUD,2014.

Ranking de las Zonas de Trabajo Social mayor especializadas en cuidados mixtos

El estudio de la realidad social de las personas mayores dependientes en Andalucía, desde una perspectiva del territorio desprende diferentes escenarios como hemos podido comprobar hasta ahora. Entonces, sin perder de vista la esencia del componente familiar implícita en la prestación de cuidados personales, así como la incorporación de modelos complementarios y/o de especialización de tareas asociados a la prestación de cuidado mixtos en el entorno del hogar (Twigg, 1989).

A partir de toda esta información, se ha generado un *ranking* de las 20 zonas de trabajo social con porcentajes de superiores al 10% de dependientes mayores de 65 años respecto al total de población, para ese mismo grupo de edad. La zona de trabajo social responde con un patrón especializado de cuidados mixtos en el entorno del hogar por encima de las 1,4 veces de la media andaluza (Tabla 6.9 y Mapa 8.3).

La mitad de las zonas de trabajo social que se encuentran dentro de este *ranking*, son rurales, siendo el peso de los mayores dependientes que reciben cuidados del sistema, supera el 15% del total de la población de 65 y más años, en sus respectivas zonas de trabajo social. En primera posición, se encuentra la sobreespecializada zona rural de trabajo social de Aguilar de la Frontera (2,2), que hace que los cuidados informales no sean representativo (0.2). En cambio, la zona de trabajo social rural de Campo de Gibraltar - Castellar/Jimena en la provincia de Cádiz, tiene una especialización del 1.6 en cuidados mixtos y una especialización entorno a la media andaluza en cuidados informales. Es de destacar cómo solo dos de las capitales de provincia – Granada y Sevilla- están dentro de este ranking.

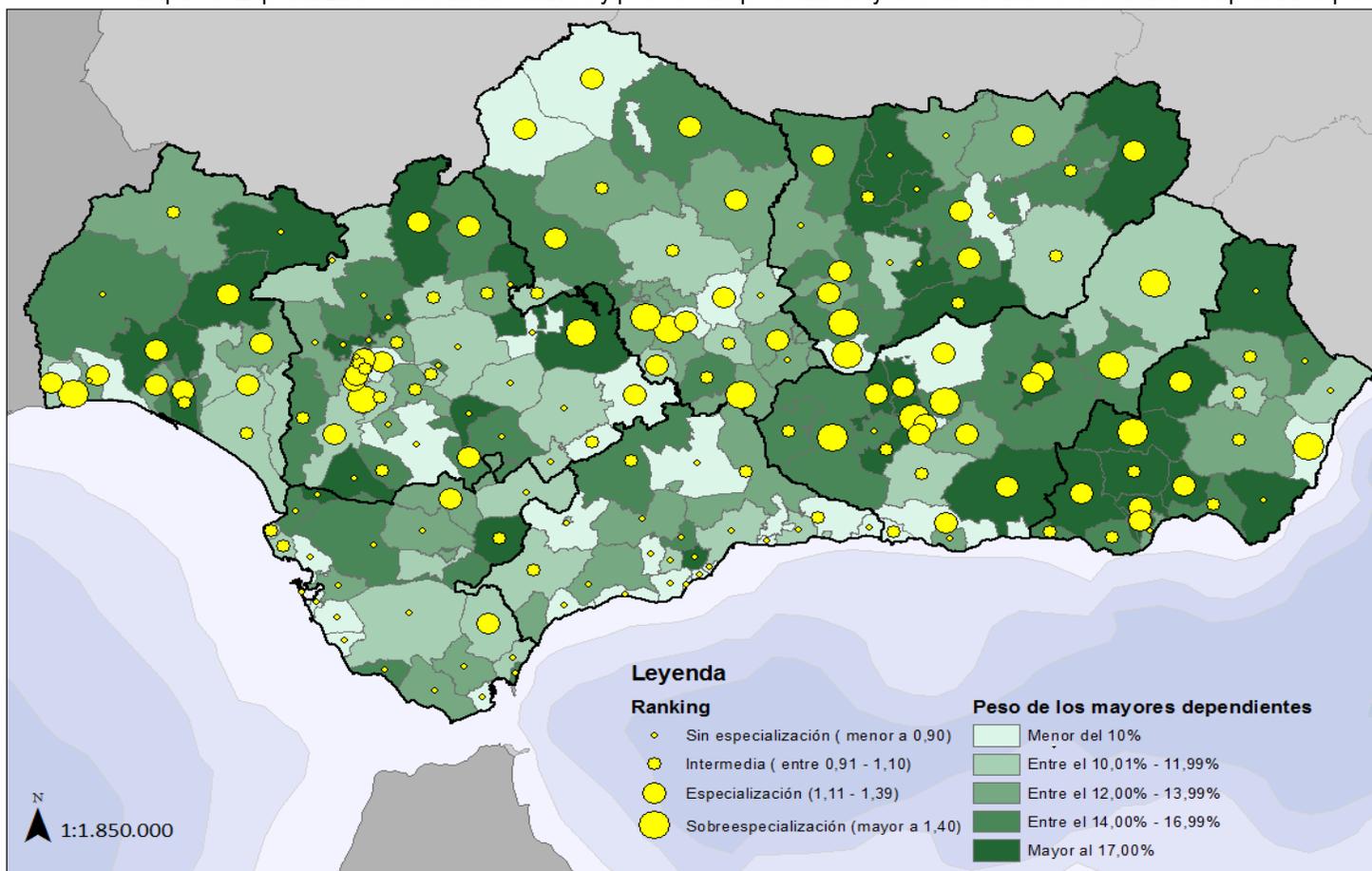
El 90% de las zonas de trabajo social del ranking son interiores, excepto Isla Cristina en Huelva y Levante Sur en Almería. Es curioso como la provincia de Málaga no se encuentra representada en este ranking debido a su especialización fundamentalmente que radica en cuidados formales, relacionadas con el turismo residencial para las personas mayores europeas.

Tabla 8.2 Ranking de las 20 zonas de trabajo especializadas en cuidados mixtos.

Posicionamiento	Provincia	Zona de Trabajo Social	Indicador de dependientes sobre mayores de 65 años	Especialización en cuidados mixtos	Perspectiva territorial
1	Córdoba	Aguilar de la Frontera	17,82	2,2	Rural
2	Granada	Baza	17,40	1,9	Urbano
3	Jaén	Alcaudete	24,08	1,8	Rural
4	Granada	Alfacar	12,79	1,6	Rural
5	Córdoba	Fenán Núñez	18,01	1,6	Rural
6	Jaén	Alcalá la Real	21,74	1,6	Urbano
7	Sevilla	Écija	14,55	1,5	Urbano
8	Córdoba	Rute	20,74	1,5	Rural
9	Granada	Alhama-Huerto Tájar-Montefrío	19,52	1,4	Rural
10	Almería	Río Nacimiento	24,69	1,4	Rural
11	Sevilla	Coria del Río	13,03	1,4	Urbano
12	Almería	Levante Sur	19,49	1,4	Rural
13	Huelva	Isla Cristina	13,09	1,4	Urbano
14	Granada	Norte	25,52	1,4	Rural
15	Granada	Maracena	12,34	1,4	Urbano
16	Granada	Granada	19,48	1,4	Urbano
17	Cádiz	Campo de Gibraltar - Castellar/Jimena	15,76	1,4	Rural
18	Sevilla	Sevilla	17,98	1,4	Urbano
19	Sevilla	Tomares	10,18	1,4	Urbano
20	Córdoba	Montoro	18,20	1,4	Rural

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos BDUDA,2014.

Mapa 8.3 Especialización en cuidados mixtos y peso de las personas mayores de 65 años sobre total de su población por zona de trabajo social



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos BDUDA, 2014.

La apuesta por los cuidados mixtos, no solo suponen una mejora sustancial de la atención a personas dependientes, además de un complemento a las familias, sino también, cumplen con una función social como generador de empleo y dinamismo económico (Camacho et al. 2011). Corroborando esta afirmación, el trabajo publicado por Camacho et al. 2011 puso sobre la mesa que los servicios relacionados con la atención a las personas en situación de dependencia como yacimiento de empleo en Andalucía, durante el periodo de estudio 2008-2010, (Tabla 8.3), en el que << las ramas de actividad relacionadas con la atención a las personas en situación de dependencia son las actividades que más empleo han generado en Andalucía tras las Administraciones públicas, con un total de 28.000 empleos [...]. Estas actividades están entre las cuatro actividades que más empleo han generado, unos 17.600 empleos, que se corresponden a las actividades de servicios sociales sin alojamiento y las actividades de asistencia en establecimientos residenciales con 10.400 empleos [...]. Finalmente, los servicios relacionados con la atención a las personas en situación de dependencia, independientemente de la fuente de datos utilizada, pone de relieve la potencialidad de estas actividades económicas como generadoras de empleo y tejido productivo, transformándose en yacimientos de empleo ante una demanda social creciente y su contribución al descenso del paro aun cuando se están desarrollando en un contexto de crisis económica y destrucción masiva de empleo >> (Camacho et al., 2012: 68)

Tabla 8.3 Yacimientos de empleo en Andalucía (2008TI-2010TIV); CNAE-2009.

Código CNAE 2009	rama de actividad	Miles de empleos
84	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	52,8
	Dependencia (87+88)	28
88	Actividades de servicios sociales sin alojamiento	17,6
69	Actividades jurídicas y de contabilidad	13,7
87	Asistencia en establecimientos residenciales	10,4
93	Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento	6,7
86	Actividades sanitarias	4,1
62	Programación, consultoría y otras actividades relacionadas con la informática	4,1
33	Reparación e instalación de maquinaria y equipo	4
36	Captación, depuración y distribución de agua	2,9
70	Actividades de las sedes centrales; actividades de consultoría de gestión empresarial	2,5
95	Reparación de ordenadores, efectos personales y artículos de uso doméstico	2,1
19	Coquerías y refino de petróleo	1,5
79	Actividades de agencias de viajes, operadores turísticos, servicios de reservas y actividades relacionadas con los mismos	1,5
65	Seguros, reaseguros y fondos de pensiones, excepto Seguridad Social obligatoria	1,5
72	Investigación y desarrollo	1,3
53	Actividades postales y de correos	0,9
74	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas	0,9
35	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	0,5
52	Almacenamiento y actividades anexas al transporte	0
	Total actividad económica	-380,1

CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN

CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN

Finalizar este trabajo implica resaltar y sintetizar las principales conclusiones derivadas del análisis realizado a diferentes escalas de territoriales – Europa, España y Andalucía- sobre los patrones de cuidados personales que reciben los mayores dependientes en el entorno del hogar. Presentando las respuestas al objetivo fundamental, a los objetivos autodenominados de contexto y a las hipótesis de trabajo planteadas al principio de esta tesis doctoral.

Este documento comenzaba poniendo de manifiesto como el Estado del Bienestar es el marco definitorio de las relaciones entre el Estado, la Familia y el mercado; y el brazo ejecutor de las políticas sociales. No obstante, tratar de entender y analizar el Estado de bienestar hoy por hoy, parafraseando a Luis Moreno (2001), significa no solo <<aislarse en construcciones teóricas situadas más allá de las coordenadas de espacio y tiempo [...] Sino también tener en cuenta que la dimensión histórica y los referentes territoriales son atributos esenciales para la comprensión de la gestación, desarrollo y transformación de los modernos estados del bienestar. Sistemas culturales, legados institucionales, arenas políticas y marcos organizativos son áreas cruciales a analizar>> (Moreno, 2001:1). Por este motivo, las transformaciones han ido orientadas hacia reformulaciones de los modelos tradicionales y la emergencia de nuevos modelos adaptados a sus realidades histórico-culturales. Afirmándose que el Estado del Bienestar no se destruye sino que se transforma.

La realidad actual resulta muy diferente a la “época dorada” (1945-1975) del Estado de Bienestar, marcada por las continuas reformas debido a la inestabilidad económica, a las dificultades en el acceso al mercado de trabajo, a la precariedad y a la inestabilidad laboral. Uniéndose a todo ello, la mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo derivándose cambios en las estructuras –crecimiento de las familias monoparentales, principalmente- y dinámicas familiares –problemas de la conciliación de la vida personal y laboral-. Asimismo, el cambio demográfico debido a las bajas de tasas de natalidad y el aumento del envejecimiento de la población hace que los cuidados de larga duración tengan una mayor visibilidad social sobre todo ante un futuro demográfico adverso, consecuencias que pesarán sobre el Estado de bienestar.

Por este motivo, el envejecimiento de la población y las situaciones de dependencia son asumidos por los Estados miembros como un reto social común. A pesar de que las respuestas a las recomendaciones procedentes de Europa hayan sido diferentes entre los países; mientras que la atención a las personas en situación de dependencia son consideradas como un derecho

social de carácter universal por los regímenes de bienestar nórdico y continental; los regímenes mediterráneo y liberal poseen un carácter mixto – universal y asistencial-. Ahora bien, todos los países conciben que ha de ser una responsabilidad compartida entre los actores sociales y la sociedad civil. Asimismo, también reconocen que las necesidades de atención han de ser asumidas desde la proximidad, tomando como referencia el municipio y/o región para su gestión y organización; por ser las entidades más cercanas y que mejor representarán la realidad social de estas personas y de su red social.

La acción de los Estados no solo se centra en la persona dependiente sino que por extensión tratan de proteger a las familias a través de las políticas de apoyo al cuidado informal, igualmente con intensidades diferentes. De acuerdo con lo anterior y a pesar de la centralidad de la familia en la triada del bienestar en los países mediterráneos, las respuestas de estos han sido muy laxas siendo incluso denominadas por García-Calvente et al. 2004 como las “cenicientas” de la política social.

El análisis y la interpretación de las políticas sociales relacionada con los cuidados de larga duración se encuentran influenciados en gran medida por la definición de cuidado tomada como referencia. De hecho, la versatilidad que presenta el concepto “care” en español “cuidado” dificulta la construcción de un marco teórico – analítico común. Carol Thomas (1993) aborda cuidado como categoría analítica a través de siete dimensiones: la persona cuidadora, la receptora y la relación interpersonal existente entre ambas, su naturaleza y localización del mismo, el carácter económico del cuidado y el marco institucional en que se desarrolla.

Por este motivo, se han tomado como referencia dos de las dimensiones del cuidado propuestas por Carol Thomas (1993) siendo estas la persona cuidadora y la naturaleza de los cuidados que han permitido transformar las tipologías teóricas de cuidados – informales, formales y mixtos- en categorías analíticas. En este sentido, se aborda desde una perspectiva común las tipologías cuidado que reciben las personas mayores dependientes, permitiendo trabajar con fuentes de datos diferentes asociadas a la escala de territoriales presentes en la tesis.

El mantenimiento del mayor dependiente en el entorno del hogar es una perspectiva común en Europa, en el que los cuidados formales juegan un papel crucial porque cambia de estado según el grado de severidad de la situación de dependencia del mayor, mientras que los cuidados informales que siempre están presentes. En otras palabras, el cuidado formal en las personas con un grado de dependencia moderada y severa se presenta como un complemento a

la acción de las familias – cuidados informales- sinergia que genera la tipología de cuidados mixtos. A su vez, cuando la situación del mayor dependiente se agrava la intensidad de los cuidados formales aumentan llegando a transformándose en sustitutos de los cuidados informales.

La intensidad con la que se presentan los cuidados formales se explican inicialmente a partir de dos factores relacionados entre sí como son la configuración de la *red social existente* y *la proximidad física* entre la persona dependiente con el miembro más cercano de su red social. Además de la situación económica del dependientes que determina la tipología de cuidado que recibirá

De hecho, los mayores que reciben cuidados personales en Europa su red social normalmente está formada por este y su esposa/pareja, siendo estas su principal proveedor de cuidados informales. No obstante, el peso de los hijos como proveedores de cuidados informales aumenta con la severidad del dependiente, así como la presencia de otros miembros de la red natural de apoyo como las nueras, nietos y yernos, junto al peso de los cuidados mixtos. La función de complementariedad de los cuidados mixtos hace que se genere incluso una reorganización familiar y aumente el tamaño de red social implicada en la prestación de cuidados informales.

Al tratarse de cuidados de proximidad, más de la mitad del total de los cuidados se desarrollan en el mismo hogar, existiendo una relación de convivencia. O bien, en la misma localidad cuando reciben cuidados mixtos. Esta distribución mejora tanto la calidad de vida de los mayores dependientes así como una mejora en la eficiencia de la atención de los cuidados informales cuando los cuidados formales son diseñados como complemento. Sin embargo, cuando el mayor dependiente recibe exclusivamente cuidados formales, el miembro de la red más cercano se encontraría en otro municipio, separándoles entre 5 y 25 kilómetros. Entonces estos tipos de cuidados implican un cambio de residencia por parte del mayor dependiente.

Respecto al modelo de cuidados informales generado, este se explica a través de la proximidad geográfica entre los miembros de la red social, la cual, no solo cubre la inmediatez de respuesta sino también otra relacionada con la reducción de los costes económicos asociados a los cuidados personales entre los mayores con menor poder adquisitivo, debido a que cuidados informales no se encuentran sujetos a las leyes de la oferta y la demanda del mercado.

Las tipologías de cuidados analizadas – cuidados informales, formales y mixtos- no presentan un patrón común en Europa permitiendo realizar la siguiente clasificación: el primer lugar, los países de corte familiarista como Eslovenia, República Checa, Estonia, España e Italia en el que los cuidados informales son la base del sistema de cuidados debido al carácter subsidiario que presenta el Estado, existiendo diferencias entre estos países. Y por otro, el conjunto de países en los que la atención a la dependencia es un derecho universal existiendo matices dentro de este grupo. En segundo lugar, Suecia y Dinamarca, el principal proveedor de servicios es el Estado, sustituyendo a la familia cuidadora. Y dentro de este se encuentra Holanda, en el que los cuidados formales articulan el sistema de cuidados personales dejando a los cuidados informales al margen. Y en tercer lugar, en el que se encuentran los países como Luxemburgo, Alemania, Francia, Bélgica y Austria, cuenta con amplio apoyo al cuidador informal junto a una red de servicios, ayudas técnicas y prestaciones monetarias, tendentes hacia la complementariedad entre los cuidados informales y formales en el entorno del hogar.

Entre los estudios de casos presentados en la tesis están el análisis comparado entre España y Francia. Destacan por considerar el cuidado como un recurso “natural” de familia y en el que el Estado ha venido teniendo un papel subsidiario (Geerts y Van, 2012). Sin embargo, se encuentran en un proceso de cambio a través de la *Ley de dependencia* de 2006 en España y la *Allocation Personnalisée à l'Autonomie* en 2002, en Francia. Ambas políticas sociales han traído consigo la socialización del riesgo de la atención a las personas dependientes y el paso hacia una mayor intervención por parte del Estado con una clara orientación hacia los servicios respetando, las prácticas familiares orientándose hacia los cuidados mixtos.

En ambos países, los factores explicativos de los cuidados mixtos son la edad, las limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria, una renta por encima de la media europea – Francia- , recibir una prestación económica periódica pública – España- y tener red social. Ahora bien, la perspectiva socio-territorial es uno de los pilares en los que descansan las políticas públicas de atención a personas dependiente en ambos países. Sin embargo, las dinámicas de proximidad son diferentes en el caso francés, la red social es más grande y dispersa en el territorio que en España, cuya red social se articula a menos de 1km del mayor.

Los regímenes del bienestar del sur de Europa – Italia y Portugal- desde el punto de vista de la política social relacionada con la atención a la dependencia se han caracterizado por un tratamiento superficial y asistencial, manteniendo la obligación moral de la familia. De hecho, los avances en materia de política social en estos países han sido de extensión, no

contemplando a la atención a la dependencia como derecho subjetivo e incluido en el sistema de protección social. Por este motivo, la capacidad económica del mayor dependiente se transforma en un factor determinante en los países del sur de Europa para recibir cuidados mixtos. De hecho, son los hogares unipersonales los que reciben este tipo de cuidados, y en menor medida el hogar formado por dos personas. En este sentido, los cuidados mixtos son proporcionados cuando el miembro de la red social más cercano no convive con los dependientes pero este se encuentra en la misma localidad.

Los cuidados de larga duración o la atención a las personas en situación de dependencia en **España** no son un problema social que emerge con la publicación de la Ley de dependencia en diciembre de 2006. De hecho, tanto las personas con discapacidad como las mayores cuentan con una amplia “malla” de seguridad que se ha visto reforzada por Ley de dependencia.

En este sentido, las demandas y las necesidades de las personas en situación de dependencia han sido abordadas por los sistemas autonómicos de servicios sociales amparados por sus Leyes de servicios sociales, sin olvidar las actuaciones en materia política social a nivel nacional. Desde la primera generación de Leyes se han mantenido principales servicios sociales contemplados: la ayuda a domicilio, la prevención e inserción social y promoción y cooperación social, alojamiento y convivencia, e información, valoración y orientación o asesoramiento. Pero con respuesta muy dispar entre las comunidades autónomas generando diferencias sustanciales en el que País Vasco ha sido y es un referente en materia de servicios sociales porque éstos son considerados una prioridad social.

No obstante, los sistemas autonómicos de servicios sociales son sistemas abiertos que coexisten con el entramado de políticas de protección social internacionales, nacionales y las desarrolladas a nivel regional.

Las recomendaciones realizadas desde Europa fueron el detonante para la construcción del propio sistema de protección social en respuesta al riesgo de la atención a la dependencia y así se expuso la Renovación del Pacto de Toledo en 2003. Un año después vio la luz el Libro Blanco de Atención a las Personas Dependientes y en diciembre de 2006 se produjo un hito en materia de bienestar social en España: se publicó la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

La trascendencia social queda plasmada en la regulación del derecho subjetivo de ciudadanía de atención a las personas en situación de dependencia bajo los principios de universalidad, de igualdad en el acceso al derecho, el carácter público de los servicios y prestaciones.

A pesar de las modificaciones normativas influenciadas en gran medida por la situación de crisis económica y financiera que sufre España, la Ley dependencia ha supuesto en materia de servicios sociales la regulación más sólida a nivel de derechos (Aguilar Hendrickson, 2013). Sin olvidar, el impacto sobre los sistemas autonómicos de servicios sociales, el cual, está dando lugar a una nueva generación de Leyes de servicios sociales, es decir, aquellas publicadas desde el año 2006. Todas ellas, avanzan en el reconocimiento el derecho subjetivo de atención a la dependencia, en la configuración de un modelo basado en servicios y en la articulación de un sistema de financiación sólido, ya que este punto ha sido el tendón de Aquiles de la Ley dependencia.

La ratificación de la Ley de dependencia ha supuesto un cambio en el sistema de cuidados y la atención. No sólo en lo que respecta a las personas en situación de dependencia y a sus familias como su fin último, sino también se ha convertido en el complemento perfecto del Sistema Público de Servicios Sociales.

El hecho de dar respuesta a la necesidad social creciente y teniendo en cuenta la heterogeneidad con la que se presentan las situaciones de dependencia y el perfil de la persona dependiente beneficiaria de las prestaciones del SAAD, concluimos que en su mayoría se trata de mujeres octogenarias y con niveles de dependencia severos (grado II). No obstante, el sistema da cobertura aproximadamente al 60% del total de dependientes a lo largo del periodo de estudio (2009-2014).

La efectividad del derecho se culmina con el Plan Individualizado de Atención en que se planifican las prestaciones de servicios o monetarias establecidas para cada grado de dependencia y reconociendo las preferencias de las personas dependientes en su caso. A este respecto, dos de cada cinco dependientes son beneficiarios en exclusividad de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar. Esto genera dos reflexiones: la primera, derivada de una posible insuficiencia de recursos disponibles de las Administración Pública para dar respuesta a las necesidades de atención; y la segunda como consecuencia directa de la crisis económica y en el afán de dar respuesta –mantener el porcentaje de beneficiarios-, lo que

resulta más barato para las Administraciones Públicas este tipo de prestación económica frente a las prestaciones de servicios.

Por este motivo se implementó un indicador de especialización en prestaciones económicas para los cuidados en el entorno del hogar y apoyo a los cuidadores no profesionales para mostrar las diferencias entre el año 2009 y 2014, para comprobar si la realidad dibujada a para el conjunto nacional se mantenía en las comunidades autónomas.

Las diferencias territoriales son más que evidentes, porque se encuentra un conjunto de comunidades autónomas - Andalucía, Castilla-La Mancha y la Rioja- que han evolucionado hacia un sistema basado en servicios siguiendo las recomendaciones RD 1050/2013 y en convergencia con la tendencia europea hacia los cuidados mixtos. Es decir, disminuyendo su especialización en la prestación económica. El resto de comunidades autónomas se encuentra entrono a la media nacional; es decir, sin especialización en ningún tipo de prestaciones. En el lado opuesto, entre las comunidades desespecializadas está Galicia caracteriza por una baja implantación de la Ley de dependencia.

No obstante, cada comunidad autónoma se ha caracterizado por poner su propio ritmo de importancia al proceso de implantación de Ley de dependencia. Destacando un primer grupo por su mayor grado de implantación como son las Islas Baleares, Canarias, Andalucía, Asturias, País Vasco, Navarra, Ceuta y Melilla. En segundo grupo, parcialmente implantado correspondiendo a la Comunidad de Madrid, Castilla y León, Cataluña, Castilla-La Mancha, La Rioja, Cantabria y Extremadura. Un tercer grupo con una baja implantación: Comunidad Valenciana y Galicia; y un último cuatro grupo formado por Murcia y Aragón en el que su situación está paralizada.

Todo ello nos llevó a la necesidad de visualizar el cuidado como una actividad que repercute en el Estado de Bienestar se ha transformado en un yacimiento de empleo en tiempo de crisis. De hecho, incorporar la evolución de las afiliaciones a la Seguridad Social en este sector de actividad, demuestra la creciente demanda de estos servicios que se traducen en puestos de trabajo, en dinamismo económico y en definitiva en riqueza. Además de implicar una no deslocalización de la mano de obra por ser intensiva en esta. En este sentido se concluye cómo la atención a personas en situación de dependencia no es un gasto social sino una inversión.

La mujer es doble protagonista, como indicábamos anteriormente, como usuaria del SAAD y por la presencia mayoritaria de la mujer dentro del sector de actividad; en concreto

nueve de cada diez personas empleadas en este tipo de actividades económicas son mujeres, existiendo grandes diferencias respecto a los hombres.

El proceso de implantación de la Ley de dependencia durante el período de estudio (2009-2014) para el conjunto nacional se ha de considerar como **positivo** por el avance que suponen en materia de protección social y cerrar la instauración del Estado de Bienestar. La configuración del SAAD como sistema complejo que trata de implicar e integrar a las todos niveles de la administración y responder a una demanda social creciente, como es la atención a las personas en situación de dependencia, que lejos de integrarse en el sistema de Servicios Sociales o de la Seguridad Social se configura como independiente, dando lugar al cuarto pilar del Estado de Bienestar. En este sentido, se considera además al proceso de implantación como **superviviente y lento**, porque no se ha culminado todavía –el calendario propuesto inicialmente indicaba como año final el 2014- como consecuencia del gran obstáculo con el que se ha topado desde el principio, la crisis económica y financiera que sufre España desde el verano de 2007. Así como un proceso marcado por los cambios normativos que han llegado a provocar una paralización del sistema, un retroceso de la acción protectora y efectividad del derecho a niveles del año 2010. Y finalmente, un proceso de implantación de **voluntad política** ante el reto sociodemográfico español, como es el envejecimiento de la población.

El tercer nivel territorial de estudio es **Andalucía**, implicada con la atención a las personas en situación dependencia. Desde que asumiese las competencias en materia de servicios sociales y asistencia social en el primer Estatuto de Autonomía en 1981 hasta la reforma 2007 siendo en este en el que las personas dependientes son incluidas en los principios rectores y la atención a las personas dependientes cómo derecho social derivado la Ley de dependencia. Durante estos veintiséis años la política social andaluza ha realizado numerosas actuaciones de prevención, protección e inclusión de las personas mayores y persona con discapacidad en colaboración entre administraciones, servicios sociales, sanidad, educación y empleo, fundamentalmente.

El proceso de implantación de la Ley de dependencia en Andalucía durante el periodo ,2009-2014 se ha dado a dos velocidades distintas: la primera caracterizada por un acelerado y temprano desarrollo hasta enero de 2012; la segunda velocidad que abarca desde 2012 hasta diciembre de 2014, caracterizada por una desaceleración progresiva del sistema condicionado por la situación más intensa de la crisis económica, el desarrollo normativo (Real Decreto-ley 20/2011 y Real Decreto-ley 20/2012, principalmente). En términos comparativos, las respuestas

a las situaciones de dependencia en Andalucía desde mitad del año 2013 se encuentran en situación asimilable a la encontrada en el año 2010.

No obstante, el sistema ha sido capaz de responder a los casos más graves, a pesar de los fallos de un sistema creado desde cero y puesto en marcha en un contexto de crisis económica e intensos recortes sociales.

Incorporar la perspectiva territorial ha permitido radiografiar la realidad social de las personas mayores de 65 años en situación de dependencia y la organización del sistema de cuidados personales que reciben en Andalucía.

En Andalucía el crecimiento de las personas dependientes beneficiarias de los servicios de ayuda a domicilio y del servicio de atención en centros día/noche frente a una disminución de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, hace que el sistema de cuidados avance hacia los cuidados mixtos, manteniendo el entorno del hogar como piedra angular sobre la que construye el sistema de cuidados. Esta tendencia desvela que el crecimiento se ha producido por un lado, el trasvase de beneficiarios de cuidados informales a este tipo de servicios y por otro, la incorporación de nuevos beneficiarios de esta alternativa de cuidados personales en el entorno del hogar como consecuencia de la normativa, en la que las prestaciones de servicios repercutirán de manera positiva en la financiación del sistema.

Andalucía está a la cabeza del proceso el proceso de implantación de la Ley de dependencia. Resaltando su especialización en las prestaciones de servicios muy por encima de la media nacional.

La realidad social de la persona mayor dependiente en Andalucía está marcada por una brecha de género. Es decir, el hecho de que las mujeres viven más, pero con un horizonte de vida marcado por las situaciones de dependencia más severas. Las diferencias son aún más pronunciadas cuando se incorpora la situación económica del mayor dependiente, teniendo en cuenta de que se trata de un grupo de población altamente vulnerable. Las mujeres, independientemente de la edad su situación económica, se encuentran por debajo de un IPREM. Poniéndose de manifiesto la feminización de la pobreza condicionada por las diferencias en las trayectorias profesionales y los roles de género que mantenían a la mujer en la esfera privada del hogar, lejos de un trabajo retribuido, sobre todo en la actual generación de mayores de 65 años.

La realidad social de los mayores dependientes de 65 años y más, dentro de la implantación de la Ley de dependencia, radica en esa predisposición hacia la vinculación de la familia a la prestación de cuidado y la profesionalización de los cuidados en clave de complemento va adquiriendo un mayor peso dentro de la distribución de las prestaciones. Aun cuando los niveles de renta no son altos. El SAAD está proporcionando estos servicios, no por capacidad económica sino por la necesidad de atención que precisen los mayores; haciendo efectivo el derecho subjetivo de atención a la dependencia.

No obstante, la distribución de las principales tipologías de cuidados que se reciben en Andalucía en 2014 muestra como en términos generales, los cuidados informales siguen siendo la primera alternativa, seguidos por los cuidados mixtos y en último lugar los cuidados formales.

Sin embargo, cuanto mayor es el zoom dirigido a la caracterización de los patrones de cuidados de las personas en situación de dependencia, comprobamos que las suposiciones o evidencias asociadas los cuidados se van desmontando progresivamente. Prueba de ello es la incorporación de nuevo de la perspectiva territorial –rural y urbana- de los cuidados, que pone de relieve cómo la no existencia de un patrón común de cuidados personales en el entorno del hogar.

En la zonas rurales, los cuidados mixtos son la primera alternativa de cuidados personales tanto en hombres como en mujeres, los cuidaos informales pasan a un segundo plano no menos importante. Entonces al componte familiar implícito en la prestación de cuidados personales, la incorporación de modelos complementarios y/o de especialización de tareas hace que los cuidados mixtos sean una respuesta de calidad a la demanda de cuidados y un complemento de conciliación de la vida familiar y laboral.

La apuesta por los cuidados mixtos, no solo supone una mejora sustancial de la atención a personas dependientes, además de un complemento a las familias, sino también, cumplen con una función social como generador de empleo y dinamismo económico. Además de la proximidad existente en las zonas de trabajo social rurales entre los gobernantes y profesionales de referencia, trabajadores sociales, con la población orientándose sus actuaciones hacia la configuración de un sistema basado en servicios y no de prestaciones económicas.

En definitiva, el objetivo fundamental por el que se planteó esta tesis doctoral ha sido conseguido en su totalidad porque presenta un completo análisis comprado sobre las principales tipología de cuidados –informales, formales y mixtos- que reciben los mayores de 65 años

dependientes en el entorno del hogar en Andalucía. De hecho, la inclusión en el análisis del variable territorio a través de las zonas de trabajo social como unidad de referencia en la configuración del sistema público de servicios sociales ha ratificado que el lugar de residencia del mayor dependiente determina el patrón de cuidado recibido. En este sentido, se ha arrojado la siguiente conclusión en las zonas de trabajo social rurales que presentan altos índices de especialización en de cuidado mixtos, no siendo así en zonas urbanas. Si adaptamos los estudios Edlman y Hughes (1990) a la realidad andaluza en 2014 se comprueba como en las zonas de trabajo social rural las prestaciones de servicios han sido diseñadas y transmitidas a la población como un complemento a la acción de las familias, hecho que demuestra la eficacia de los cuidados informales. De esta forma, encontramos numerosas zonas de trabajo social rural que cuentan tanto a la vez con una especialización tanto en cuidados informales como mixtos.

La **aportación de este trabajo** radica en presentar en un mismo documento un estudio realizado a diferentes escalas territoriales sobre una problemática social creciente, como es la atención a las personas en situación de dependencia. Asimismo, se ha comprobado cómo en los tres niveles de análisis, se está produciendo una evolución/transformación del modelo tradicional de prestación de cuidados personales – cuidados informales-, hacia un modelo de cuidados mixtos en el que la profesionalización de los cuidados tiene un carácter complementario y no sustitutivo de la acción cuidadora de los familiares en el entorno del hogar. Esta tesis resalta el cambio en las preferencias a la hora de recibir cuidados personales, es decir, los cuidados profesionales en el hogar ya no ocupan el último puesto.

Se trata de una investigación pionera que presenta para el año 2014, una radiografía ajustada y fiable de la realidad social de las personas en situación de dependencia en clave de género en Andalucía. Es pionera por poner en valor como unidad de análisis las zonas de trabajo social y con la distinción de la perspectiva rural y urbana de éstas. Ha roto con una “suposición” sobre la asociación entre los cuidados informales y las zonas rurales. Los datos han rebelado que las zonas rurales tienden, en su mayoría, hacia una prestación de cuidados mixtos.

No se trata de una investigación finalista del que se derivarán futuras líneas de investigación relacionadas con:

- La aplicación de modelos estadísticos avanzados que traten de mostrar la intensidad con la que se presentan las tipologías de cuidados analizadas.

- Incluir la proximidad física como un intercambio de tiempo y de dinero, unida a la proximidad emocional que se genera los cuidados mixtos, entre el cuidador formal, el dependiente y sus familiares.
- Avanzar en el mercado de trabajo y las implicaciones socioeconómicas de la Ley de dependencia en Andalucía. Incluyendo la presencia del hombre en un sector de actividad altamente feminizada.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Abellán García, A., y Pujol Rodríguez, R. (2015). La jubilación del baby-boom en España, ¿motivo de preocupación? Blog Envejecimiento [en-red] 11: junio. CSIC - Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD). Disponible: <http://hdl.handle.net/10261/117851>[Consultado diciembre de 2015]

Abellán García, Antonio; Pujol Rodríguez, Rogelio (2015). "Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos". Informes Envejecimiento en red nº 10. [Fecha de publicación: 22/01/2015] <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>>

Abrahamson, P. (1995) Regímenes europeos de bienestar y políticas sociales europeas, ¿convergencia de solidaridades?. En Luis Moreno y Sebastián Sarsa (coords.) El estado de bienestar en la Europa del Sur. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid. pp. 113-156.

AGETT. (2012a). *Informe regional AGETT del mercado laboral 4º trimestre 2012*. Madrid: AGETT.

AGETT. (2012b). *Informe regional AGEET del mercado laboral 3º trimestre 2012*. Madrid: AGETT.

AGETT. (2012c). *Informe regional AGEETT del mercado laboral 2º trimestre 2012*. Madrid: AGETT.

AGETT. (2012d). *Informe regional AGETT del mercado laboral 1º trimestre 2012*. Madrid: AGETT.

Aguilar Hendrickson, M. (2013). Los servicios sociales en la tormenta. Documentación social, (166), 145-167.

Aidukaite, Jolanta (2009). Old Welfare State Theories and New Welfare Regimes in Eastern Europe, *Communist and Post-Communist Studies*, (42), pp.23- 39.

Alegre Escolano, A. Ayuso Gutiérrez, M. Gullén Estany, M. Monte Verde Verdenell, M. Pociello García, E. (2005). Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. *Revista Española de Salud Pública*, 79, pp. 351-363.

Allen, S.M. Goldscheider, F. Cimbrone, D.A. (1999). Gender Roles, Marital Intimacy, and Nomination of Spouse as Primary Caregiver. *The Gerontologist*, 39 (2), pp. 150–158.

Alonso Seco, J. M. (2014). Modelos de cuidados de larga duración: perspectiva internacional. En el Curso AECID: cuidados de larga duración para adultos mayores dependientes. 22 a 24 de octubre de 2014 – La Antigua, Guatemala. Disponible en : http://www.aecid-cf.org.gt/index.php?option=com_joomla&view=article&layout=base&id=1063%3Acurso-cuidados-de-larga-duracion-para-adultos-mayores-dependientes-en-el-hogar-en-centros-de-dia-y-en-establecimientos-de-larga-estadia&Itemid=292

Alonso Seco, J.M. (2013). Integración de la atención a la dependencia en los sistemas públicos de protección social. En Carmen Alemán Bracho, José María Alonso Seco y Pedro Fernández Santiago (coordinadores). *Dependencia y Servicios sociales*. Thomson Reuters Aranzadi. 2ª Edición. España. pp.121-155.

Anguas Ortiz, S. (2012) El sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la comunidad autónoma de Andalucía. En Severiano Fernández Ramos y José María Pérez Monguió (Coords.) *El derecho de los Servicios Sociales en Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública; pp. 575-639.

Arias Astray, A. de Lucas y Murillo de la Cueva F., Guillén Sádaba, E. y Pérez Madera, D. (2004). La definición de los servicios sociales en las leyes de servicios sociales de "primera" y "segunda generación" en España. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (4), pp.507-518.

Arriba González de Durana A. y Moreno Fuentes, F.J (2009): Los sistemas de atención a la dependencia en perspectiva comparada. En Ana Arriba González de Durana y Francisco Javier Moreno Fuentes. *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Colección Estudios Serie Dependencia nº 12007. Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). España. pp 17-32.

Attias-Donfut, C. Ogg, J. Wolff F.C. (2005). European patterns of intergenerational financial and time transfers. *European Journal of Ageing*, 2 (3), pp.161-173. DOI: 10.1007/s10433-005-0008-7

Attias-donfut, C. (1992). Dependencia de las personas mayores y ayuda intergeneracional. *Papers, Revista de Sociología*, nº 40, pp. 13-33.

Bakx, P. y Meijer, C. (2013). The Influence of Spouse Ability to Provide Informal Care on Long-Term Care Use. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2407926> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2407926>

Barriga Martín, L.A. (2014). La financiación pública de la dependencia en el marco objetivo de reducción del déficit. Una aproximación al coste de oportunidad. *Documentación laboral*, 102, (3), pp.195-212.

Barriga, L. A., Brezmes, M.J. García, G.A. y Ramírez, J.M. (2014) XII Dictamen del observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. Madrid. [Consultado 3/05/2015] Disponible <http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Bayarri, V. Fillat, Y. (2011). Derechos y Servicios Sociales. Por un Sistema de Servicios Sociales universal, garantista y de calidad: un derecho básico para la igualdad y el desarrollo humano. Madrid, Informe técnico, CERMI.

Berlanga, V. Vilà Baños, R. (2014). Cómo obtener un Modelo de Regresión Logística Binaria con SPSS.REIRE. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació* [en línea], 2, (7), pp.105-118. <http://www.raco.cat/index.php/REIRE/article/view/278697> [Consulta: 20-01-16]

Bettio, F. y Plantenga, J. (2004) Comparing Care Regimes in Europe, *Feminist Economics*, 1 (10), pp. 85-113. DOI: 10.1080/1354570042000198245.

Bihan, B. L. Martin, C. (2013). Steps toward a long-term care policy in France: Specificities, process, and actors. En Costanzo Ranci y Emmanuele Pavolini (Eds.). *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*. Springer New York. pp. 139-157). doi:10.1007/978-1-4614-4502-9_7

Böhme, K., Hanel ,T., Pflanz ,K., Zillmer, S. y Niemi, P. (2013). The ESPON 2013 .Programme ESPON Typology Compilation Scientific Platform and Tools 2013/3/022. [Version 15/06/2009]

Bolin, K., Lindgren, B., Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*, 17, (3), pp. 393–409.

Bonoli, G. (2005). The politics of the new social policies: providing coverage against new social risks in mature welfare states. *Policy y politics*, 33, (3), pp. 431-449.

Bonoli, G. (2007). Time matters postindustrialization, new social risks, and welfare state adaptation in advanced industrial democracies. *Comparative Political Studies*, 40 (5), pp. 495-520.

Bonsang E. (2009) .Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28 (1), pp. 143–154.

Börsch-Supan A., M. Brandt , H. Litwin and G. Weber (Eds). (2013). *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Berlin: De Gruyter.

Börsch-Supan, A. (2013). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4*. Release version: 1.1.1. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w4.111

Börsch-Supan, A. (2015). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5*. Release version: 1.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w5.100

Börsch-Supan, A. Brugiavini ,A. Jürges, H. Mackenbach, J. Siegrist, J y Weber, G. (2005). *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Börsch-Supan, A. Kneip,T. Litwin,H. Myck,M. y Weber,G. (Eds.) (2015). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. De Gruyter. Belín.

Börsch-Supan, A., Brandt, M. Hunkler, C. Kneip,T. Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. y Zuber, S. (2013). *Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement*

in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42 pp. 992–1001.
doi:10.1093/ije/dyt088

Bosque González, I. del; Fernández Freire, C.; Martín-Forero Morente, L.; Pérez Asensio, E. (2012). *Los Sistemas de información geográfica y la investigación en ciencias humanas y sociales*. Madrid: CSIC.
<http://digital.csic.es/bitstream/10261/64940/1/Los%20SIG%20y%20la%20Investigacion%20en%20Ciencias%20Humanas%20y%20Sociales.pdf>

Brouwer, W.B. (2006). Too important to ignore informal caregivers and other significant others. *Pharmacoeconomics* 24, pp. 39–41.

Cabrero, G. R. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29, (1), pp.13-42.

Calzada, I., Gómez-Garrido, M., Fernández, L. M. y Moreno-Fuentes, F. J. (2013). Regímenes de bienestar y valores en Europa. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 141, (1), pp. 61-90.

Camacho Ballesta, J., Minguela Recover, M., Morata García de la Puerta, B., Hernández Peinado, M., Ruiz Peñalver, S., Rodríguez Molina, M. y Sancho Frías, I. (2012): *Yacimientos de empleo y políticas sociales: los servicios relacionados con la atención a personas en situación de dependencia en Andalucía*. Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia e Igualdad, Junta de Andalucía.

Camacho Ballesta, J.A, Ruiz Peñalver, S.M y Minguela Recover, M.A (2015): *La atención a las personas en situación de dependencia como yacimiento de empleo en tiempos de crisis: el caso español*. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 1, (33), pp. 169-188.
http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2015.v33.n1.48812

Camacho, J. A., Rodríguez, M. y Hernández, M. (2008). El sistema de atención a la dependencia en España: Evaluación y comparación con otros países europeos. *Cuadernos Geográficos*, 42, pp. 37-52.

Cantor, M. H. (1975). *Life space and the social support system of the inner city elderly of New York*. *The Gerontologist*, 15, pp. 23-27.

Cantor, M. H. (1979). Neighbors and friends: An overlook resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1, pp. 434-463.

Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31, pp.39-56.

Carrera, F. et al., (2013). Long-term care systems in comparative perspective: Care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European countries. En Costanzo Ranci y Emmanuele Pavolini.(eds). *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, Springer Science Business Media, Nueva York, pp. 23-52.

Casado Pérez, D. y Fernández Pinar, L. (2013) Objetivos y medios idóneos relativos a la dependencia funcional. *Zerbitzuan: Gizartezarbitzuetarakoaldizkaria. Revista de servicios sociales*, (54), 157-170.

Casado, D. y Guillén, e. (2001): *Manual de servicios sociales*. CCS, Madrid.

Causapié Lopesino P., Balbontín López-Cerón A., Porras Muñoz M y Mateo Echanagorria A. (2011). *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (IMSERSO).

Cebrián, J. A., Bodega, M. I. y Martín-Lou, M. A. (2012). *Inmigraciones en Europa*. *Estudios Geográficos*, 273 (7), pp. 385-419.

CENTRA, Centro de Estudios Andaluces (2014) *Encuesta Realidad Social de Andalucía 3ª oleada: cuidados y conciliación*. Factoría de Ideas. Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía. Noviembre de 2014 [Consultado: 12/11/2015] Disponible en : https://www.centrodeestudiosandaluces.es/datos/actividades/ERSA_19112014.pdf

Chappell, N. L. (1990). Aging and social care. En Robert H. Binstock y Linda K. George (Eds). *The handbook of aging and the social sciences* (3rd Edition). Academic Press. San Diego, EEUU.

Chappell, N. y Blandford ,A.(1991). *Informal and Formal Care: Exploring the Complementarily*. *Ageing and Society*, 11, pp. 299-317.

Choi, N. G., Burr, J. A., Mutchler, J. E. y Caro, F. G. (2007). Formal and informal volunteer activity and spousal caregiving among older adults. *Research on Aging*, 29 (2), pp. 99-124. doi:10.1177/0164027506296759

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., y Tjadens, F. (2011). *Help Wanted?. Providing and Paying for Long-term care*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris.

Courtin, E., Jemai, N. y Mossialos, E. (2014). Mapping support policies for informal carers across the European Union. *Health Policy*, 118 (1), pp. 84-94. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.013

Da Roit, B. (2013): Long-Term Care Reforms in the Netherlands. En Emmanuele Pavolini y Costanzo Ranci (Eds.) *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London, pp. 97-117. DOI 10.1007/978-1-4614-4502-9

Da Roit, B., Le Bihan, B. y Österle, A. (2007). Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes. *Social Policy y Administration*, 41 (6), pp. 653-671. doi:10.1111/j.1467-9515.2007.00577.x

Daly, M. y J. Lewis (1998). Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring. En Jane Lewis (Ed) *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Aldershot: Ashgate, pp. 1-24.

Daly, M. y J. Lewis (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51, (2), pp. 281-298.

Daroit, B. (2007). Changing intergenerational solidarities within families in a Mediterranean welfare state: Elderly care in Italy, *Current Sociology*, 2 (55), pp. 251-269. [<http://dx.doi.org/10.1177/0011392107073306>].

De Lorenzo García, R. y Rivero Martínez Á. (2006). La futura Ley de Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España. *Revista española del tercer sector*, (3), pp. 49-80.

Deacon, Bob (2000). Eastern European Welfare States: the Impact of the Politics of Globalization. *Journal of European Social Policy*, 10 pp. 146-161.

Del Bosque González, I., Fernández Freire, C. Martín-Forero Morente, L y Pérez Asensio E. (2012). El sistema de información geográfica y de investigación en Ciencias Humanas y Sociales. *Apuntes de Ciencias Instrumentales y Técnicas de Investigación*.

Denton, M. (1997). The linkages between Informal and Formal care of the elderly. *Canadian Journal on Ageing*, 16, (1), pp. 30–50.

Dijkstra, L. y Poelman, H. (2011). *Regional Typologies: A Compilation*. Regional Focus, No. 01, European Union, Directorate General for Regional Policy, Brussels.

Draibe, S. y Riesco M. (2006) El estado de bienestar en América Latina desde una perspectiva histórica y conceptual. *Series de Estudios y perspectivas*, 55, (LC/MEX/L.742), México D.F.

Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J. y Avlund, K.(1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science y Medicine*, 48, (5), pp. 661-673. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00381-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00381-5)

Duran, M. A (2014). El desafío de la dependencia en una proyección de futuro. *Documentación laboral*, (102), pp. 39-54.

Duran, M.A. (2011). El trabajo en el marco macroeconómico. En M^a Ángeles Durán (Dir.) *El trabajo del cuidado en América Latina y España*. Documento de Trabajo nº 54. Fundación Carolina (CeAICI).

Dwyer J.W. y Coward R.T. (1991). A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, (5), S259–S269.

Ebbinghaus, B. (1999). Does a European Social Model Exist and Can it Survive. En Gerhard Huemer, Michael Mesch y Franz Traxler (Eds.). *The Role of Employer Associations and Labour Unions in the EMU. Institutional Requirements for European Economic Policies*, Aldershot: Ashgate, pp. 1-26.

Edelman, P y Hughes, S. (1990). The impact of community care on provision of informal care to homebound elderly persons. *Journal of Gerontology*, 2, (45), S74-S84.

Roldán, E y Castanyer M. (2012) presentación del monográfico: Servicios Sociales en tiempos de crisis. Cuadernos de Trabajo Social. Num 25 (1), 11-17.

Escuredo, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales (Social Policies concerning Dependence in Spain: Contributions and Consequences for the Elderly and Their Family Caregivers). *Reis*, 65-89.

Esparza Catalán, C. (2010). Métodos de cálculo de la gravedad de la discapacidad. *Informes Portal Mayores*, 103 [Fecha de publicación: 25/06/2010].

Esping-Andersen, G. (1990). *Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press. (Ed. español, 1993, *Los Tres mundos del Estado de Bienestar*. Burjas-sot: Ed.Alfons el Mangnànim, Valencia.)

Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford University Press. New York.

Esping-Andersen, G. (2001). Reestructuración de la protección social. Nuevas estrategias de reforma en los países adelantados. En Rolando Franco (coord.) *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia*, México D.F, Siglo XXI y CEPAL, pp.202-2016.

European Commission (2013) EUROPOP2013: European Population Projections, base year 2013. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-data>[consultado: enero:2014].

European Commission (2015): The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015. Disponible: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/ [consultado en noviembre de 2015].

European Commission. (2012). ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060). Directorate-General for Economic and Financial Affairs *European Economy* 2/2012. Doi: 10.2765/19991

Eurostat (2013) Labour market statistics. Retrieved February, 2013, from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

Eurostat (2014a): "Population projections by sex and single year age" [<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=tableyinit=1&language=en&pcode=tps00002&plugin=1>, consultado el 09.01.2015].

Eurostat (2014b): "Life expectancy at birth, by sex" [<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=tableyinit=1&language=en&pcode=tps00025&plugin=1>, consultado el 9-1.2015].

Eurostat (2015): Projected old-age dependency ratio. European Commission. Última actualización 09.11.2015. Disponible: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=tableyinit=1&language=en&pcode=tsdde511&plugin=1> [Acceso 17.01.16]

Evers, A., Pijl, M. y Ungerson, C. (Eds.) (1994) *Payments for Care: A Comparative Overview*. Aldershot:

Fabrizio Tediosi y Stefania Gabriele. (2010). *The long-term care system for the elderly in Italy*. Enepri research report NO. 80. Disponible en <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>

Fenger, Menno (2007). *Welfare Regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating Post-Communist Countries in a Welfare Regime Typology*, *Contemporary Issues and Ideas in the Social Sciences*, 3.

Fernández García, T. y López Peláez, A. (2006). *El estado del bienestar: Orígenes y perspectivas*. En Carmen Alemán Bracho y Tomás Fernández García (coord.) *Política Social y Estado de Bienestar*. Tirant lo Blanc. Valencia. pp. 1:15-46.

Ferrara, M. (2000). *Reconstructing the welfare state in southern Europe*. En Stein Kuhnle (ed) *Survival of the European Welfare State*, Routledge, pp. 166-182.

Ferrera, M. (1996). *The "Southern Model" of Welfare in Social Europe*. *Journal of European Social Policy*, 6 (1) pp. 17-37.

Ferrera, M.(1997). *General Introduction*. En MIRE Florence Conference, *Comparing Social Welfare Systems in Southern Europe*. París: MIRE. Vol. 3: 13-24.

Finch, J. y Groves, D. (eds) (1983), *A Labour of Love: women, work, and caring*, Routledge y Kegan Paul, London and Boston, MA.

Fiori, K. L., Antonucci, T. C. y Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61,(1), pp.25-32.

Fiori, K. L., Consedine, N. S. y Merz, E. (2011). Attachment, social network size, and patterns of social exchange in later life. *Research on Aging*, 33 (4), pp. 465-493. Doi:10.1177/0164027511401038.

Fischer, L. R. y Eustis, N. N. (1994). *Care at Home: Family Caregivers and Home Care Workers*. En Eva Kahana, David. E. Biegel May L. Wykle, (Ed). *Family Caregiving Across the Lifespan*. Sage publication. London.

Fisher, B. y Tronto, Jean (2000). *Toward a feminist theory of caring*. En E. Abel y M. Nelson (dir.), *Circles of Care*. Albany: Suny Press, 36-54.

Fontaine, R. (2012). The effect of public subsidies for formal care on the care provision for disabled elderly people in France. (*Revue de l'institut d'Économie publique*, (28-29), pp. 271-304.

Francisco del Rey, C. y Mazarrasa Alvear, L. (1995). Cuidados informales. *Revista de Enfermería*, 18 (202), pp. 61-65.

Fumiss, N. y Tilton, T. (1977). *Case for the Welfare State: From Social Security to Social Equality*. Indiana University Press.

Gamero Casado, E. (2012) Los servicios sociales en el Estatuto de Autonomía para Andalucía. En Severiano Fernández Ramos y José María Pérez Monguió (Coords.) *El derecho de los Servicios Sociales en Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Publica; pp. 25-41.

Gannon, B. y Davin, B. (2010). *Use of formal and informal care services among older people*

García, E. L., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Cabrera, R. H. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14, (2), pp. 511-520. Doi:10.1007/s11136-004-5329-z

García, J. R., Prieto-Flores, M. y Rosenberg, M. W. (2008). Health services use by older people with disabilities in Spain: Do formal and informal care matter?. *Ageing y Society*, 28,(07), pp. 959-978. doi:10.1017/S0144686X08007381

Geerts J. (2010) *Dynamiekenendeterminanten van long-term care gebruik (Dynamics and Determinants of Long-Term Care Use)*. Dissertation. University of Antwerp, Antwerpen, Belgium.

Geerts, J. y Van den Bosch, K. (2012). Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: The impact of national contexts, *European Journal of Ageing*, 1, (9) , pp.27-37 [<http://dx.doi.org/10.1007/s10433-011-0199-z>].

Gilligan, C. (1985) .*La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*, FCE, México.

Golinowska, S. (2010). The long-term care system for the elderly in Poland. Centre for European Policy Studies. Enepri Research Report, 83.

Gomà Carmona, R. (1996). La reestructuración de los sistemas de bienestar en Europa. *Revista internacional de sociología*, 15, pp. 95-120.

Gómez de Pedro, M. E. (2001). *El Estado de Bienestar. Presupuestos éticos y políticos*. Tesis doctoral presentada para la obtención del título de Doctora en Filosofía. Barcelona: Universitat de Barcelona, Facultat de Filosofia, Departament de Filosofia Teorética i Práctica.

Gómez Serrano, P.J y Buendía García, L. (2014). La crisis y los Estados de bienestar en Europa. Documento de trabajo 8.3. Fundación FOESSA, pp.1-54. Accesible en:www.foessa.es/informeCapitulo8

González Rabanal, M.C. (2009). El Estado de bienestar y la gestión mixta. En Pedro Juez Martel. (coord.), Miryam C. González Rabanal, Pedro B. Martín Molina, Andrés Muñoz Machado, Agustín Pérez López y Eduardo del Río Cobián. *Economía y Gestión de Entidades No Lucrativas*. Ed. Universitaria Ramón Areces. Madrid. pp. 15-42.

González Vázquez, I. (2011) .*El cambio de Orientación de la política social comunitaria. Del Estado de Bienestar a la Sociedad del Bienestar*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. Prestada en 28 de junio de 2011. Disponible en: <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/1580/el-cambio-de-orientacion-de-la-politica-social-comunitaria-del-estado-del-bienestar-la-sociedad-del-bienestar/>[Consultada: 05.07.2015]

Graham, H. (1983), *Caring: A labour of love*. En Janet Finch y Dulcie Groves (eds), *A labour of love: women, work and caring*, Routledge and Keegan Paul, London.

Greene, V.L.(1983). *Substitution between Formally and Informally Provided Care for the Impaired Elderly in the Community*. *Med Care*,21, pp.609–19.

Guillén, E. y Vilà, A. (2007) .Los cambios legislativos recientes en materia de servicios sociales. En Demetrio Casado y Fernando Fantova (coords) .*Perfeccionamiento de los servicios sociales en España: informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*. Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, FOESSA, pp. 147-175.

Gutiérrez, L., Jiménez-Martín, S., Vegas Sánchez R. y Vilaplana, C. (2010). *The long-term care system for the elderly in Spain*. Enepri Research report, 88. Disponible: <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>

Hank, K. (2007). *Proximity and Contacts between older parents and their children: a European comparison*. *Journal of Marriage and Family*, 69, (1), pp.157-173.

Herce, J., Labeaga, J.M., SosvillaRivero, S. y Ortega, C. (2006). *Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo*. Madrid, (IMSERSO).

Hlebec, V., Nagode, M. y Hrast, M. F. (2014). *Care for older people between state and family: care patterns among social home care users*. *Teorija in Praksa*, 51,(5), pp. 886. <http://www.guttman.com/D52016C.HTM>

Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasior, K. y Marin, B. (2009). *Facts and figures on long-term care for older people: Europe and north America*. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.

IBM SPSS (2011): *IBM SPSS Regression 20*. Disponible: ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/es/client/Manuals/IBM_SPSS_Regression.pdf [ultimo acceso 20.01.2016]

IECA (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (2014): *Proyecciones de la población de Andalucía 2013-2017*. (Consultado 23/06/2016) Disponible: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/proyecciones/proyecc/index.htm>

IMSERSO (1999).Informe de valoración del Plan Gerontológico estatal 1992-1997.Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

IMSERSO (2004) Atención a las Personas en situación de Dependencia en España.(2004). Libro Blanco de la Dependencia, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

IMSERSO (2005).Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. En IMSERSO, Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco, Madrid, Imserso, pp.19-90. [<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>].

IMSERSO (2011) .Informe del gobierno para la evaluación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad.

IMSERSO (2012). Información estadística de la situación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia situación a 31 de diciembre de 2012.

IMSERSO (2015) Datos de gestión del SAAD a 31 de agosto de 2015. Personas beneficiarias y prestaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_061364.pdf

INE (Instituto Nacional de Estadística) (2015). Mujeres y hombres en España. NIPO web ISSN web: 729-15-019-8: 2255-0402. Disponible: <http://bit.ly/1swX9kK> (Consultado en junio de 2016)

INE, Instituto Nacional de Estadística, (2016). Encuesta de población activa (EPA). Consultada en Junio de 2016, desde http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=/t22/e308_mnuuyfile=inebaseyL=0

INE, Instituto Nacional de Estadística,(2015): Tablas de mortalidad de la población de España 1991-2013. Disponible: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> (Consultado en noviembre de 2015)

Instituto de Estadísticas y Cartografía de Andalucía (2015): Memoria Técnica de la Actividad.

Instituto Nacional de Estadística (2014): Proyecciones de población 2014-2064. Población residente en España a 1 de enero, por sexo, edad y año. (Consultado el 23/06/2016) Disponible: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p278/p01/serie/l0/yfile=01001.px>

Jacobs, M. T., Broese van Groenou, M. I., Boer, A. H., y Deeg, D. J. (2014). Individual determinants of task division in older adults' mixed care networks. *Health and social care in the community*, 22 ,(1), pp. 57-66.

Jiménez-Martín, S. y Vilaplana-Prieto, C. (2012).The trade-off between formal and informal care in Spain, *The European Journal of Health Economics*,4, (13), pp. 461-490.

Jovell, A.J.(1955). Análisis de regresión logística. Cuadernos Metodológicos, 15. Centro de Investigaciones sociológicas, Madrid. 1ª Edición.

Kahn J.R., McGill B.S. y Bianchi S.M. (2011).Help to Family and Friends: Are There Gender Differences at Older Ages? *Journal of Marriage and Family* 73 (1), pp.77–92. Doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00790.x.

Kalwij A., Giacomo P. y Wu, M. (2012). Home care for the elderly: the role of relatives, friends and neighbors. *Review of Economics of the Household*, 12, (2), pp. 379-404.

Kalwij, A., Pasinl, G. y WU, M. (2014). Home care for the elderly: The role of relatives, friends and neighbors, *Review of Economics of the Household*,2, (12), pp.379-404.

Karlsson, M., Iversen, T. y Øien, H. (2010).Scandinavian long-term care financing, Oslo University, Health Economics Research Programme, 2.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. y Jaffe, M.W.(1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama* 185, pp. 914–919.

Keating N., Otfinowski P., Wenger C., Fast J. y Derksen L. (2003). Understanding the caring capacity of informal networks of frail seniors: a case for care networks. *Ageing and Society* 23 (1), pp. 115-127. Available from: doi: 10.1017/S0144686X02008954.

Kemper, P. (1992). The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Services Research Journal*, 27, (4), pp. 421-445.

Kohli M., Künemund H. y Lüdicke J. (2005). Family structure, proximity and contact. En Axel Börsch-Supan, Agar Brugiviani, Hendrik Jürges, Johan Mackenbach, Johannes Siegrist and Guglielmo Weber (eds.) *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Research Institute for the Economics of Aging, Mannheim.

Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G., y Czypionka, T. (2010). A typology of long-term care systems in Europe. Centre for European Policy Studies. Enepri Research Report, 91.

Kraus, M., Rieder, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G. y Czypionka, T. (2010). Typology of systems of long-term care in Europe-results of work package 1 of the ANCIEN project. Institute for Advanced Studies. Vienna. <http://www.Ancienlongtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRIRNo91TypologyofLTCSysin-Europe.Pdf>, Visited on January, 20, 2015.

Langa, K. M., Chernew, M. E., Kabeto, M. U. y Katz, S. J. (2001). The explosion in paid home health care in the 1990s: who received the additional services?. *Medical care*, 39, (2), pp.147-157.

Lawton, M.P., Brody, E.M.(1969) Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, pp.179–186.

Le Bihan, B. (2012). The redefinition of the familialist home care model in France: The complex formalization of care through cash payment. *Health and Social Care in the Community*, 20 ,(3), pp. 238-246. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01051.x

Le Bihan, B. y Martin, C. (2010). Performing long-term care policy in France: private-public complementarities. *Social Policy and Administration*, 44, (4), pp. 392-410. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00720.x.

Lessenich, S. (1996). España y los regímenes de Estado del Bienestar. *Revista internacional de sociología*, 13, pp.147-161.

Letablier ,M.T.(2001). Le travail centré sur autrui et sa conceptualisation en Europe , Travail, genre et sociétés,6 (2), pp. 19-41. DOI : 10.3917/tgs.006.0019

Letablier, M.T (2007).El trabajo de 'cuidados' y su conceptualización en Europa, En Carlos Prieto Rodríguez (coord.) .Trabajo, género y tiempo social. Hacer editorial: Universidad Complutense, Editorial Complutense , Madrid, pp. 64-84.

Li, L.W. (2005). Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients. *The Gerontologist*, 45,(4) pp. 465–73.

Litwak, E. (1985).Helping the Elderly: The Complementary Roles of Informal, Networks and Formal Systems, Guilford, New York.

Litwak, E., Jessop, D. J. y Moulton, H. J. (1994). Optimal Use of Formal and Informal Systems over the Life Course. En Eva Kahana, David. E. Biegel y May L. Wykle.(ed.). *Family Caregiving Across the Lifespan*, Sage publication, London.

Litwak, E., Messerl,P y Silverstein, M. (1990).The role of formal and informal groups in providing help to older people, *Marriage and Family Review*,1-2, (15), pp.171-193.

Litwin ,H., Stoeckel, K., Roll, A. y Shiovitz-Ezra, S. (2013). Social Network Measurement in SHARE Wave Four. En Frederic Malter y Axel Börsch-Supan (Eds.) *SHARE Wave 4: Innovations and Methodology*.MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.Munich.

Litwin, H. (1996). *The social networks of older people: A cross-national analysis*. Westport, Connecticut London, Praeger.

Litwin, H. (2009). Social networks and well-being: A comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Science*. doi:10.1093/geronb/gbp104.

Litwin, H. *et al.* (2013).Social network measurement in SHARE Wave 4. En Frederic Malter y Axel Börsch-Supan (eds.), *SHARE Wave 4: Innovations y Methodology*,MEA; Max Planck Institute for Social Law and Social Policy,Munich, pp.18-37.

Litwin, H. y Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel. *Ageing and Society*, 29, pp. 71-91. doi:10.1017/S0144686X08007666.

Litwin, H. y Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel. *Ageing and Society*, 29, (1), pp. 71-91. doi:10.1017/S0144686X08007666

Litwin, H. y Landau, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging Studies*, 14, (2), pp. 213-228.

Litwin, H., Stoeckel, K. J., Roll, A., Shiovitz-Ezra, S., y Kotte, M. (2013). Social network measurement in SHARE wave 4. En Felix Malter y Axel Borsch-Supan (Eds.), *SHARE Wave 4: Innovations y methodology*. Munich, Germany: MEA, Max-Planck-Institute for Social Law and Social Policy. pp. 18–37.

Litwin, H., Stoeckel, K., Roll, A y Shiovitz-Ezra, S. (2013). *Social network measurement in SHARE wave 4*. En Frederic Malter y Axel Borsch-Supan (Eds.) *SHARE Wave 4: innovations and methodology*. Munich, Germany: MEA, Max-Planck-Institute for Social.

Llano Sánchez, M (2014). El marco procedimental del Sistema de Atención a la Dependencia: balance crítico de los desarrollos normativos y de la práctica administrativa. *Documentación Laboral*, 3 (102), pp.113-142.

Lowenstein, A. y Daatland, S. O. (2006). Filial norms and family support in a comparative cross-national context: Evidence from the OASIS Study. *Ageing Society* 2, (26), pp.203-223.

Lyons, K. S. y Zarit, S. H. (1999). Formal and informal support: The great divide. *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3, (14), pp.183-196.

Madera (2004). La definición de los servicios sociales en las leyes de servicios sociales de “primera” y “segunda generación” en España. *Portularia* 4, pp.507-518

Malter, F. y Borsch-Supan, A. (2013). *SHARE Wave 4: Innovations y Methodology*. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

Malter, F. y Borsch-Supan, A. (2015). *SHARE Wave 5: Innovations and Methodology*. MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy. Munich.

Marbán, V. (2013). Modelos de cuidados de larga duración: perspectiva territorial. Seminario AECl de Políticas públicas de atención a personas mayores dependientes. Hacia un sistema

integral de cuidados. Cartagena de Indias, Colombia. 12 a 15 de Noviembre de 2013. Disponible en
:http://www.riicotec.org/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/05modeloscuidadosvma_rban.pdf

Marbán Gallego, V. (2012). Actores sociales y desarrollo de la Ley de Dependencia en España. *Revista Internacional de Sociología*, 70, (2), pp. 375-398.

Martín Palomo, M.T. (2008) Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 2, (26) , pp.13-44.

Martín Palomo, M.T. (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*, 46, (2), pp.29-49.

Martin, C. y Le Bihan, B. (2007). Cash for care in the French welfare state: A skillful compromise?. En Clare Ungerson y Sue Yeandle . (Eds.) *Cash for developed welfare states*. Plagrave MacMillan.

Martín, Q., Cabero, M.T. y De Paz, Y.R. (2007). Tratamiento estadístico de datos con SPSS. *Prácticas resueltas y comentadas*. Thomson Ed. Madrid.

Martínez-Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, pp. 99-126 [<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>].

McPherson, M., Smith-Lovin, L. y Brashears, M. E. (2009). Models and marginals: Using survey evidence to study social networks. *American Sociological Review*, 74,(4), pp.670-681. doi:10.1177/000312240907400409

Messeri, P., Silverstein, M., y Litwak, E. (1993). Choosing optimal support groups: A review and reformulation. *Journal of Health and Social Behavior*, 34 (2), pp.122-137.

Minguela M.A, Camacho J.A. (2011) .Dependencia: cuidados formales e informales en Andalucía. Diferencias entre el ámbito rural y urbano. III Congreso Anual de la Red Española de Política Social, Universidad pública de Navarra en Pamplona. Recuperado el [02.07.2016] Disponible en :http://www.unavarra.es/digitalAssets/149/149685_1000006_Dependencia_-_Cuidados-formales-e-informales-en-Andaluci-a.pdf

Minguela, M.A y Camacho J.A (2015). Cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes, ¿son complementarios o sustitutivos?: una visión comparada entre los países del sur de Europa. *Zerbitzuan: Gizartezerbitzuetarakoaldizkaria= Revista de servicios sociales*, (58), pp.15-25.

Minguela, M.A. y Camacho, J. A. (2015). Cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes, ¿son complementarios o sustitutivos?. Una visión comparada entre los países del sur de Europa. *Revista Zerbitzuan*, 58 , pp.15-25. DOI: 10.5569/1134-7147.58.02

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). Los 10 años de los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social del Reino de España. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España.

Mishra, R. (1989). El estado de bienestar después de la crisis: los años 80 y más allá. En Rafael Muñoz de Bustillo Llorente (comp.) *Crisis y futuro del estado de bienestar*. Alianza Universidad. Madrid. pp. 55-80.

Monereo Pérez, J.L., Molina Navarrete, C., Moreno Vida, M^a N. Maldonado Molina, J.A. y Gonzalez de Patto, R. M^a. (2007) *La protección jurídica de las situaciones de dependencia. Estudio sistemático de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de protección de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Editorial Comares, Granada.

Montserrat Codorniú, J. (2003). El coste de la dependencia. *Revista multidisciplinar de gerontología*,3, (13) pp.194-200.

Moreno Fernández, L.(2001). La vía media española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers: Revista de Sociología*, (63/64), pp. 67-82.

Moreno, L. (2000). Spanish development of Southern European welfare. En Stein Kuhnle (ed.), *Survival of the European Welfare State*, Londres Routledge, pp. 146-165.

Moreno, L. (2003). *Ciudadanía, desigualdad social y Estado del bienestar*. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de trabajo 03-08.

Moreno, L. (2006). *The Model of Social Protection in Southern Europe: Enduring Characteristics?*, *Revue Française des Affaires Sociales*, 1, pp. 73-95

Moreno, L. (2010). Welfare mix, CSR and social citizenship. *International journal of sociology and social policy*, 30,(11/12), pp.683-696.

Moreno, L. y Sarasa, S (1992).The Spanish 'Via Media' to the development of the welfare state, Working Paper , pp. 92-13, IESA-CSIC.

Moreno, L., Matsaganis, M., Ferrera, M. y Capucha, L. (2003). ¿ Existe una" malla de seguridad" en la Europa del Sur? La lucha contra la pobreza y la exclusión en España, Grecia, Italia y Portugal. *RevistaInternacional de Sociología*, 61, (36), pp. 7-31.

Motel-klingsbiel, A. Tesch-roemer, C. Von kondratowitz,H. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and Society*, 25, pp. 863-882. Doi:10.1017/S0144686X05003971

Motel-Klingsbiel, A.,Tesch-Roemer, C. y Von Kondratowitz, H. (2005).Welfare states do not crowd out the family: Evidence for mixed responsibility from comparative analyses, *Ageing and Society*, 6 (25), pp.863-882.

Muñoz Terrón, J.M.(2012). Cuidar del mundo. Labor, trabajo y acción en una complejared de sostenimiento de la vida, *Isegoría*, 47, pp. 461-480.

Mutchler, J. E. y Burr, J. A. (2003). Living arrangements among older persons: A multilevel analysis of housing market effects. *Researchon Aging*, 25, (6), pp. 531-558. doi:10.1177/0164027503256692

Navarro Ruvalcaba, M.A (2006) .Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos*, 21, pp. 109-134. Recuperado de <http://148.215.2.11/articulo.oa?id=13902108>

Noelker, L. S. y Bass, D. M. (1989). Home care for elderly persons: Linkages between formal and informal caregivers, *Journal of Gerontology*,2, (44) , pp. S63-S70.

Noelker, L. S. y Bass, D. M. (1994). Relationships between the Frail Elderly's Informal and Formal Helpers. En Eva Kahana, David E. Biegel, May L. Wykle. (ed.). *Family Caregiving across the Lifespan*. Sage publication. London.

OECD (2005), *Long-term Care for Older People*, OECD, Paris.

OECD (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD.

OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

OECD (2014), "Recent developments in international migration trends", in OECD, *International Migration Outlook 2014*, OECD Publishing, Paris.
DOI: http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2014-4-en

OECD. (2005). *Long-term care for older people* Organization for Economic Co-operation and Development. doi:10.1787/9789264015852-en

Österle, A. (2009). Regímenes de bienestar europeos y el cuidado de larga duración. En Ana Arriba González de Durana y Francisco Javier Moreno Fuentes: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos* Colección Estudios Serie Dependencia nº 12007. Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). España. pp. 35-60.

Pacolet, J. (2006). Protección social de personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración. *Revista española del tercer sector*, (3), pp.111-160.

Paperman ,P. y Laugier, S. (2005). Présentation . En Patricia Paperman y Sandra Laugier (eds), *Le souci des autres, éthique et politique du care*. EHESS/Raisons Pratiques. Paris. pp.9-22.

Paraponaris, A., Davin, B., y Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The european Journal of Health economics*, 13,(3), pp.327-336.

Pavolini, E. y Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18,(3), pp.246-259.
doi:10.1177/0958928708091058

Peña Ilopis,J (2006) *Sistemas de información geográfica aplicados a la gestión del territorio : entrada, manejo, análisis y salida de datos espaciales : teoría general y práctica para ESRI ArcGIS 9*. San Vicente (Alicante) : Club Universitario, DL

Pérez Orozco, A (2006) Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*,5, pp. 7-37.

Pérez Orozco, A. (2010) Diagnóstico de la crisis y respuestas desde la economía feminista. *Revista de Economía Crítica*, (9), pp. 131-144.

Pérez Orozco, A. y López Gil, S. (2011) “El análisis de las cadenas: ¿reproducción de un régimen de cuidados injusto?” En *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados*. Madrid: ONU Mujeres. Disponible: <http://www.unwomen.org/es/>

Pérez, C. (2004). *Técnicas de análisis multivariante de datos. Aplicaciones con SPSS*. Pearson educación. Madrid.

Pérez-Monguió, J.M y Fernández Ramos, S. (2012) *Legislación de Personas Mayores de Andalucía*. En José María Pérez Monguió y Severiano Fernández Ramos, *Códigos de Derecho Propio de Andalucía*. Instituto Andaluz de Administración Pública

Peters, G. R., Hoyt, D. R., Babchuk, N., Kaiser, M., y Iijima, Y. (1987). Primary-group support systems of the aged. *Research on Aging*, 9,(3), pp.392-416.

Pezzin, L.E y Schone B. (1999) Intergenerational household formation, female labour supply, and informal caregiving: a bargaining approach. *Journal of Human Resources*, 34 , pp. 475–503.

Pezzin, L.E., Kemper, P. y Reschovsky, J., 1996. Does publicly provided home care substitute for family care? Experimental evidence with endogenous living arrangements. *The Journal of Human Resources*, 31 (3), pp. 650–676.

Pickard, L., Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C. y Wittenberg, R. (2007). Modelling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: Projections for long-term care expenditure to 2050. *Journal of European Social Policy*, 17, (1), pp. 33-48. doi:10.1177/0958928707071879

Pommer, E. Woittiez, I. y Stevens, J. (2007): *Comparing Care: The Care of the Elderly in Ten EU-countries*, La Haya, Netherlands Institute for Social Research/SCP.

Potůček , Martin (2008). *Metamorphoses of Welfare States in Central and Eastern Europe*. En Martin Seeleib-Kaiser (ed), *Welfare State Transformations: Comparative Perspectives*, Palgrave Macmillan. New York.

Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5,(1), pp. 1-21.

Rechel, B., Grundy, E., Robine, J., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C. y McKee, M. (2013). Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381, (9874), pp.1312-1322. doi:10.1016/S0140-6736(12)62087-X

Resa, A. G. (1995). Pasado, presente y futuro de los servicios sociales españoles. *Acciones e investigaciones sociales*, (3), pp.33-52.

Resa, A. G. (2001). El Plan Concertado de prestaciones básicas de Servicios Sociales en España (once años del Plan Concertado). *Reis*, pp. 89-130.

Rodrigues, R., Huber, M. y Lamura, G. (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care. *European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna*.

Rodríguez Cabrero, G (dir.), Aguilar Hendrickson, M., Arriba González de Durana, A., Casas Mínguez, F., Laparra, M., Marbán Gallego, V . y Pérez Eransus, B. (2012): Resumen ejecutivo: Servicios sociales y cohesión social. Consejo Económico y Social España.

Rodríguez Cabrero, G. (2000). Dependencia y atención sociosanitaria. *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*, 2, pp.1-6.

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

Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la unión europea. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 29,(1), pp.13-42.

Rodríguez Castedo, A. (2011). Las pensiones no contributivas en la experiencia española, Foro: Envejecimiento con dignidad, por una pensión no contributiva. Lima: Organización Internacional del Trabajo (OIT), pp. 189-202.

Rodríguez Castedo, A. y Jiménez Lara, A. (2010). La atención a la dependencia y el empleo Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Documento de trabajo (laboratorio de alternativas).159.

Rodríguez Castedo, A. y Jiménez Lara, A. (2011). Nuevas necesidades, nuevos derechos, nuevos empleos: dependencia y creación de empleo. Revista de servicios sociales y política social,(93), pp.9-44.

Rodríguez, M. (2013). Use of informal and formal care among community dwelling dependent elderly in Spain. European Journal of Public Health. First published online. Available at: doi:10.1093/eurpub/ckt088.

Rodríguez, M.J. y Mora, R. (2001). Estadística informática: casos y ejemplos con el SPSS. Alicante: Universidad de Alicante.

Rodríguez-Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea, *Cuadernos de Relaciones Laborales*,1, (29), pp. 13-42.

Rodríguez-Rodríguez, P. (2005) El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 40 (Supl 3) , pp.5-15.

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

Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia, *Revista Española de Salud Pública*,3, (83), pp.393-405.

Roldán García E., García Giráldez T. y Nogués Sáez, L (2013). Los servicios sociales en España. Editorial Síntesis.

Sancho Castiello , M., Díaz Martín, R., Castejón Villarejo, P. y Del Barrio Truchado, E. (2007). Las personas mayores y las situaciones de dependencia. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (70), pp.13-43.

Sancho Castiello, M. y Díaz Martín, R. (2006). La oferta de servicios sociales. El impacto de la futura ley de dependencia [social services supply: The impact of the imminent Law of dependence]. En Rafael Puyol Antolín, y Antonio Abellán García (Eds.), *Envejecimiento y dependencia una mirada al panorama futuro de la población española. [old age and dependency: A perspective view of the spanish population]* .MondialAssistance.Madrid. pp.202-219.

Sancho Comíns, J., y Reinoso Moreno, D. (2012). La delimitación del ámbito rural: una cuestión clave en los programas de desarrollo rural. *Estudios Geográficos*, 73, (273), pp. 599-624.

SHARE-PROJECT (2013a): *SHARE. Release Guide 2.6.0. Waves 1 y 2*, Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing [http://www.share-project.org/fileadmin/pdwwf_documentation/SHARE_guide_release_2-6-0.pdf, consultado el 18-12-2014].

SHARE-PROJECT (2013b) *SHARE Wave 4 Release 1.1.1*. [http://dx.doi.org/10.6103/SHARE.w4.111].

Social Protection Committee y European Commission (2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. *Luxembourg: european Union*. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724>

Sojo, A. (2005) Estado, mercado y familia: el haz del bienestar social como objeto de política. En Irma Arriagada (ed.) *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales CEPAL-UNFPA*, pp.149-161. <http://hdl.handle.net/11362/6809>

Sosvilla Rivero, S. (2009). Un análisis estratégico del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. *Presupuesto y Gasto Público*, (55), pp.,7-29.

Sotiropoulos, D., Neamtu, I., y Stoyanova, M. (2003). The Trajectory of Post-Communist Welfare State Development: The Cases of Bulgaria and Romania, *Social Policy and Administration*, 37, pp.656-673.

Stabile, M., Laporte, A., y Coyte, P. C. (2006). Household responses to public home care programs. *Journal of health economics*, 25, (4), pp. 674-701.

Stoeckel, K.J y Litwin, H (2013). Personal social networks in Europe: do people from different countries have different interpersonal solidarities?. En Axel Börsch-Supan, Marina Brandt, Howadr Litwin y Guglielmo Weber (eds.) *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Berlin: De Gruyter. doi: 10.1515/9783110295467.

Stoller, E.P. y Earl, L.L. (1983). Help with Activities of Everyday Life: Sources of Support for the Noninstitutionalized Elderly. *The Gerontologist*, 23, (1) pp. 64–70.

Stoller, E.P. y Pugliesi, K.L. (1991). Size and Effectiveness of Informal Helping Networks: A Panel Study of Older People in the Community. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, (2) pp.180–191.

Suanet, B., Van Groenou, M. B. y Van Tilburg, T. (2012). Informal and formal home-care use among older adults in Europe: Can cross-national differences be explained by societal context and composition? *Ageing and Society*, 32, (03), pp. 491-515. doi:10.1017/S0144686X11000390

Sunkel G. (2007) .Regímenes de bienestar y políticas de familia en América Latina. En Irma Arriagada (Coord.). *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. Serie Libros de la CEPAL, N° 96 (LC/G.2345-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.97. pp. 171-184.

Tapia, J y Nieto, F.J. (1993). Razón de posibilidades: una propuesta de traducción de la expresión odds ratio". *Salud Pública México*, 4, (35), pp.419-424.

Taylor-Googby, P. (2002). The Silver Age of the Welfare State: Perspectives on Resilience, *Journal of Social Policy*, 31 (4), pp.597-621.

Titmuss, R. (1981), *Política Social*. Madrid: Ariel pp. 121-122. (edición original: 1974, Abel-Smith, B. y Titmuss, L. (eds.), *Social Policy. An introduction*. Londres: George Allen and Unwin)

Tobío, C. et al. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundación La Caixa.

Travis, S. S. (1995). Families and formal networks. En Rosemary Blieszner y Victoria, H. Bedford. (eds.), *Handbook of Aging and the Family*, Westport, Greenwood Press, pp. 459-473.

Triantafyllou J, Naiditch M, Repkova K., Stiehr K., Carretero S., Emilsson T., Di Santo P., Bednarik R., Brichtova L., Ceruzzi F., Cordero L, Mastrogiannakis T., Ferrando M., Mingot K., Ritter J. y Vlantoni D. (2010) *Informal care in the long-term care system. European Overview Paper*. Funded by the European Commission under the Seventh Framework Programme Grant agreement. Nº 223037.

Tronto, J. (1998), *An Ethic of Care*, *Generations* San Francisco, 22, (3) pp.15–20.

Twigg, J. (1989). Models of carers: how do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers?. *Journal of social policy*, 18, (01), pp.53-66.

Twigg, J. and Atkin, K. (1994). *Carers Perceived: Policy and Practice in Informal Care*. Open University Press, 192 pp. ISBN 9780335191116

Ungerson, C. (1983), *Why do women care?* En Janet Finch y Dulcie Groves (eds), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, Routledge and Kegan Paul, London.

Ungerson, C. (2005), *Care, work and feeling*, *The Sociological Review*, 53, pp.188–203.

Valero, M. A., Sánchez, J. A. y Bermejo, A.B. (2007). *Servicios y tecnologías de teleasistencia: tendencias y retos en el hogar digital*. Fundación para el conocimiento Madrid.

Van Groenou, M. B., et al. (2006). Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: A comparison of four European countries, *Ageing and Society* 5,(26), pp.745-766 [<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X06005241>].

Van Houtven, C. H y Norton, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults, *Journal of Health Economics*, 6 (23), pp.1.159-1.180 [<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.04.008>].

Van Houtven, C.H., Norton, E.C., (2008). Informal care and Medicare expenditures: testing for heterogeneous treatment effects. *Journal of Health Economics* 27, pp.134–156.

Vasey, S. (2004). *Guía para Autogestionar la Asistencia Personal*. Edición en Castellano con traducción de Matilde Febrer. Barcelona. Institut Guttman. Colección Blocs nº 15.

Vilà, A. (2011). *Serveis socials. Aspecte shistòrics, institucionals i legislatius*. Barcelona: UOC.

Vilà, A. (2012). La nueva generación de leyes autonómicas de servicios sociales (2006-2011), análisis comparativo. *Azarbe: Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (1), pp.143-156.

WHO Regional Committee for Europe resolution [EUR/RC56/R2] on the prevention and control of non-communicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

Wood-Ritsatakis, A. My akara, P. (2009). *Gaining health: analysis of policy development in European countries for tackling non communicable diseases*. WHO Regional Office Europe.

World Health Organization, (2012) .*Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Regional Committee for Europe. Malta, 10-13 September 2012.

Blanco García, Á. (2012). *Cartografía y sociedad: La extensión de la cartografía temática en la actualidad*. *Revista Catalana de Geografia*, 17(46), s.p <http://www.rcg.cat/articles.php?id=248>

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS, MAPAS, PIRÁMIDES Y TABLAS

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS, MAPAS, PIRÁMIDES Y TABLAS

Índice de cuadros

Cuadro 1.1 Resumen del concepto de cuidado (care) propuesto por Joan Tronto (1998)	44
Cuadro 1.2 Descomposición de los conceptos de cuidados, según Carol Thomas, 1993 [2011].....	48
Cuadro 1.3 Desequilibrio entre la oferta y la demanda en la prestación de cuidados personales.....	51
Cuadro 2.1 Descripción de la participación y trabajo de campo de los países SHARE (w. 1- 5).....	74
Cuadro 2.2 Proceso común de construcción de la muestra de trabajo.....	80
Cuadro 4.1 Resumen de la Evolución de las normativas de los sistemas autonómicos de Servicio Sociales	147
Cuadro 4.2 Cuadro-Resumen del procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia	171
Cuadro 4.3 Calendario y las modificaciones en implantación de la Ley de dependencia.....	173
Cuadro 4.4 Estructura originaria de catálogo de las prestaciones del SAAD	174
Cuadro 4.5 Simplificación Normativa de las prestaciones y servicios del SAAD.....	175
Cuadro 4.6 Clasificación de las prestaciones económicas según Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre	189
Cuadro 5.1 Proceso de creación de la nueva información de las estadísticas SAAD	212
Cuadro 5.2 Proximidad máxima geográfica entre el mayor dependiente y el miembro de la red social más cercano, en función de la tipología de cuidado.....	232

Índice de Gráficos

Gráfico 2.1 Pirámide de población comparada años 2013 y 2060	69
Gráfico 2.2 Ratio de dependencia total (proporción de personas dependientes, jóvenes menores de 20 y las personas mayores de 65 años, en relación con la población en edad de trabajar (20 a 64).	71
Gráfico 2.3 Distribución del grado de severidad calculada en función del número de limitaciones para cada nivel gravedad.....	79
Gráfico 2.4 Peso de la población dependientes mayor de 65 años respecto al total de personas para la misma cohorte de edad y países europeos. Año 2010.....	81
Gráfico 2.5 Distribución de la población dependiente mayor de 65 años por lugar/zona de residencia. Año 2010.....	82
Gráfico 2.6 Distribución de las dificultades en las actividades de la vida diaria que generan situaciones de dependencia. Año 2010.....	84
Gráfico 2.7 Distribución de la población mayor de 65 años dependiente por tramos de edad	85
Gráfico 2.8 Estructura europea del grado de severidad de las situaciones de dependencia por sexo. Año 2010.....	86
Gráfico 2.9 Estructura de las personas dependientes que viven en su domicilio por sexo, grado de dependencia y estado civil. Año 2010	87
Gráfico 2.10 Tamaño medio de los hogares y de la red social de los mayores dependientes entre los países europeos. Año 2010.....	88
Gráfico 2.11 Cuantía media anual de la renta y las prestaciones económicas públicas entre los mayores de 65 años. Año 2010.....	90
Gráfico 2.12 Estructura por tramos de edad de los mayores dependientes que reciben cuidados personales en el entorno del hogar. Año 2013.....	92

Gráfico 2.13 Distribución de los cuidados personales por sexo entre los mayores dependientes en Europa. Año 2013.....	92
Gráfico 2.14 Proximidad máxima geográfica entre el mayor dependiente y el miembro de la red social más cercano, en función de la tipología de cuidado.....	96
Gráfico 2.15 Distribución de la tipología de cuidado personal que reciben los mayores dependientes en sus hogares. Año 2013.....	99
Gráfico 3.1 Proximidad máxima entre la persona mayor que recibe cuidados personales y el miembro de hogar más cercano geográficamente.	123
Gráfico 5.1 Evolución de la tasa de dependencia (mayores de 65 años) de la UE27 y España, 2010-2050.....	215
Gráfico 5.2 Evolución por grado de severidad de la situación de dependencia reconocida por el SAAD (2009-2014).....	217
Gráfico 5.3 Representatividad de la población dependiente con condición de beneficiaria de prestaciones de SAAD dentro de la población total por sexo y grandes grupos de edad. 2009-2014.....	218
Gráfico 5.4 Población dependiente reconocida según su situación dentro del SAAD respecto al total de la población española (2009-2014).....	220
Gráfico 5.5 Evolución mensual del proceso de implantación del SAAD (2009-2014).....	222
Gráfico 5.6 Situación de las personas dependientes atendiendo a la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia previstas en la Ley respecto al total de personas dependientes reconocidas.	224
Gráfico 5.7 Distribución de los beneficiarios por las dos grandes categorías de prestaciones reconocidas en el SAAD: monetarias y de servicios.....	226
Gráfico 5.8 Personas beneficiarias y agrupación prestaciones (diciembre de 2014).....	227
Gráfico 5.9 Distribución de las personas dependientes beneficiarias por tipo de prestación del SAAD (2014).....	229
Gráfico 5.10 Peso de la tipología de cuidados que reciben los dependientes respecto al total de la población (2009-2014).....	230
Gráfico 5.11 Evolución del ratio de cuidadores familiares potenciales 2014-2040.....	233
Gráfico 5.12 Evolución de la tasa de paro en España (2008TI-2014TIV).....	235
Gráfico 5.13 Evolución del número de afiliados en las ramas de actividad vinculadas a los SAAD. 2009-2012.....	237
Gráfico 5.14 Evolución de las afiliaciones en alta en la Seguridad Social en España (2001-2010).....	239
Gráfico 6.1 Evolución de la tasa de dependencia (mayores de 65 años) de España y Andalucía, 2014-2050. Diferencial (Andalucía-España).....	254
Gráfico 7.1 Población dependiente reconocida según su situación dentro del SAAD respecto al total de la población andaluza (2009-2014).....	271
Gráfico 7.2 Evolución mensual del proceso de implantación del SAAD (2009-2014).....	273
Gráfico 7.3 Situación de las personas dependientes atendiendo a la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia previstas en la Ley respecto al total de personas dependientes reconocidas.	276
Gráfico 7.4 Distribución de los beneficiarios por las dos grandes categorías de prestaciones reconocidas en el SAAD: monetarias y de servicios.....	277
Gráfico 7.5 Evolución del porcentaje de personas dependientes que reciben cuidados especializados en el entorno del hogar*. Andalucía- España. 2009-2014.....	281
Gráfico 7.6 Evolución de la distribución de la tipología de cuidados personales recibida por las personas en situación de dependencia en Andalucía. 2008-2014.....	283
Gráfico 7.7 Distribución de la capacidad económica de los mayores de 65 años en situación de dependencia por grupos de edad y sexo. Andalucía. 2014.....	286
Gráfico 7.8 Distribución de las personas mayores de 65 años en situación de dependencia por prestación económica o de servicios recibida. Andalucía 2014.....	288

Gráfico 7.9 Estructura de la tipología de cuidados personales en Andalucía 2014.....	292
Gráfico 7.10 Distribución provincial de las personas dependientes mayores de 65 años. Andalucía 2014.	294
Gráfico 7.11 Personas dependientes por edad y provincia. Andalucía 2014.....	295
Gráfico 7.12 Distribución de la población mayor de 65 años dependiente por provincia y grado de severidad. Andalucía 2014.	296
Gráfico 7.13 Distribución provincial de las prestaciones económicas y de servicios del SAAD. Andalucía 2014.....	298
Gráfico 7.14 Patrones provinciales de los cuidados personales. Andalucía 2014.....	301

Índice de mapas

Mapa 2.1 Conjunto de países europeos pertenecientes a la UE y participantes de SHARE w 1- 5.....	77
Mapa 5.1 Indicador de especialización en Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales 2009 y 2014.	246
Mapa 6.1 Superposición de las zonas de trabajo social y los límites municipales de Andalucía.....	261
Mapa 6.2 Modelo territorial de servicios sociales.	264
Mapa 6.3 Distribución de las zonas de trabajo social rurales y urbanas.	266
Mapa 8.1 Indicador de especialización en cuidados informales por zonas de trabajo social rurales y urbanas. Andalucía 2014.	311
Mapa 8.2 Indicador de especialización en cuidados informales por zonas de trabajo social rurales y urbanas. Andalucía 2014.	313
Mapa 8.3 Especialización en cuidados mixtos y peso de las personas mayores de 65 años sobre total de su población por zona de trabajo social.....	316

Índice de pirámides

Pirámide 6.1 Pirámide de población comparada Andalucía y España e identificación de la población potencialmente dependiente. 2014. Pirámide 6.2 Pirámide de población comparada de Andalucía y población en situación de dependencia en Andalucía. 2014.	252
Pirámide 6.3 Pirámide de población en situación de dependencia en Andalucía. Año 2014	257
Pirámide 7.1 Pirámide de la población mayor de 65 años comparado las personas en situación de dependencia y su población total.....	285
Pirámide 7.2 Pirámide de personas dependientes de 65 y más años por sexo y prestación principal reciba en Andalucía (31 de diciembre de 2014).	289
Pirámide 8.1 Pirámide de personas dependientes de 65 y más años por sexo y tipología de cuidado recibida en las zonas urbanas en Andalucía (31 de diciembre de 2014).	307
Pirámide 8.2 Pirámide de personas dependientes de 65 y más años por sexo y tipología de cuidado recibida en las zonas rurales en Andalucía (31 de diciembre de 2014).	307

Índice de tablas

Tabla 1.1 Resumen de las características de los regímenes de bienestar por Esping Andersen.	39
Tabla 1.2 Regímenes, principios organizativos y valores asociados.	42
Tabla 1.3 Principales características de los regímenes de bienestar en clave de atención a personas en situación de dependencia.	52
Tabla 1.4 Resumen de las principales características de los cuidados formales e informales.	59
Tabla 2.1 Descripción de los módulos CAPI en SHARE (oleada 1, oleada 2, oleada 4 y oleada 5)	76
Tabla 2.2 Clasificación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	78
Tabla 2.3 Proceso de construcción de la nueva variable lugar de residencia.	83
Tabla 2.4 Estructura de la población por tramos de edad y sexo. Año 2010.	85
Tabla 2.5 Estructura general europea de la red social del mayor dependiente que vive en su domicilio. Año 2010.	87
Tabla 2.6 Estructura de los cuidados informales y cuidados formales que recibe la persona dependiente en el entorno del hogar por grado de severidad de la situación de dependencia. Año 2013.	93
Tabla 2.7 Distribución por grado de dependencia de los principales proveedores de cuidado informal y su comparación con los cuidados mixtos. Año 2013.	95
Tabla 2.8 Codificación de la variable proximidad geográfica respecto a los miembros de la red social.	97
Tabla 2.9 Proceso de construcción de la variable proximidad geográfica máxima.	98
Tabla 3.1 Codificación de la variable proximidad geográfica respecto a los miembros de la red social.	108
Tabla 3.2 Proceso de construcción de la variable proximidad geográfica máxima.	109
Tabla 3.3 Codificación de la nueva variable 'proximidad geográfica media'.	109
Tabla 3.4 Resumen de las variables de trabajo.	112
Tabla 3.5 Análisis descriptivo de las variables de implicadas en la investigación.	114
Tabla 3.6 Modelo de regresión logística de las variables asociadas a la recepción de cuidados informales.	115
Tabla 3.7 Análisis descriptivo de las variables implicadas en la investigación.	120
Tabla 3.8 Modelos de regresión logística de las variables asociadas a la recepción de cuidados mixtos. España y Francia.	122
Tabla 3.9 Personas en situación de dependencia en los países del sur de Europa que reciben cuidados personales en su domicilio.	126
Tabla 3.10 Modelos de regresión logística de los factores asociados a la recepción de cuidado mixto.	129
Tabla 4.1 Comparación entre las clasificaciones de las prestaciones del SAAD al amparo del artículo 28.3 de la Ley de dependencia.	177
Tabla 4.2 Cuadro-Resumen del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal.	180
Tabla 4.3 Esquema de la intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal.	181
Tabla 4.4 Intensidad del servicio para aquellos valorados con un grado de dependencia moderada (Grado I).	182
Tabla 4.5 Intensidad de la atención de los servicios de ayuda a domicilio por grados de dependencia.	184
Tabla 4.6 Intensidad de la atención de los servicios de ayuda a domicilio por grados y niveles de dependencia.	184
Tabla 4.7 Evolución de las cuantías monetarias máximas distribuidas por año y grado de dependencia. Prestación vinculada al servicio.	191
Tabla 4.8 Resumen de los criterios para el acceso a la prestación de asistencia personal.	193
Tabla 4.9 Evolución de las cuantías máximas monetarias distribuidas por año y grado de dependencia. Prestación vinculada al servicio.	194
Tabla 4.10 Esquema Requisitos y condiciones de acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.	196

Tabla 4.11 Evolución de las cuantías máximas económicas y cotización a la Seguridad Social de la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.	199
Tabla 4.12 Legislación en materia de servicios sociales desde el año 2006.....	203
Tabla 5.1 Esperanza de vida, esperanza de vida en buena salud y esperanza de vida libre de discapacidad a distintas edades	216
Tabla 5.2 Representatividad de la población dependiente con condición de beneficiaria de prestaciones de SAAD respecto al total de la población por sexo y grandes grupos de edad. España 2014.	228
Tabla 5.3 Distribución del tamaño de la red social de las personas dependiente mayores de 65 años en España.....	231
Tabla 5.4 Evolución de las personas que han suscrito el Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia R.D. 615/2007. 2008-2010.	239
Tabla 5.5 Dinámica de la situación de personas dependientes atendiendo a la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia previstas en la Ley.....	242
Tabla 6.1 Esperanza de vida, esperanza de vida en buena salud y esperanza de vida libre de discapacidad a distintas edades en Andalucía	253
Tabla 7.1 Evolución del ratio de prestaciones por beneficiario. Andalucía - España (2009-2014).	279
Tabla 7.2 Evolución comparativa Andalucía y España de la distribución respecto al total de prestaciones del SAAD.	280
Tabla 7.3 Distribución de la población dependiente por grado de severidad y grupos quinquenales de edad.....	285
Tabla 7.4 Distribución de los grados de severidad de las situaciones de dependencia entre los mayores de 65 años por capacidad económica a través del IPREM. Andalucía. 2014.....	287
Tabla 7.5 Número y combinaciones de prestaciones económicas y/o de servicios recibidas los mayores de 65 años en situación de dependencia en Andalucía. 2014.....	291
Tabla 7.6 Distribución de los cuidados por tramos de edad y sexo respecto al total de dependientes. ...	293
Tabla 7.7 Distribución provincial de la población mayor de 65 años dependiente por grado de severidad y sexo. Andalucía 2014.	297
Tabla 8.1 Distribución de las prestaciones que reciben las personas mayores de 65 años en situación de dependencia por sexo y lugar de residencia. Andalucía 2014.....	306
Tabla 8.2 Ranking de las 20 zonas de trabajo especializadas en cuidados mixtos.....	315
Tabla 8.3 Yacimientos de empleo en Andalucía (2008TI-2010TIV); CNAE-2009.	318

ANEXOS

ANEXO 1 Zonas de Trabajo Social en Andalucía 2014

Zonas de trabajo Social	Identificador	Rural/ Urban o	Especialización			Servicio de Ayuda a Domicilio
			Cuidados Informales	Cuidados Mixtos	Cuidados Formales	
Alpujarra	1	0	0,97	1,1	0,85	1,14
Alto Andarax	2	0	0,68	1,03	1,82	1,06
Alto Almanzora	3	0	0,82	1,21	1,06	1,26
Bajo Andarax	4	0	1,04	1,13	0,62	1,13
Filabres - Alhamilla	5	0	1,16	0,96	0,64	0,98
Huércal Overa	6	0	1,15	0,69	1,25	0,73
Levante Norte	7	1	0,97	0,89	1,31	0,74
Levante Sur	8	0	0,98	1,41	0,17	1,52
Mármol	9	0	0,78	0,98	1,67	1,03
Río Nacimiento	10	0	0,54	1,44	1,35	1,46
Poniente	11	0	1,16	1,23	0,05	1,24
Saliente	12	0	1,2	1,04	0,34	1,11
Los Vélez	13	0	1,01	0,84	1,33	0,92
Níjar	14	0	1,08	0,84	1,12	0,85
Adra	15	1	1,08	1,03	0,7	1,08
El Ejido	16	1	1,06	1,01	0,8	0,99
Vícar	17	1	0,45	1,1	2,33	1,05
Roquetas de Mar	18	1	1,16	0,82	0,93	0,64
Almería	19	1	0,89	1,06	1,18	0,94
Cádiz	20	1	0,99	0,79	1,48	0,62
Jerez de la Frontera-Centro	21	1	1,38	0,55	0,9	0,51

Campo de Gibraltar - Castellar/Jimena	22	1	0,95	1,38	0,31	1,53
Campo de Gibraltar-Tarifa	23	0	0,94	0,76	1,67	0,84
Cornisa Noratlántica-Chipiona	24	0	1,22	1,09	0,17	0,8
Cornisa Noratlantica -Trebujena	25	1	1,39	0,88	0,16	0,98
La Janda-Medina-Vejer	26	0	1,04	0,83	1,26	0,85
Sierra -Olvera	27	0	0,93	0,86	1,51	0,88
Sierra-Ubrique	28	0	1,19	1,03	0,41	1,07
Sierra-Villamartín	29	0	1,06	1,28	0,24	1,41
San Fernando	30	0	1,08	0,57	1,71	0,4
Chiclana	31	1	0,93	0,78	1,67	0,77
Conil de la Frontera	32	1	1,05	0,89	1,11	0,44
Barbate	33	1	1,51	0,56	0,52	0,51
Algeciras	34	1	1,28	0,6	1,09	0,54
La Línea de la Concepción-Centro	35	1	1,23	0,85	0,69	0,83
San Roque	36	1	1,49	0,54	0,62	0,54
Los Barrios	37	1	1,04	0,43	2,13	0,38
El Puerto de Santa María	38	1	0,97	0,62	1,9	0,37
Puerto Real	39	1	1,21	0,69	1,07	0,61
Rota	40	1	1,24	0,95	0,43	0,62
Sanlúcar de Barrameda	41	1	1,48	0,67	0,36	0,7
Arcos de la Frontera	42	1	1,32	0,6	0,96	0,65
Córdoba	43	1	0,9	0,94	1,43	0,89
Aguilar de la Frontera	44	1	0,22	2,21	0,56	2,22
Doña Mencía	45	0	0,77	1,28	1,05	1,3
Fernán Núñez	46	0	0,86	1,56	0,19	1,64

Hinojosa del Duque	47	0	0,37	1,34	2,03	1,44
Montoro	48	0	0,77	1,37	0,84	1,51
Peñarroya-Pueblonuevo	49	0	0,48	1,13	2,17	1,18
La Carlota	50	0	0,87	1,3	0,71	1,3
Pozoblanco	51	0	0,35	1,11	2,6	1,11
Rute	52	0	0,65	1,45	1,02	1,5
Villaviciosa	53	0	0,65	1,06	1,85	1,18
Castro del Río	54	0	0,93	1,25	0,66	1,37
Puente Genil	55	0	0,83	1,12	1,22	0,99
Montilla	56	1	1,13	1,11	0,38	0,99
Palma del Río	57	1	0,85	1,09	1,22	1,16
Priego de Córdoba	58	1	0,91	0,8	1,69	0,68
Baena	59	1	0,84	0,64	2,22	0,7
Lucena	60	1	1,05	0,97	0,93	1
Cabra	61	1	0,72	1,07	1,64	1,16
Granada	62	1	0,79	1,39	0,75	1,25
Alfacar	63	1	0,8	1,59	0,28	1,3
Alhama-Huétor Tájar-Montefrío	64	0	0,74	1,44	0,75	1,54
Alpujarra	65	0	0,73	1,55	0,56	1,71
Costa	66	0	1,07	1,1	0,6	1,17
Montes Orientales	67	0	0,75	1,13	1,42	1,17
Valle de Lecrín	68	0	0,93	1,05	1,1	0,94
Norte	69	0	0,75	1,41	0,83	1,51
Pedro Martínez-La Calahorra-Río Fardes	70	0	0,93	1,27	0,63	1,38
Pinos Puente-Moclín	71	0	1,16	1,16	0,2	1,12

Santa Fe	72	0	0,74	0,85	2,05	0,84
Sierra Nevada	73	0	0,64	1,17	1,64	0,92
Vegas Altas	74	0	0,74	1,23	1,25	1,2
Las Gabias-Vega-Temple	75	0	0,71	1,05	1,69	1,07
Armillá	76	0	0,49	1,2	1,98	1,18
Loja	77	1	1,05	0,95	0,97	0,86
Guadix	78	1	0,8	1,28	0,97	1,28
Motril	79	1	1,26	0,59	1,17	0,56
Almuñécar	80	1	1,18	1,08	0,31	1,19
Baza	81	1	0,65	1,88	0,07	1,96
Huelva	82	1	0,98	1,17	0,69	1,2
Andújar	83	1	1,43	0,52	0,82	0,54
Cinturón agroindustrial	84	1	0,77	1,33	0,95	1,4
Condado Norte	85	0	0,72	1,25	1,24	1,35
Condado Sur	86	0	1,09	1,15	0,42	1,24
Costa	87	0	0,83	1,22	1,01	1,34
Cuenca Minera	88	0	0,78	1,27	1,03	1,34
Sierra Este	89	0	1,26	0,8	0,71	0,87
Sierra Oeste	90	0	1,29	0,93	0,35	1,03
Ribera del Tinto	91	0	1,03	1,11	0,69	1,22
Isla Cristina	92	1	0,83	1,41	0,58	1,52
Lepe	93	1	1,35	0,82	0,41	0,85
Almonte	94	0	0,91	0,93	1,41	1,03
Moguer	95	1	1,15	1,08	0,42	1,18
Jaen Poligono del Valle	96	1	0,99	0,76	1,56	0,69

Alcaudete	97	0	0,47	1,79	0,79	1,96
Arjona	98	0	1,18	0,74	1,05	0,77
Baeza	99	0	1,02	1,26	0,4	1,34
Bailén	100	0	1,45	0,75	0,27	0,76
Huelma	101	0	1	1,07	0,84	1,16
Jódar	102	0	1,02	1,11	0,72	1,22
La Carolina	103	0	1,21	0,47	1,55	0,44
Mancha Real	104	0	1,28	0,85	0,53	0,9
Mengíbar	105	0	1,22	0,92	0,57	1,02
Peal de Becerro	106	0	0,63	0,99	2,06	1
La Puerta de Segura	107	0	0,89	1,18	0,91	1,2
Torredelcampo	108	0	1,02	1,13	0,67	1,13
Santisteban del Puerto	109	0	0,81	1,15	1,22	1,17
Villacarrillo	110	0	1,21	0,95	0,5	1,02
Úbeda Este	111	1	0,86	0,7	2,06	0,7
Martos	112	1	0,94	1,17	0,79	1,18
Alcalá la Real	113	1	0,6	1,55	0,92	1,5
Linares	114	1	1,13	0,74	1,19	0,8
Andévalo	115	0	0,84	1,15	1,11	1,27
Málaga	116	1	1,15	0,73	1,17	0,72
Norte - Los Montes	117	0	1,09	0,94	0,88	1,01
Axarquía - Costa Oriental	118	0	1,27	1,03	0,18	1,15
Norte-Guadalteba	119	0	1,23	0,93	0,49	0,99
Costa del Sol Occidental - Sierra de las Nieves	120	0	1,25	0,83	0,67	0,91
Guadalhorce-Sierra de las Nieves	121	0	1,28	0,72	0,83	0,77

Serranía	122	0	0,97	1,07	0,93	1,18
Coín	123	1	1,19	0,79	0,91	0,54
Alhaurín el Grande	124	1	1,64	0,56	0,16	0,57
Alhaurín de la Torre	125	1	0,94	0,46	2,35	0,47
Antequera	126	1	1,27	0,88	0,5	0,96
Ronda	127	1	1,31	0,74	0,69	0,55
Marbella	128	1	1,29	0,63	1	0,61
Torremolinos	129	1	1,45	0,25	1,37	0,2
Benalmádena	130	1	0,89	0,61	2,15	0,63
Fuengirola	131	1	1,29	0,73	0,76	0,65
Mijas	132	1	1,08	0,89	1,01	0,76
Estepona	133	1	1,09	0,39	2,06	0,29
Vélez Málaga	134	1	1,34	0,62	0,86	0,66
Rincón de la Victoria	135	1	0,86	0,87	1,67	0,74
Nerja	136	1	1,53	0,59	0,38	0,64
Sevilla	137	1	0,68	1,38	1,08	1,33
Brenes	138	0	1,4	0,76	0,41	0,83
Cantillana	139	0	0,84	1,09	1,25	1,16
Castilleja de la Cuesta	140	1	1,03	1,04	0,84	1,01
Cazalla de la Sierra	141	0	0,97	1,2	0,65	1,32
Constantina	142	0	0,89	1,26	0,76	1,39
Cornisa del Aljarafe	143	0	0,96	0,81	1,52	0,68
El Viso del Alcor	144	1	1,48	0,69	0,32	0,66
Arahal	145	0	1,36	0,86	0,3	0,95
Estepa	146	0	0,95	1,2	0,69	1,25

Fuentes de Andalucía	147	0	1,44	0,64	0,55	0,71
Gelves	148	0	0,65	1,24	1,48	1,18
Guillena	149	0	1,1	0,8	1,16	0,83
La Algaba	150	1	1,69	0,35	0,48	0,34
Las Cabezas de San Juan	151	0	1,23	0,99	0,36	1,1
Lora del Río	152	0	1,24	0,93	0,46	1,03
Marchena	153	0	1,26	0,7	0,93	0,76
Montellano	154	0	1,01	1,15	0,64	1,27
Olivares	155	0	1,36	0,68	0,69	0,65
Osuna	156	0	1,16	0,86	0,86	0,86
Peñaflor	157	0	1,28	0,86	0,52	0,96
Pilas	158	0	1,14	1,07	0,45	1,14
La Puebla del Río	159	0	1,08	1,31	0,09	1,38
El Ronquillo	160	0	1,23	0,84	0,68	0,84
Sanlúcar la Mayor	161	0	1,26	0,47	1,42	0,44
Los Corrales	162	0	1,3	1,05	0,07	1,12
Mairena del Alcor	163	1	1,14	0,97	0,67	0,87
Pruna	164	0	1,47	0,48	0,79	0,54
Coria del Río	165	1	0,89	1,44	0,35	1,43
La Rinconada	166	1	1,01	0,95	1,09	1
Écija	167	1	0,67	1,52	0,81	1,67
Carmona	168	1	0,97	0,69	1,75	0,66
Alcalá de Guadaíra	169	1	0,94	0,95	1,27	0,89
Morón de la Frontera	170	1	1,23	0,65	1,11	0,63
Dos Hermanas	171	1	0,84	0,98	1,49	0,9

Utrera	172	1	1,15	0,75	1,12	0,79
Los Palacios y Villafranca	173	1	1,31	0,9	0,33	0,98
Lebrija	174	1	1,2	0,88	0,69	0,97
Camas	175	1	0,67	1,29	1,29	1,08
San Juan de Aznalfarache	176	1	1,08	0,98	0,82	0,96
Mairena del Aljarafe	177	1	0,66	1,17	1,59	1,12
Tomares	178	1	0,91	1,38	0,43	1,22
Maracena	179	1	0,76	1,4	0,79	1,28
Ayamonte	180	1	0,73	1,2	1,33	1,3
Cártama	181	1	1,26	0,86	0,58	0,77

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMO

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AGE: Administración General del Estado

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Art.: artículo

AVBD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AVD: Actividades de la Vida Diaria

BDUDA, 2014: Base de Datos de Usuarios Dependientes Andaluces para el año 2014

BOE: Boletín oficial del Estado

CC.AA: Comunidades Autónomas

CE: Constitución Española

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CF: Cuidados Formales

CI: Cuidados Informales

CM: Cuidados Mixtos

CNAE-2009: Clasificación Nacional de Actividades Económicas

DERA: Datos Espaciales de Referencia de Andalucía para Escalas Intermedia

EDAD,2008: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia.

IECA: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE: Instituto Nacional de Estadística

IPREM: Indicador de Público de Renta de Efectos Múltiples.

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

LIONDAU: Ley 51/2003, de 2 de diciembre de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad

MAC: Método de coordinación abierta.

OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PECEF: Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

PEVS. Prestación económica vinculada al servicio

PIA: Programa Individualizado de Atención.

PNAIN: Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España

RD: Real Decreto

RDL: Real Decreto Ley.

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio

SAR: Servicio de Atención Residencial

SARD: Centro de atención a personas en situación de dependencia.

SARM: Residencia de personas mayores en situación de dependencia

SAT : Servicio de teleasistencia

SEGG: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

SIPOSO: Seminario de Intervención y Políticas Sociales

SISAAD: Servicio de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

TGSS: Tesorería General de la Seguridad Social

UE: Unión Europea

UED: Servicio de Centro de Día o de Noche, y plazas de respiro familiar.

ZTS: Zona de Trabajo Social