



Escuela de Doctorado de Humanidades, Sociales y Jurídicas

Tesis Doctoral

*La influencia de las condiciones de vida en el desarrollo de los
cuidados profesionales destinados a personas mayores en
España*

Fernando Jimeno Jiménez

Ceuta, 2016

Modelos de Enseñanza-Aprendizaje y Desarrollo de las Instituciones Educativas

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Fernando María Jimeno Jimenez
ISBN: 978-84-9163-173-6
URI: <http://hdl.handle.net/10481/45886>



Escuela de Doctorado de Humanidades, Sociales y Jurídicas

Tesis Doctoral

*La influencia de las condiciones de vida en el desarrollo de los cuidados
profesionales destinados a personas mayores en España*

Presentada por Fernando Jimeno Jiménez

Director: Doctor D. José María Labeaga Azcona

Codirector: Doctor D. José Aureliano Martín Segura

**Programa Oficial de Doctorado en Modelos de Enseñanza-Aprendizaje y
Desarrollo de las Instituciones Educativas**

D. JOSÉ MARÍA LABEAGA AZCONA, Catedrático de Universidad, Departamento de Análisis Económico de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), en su condición de Director de Tesis.

D. JOSÉ AURELIANO MARTÍN SEGURA, Profesor Contratado Doctor, Departamento de Organización de Empresas de la Universidad de Granada, en su condición de Codirector de Tesis.

AUTORIZAN la presentación de esta Tesis Doctoral denominada “La influencia de las condiciones de vida en el desarrollo de los cuidados profesionales destinados a las personas mayores en España”, presentada por D. FERNANDO MARÍA JIMENO JIMÉNEZ, quien opta al título de Doctor.

Para que conste

Ceuta, noviembre de 2016

*A mi familia, con recuerdo emocionado de mi padre
y mi hermana Auxi.*

AGRADECIMIENTOS

Deseo transmitir mi agradecimiento y reconocimiento al Profesor Doctor D. José María Labeaga Azcona por su dirección, así como al Profesor Doctor D. José Aureliano Martín Segura por su codirección, ante los conocimientos impartidos, resolución de problemas, dedicación y apoyo manifestado en todo momento, destacando la relación personal y de confianza mantenida en el proceso de elaboración de esta investigación.

De igual modo, a la Dirección Territorial del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en la ciudad de Ceuta por la colaboración e información facilitada.

ÍNDICE	Página
I. RESUMEN Y CONCLUSIONES.	8
I.1 Resumen.	8
I.2 Conclusiones.	13
II. RELACIONES ENTRE ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN.	18
II.1 Introducción.	18
II.2 Envejecimiento y situación de dependencia en sociedades modernas. Repaso histórico y situación actual.	21
II.3 Cuidados de larga duración profesionales / familiares: modelos.	36
II.4 Consideraciones sobre los servicios profesionales para mayores en España.	52
II.5 Los servicios profesionales.	72
II.6 Perspectivas teóricas y prácticas sobre cuidados de larga duración.	106
II.6.1 Cuidados formales / informales.	106
II. 6.2 Los modelos europeos de cuidados.	113
II.6.3 Condiciones de vida y cuidados.	120
III. UN MODELO PARA EXPLICAR LAS CONDICIONES DE VIDA Y LA EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN ESPAÑA	142
III.1. Introducción.	142
III.2 Datos y variables.	143
III. 3 Especificación econométrica de un modelo para datos de panel.	148
III.4 Resultados.	149
III.4.1 Los servicios profesionales frente a los cuidados informales: el indicador de cobertura total profesional.	149
III.4.2 Programas domiciliarios frente a los residenciales.	161
III.4.2.1 Los programas domiciliarios.	163
III.4.2.2 Los programas residenciales.	167
III.4.2.3 Diferencias entre programas domiciliarios y residenciales.	168
III.4.2.4 El servicio de teleasistencia.	170
III.5 Resumen de resultados del capítulo y reflexiones finales.	172
IV. ASIGNACIÓN DE PROGRAMAS A BENEFICIARIOS EN	

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN CEUTA A TRAVÉS DE UN MODELO DE ELECCIÓN DISCRETA	176
IV.1 Introducción	176
IV.2 El desarrollo de la ley de dependencia en Ceuta	177
IV.3 Un modelo de decisión para los individuos en situación de dependencia	180
IV.3. 1 Los datos	181
IV.3.2 Análisis empírico	181
IV.3.2.1 Cuidados profesionales frente a prestaciones económicas para cuidados en el entorno	181
IV.3.2.2 Servicios profesionales asignados	191
IV.4 Implicaciones y recapitulación	193
V. BIBLIOGRAFÍA.	195
VI. FUENTES ESTADÍSTICAS Y PÁGINAS WEBS.	220
VII. ACRÓNIMOS.	222
VIII. TABLAS.	223
IX. GRÁFICOS.	247
X. MAPAS.	256

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1.1 RESUMEN

La situación actual y la proyección futura consideran a España un país envejecido, con una población mayor de 64 años que no detiene su incremento (17,36% en 2012) y con rasgos distintivos centrados en una elevada esperanza de vida y un indicador de sobre-envejecimiento (80 y más o envejecimiento del envejecimiento) que supera el 5%. Este éxito de longevidad tiene lugar a cambio de limitaciones y disfuncionalidades, ya que con la edad existe mayor probabilidad de padecer situaciones de discapacidad, forjando una relación directa entre vejez y aparición de déficits físicos, intelectuales y sensoriales.

El concepto de dependencia se vincula con estas limitaciones (discapacidad), visibles mediante la pérdida de autonomía personal, que afectan a la adecuada realización de tareas básicas de la vida diaria y necesitan en su realización el apoyo de terceras personas o cuidadores. En España, tras la aprobación del sistema de dependencia en 2006, tres de cada cuatro personas dependientes son mayores de 64 años y, más de la mitad, mayores de 79 años, con un perfil predominante femenino (66% respecto del total de los dependientes). Sobre este colectivo, mayores con discapacidad y, en su caso, en situación de dependencia, recae la atención de cuidados personales, bien familiares o informales, bien formales o profesionales.

En consonancia con lo anterior, cabe preguntar quién debe cuidar a los mayores, formulándose dos soluciones dirigidas, una a la familia, otra a la atención externa o profesional, con posiciones intermedias entre ambos postulados. En esta doble dimensión en materia de cuidados de larga duración está teniendo influencia la transformación del modelo familiar, afectado por la reducción en el número de miembros que componen la unidad familiar, potenciales cuidadores, así como por la incorporación de la mujer al trabajo o el incremento de familias monoparentales.

En el ámbito comparado internacional se diferencian distintos sistemas de cuidados, bajo el prisma de la prevalencia de una modalidad u otra de atención. El universal, vinculado a los países nórdicos, se basa en un derecho de ciudadanía, caracterizándose por una elevada presencia de prestación profesional y alto gasto público. El asistencial o mediterráneo, en el sur de Europa, es antagónico al universal dado que prima la atención familiar, con escasa presencia profesional y mínima repercusión en el PIB. El modelo de Seguridad Social, propio de Europa central,

permite la libertad de elección y mantiene la peculiaridad de financiarse con cargo a cotizaciones sociales. Finalmente, el liberal, con origen en el mundo anglosajón, donde el sector privado es el principal proveedor de servicios. Algunos autores incluyen el post socialista tras el abandono del sistema público implantado por parte de las antiguas repúblicas del área de influencia de la URSS y su incorporación a otro basado en el mercado. El modelo inicial español antes del sistema de dependencia coincide con el mediterráneo o asistencial, con alta presencia de cuidadores familiares, en su mayoría mujeres y escasa participación en el PIB. El objetivo es el acercamiento a los países del norte de Europa, basados en avanzados niveles de programas domiciliarios (ayuda a domicilio y centro de día) y en elevados estándares de calidad residencial.

En el terreno conceptual, los servicios profesionales son prestados por personas ajenas al entorno familiar, bajo el paraguas de los servicios sociales públicos o relación jurídica contractual privada. Se incluyen en su ámbito de actuación el ingreso en centro residencial, en el diurno / nocturno, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia y los programas de promoción y prevención de la situación de dependencia (la figura del asistente personal podría incluirse en este apartado).

Se definen en función de la mayor o menor intensidad en la prestación del servicio, donde el centro residencial facilita atención integral y el servicio de ayuda a domicilio (SAD) parcial. El centro de día se encuentra a medio camino de ambos y la teleasistencia (TAD) es un programa complementario de los dos últimos. Centro asistencial y domicilio se convierten en la piedra angular donde se desarrollan las actuaciones, donde el primero se asigna ante circunstancias de necesidad que impiden la estancia en la vivienda habitual y el segundo, opción prioritaria, por ser el lugar preferido para envejecer.

Como quiera que el principal objetivo de este estudio es analizar el efecto de determinadas variables representativas de las condiciones de vida en el desarrollo de los servicios profesionales, se ha elaborado un indicador representativo donde tienen cabida los indicadores parciales de los tres servicios considerados básicos (residencia, centro día y SAD), no tomando en consideración la teleasistencia debido a su carácter compatible y complementario de los dos últimos, ni tampoco los novedosos programas de promoción de la autonomía o prevención de la dependencia, ante el escaso desarrollo que tienen hasta la fecha y la posible inclusión dentro del contenido de los anteriores. Este indicador de cobertura total se obtiene mediante la suma representativa de la

totalidad de beneficiarios de los tres servicios, dividida por el número de personas con 65 años y más.

Desde 1999 el indicador de cobertura total ha incrementado su porcentaje, principalmente ante el desarrollo del servicio de ayuda a domicilio, desde 4,73% (1999) a 10,09% (2010), aunque a partir de 2008 ralentiza su crecimiento. Es indudable que el recurso profesional se ha demandado con mayor intensidad ante la gravedad de las limitaciones que genera el “envejecimiento del envejecimiento”.

El tradicional acceso al centro residencial ha tenido un crecimiento limitado, aunque constante, en el periodo estudiado. La ayuda a domicilio destinada a mayores es la alternativa fundamental, tendente a evitar el internamiento, consolidándose no sólo como mecanismo de cuidados ampliamente aceptado, sino por implicar un elevado componente de creación de empleo. Los programas de estancias diurnas/nocturnas, recurso intermedio, se sitúan en fase de expansión, sin alcanzar los resultados obtenidos por los restantes servicios. Finalmente, la teleasistencia ha puesto a disposición de los ciudadanos la tecnología como medio de superación de la situación de aislamiento del mayor y su cuidador, en su caso, contribuyendo a superar las dificultades que puedan surgir en situación de soledad.

Resulta incuestionable la capacidad de los servicios profesionales como instrumentos de creación de empleo y, más aún, el hecho de formar parte de los yacimientos que más han potenciado la incorporación de la mujer al mercado laboral, con una presencia que casi se duplica respecto de la media general, alcanzando una feminización profesional en los servicios sociales (85% / 87%) mayor que la derivada de cuidados informales (83%).

Sentados los antecedentes sobre el desarrollo de los servicios profesionales y su importancia en los cuidados de larga duración destinados a personas mayores, es el momento de definir las cuestiones sobre las que se centra esta Tesis Doctoral. El principal objetivo es conocer si influyen las condiciones de vida que rodean a los beneficiarios en el desarrollo de los servicios sociales, tanto a nivel general por medio del indicador de cobertura total como, en particular respecto de cada uno de los programas. Se pretende comprobar si las circunstancias de naturaleza social, demográficas o económicas en las que se encuentra inmersa la persona mayor inciden en la asignación o elección de cada tipología de servicio.

¿Por qué el interés en profundizar en la situación de los beneficiarios? Se pretende determinar la existencia de variables con relación significativa en la evolución del

modelo asistencial español, de manera que se pueda aportar a los gestores públicos y privados información relevante en la toma de decisiones, no sólo por afectar a la calidad de vida de las personas mayores promovida en el texto constitucional, sino por las consecuencias inversoras y laborales conexas.

Vinculado con el planteamiento anterior, surgen otros interrogantes susceptibles de análisis. La evolución de los servicios sociales a principios del siglo XXI se ha visto afectada por importantes novedades legislativas, reglamentarias y planificadoras, en su mayoría consensuadas, pretendiendo determinar si han tenido incidencia en el devenir asistencial. De manera concreta, resultaría de interés constatar si la ley de dependencia (LAPAD), aprobada a finales de 2006, ha conseguido la relevancia pretendida por el legislador, especialmente en la preferencia profesional frente a las prestaciones económicas para cuidados familiares, si el sistema protector preexistente se ha visto mejorado y qué tendencias posteriores se han manifestado. De igual forma, si en este proceso evolutivo la realidad española tiene encaje en algún modelo europeo o, se ubica en una posición de tránsito. No menos importante es verificar en el marco autonómico si la situación regional mantiene comportamientos homogéneos en la atención profesional o, si por el contrario, existen diferencias notables en su prestación, todo ello, desde la perspectiva comparativa de las tasas de envejecimiento territorial.

Finalmente, la disminución potencial en el número de cuidadores familiares, los efectos de la participación económica en el coste del servicio (copago) o la generalización inicial de las prestaciones económicas que promueve el sistema de dependencia, son circunstancias que pueden condicionar la toma de decisión, no sólo de elección profesional, sino de preferencia entre servicios. Forman parte del entramado de preguntas conexas que podrían plantearse, con respuestas interesantes para el itinerario que pueden seguir los servicios sociales futuros, ya sea dentro del sistema de dependencia, bien al margen del mismo.

Por tanto, la propuesta investigadora radica en ofrecer respuesta a una cuestión principal, la posible influencia de las condiciones o circunstancias vitales en el desarrollo profesional en materia de cuidados a personas mayores. Vinculadas con la anterior, conocer si en el plano temporal se ha producido cambio estructural, el modelo donde se incardina nuestra experiencia, la distribución territorial de los recursos o las consecuencias de elementos con trascendencia, entre los que se encuentran la disminución en el número de cuidadores, el copago o el reconocimiento de prestaciones monetarias.

A nivel internacional y local se han publicado investigaciones cuyo contenido está enfocado a constatar las variables que inciden en programas asistenciales prestados a personas mayores y el sentido de la influencia. La nota común es la utilización de bases “ad hoc” como modelo empírico, bien encuestas efectuadas de manera expresa, bien por medio de estadísticas oficiales, caracterizadas por exponer la situación en un momento determinado. La aportación que puede efectuar esta investigación radica en el examen dinámico en el tiempo, analizando el periodo de expansión de los servicios sociales en España, el desarrollo del Estado del Bienestar, utilizando para ello estadísticas oficiales a partir del año 1999, punto de partida de análisis. Para ello, se estudia el periodo 1999 hasta 2010, dadas las limitaciones en las variables que se utilizan, etapa caracterizada por importantes acontecimientos normativos y planificadores, así como por la incidencia de la crisis económica.

Para dar respuesta al planteamiento principal se utiliza un modelo econométrico de datos de panel, modelo de regresión que combina la información anual, con la transversalidad de datos por autonomías, relacionando variables bajo una escala de medición cuantitativa. Permitirá conocer las variables con significación, a la par que determinará si se ha producido cambio estructural en el tiempo.

Los datos del modelo están referidos a la anualidad temporal desde 1999 a 2010, con la transversalidad de datos de 17 Comunidades y 2 Ciudades Autónomas, comparando la variable dependiente (indicador de servicios profesionales) con variables independientes vinculadas con las condiciones de vida.

Las variables independientes (demográficas, sociales y económicas), unas son específicas de la población mayor (esperanza de vida al cumplir 65 años, el envejecimiento del envejecimiento, la soledad de los mayores), otras se relacionan con la situación económica (PIB per cápita) y, finalmente, las de naturaleza transversal (ausencia de nivel educativo, la ruralidad, la situación de extranjería y la composición del hogar).

Las variables objeto de estudio, son representativas de la atención profesional, distinguiendo cuatro escenarios posibles, correspondientes a cuatro modelos econométricos. Se ha creado un indicador de cuidados profesionales (1) donde se representan conjuntamente los servicios prestados de tipo residencial, centros diurnos / nocturnos y de ayuda a domicilio, otro representativo de la atención domiciliaria (2) frente a la atención residencial (3) y, por último, dado su éxito, se somete a estudio el servicio de teleasistencia domiciliaria (4) de manera específica.

En el análisis contradictorio servicio profesional frente a prestación económica de cuidados familiares, se analiza la experiencia concreta de la LAPAD en el ámbito territorial de Ceuta. Para ello se utiliza un modelo de elección discreta (regresión logística binaria) que va a permitir conocer si las circunstancias de vida influyen en la asignación del programa individual de atención, así como la probabilidad existente de obtener un recurso u otro.

I.2 CONCLUSIONES

El sistema español de cuidados de larga duración se encuadra en un modelo de complementariedad profesional, donde la posición mayoritaria en materia de cuidados continúa asumida por la familia, aunque la progresión de la atención formal es un hecho constatado a principios de siglo XXI ante la puesta en marcha del sistema de dependencia. El modelo de cuidados domiciliario complementa la atención familiar, adquiriendo únicamente la naturaleza sustitutiva el acceso al centro residencial.

Antes de la aprobación del sistema de dependencia (LAPAD), el modelo español quedaba enmarcado en el modelo asistencial o mediterráneo, donde la familia era la única protagonista en la atención personal, con unas tasas de provisión pública y mercado muy bajas. El nacimiento de un derecho de ciudadanía y el establecimiento de una regla general que promueve servicios profesionales avalan un cambio hacia la modernidad, en un intento de incorporar nuestro país al entorno europeo. El objetivo propuesto a finales de 2006 con la LAPAD era el cambio desde un sistema asistencial a otro de naturaleza universal. No obstante, el desiderátum se encuentra en fase evolutiva ya que la tendencia indica que la práctica se está acomodando lentamente al planteamiento teórico, restando un largo camino al no ser posible en tan breve tiempo modificar pautas de comportamiento, al margen de las dificultades de naturaleza presupuestaria a partir del 2007.

Se aprecia que tras la aprobación de la LAPAD se genera un doble sistema protector profesional de cuidados en España. Por un lado, el creado por esta norma (sistema LAPAD) y, por otro, el desarrollado al margen del sistema de dependencia, preexistente a la misma y que se mantiene vigente, dado el elevado número de personas mayores que se benefician (no dependientes, así como los excluidos transitoriamente con motivo de la moratoria de la LAPAD), y el peligro que supone el desistimiento de los beneficiarios del sistema de dependencia en una huida hacia el modelo externo por resultar menos oneroso.

Tras la aplicación del modelo empírico, los coeficientes con un resultado estadísticamente significativo y positivo fueron los referidos a las variables producto interior bruto (PIB), ausencia de estudios, ruralidad, junto a la aproximación de la soledad y, en sentido negativo, la presencia de personas extranjeras en España, todos en relación con el indicador de cobertura total, representativo de la atención profesional.

Como explicación de los resultados, un incremento del PIB genera mayor probabilidad de servicios profesionales ante la importante presencia de gasto público. En idéntico sentido la variable soledad, con origen principalmente en la viudedad o soltería, debido a que la carencia de familiares directos convivientes incrementa la probabilidad de acceso a la atención externa. Las personas mayores tienen el porcentaje más elevado de analfabetismo y ausencia de estudios entre grupos de edad, lo que motiva en paralelo una relación entre envejecimiento y asignación de servicios sociales. En el entorno rural se ha producido un incremento sustancial de programas asistenciales, siendo muestra el hecho de alcanzar el mayor indicador de profesionalidad aquellas Comunidades Autónomas (CC. AA.) con población rural más elevada, en tanto que elemento superador de la dispersión geográfica, del éxodo de los jóvenes a las grandes urbes y del aislamiento en núcleos de población de tamaño reducido. La presencia de personas inmigrantes en España es alternativa a los cuidados profesionales, toda vez que si hay personas extranjeras dispuestas a prestar cuidados domiciliarios, en numerosas ocasiones en un marco de economía sumergida, se fomentará una atención interna cuasi familiar que irá en detrimento de los servicios sociales. Esta sería la razón de su signo negativo.

Los programas domiciliarios han triunfado en los últimos años fieles al deseo de las personas mayores de envejecer en sus viviendas. Tanto el servicio de ayuda a domicilio, como las estancias diurnas / nocturnas, han contribuido a este objetivo. Tras la aplicación del modelo econométrico, se vinculan significativamente con los programas domiciliarios las mismas variables identificadas para el indicador de cobertura total anterior, añadiéndose cumplir 80 y más años (negativamente).

El ingreso en centro residencial se vincula positivamente con la evolución del PIB, la situación de soledad de las personas mayores, la permanencia en el ámbito rural, formar parte de la población con edad avanzada (80 y más), junto a la mayor esperanza de vida. La principal diferencia entre programas domiciliarios y la institucionalización residencial radica en que a partir de los 80 años aparecen con mayor probabilidad limitaciones (físicas e intelectuales) de gravedad que requieren una intensidad de

cuidados y una especialización en la dedicación. La dificultad de asumir la atención en el domicilio se incrementa, momento en el que recurrir al centro residencial se considera la alternativa adecuada.

La situación de soledad de la persona mayor, la esperanza de vida, vivencia en el entorno rural y el tamaño personal del domicilio se relacionan con significación (positiva) con el desarrollo del servicio de teleasistencia. De manera negativa se vincula con la edad superior a 80 años, al necesitarse con mayor intensidad la presencia directa y en menor las medidas indirectas como el control a distancia.

Al haberse estimado un modelo de efectos fijos en la variable temporal, podemos observar por sus coeficientes un posible cambio estructural en la serie, otorgando importancia al año 2005 en el desarrollo profesional de cuidados, anualidad en la que se produce el cambio más relevante, la génesis de la ley de dependencia (en diciembre de 2004 se aprueba el Libro Blanco) y su posterior aprobación como norma (ley 39/06). Dado que la serie finaliza en el año 2010, no se aprecia la incidencia de la crisis económica del final de la década, salvo una cierta desaceleración en el indicador de cobertura profesional total en ese año. De igual modo, se detecta cambio en el año 2001, posiblemente ante los efectos de las medidas planificadoras iniciadas a finales de la última década del XX (Plan Gerontológico, Plan de Prestaciones Básicas con las Corporaciones Locales) y las demandas del movimiento asociativo e institucional (Defensor del Pueblo, Recomendación Consejo de Europa). Debe indicarse que el servicio de teleasistencia ha mantenido un crecimiento inusitado frente a los restantes recursos asistenciales por ser económico para las entidades públicas y los beneficiarios asumir un mínimo o nulo copago.

Diversidad y heterogeneidad autonómicas son características del sistema español de cuidados. No sólo hay diferencias abismales en cuanto al envejecimiento demográfico, con CC. AA. que superan el 20% (Castilla y León, Galicia, Asturias o Aragón), frente a otras con proporciones inferiores al 15% (Melilla, Ceuta, Baleares, Canarias o Murcia), sino que manifiestan una disparidad tanto en el indicador de cobertura total, como en la distribución interna de servicios, ya que predominan unos frente a otros, en clara ruptura de una posición de homogeneidad.

Las autonomías con menor tasa de envejecimiento tienen poco desarrollado el indicador de cobertura de servicios profesionales, con la excepción de Madrid. Las que obtienen mayor proporción de envejecimiento, lo presentan elevado, salvo excepciones (Galicia y, en menor medida, País Vasco). De igual forma, se constata que las

Comunidades y Ciudades Autónomas con mayor porcentaje de potenciales cuidadores, (Ceuta, Melilla, Canarias, Baleares, Andalucía Murcia y Valencia), mantienen un desarrollo profesional muy bajo, a excepción de Madrid. Esta relación inversa no siempre se produce en sentido contrario, aunque queda demostrado que Castilla y León así como Castilla la Mancha presentan mínimo valor resultante de posibles familiares cuidadores y elevado de cobertura profesional de servicios. En este mismo sentido, con alguna excepción, se produce una relación inversa entre autonomías con alta proporción de cuidadores y desarrollo del nivel residencial.

Son circunstancias potencialmente limitadoras de la expansión profesional, tanto el desarrollo generalizado que han tenido las prestaciones económicas para cuidadores familiares de la LAPAD, como las mayores restricciones en la capacidad económica que puedan padecer los usuarios en concepto de participación en el coste del servicio. Hasta la aprobación del acuerdo de 10 de julio de 2012 en desarrollo de la LAPAD, se produce una relación directa que vincula la mayor intensidad protectora (de mayor a menor, centro residencial, de día y SAD), con el precio de adquisición y la aportación en concepto de copago. Esta situación puede quedar alterada, ya que tras las simulaciones efectuadas, una intensidad horaria elevada del servicio de ayuda a domicilio puede generar mayor aportación económica que el centro diurno. Las rentas medias seguirán padeciendo las mayores detracciones porcentuales, siendo muestra cómo alcanza la escala la progresividad máxima, en función del tipo de servicio, en el tercer o cuarto IPREM. Por otro lado, las personas con capacidad inferior al primer IPREM sólo quedan exentas en el centro de día y teleasistencia. De todas las fórmulas, la más indicada es la utilizada para los centros diurnos / nocturnos, progresiva hasta el cuarto IPREM, declara exento el primero y mantiene porcentajes de participación similares a los existentes antes de 2012.

Se hace precisa la búsqueda de fórmulas potenciadoras del sistema profesional, tales como el incremento de horas de ayuda a domicilio para los GRADOS II y III o un nuevo impulso al sistema de compatibilidad, no sólo entre servicios, sino entre servicios y prestaciones económicas del sistema de dependencia, estableciendo límites con la finalidad de no generar sobreprotección (modulando la aplicación de horas de atención e importes económicos a percibir). De igual forma, con la finalidad de conseguir eficiencia en la utilización de recursos, dotar centros diurnos / nocturnos en los establecimientos residenciales, así como en los de ocio y tiempo libre.

Ante el éxito que han tenido las prestaciones económicas para cuidados del entorno familiar y, demostrado el carácter limitador del desarrollo profesional que manifiestan, debieran impulsarse los denominados programas de promoción y prevención de las situaciones de dependencia, como recurso público directo o utilizando los programas que facilita el mercado por medio de la prestación económica vinculada al servicio. En este sentido, en fechas recientes (acuerdo de 3/8/2010 para los GRADO I y con fecha 16/07/2014 para los GRADOS II y III) el Consejo Territorial del sistema de dependencia ha desarrollado el contenido del catálogo de esta modalidad protectora, en sintonía con los argumentos expuestos.

Debe resaltarse la importancia del seguimiento público que permita la verificación y cumplimiento de los requisitos necesarios para la concesión de las prestaciones económicas de cuidados familiares. La comprobación en el domicilio de la debida atención, intensidad en los apoyos y adecuación incidirá en un correcto funcionamiento del programa. No debe olvidarse que el instrumento racional donde se reconoce el servicio o la prestación económica del sistema de dependencia, el programa individual de atención, está enfocado al bienestar del beneficiario, a la mejora de su estado y dignidad, junto al respiro del cuidador.

En el estudio de la experiencia concreta de la aplicación de la LAPAD en Ceuta, se constata cómo la resolución del programa asistencial se encuentra condicionada por el tramo vital y las circunstancias de la persona afectada (la soledad y la intensidad en los cuidados), la graduación de dependencia, la percepción de ingresos procedentes del sistema no contributivo o la zona de residencia. De este modo, son variables relacionadas con una mayor probabilidad profesional la edad avanzada, la situación de soledad, la intensidad parcial en los cuidados prestados, las menores limitaciones y la residencia en la zona céntrica de la ciudad. Por otro lado, la prestación económica para cuidados familiares se vincula con la edad temprana (menores de 65 años), la intensidad a jornada completa en materia de cuidados, la convivencia con la persona dependiente, la gravedad de las limitaciones, la percepción de PNCs y la vivienda en la periferia. Por una parte, el servicio de ayuda a domicilio, se aproxima a la dependencia moderada, situación necesitada de menor intensidad en los cuidados, preferentemente para personas en soledad; por otra, el residencial se asocia con la edad avanzada y dificultades en la toma de decisión y el diurno con las graves limitaciones intelectuales. Por último, la TAD con el envejecimiento en general y la supervisión parcial, especialmente de naturaleza física.

II. RELACIONES ENTRE ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

II.1. INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XX las sociedades occidentales han sido conscientes de la importancia del envejecimiento de la población y de sus consecuencias futuras. Forma parte del conjunto de conceptos cada vez más estudiados donde los expertos debaten acerca de soluciones cada vez más difíciles y complejas de afrontar. Comienzan a ser frecuentes los textos referidos al desarrollo del Estado del Bienestar en general y a los programas que afectan a la población mayor, de manera particular. La sostenibilidad, las fórmulas de financiación, la universalidad en el acceso, la participación en el coste del servicio por el usuario, la provisión pública o privada del programa, la solidaridad o la justicia social son contenidos ampliamente tratados, sometidos a estudio científico.

Las investigaciones iniciales se han dirigido al análisis y explotación estadística, siendo las posteriores las que han incluido la reflexión (López y Díaz, 2007); unas percibiendo las dificultades que se generan, tales como las del mantenimiento del sistema de pensiones o la congestión hospitalaria; otras, comentando las consecuencias más positivas, como la mayor presencia social (Pérez, 2006), los yacimientos de empleo o la riqueza social intergeneracional (López y Díaz, 2007). Por una parte, la edad se convierte en un estereotipo negativo (Abellán y Esparza, 2011), siendo ejemplo la dificultad en el acceso al mercado laboral; por otra, la importancia electoral como colectivo o la consideración como agente consumidor titular de rentas estables y periódicas.

Los servicios sociales son considerados el cuarto pilar de la política social en los países más avanzados (junto a la sanidad, la educación y el sistema de pensiones), en respuesta a problemas de colectivos sensibles o especialmente vulnerables, favorecedores del desarrollo de la personalidad en condiciones de igualdad y equidad con el resto de ciudadanos. Las personas mayores, discapacitadas, menores, desempleadas, entre otras susceptibles de protección, son el objeto de las políticas públicas del Estado de Derecho, consumiendo un alto porcentaje de gasto público.

Dentro de los programas de intervención dirigidos a personas mayores ha sido tradicional considerar preferentemente las actuaciones públicas, con una tendencia actual hacia una mayor participación privada en la provisión de servicios, donde cada vez es más notorio el análisis de la “parte invisible”, el estudio de los cuidados

familiares. El triángulo Estado / Familia / Mercado queda así definido como protector durante la provisión de cuidados durante la vejez, a consecuencia de la mayor longevidad (Martínez, R., 2014). Surge la dualidad atención formal, efectuada por profesionales cualificados del sector público y privado, frente a la informal o familiar.

En nuestro entorno europeo se plantean distintos modelos de cuidados dirigidos a la población mayor, diferenciándose en función del mayor o menor peso específico de una modalidad u otra de atención. Así, en los países nórdicos predomina en gran medida la atención mediante programas profesionales (recursos formales). En los del sur de Europa (supuesto español), la persona recibe como primera opción la atención en su entorno familiar (cuidados informales), con una tendencia en los últimos años dirigida a la complementariedad de los servicios sociales formales.

Dentro de los recursos sociales profesionales se plantean dos parcelas de actuación muy definidas. Por una parte, el tradicional recurso residencial, con vocación de permanencia e institucionalización. Por otra, la atención externa llevada a cabo en el domicilio habitual, de manera complementaria a la que desarrolla la familia, el servicio de ayuda a domicilio (así como el de teleasistencia). A mitad de camino, el centro de día / noche, tránsito entre el domicilio y el ingreso en residencia.

La finalidad de esta tesis doctoral se circunscribe a la atención formal o profesional que reciben las personas mayores en España, es decir, la cobertura de plazas residenciales, de centro de día, de ayuda a domicilio y la teleasistencia. La trascendencia del mismo se deriva no sólo del importante número de usuarios que reciben sus beneficios, sino de su consideración como yacimiento de empleo.

Se propone conocer la incidencia de las condiciones de vida en el desarrollo de los cuidados profesionales, bajo un doble objetivo de partida. Por una parte, conocer la influencia de las circunstancias vitales en la evolución de la atención externa; por otra, analizar su alcance aplicándolo a un caso concreto, el referido al desarrollo de la ley de dependencia en Ceuta.

Desde la primera perspectiva, se pretende elaborar un modelo formal que relacione la evolución profesional española con determinadas variables explicativas de las condiciones de vida (unas generales para toda la población y otras propias de las personas mayores). El espacio temporal analizado (1999 / 2010) ha sido testigo de importantes acontecimientos, coincidiendo con el desarrollo del Estado de Bienestar y, especialmente, la aprobación de la ley de dependencia y su coincidencia con la crisis económica iniciada en 2007.

En la definición de profesionalidad, se estudian varios escenarios posibles: (1) Un indicador de cobertura global que engloba los correspondientes a cada programa concreto, (2) otro representativo de los programas domiciliarios, analizado respecto (3) al programa residencial. Finalmente, como recurso especial, (4) el servicio de teleasistencia. De este modo, el modelo determinará las que obtienen definición, objeto de análisis.

Dentro de este objetivo general, se plantean otros más específicos:

- ✓ Conocer los efectos del cambio estructural (1999 / 2010) y, en especial, si se han producido tras la entrada en vigor de la ley 39/06, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (LAPAD en adelante), al generar un derecho subjetivo de ciudadanía. Debe mencionarse que aproximadamente tres cuartas partes de las personas consideradas en situación de dependencia pertenecen al colectivo de personas mayores. De igual forma, en qué medida ha repercutido la crisis económica de 2007 en las expectativas de evolución y de aplicación de la propia ley.
- ✓ Analizar la heterogeneidad / homogeneidad territorial en el desarrollo de los servicios profesionales en España.
- ✓ Examinar si el modelo asistencial español de cuidados de larga duración de carácter familiar ha evolucionado hacia otro más profesionalizado.

Tras el examen de la incidencia de las condiciones de vida en el desarrollo y evolución profesional a nivel general, se plantea su aplicación al estudio del caso concreto. Para ello se propone el análisis de la experiencia desarrollada en Ceuta en el marco de la LAPAD, ante la rica información que facilita su universo objeto de estudio. Frente a la visión evolutiva del modelo anterior, en un marco de generalidad, se analiza la disponible en un momento determinado en relación a un territorio concreto.

Se plantea un modelo de elección discreta que creemos permitirá no sólo conocer cuáles son las variables representativas de las condiciones de vida que adquieren significación estadística, sino que ofrecerá la probabilidad de conseguir bien un recurso profesional, bien una prestación de naturaleza económica derivada del sistema de dependencia. Para ello, se someterán a examen cuatro grandes esferas susceptibles de condicionar, tanto desde la perspectiva dicotómica servicio / prestación económica para cuidados del entorno familiar, como la derivada de la aplicación a cada servicio concreto (servicio de ayuda a domicilio, residencial, centro de día y teleasistencia): La edad y el entorno familiar, la salud, la renta y la división urbana (distrito)

El estudio se articula en torno a las siguientes fases. Se define el marco conceptual, fijando las principales cuestiones sometidas a investigación (persona mayor, envejecimiento, cuidados formales / informales, modelos de encuadramiento, los recursos profesionales, el marco comparado europeo así como importantes condicionantes susceptibles de afectar al su desarrollo). A continuación se exponen las investigaciones realizadas en materia de cuidados de larga duración destinados a personas mayores. En el análisis empírico, por un lado, se utiliza el modelo de datos de panel con dimensión geográfica (Comunidades y Ciudades Autónomas) y temporal (1999/2010) y, por otro, un modelo regresión logística binaria. De los resultados obtenidos con ambos instrumentos, extraemos unas conclusiones de la relación entre el envejecimiento, los cuidados de larga duración y la puesta en marcha de la LAPAD.

II.2 ENVEJECIMIENTO Y SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN SOCIEDADES CONTEMPORÁNEAS. REPASO HISTÓRICO Y SITUACIÓN ACTUAL

No es fácil encontrar una definición expresa del concepto “persona mayor”. Nuestra historia reciente ha utilizado términos desfasados (ancianos, viejos, tercera edad), superados por otros más positivos como el de personas mayores, término asumido socialmente y por el movimiento asociativo. Como cualquier concepto indeterminado está sometido a circunstancias de tiempo y lugar.

Como primera opción se ha identificado el colectivo de personas mayores con la edad, estimándose como umbral los 65 años. Esta cifra se ha visto superada ante la tendencia derivada de la mayor longevidad en la sociedad actual, donde cada vez son más frecuentes personas centenarias, situación no extrapolable a todos los países, por afectar básicamente a los occidentales. Los estados en vías de desarrollo se encuentran en una fase anterior.

Sin embargo, aunque a nivel estadístico se utilice el criterio edad, cada vez mayor número de estudios refleja elementos cualitativos. Por una parte, se considera la llegada a la vejez cuando se producen limitaciones importantes de salud; por otra, se vincula la edad avanzada con parámetros y niveles de satisfacción propios de la calidad de vida.

En principio, como regla general, la edad es elemento clave, aunque debe indicarse que su determinación es variable, especialmente en el terreno legislativo. Así, la LAPAD, aunque no define el colectivo de personas mayores, en su exposición de motivos utiliza como referencia los 65 años y, en su articulado, al referirse al catálogo

de servicios (artículo 15), separa los centros de día para personas mayores, de los centros de día para menores de 65 años.

Las Comunidades Autónomas (en adelante CC. AA.) han desarrollado textos con rango legal en materia de servicios sociales tras cada proceso descentralizador de competencias en el marco de su capacidad de autogobierno. Aplicado a este trabajo, se puede reflejar la ley 11/2003 de 27 de marzo, de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, en su artículo 23.1 identifica la atención a mayores, definiendo: *“Se considerará constituido este sector por las personas de 65 o más años.”* De igual modo, el Libro Blanco del envejecimiento activo (IMSERSO, 2011: 35), relaciona vejez con la citada edad: *“un descenso de la mortalidad a todas las edades motiva que lleguen más supervivientes de cada cohorte al umbral de los 65 años, y además, los que son más longevos siguen ganando años a la muerte en edades avanzadas”*.

Muestra de la evolución del concepto, el Estatuto Básico de Centros de Mayores del IMSERSO¹ determina un requisito de edad minorado que debe tomarse en función del periodo en el que se aprobó (1985), muestra del avance sustancial en las mejoras de vida resultantes a finales del XX y comienzos del XXI: *“Artículo 17: Para adquirir la condición de residente se requiere haber alcanzado la edad de sesenta años ...”*

Muchas fuentes informativas coinciden en atribuir la condición de mayor a aquellas personas que cumplen la edad mínima de jubilación, aunque se planteen matizaciones en función de la situación personal de cada sujeto y se module ante el devenir temporal. Una muestra la representa el sistema legal de protección social, donde tras la entrada en vigor de la reforma del sistema de pensiones² se establece la edad mínima en 67 años ¿Se considerarán mayores a los que superen ese nuevo límite?

Por otro lado, no cabe duda que la longevidad ha aumentado de manera considerable y la realidad físico – psíquica de una persona mayor de 65 años en la actualidad no tiene nada que ver con la existente en el siglo pasado. Este es el motivo por el que se ha generado el concepto “envejecimiento del envejecimiento” para referirse a los mayores de 80 años, edad que implica un punto de inflexión ante la situación de dependencia.

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) ha sometido a encuesta la posición de la ciudadanía sobre cuándo una persona puede considerarse mayor. En los

¹ Orden de 16 de mayo de 1985 (BOE del 29), vigente en la actualidad en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

² Ley 27/2011, de 1 de agosto (BOE del 2), sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social.

Estudios 2758/2008 y 2801/2009, el debate social queda planteado. De acuerdo con el contenido de la tabla 1, no existe una opinión unánime sobre el resultado, ya que un importante grupo de personas desvincula la consideración de mayor de un concepto de edad (la cuarta parte en la encuesta del CIS 2758). La regla general es que no existe un planteamiento común, hay diversidad de opiniones, siendo la posición mayoritaria la que fija la edad en 75 años, aunque el grupo más importante (cerca del 40% de los entrevistados) se posiciona en la franja 70 / 80 años.

Con periodicidad bianual desde el año 2000 (hasta 2014), el IMSERSO publica el “Informe sobre las Personas Mayores en España”. Todas las indicaciones sobre el envejecimiento están referidas a la población mayor de 65 años, con especial tratamiento de aquellas con 80 y más.

Si tomamos en cuenta la opinión de instituciones internacionales, la Organización de Naciones Unidas (ONU) parte de la consideración de la edad de 60 años como unidad de medida general (ONU, 2002). Esta referencia puede estimarse joven en los países más avanzados y, sin embargo, en los menos desarrollados o en transición, longeva. Por tanto, la edad como elemento definidor de la persona mayor tendría un carácter variable en función del territorio del planeta.

El criterio de edad, por tanto, no resulta concluyente. Fijar ese límite puede llegar a ser bastante simplista, arbitrario o artificial (López y Díaz, 2007). Es preciso analizar una evolución del concepto.

Partiendo del gráfico 1, la población mayor de 65 años europea casi quintuplica la africana, siendo dos veces y media superior a la asiática o americana latina (IMSERSO, 2010). La oceánica y americana del norte se aproximan, aunque aún distantes (50% y 25% inferiores, respectivamente). Las proyecciones previstas para 2050 indican que se producirá un incremento generalizado en el colectivo de estudio, experimentando una mejora especial en la representación la población de América Latina y Caribe (casi triplicará su porcentaje). Otra perspectiva permite apreciar que Europa lleva 40 años de ventaja respecto a la media mundial, dado que el indicador universal de 2050 está previsto se sitúe en el 16,2 % cuando el europeo de 2010 se cifra ya en 16,3%.

La edad mediana es muy significativa en cada continente. Europa (40.2 años) dobla a África (19,7 años), entre los dos extremos (IMSERSO, 2010), América del Norte (36.9), Oceanía (33), Asia (29) y América Latina y Caribe (27.7).

En el mismo sentido se manifiesta la Asamblea Internacional sobre el envejecimiento (2002) de Naciones Unidas, celebrada en Madrid, donde en su Plan de

Acción identifica el umbral de 60 años como elemento delimitador. No es comparable fijar el punto de inflexión de la población mayor en el Estado del Bienestar Social occidental con la imagen y escaso porcentaje de personas de edad que sobreviven en el África Subsahariana, zona azotada por la pandemia del SIDA, las hambrunas o las crisis humanitarias. La ONU y su organización satélite, la OMS, son partícipes de la distinta dimensión del fenómeno en función del territorio. Por tanto, se puede concluir que el envejecimiento es un fenómeno propio de occidente y, en especial, de los países de la OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Casado, 2000).

El Estudio del CIS 2758/2008 plantea a los entrevistados su opinión acerca de la vejez (dos respuestas posibles). Los resultados se exponen en el gráfico 2, donde la alternativa principal está referida al deterioro de la salud (45,9%), entendiendo como tal la dificultad física para realizar actos elementales o básicos de la vida diaria. Posiblemente se identifique esta visión con el concepto de situación de dependencia y su indudable vinculación con la longevidad. La edad como elemento diferenciador se sitúa en un segundo plano (30%), siendo las limitaciones cognitivas (19,7%) cada vez más valoradas, por entender que la reducción de capacidad intelectual sitúa a la persona es una fase de no retorno. En menor medida, otros criterios, como la presencia física (19,9%), la forma de pensar (18,9%) o el modo de vida (14,1%). Solamente un 8,5% vincula jubilación con vejez.

En los últimos decenios, coincidiendo con el desarrollo del Estado del Bienestar en Occidente, las políticas públicas han estado enfocadas no sólo a la mayor longevidad sino a mejorar la calidad de vida del colectivo, envejecer satisfactoriamente (Rodríguez, F., 2011). La dimensión sanitaria adquiere protagonismo inusitado, tanto en sentido positivo, donde la buena salud aporta calidad de vida, como en el negativo, ya que la mala limita (Fernández, 2006). No obstante, la ausencia de enfermedad no es la única cualidad exigible para facilitar el desarrollo de la personalidad y disfrutar con intensidad en la etapa postrera vital. Intervienen variados factores, bajo la directriz de mantener el mayor tiempo posible la propia capacidad, aplazando la llegada de limitaciones físicas e intelectuales (Rodríguez, F., 2011).

El escenario que mejor refleja la satisfacción vital del mayor debe combinar sus principales elementos integradores: el individuo y sus circunstancias (salud física y mental, las rentas, autonomía y protección frente a la dependencia), el hábitat (el domicilio o la institucionalización en centros, accesibilidad y movilidad vertical / horizontal), la familia (contactos frecuentes) y la sociedad (el ámbito relacional, las

redes sociales, los centros como puntos de encuentro). De todos los elementos, el de mayor trascendencia, la salud; en menor medida, la posibilidad de realizar actividades sociales (Elosua, 2010). Se equiparan en importancia la percepción sobre estas dimensiones (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008), la actividad física preventiva (Lehr, 1999), así como la posibilidad de control de su situación y del entorno social.

La capacidad de dominio facilita la satisfacción (Navarro, Meléndez y Tomás, 2008), donde el reajuste de objetivos orientados al encuentro de aspectos positivos, bajo planteamientos realistas, deviene fundamental en la consecución de bienestar (Meléndez *et al*, 2008). Es una adecuación a las circunstancias y al momento en el que se activa la resiliencia, capacidad de afrontar con mayor resignación las dificultades y momentos de tensión, afrontando los problemas desde la perspectiva del bienestar psicológico (Jiménez, 2008). En esta etapa se contabilizan experiencia y conocimientos adquiridos durante tantos años (Navarro y Bueno, 2005).

El miedo a envejecer existe (edadismo en definición de Robert Butler, 2009), condicionando la actitud de las personas con prejuicios negativos dirigidos a la vejez, en especial en occidente, donde los mayores pueden perder capacidad laboral, padecer limitaciones físicas y, en el peor de los casos, intelectual. Su contrapartida es valorar la nueva situación al amparo del bagaje de experiencia y conocimiento propio del itinerario vital. Por una parte, preocupa la posible exclusión social derivada de la minoración de rentas; por otra, anima el recurso dirigido al asociacionismo y a la ampliación de redes de apoyo personal junto al diseño de nuevas políticas públicas.

La mayor esperanza de vida y la previsible distancia ante el fallecimiento permiten la planificación del devenir (IMSERSO, Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011). El ocio, el tiempo libre, las actividades sociales y familiares formarán parte del currículo y desarrollo de la personalidad del individuo, acciones potenciadas con motivo del Año Europeo del envejecimiento activo (2012).

Envejecimiento y demografía

Envejecimiento y demografía podrían ser conceptos estancos y sin relación (Pérez, 2006). El primero se refiere a la consideración individual de la persona y, el segundo, a la globalidad, a la generalidad. Es un fenómeno visible (Puga, 2005).

El envejecimiento demográfico, entendido como incremento de la proporción de personas mayores sobre la población total (Fernández, 2006), es un indicador de avance

social y crecimiento económico (Walker, 2002), el triunfo de la técnica ante la adversidad y lo efímero de la naturaleza humana. El aumento de la esperanza de vida, especialmente ante la revolución cardiovascular y localización tumoral (García, 2014), es considerado uno de los grandes logros de la Humanidad, donde el éxito científico es la contrapartida de la preocupación existente en las finanzas y en los sistemas de Seguridad Social (Corral, 2006).

Para muestra de la evolución científica, debe resaltarse que la población de 65 años y más tardó en España casi 80 años en duplicarse (desde el 5,2% en 1900 hasta el 11.2% en el 1980) y otros veinte años adicionales en triplicarse (17,1% en 2001). Del contenido del gráfico 3 se deduce que el envejecimiento en nuestro país se ha ido gestando en la segunda mitad del siglo XX y, en especial, a partir de los años setenta³, en un regreso a la normalidad con nuestro entorno (Casado, 2000), coincidente con un periodo de disminución de la fecundidad y la mayor esperanza de vida (Casado, 2000). El resultado deriva de la superación de la última fase de la transición demográfica que tiene lugar en un periodo con dos momentos muy definidos. Por un lado, una primera etapa caracterizada por el desarrollo de la sanidad, mejora alimenticia y condiciones de vida, donde desciende la mortalidad. Por otro, una minoración de la natalidad derivada de una situación de acomodamiento al no ser tan necesaria la descendencia para sobrevivir en la vejez. Casado (2000) fija la primera fase española tras la Primera Gran Guerra, con retraso respecto a nuestro entorno. La segunda, en los años previos a la Guerra Civil de 1936.

Las proyecciones hasta 2050 permiten avanzar que la población mayor de 65 años casi se duplicará en España, desde el 16.9% actual hasta el 31,9%, porcentaje que representa casi la tercera parte del total. Este proceso ha tenido lugar en España más tarde que en el resto de países del entorno, aunque la fuerza e intensidad ha sido más elevada (IMSERSO, Informe Las personas mayores en España, 2010), considerándose un fenómeno irreversible (Fernández, 2006).

El principal rasgo que caracteriza el envejecimiento demográfico español es su heterogeneidad y diversidad con múltiples manifestaciones (Fernández, 2006). Así, la mayor tasa de feminidad, la desigual distribución porcentual entre CC. AA. (Castilla y León con 23,2% y Melilla con 9,7%), el envejecimiento rural frente al urbano, la disparidad educativa o el acceso a la propiedad de la vivienda.

³ A partir de 1955 tiene lugar el fenómeno del “baby boom”, con un incremento inusitado de la fecundidad similar al que Europa Occidental había tenido tras la postguerra.

El contenido de la tabla 2, población con 65 años y más, permite obtener conclusiones sobre la distribución interna del envejecimiento en España. Para ello, es preciso analizar la evolución nacional en el periodo objeto de estudio y posteriormente determinar una clasificación por Comunidades Autónomas. Esta situación ha sufrido en España tres etapas muy definidas en los últimos catorce años. Las previsiones existentes en el año 1999 se han visto modificadas por el hecho inmigratorio, alterando las cifras del proceso evolutivo. Antes de analizar el contenido de la referida tabla 2, debe reflejarse cómo se obtiene el indicador de envejecimiento.

$$\text{Indicador envejecimiento (en \%)} = \frac{\text{Población de 65 años y más}}{\text{Población total}} \times 100$$

Hay una nítida división temporal en España en el periodo de estudio, 1999/2010-2012, etapa en la que se produce un incremento progresivo en el indicador de envejecimiento. El punto de salida es el 16,47% (1999), ascendiendo hasta 16,74% (2000), 16,89% (2001) y finalmente culminar en 2002 con el 17,01%. En el año 2003 se rompe la tendencia ascendente mantenida desde el inicio y comienza una nueva fase descendente, de retorno al origen, siendo la causa motivadora de esta ruptura evolutiva la incorporación de población extranjera⁴ que rejuvenece la estructura demográfica española. Así, 16,96% (2003), 16,8% (2004), 16,56% (2005), 16,64% (2006), 16,54% (2007) y 16,44% (2008). Finalmente, un nuevo proceso de incremento de la tasa de envejecimiento tiene lugar a partir de 2009, volviendo a superar el techo del año 2002. Así, 16,56% (2009), 16,8% (2010), 17,11% (2011) y 17,36% (2012). No obstante, la progresividad del periodo admite excepciones, ya que Castilla la Mancha, Aragón, Baleares, Rioja y Melilla disminuyen su indicador entre 1999 y 2012, así como Cataluña, Murcia, Navarra y Ceuta presentan una proporción similar (1999 y 2012).

El elemento extranjería aporta una dimensión inesperada en la progresión del envejecimiento español. De igual modo, la recuperación del indicador a partir de 2009 es simultánea en el tiempo con los primeros efectos de la crisis económica, con incidencia en las condiciones de vida de las familias españolas (desempleo, menores ingresos o burbuja inmobiliaria con incidencia en la tasa de fecundidad).

La heterogeneidad territorial del envejecimiento es un hecho visible. Se puede hablar de varias zonas demográficas (tabla 2 y mapa 1).

⁴ A comienzos de 2005 comienza el proceso de regularización (febrero a mayo) en virtud de Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre (BOE del 7 de enero de 2005), que modifica el reglamento de desarrollo de la ley de extranjería (por entonces la ley orgánica 4/2000). Se presentaron casi 700.000 solicitudes.

✓ CC. AA. afectadas por envejecimiento excesivo.

CC. AA. que superan la tasa de envejecimiento del 20%. Por orden de mayor a menor, Castilla y León (23,02%), Galicia (22,83%), Asturias (22,68%) y Aragón (20,08%).

✓ CC. AA. con envejecimiento elevado

Forman parte de esta denominación las CC. AA. ubicadas entre la media nacional y el límite de grupo anterior, el 20%. País Vasco (19,88%), Extremadura (19,32%), Cantabria (19%), Rioja (18,71%), Navarra (17,93%) y Castilla la Mancha (17,64%).

✓ CC. AA. relativamente envejecidas

Las situadas entre la media nacional y el 15%, umbral que separa al grupo siguiente: Valencia (17,21%), Cataluña (17,06%), Madrid (15,44%) y Andalucía (15,3%).

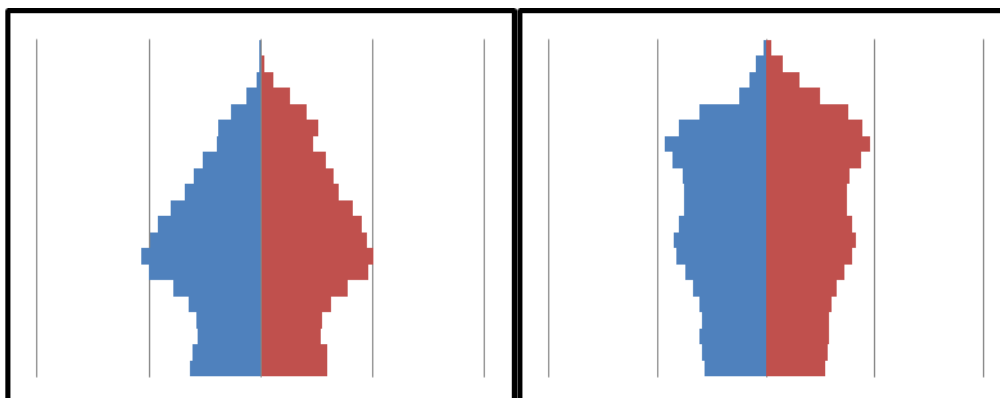
✓ CC. AA. relativamente rejuvenecidas

Las localizadas por debajo del 15%, con excepción de Ceuta y Melilla. Se incluyen Baleares (14,29%), Murcia (14,28%) y Canarias (13,93%).

✓ CC. AA. rejuvenecidas: Ceuta (10,85%) y Melilla (9,82%).

Las CC. AA. menos envejecidas (Melilla, Ceuta, Baleares, Murcia, Andalucía, Madrid y Cataluña) se caracterizan (2012) por una tasa de natalidad alta (superior a la media 9,69 nacimientos cada mil habitantes) y una baja mortalidad (inferior a 8,58 fallecimientos cada mil habitantes), con la única excepción de la natalidad de Canarias. Las CC. AA. más envejecidas (Castilla León, Galicia, Asturias y Aragón) reflejan tasas de natalidad bajas y altas de mortalidad. Desde otra perspectiva, las CC. AA. más envejecidas presentan mínimos porcentajes de población extranjera, a excepción de Aragón y las más jóvenes una proporción elevada, salvo Ceuta y Andalucía.

Figura 1a: Pirámide poblacional España (2012) Figura 1b: España Proyección 2050



Elaboración propia de acuerdo INE Base
(Demografía y población)

Elaboración propia datos EUROSTAT

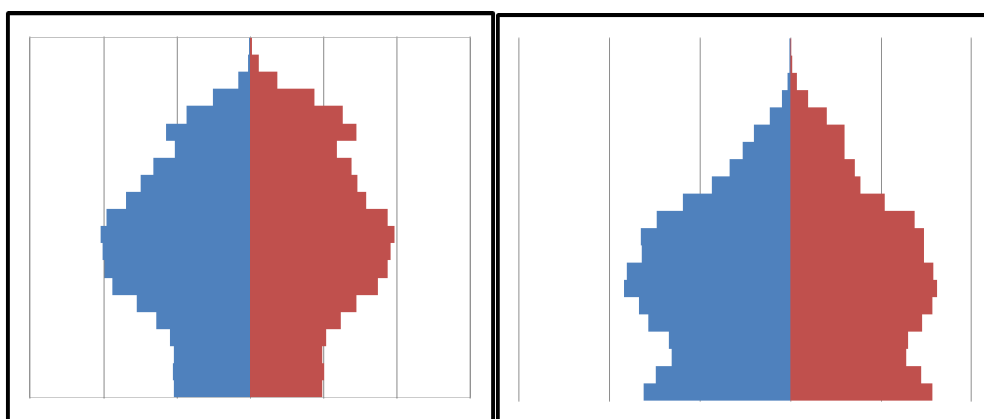
Otro aspecto muy interesante de analizar es el referido al distinto modelo de pirámide poblacional. La nacional tiene una base (poblacional infantil y juvenil)

reducida y su cúspide una tendencia a ensancharse al contar con un colectivo de mayores cada vez más elevado (en términos absolutos y relativos). Este modelo se corresponde con los países europeos con elevado envejecimiento (modelo estacionario con tendencia al constrictivo, en transición al de regresión), ante los bajos indicadores de natalidad y mortalidad. Los poderes públicos perciben esta estructura invertida con preocupación, ante las consecuencias sociales y sanitarias (Lorenzo, 2009).

En las figuras 1 a y b, comparativa de la situación actual de España⁵ (2012) con la proyección del Servicio de Eurostat (2050), se aprecia la evolución.

**Figura 1 c: Pirámide poblacional
Castilla y León (2012)**

Figura 1 d: Pirámide poblacional Ceuta (2012)



Elaboración propia de acuerdo INE Base (Demografía y población)

En las figuras 1 c y 1 d se exponen las dos modalidades extremas existentes en el repertorio autonómico. Como puede apreciarse, la base de Ceuta es más ancha, fruto de una elevada natalidad. La correspondiente a Castilla y León tiene una base estrecha, producto del bajo número de nacimientos y, sin embargo, su cúspide se ensancha frente a la de Ceuta, ante una representación elevada de población mayor. El centro de la figura correspondiente a Castilla y León se encuentra extendido ante la incidencia del “baby boom” y, el de Ceuta, con similar posición. Los tramos altos de Ceuta adoptan la forma de punta de flecha, situación propia de un menor envejecimiento, cuando el de Castilla y León es achatado. El modelo de Ceuta se encuentra en una fase anterior al de España (2012) y el de Castilla y León en otra posterior.

En 2010 el 4,9% de la población española tiene más de 79 años. El nuevo umbral es conocido como el “envejecimiento del envejecimiento” o “sobreenvejecimiento” (Pérez, 2006a:10). Este sector ha tenido el mayor incremento durante el siglo XX, llegando a multiplicarse por ocho en el periodo 1900 /2010, con una perspectiva que

⁵ Hombres en color azul / Mujeres en rojo.

permite duplicar el indicador en los próximos treinta / cuarenta años. Las estimaciones indican que en el año 2050 aproximadamente una de cada ocho personas tendrá en España 80 o más años (gráfico 3), cifras que serán difícil de mejorar, quedando enmarcadas en la denominada “rectangularización” de la supervivencia (Fries, 1980), al plantearse una curva de longevidad horizontal y llegar a un punto de caída vertical⁶ (Pérez, 2006).

Cada vez es mayor el número de personas nonagenarias y centenarias. Hasta 1970 en España la representación de personas con más de cien años era simbólica, con un crecimiento espectacular a finales del XX, fundamentalmente en zonas del interior como Ávila, Salamanca o Guadalajara (Reques, 2007). Algunos estudios precisan que muchos nacimientos actuales cumplirán más de cien años (Berzukov y Foigt, 2005), con protagonismo femenino ante causas biológicas y socioeconómicas (mejores hábitos de salud o incorporación tardía al empleo). No obstante, se produce la prevalencia de factores históricos (ausencia de conflictos armados), económicos, sociales e individuales (Berzukov y Foigt, 2005). La genética se vincula con prolongación vital (Elcoroaristizabal *et al.*, 2011).

El peso relativo de los mayores condiciona importantes cambios en el modelo familiar español, donde pueden llegar a coincidir miembros de cinco generaciones en un momento determinado, protagonizando las relaciones intergeneracionales un doble papel, persona atendida y agente de socialización (Buz y Bueno, 2006).

En la tabla 3 se reflejan los datos relativos de personas con 80 y más años, resultante tras aplicar la fórmula:

$$\text{Indicador "envejecimiento (en \%)} = \frac{\text{Población de 80 años y más}}{\text{Población total}} \times 100$$

del envejecimiento"

De alguna forma, se repiten los mismos resultados antes comentados respecto de la población mayor (65 y más). El indicador nacional de 80 y más ha mantenido una evolución de progresivo incremento, desde el 3,77% (1999) hasta el 5,32% del año 2012. En la actualidad, una de cada veinte personas en España tiene más de 79 años. Este aumento ha tenido un incremento de una décima por año.

En el marco autonómico se reproduce la misma situación y protagonistas que para mayores en general. La tasa más elevada le corresponde a Castilla y León con un

⁶ El 83,5% de los fallecimientos en España afectan a personas de edad, siendo la causa las dificultades del aparato circulatorio, el cáncer y los problemas respiratorios.

8,31% (2012). Su punto de origen, 5,48% (1999), ha crecido a ritmo de dos décimas por año en ese periodo. Tras Castilla y León, Asturias ha seguido una línea paralela, desde 4,84% (1999) hasta 7,76% (2012). De igual forma, Galicia y Asturias (7,32% y 6,95% en 2012 respectivamente). En el lado contrario, las menores tasas en el año 2012, por orden descendente, Baleares (4,18%), Canarias (3,45%), Melilla (2,52%) y Ceuta (2,51%). Estos dos últimos supuestos son particulares, con indicadores en la mitad del nacional. Ceuta ha tenido desde 1999 (2,1%) un aumento mínimo pero en progresión. El de Melilla ha estado sometido a altibajos.

Como se ha expuesto anteriormente, el proceso migratorio acaecido en nuestro país durante la primera década del XXI ha afectado minorando los indicadores de envejecimiento (al menos durante 2003 / 2008). No cabe duda que desde la pertenencia a la Unión Europea, España marca una tendencia al término medio, máxime después de las dos ampliaciones (2004 y 2007). A continuación se reflejan aspectos extraídos tras comparar la situación demográfica de los 27 (Croacia es miembro 28 en 2014).

La posición española ha sufrido modificaciones tras el proceso de ampliación, desde la U.E.-15 a la U.E.- 27 (tabla 7 y mapa 2). El referente nacional (17,4%) está por debajo de la media comunitaria situada en 17,9%. Con respecto a la Europa-17 la brecha es mayor (18,7%). Se encuentran más envejecidos que España, por orden descendente, Italia (20,8%), Alemania (20,6%), Grecia (19,7%), Portugal (19%), Suecia (18,8%) o Bulgaria (18,8%). En posición similar, Austria (17,8%), Bélgica (17,3%), Francia (17,1%) o el Reino Unido (16,8%), donde los dos últimos han estado sometidos a procesos migratorios. Con un indicador menor que el español, Luxemburgo y los estados incorporados en 2004 y 2007 (Eslovaquia, Eslovenia, República Checa, Malta, Chipre, Hungría, Rumania y Polonia), con la excepción de las tres Repúblicas Bálticas y Bulgaria. Mención especial merece el caso irlandés (11,9%), al representar la tasa más baja comunitaria, igual que el supuesto de Polonia, influidos por la incidencia de factores de tipo religioso y el desarrollo de altas tasas de natalidad.

La denominada “Vieja Europa” presenta elevadas proporciones de envejecimiento, dulcificadas por continuos procesos migratorios. Dos han sido las circunstancias para que el indicador no sea aún mayor. Por un lado, la influencia en la movilidad de la relación metrópoli / periferia, apreciable en el supuesto británico y francés. Por otra, la llegada de los países del “Este”, una vez incorporados a la economía de mercado, aportando población rejuvenecida en general, salvo las excepciones bálticas y búlgaras.

La presencia relativa de personas con 80 y más se eleva respecto a la de 65 y más, alterando la posición ocupada. El indicador español se sitúa en 5,3% (2012), cifra próxima a la de Suecia y a la media europea (Eur-17)⁷. La media comunitaria (Eur-27) mantiene una dimensión inferior (4,9%), dada la incorporación de los estados menos envejecidos procedentes de Europa del Este. Por encima, aunque con mínimo margen, figuran Francia (5,5%), Alemania y Grecia (5,4%). Sobresale Chipre (6,2%). En la parte inferior, Irlanda (2,9%).

La mediana de edad nacional (40,8 años) es inferior a la comunitaria (tabla 7), tanto Eur-27 (41,6) como Eur-17 (42,4), donde Irlanda presenta la menor intensidad (35) y Alemania la máxima (45). De igual forma, la tasa de dependencia española (tabla 7), proporción de personas mayores respecto de las potencialmente con capacidad laboral (14 a 64), es del 25,7%, muy inferior a la media comunitaria (28,3% y 26,8% de la Eur- 27 y Eur-17 respectivamente). Los valores más elevados, propios de países con mayor envejecimiento, se encuentran en Italia (32%) y Alemania (31,2%). Los menores, en Irlanda y Eslovaquia (17,9% y 17,8%), estados con población más rejuvenecida.

En la tabla 8 se exponen las proyecciones para los años 2030 y 2050 del indicador esperanza de vida, donde el español es el más elevado (junto a Francia e Italia), tanto a nivel masculino como femenino. La perspectiva femenina prevé 86,9 y 89 años para 2030 y 2050 respectivamente. La masculina, 81,6 y 84,2 en los mismos periodos. Continúa la brecha de 5 años de distancia entre sexos imputable a circunstancias laborales y diferentes hábitos de salud. La elevada esperanza de vida de estos 3 países mediterráneos motiva que se encuentren entre los de mayor envejecimiento mundial junto a Japón y Corea del Sur, aunque el caso español haya ralentizado su progresión.

Envejecimiento, discapacidad y situación de dependencia

El incremento de la esperanza de vida lo es a cambio de discapacidad (López, 2005). No existe duda acerca de la relación entre discapacidad y edad avanzada, donde el 32% de los mayores de 65 años se encuentra en alguna situación de discapacidad (Libro Blanco de la dependencia, 2004).

La discapacidad es el resultado del conjunto de limitaciones físicas, mentales, intelectuales y sensoriales que sufre la persona, bajo la influencias de factores sociales,

⁷ La zona denominada euro, por su acceso a la moneda única.

con origen en enfermedades, deficiencias corporales, accidentes y problemas de salud en general (Abellán y Puga, 2004). Impide realizar actos habituales propios de la edad y circunstancias socioculturales (Abellán y Puga, 2004), donde el marco conceptual utilizado para la definición de término genera diferencias (Abellán e Hidalgo, 2011).

Siguiendo el contenido del Real Decreto Legislativo 1/2013, Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (artículo 2.a), es una situación (un estado en el que se puede encontrar una persona), derivada de deficiencias (físicas, mentales, intelectuales, sensoriales). La situación es resultado de una interacción producida entre personas con déficits en origen permanentes (en ocasiones temporales) y barreras limitadoras. Los obstáculos impiden / limitan:

- ✓ La participación plena y efectiva social (por afectar al desarrollo de la personalidad, al individuo y sus circunstancias).
- ✓ La igualdad de condiciones con los restantes ciudadanos (para integrar se deben potenciar las políticas activas de inclusión o de discriminación positiva).

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD⁸) elaborada por el INE (2008) estima que en España un 8,5% de personas sufren limitaciones que generan situaciones de discapacidad (tabla 4). Más de dos millones doscientas mil personas mayores de 64 años (2.227.500) en España presentan limitación, lo que representa casi un tercio (30,27%) de toda la población mayor. No es situación que afecte solamente o en exclusiva a personas mayores (Alegre, Ayuso, Guillén, Monteverde y Pociello, 2005), sin embargo de la totalidad de personas discapacitadas en España, el 57,9% son mayores de 65 años (Esparza y Abellán, 2008). Es decir, seis de cada diez personas discapacitadas pertenecen al colectivo de 65 y más, con lo que se demuestra la vinculación existente entre persona mayor y limitaciones que ocasionan discapacidad. Los restantes grupos de edad quedan menos afectados por discapacidad, destacando los menores de 6 años, en torno al 2%, y el grupo de 6 a 64 años aproximándose al 4,5%.

Otro aspecto característico de la población de 65 años y más con discapacidad es una presencia femenina muy elevada (Esparza y Abellán, 2008), derivada de la mayor supervivencia de la mujer frente al hombre. La edad de 45 años actúa como punto de inflexión, momento en el que comienza el predominio femenino (Libro Blanco de la

⁸ La EDAD se centra en la situación de dependencia. En 1986 la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (INE, 1986) en la en la deficiencia y en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) (INE, 1999) en el contexto y la prevención.

dependencia, 2004), hasta ese momento minoritario. Se estima que dos de cada tres personas mayores con discapacidad son mujeres (65,2%). Por tanto, la discapacidad se vincula con la edad avanzada y sexo femenino (Sánchez, 2012).

Las principales limitaciones resultantes de la discapacidad proceden, según orden de importancia, por la dificultad en la movilidad de la persona mayor, problemas en la vida doméstica y carencias en la realización de cuidados personales (aseo e higiene). Afectan en mayor medida (duplica el indicador) a los más envejecidos, motivo por el que es el núcleo principal de la atención de los servicios sociales (gráfico 4). Esta información es orientadora de la reivindicación de recursos familiares, debiendo los servicios sociales prever la atención necesaria ante los cuidados de larga duración (Cabrero, 2007), y servir para el cálculo de costes asociados (Alegre *et al.*, 2005).

Otro aspecto de interés radica en la intensidad de los padecimientos. La discapacidad total, la de mayor graduación en severidad, es padecida con elevada intensidad en la población mayor (duplica la tasa respecto a la general), indicativo del vínculo entre vejez y gravedad de las limitaciones (tabla 5). Por tanto, se relacionan edad avanzada, discapacidad y limitaciones totales.

¿Cómo actuar frente a las situaciones de discapacidad? La respuesta estaría en función de la fase temporal en la que se desarrolle (Puga, 2005). En la etapa previa, por medio de mecanismos preventivos tendentes a reducir o eliminar la incidencia (actuaciones de vida saludable). En la fase de consolidación, reduciendo la gravedad (Puga, 2005) o intentando impedir sus efectos (medicación, adaptación) y, en última instancia, paliando sus consecuencias (servicios sanitarios, sociales). Late la idea de conquista de una vida autónoma y normalizada a pesar de las limitaciones, ya que la dependencia está condicionada por la posición de la persona en el entorno físico y social (Zunzunegui, 2011).

La situación de discapacidad es un estado previo y necesario al de dependencia (Rivero y Salvá, 2011). No son sinónimos (Oliva, Vilaplana y Osuna, 2011). Desde una perspectiva práctica, discapacidad y dependencia utilizan mecanismos de valoración diferenciados así como distintos instrumentos de protección.

El Consejo de Europa ha sido una de las primeras instituciones en demandar una atención adecuada a las personas en situación de dependencia y sus cuidadores. Sus trabajos culminaron en la Recomendación del Consejo de Ministros (1998), de 18 de septiembre, definiendo su ámbito protector. En España, con posterioridad se produce el encargo del Libro Blanco (2004), donde se sientan las bases de la ley 39/06, texto que

recoge el marco común del sistema nacional de dependencia como instrumento homogeneizador autonómico⁹.

De una manera gráfica la dependencia es un estado en el que se encuentra:

- ✓ Persona sometida a limitaciones de autonomía (Zunzunegui, 2011) física, intelectual o mental.
- ✓ Las limitaciones afectan a actos vitales diarios (cuidados, labores domésticas, desplazamientos, entre otros), distinguiendo las actividades básicas (aseo, higiene) de las instrumentales (desplazamientos o compras) (Pérez y Yanguas, 1998).
- ✓ Requieren apoyo o necesidad de tercera persona (cuidador familiar o profesional).
- ✓ Es posible mejorar con tratamientos (Comas, 2005).

El baremo¹⁰ regulador que determina la puntuación para reconocer la situación de dependencia ha previsto una serie de ítems que permiten asignar una valoración entre 0 y un máximo de 100. Se distingue el baremo general, del específico de menores de 3 años. Dentro del genérico, se plantean dos modalidades en función o no de limitaciones intelectuales en el ciudadano. Se establecen tres grados de dependencia (tabla 6), donde se alude a un sistema práctico de medición, de mayor a menor intensidad:

- ✓ Gran dependencia: Necesidad de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria varias veces al día. Requiere apoyo indispensable y continuo de otra persona. Necesidad de apoyo generalizado para su autonomía.
- ✓ Dependencia severa: Necesidad de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria 2 / 3 veces al día. No requiere apoyo permanente de otra persona (cuidador). Necesidad de apoyo extenso para su autonomía.
- ✓ Dependencia moderada: Necesidad de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día. Requiere apoyo intermitente de otra persona (cuidador). Necesidad de apoyo limitado para su autonomía.
- ✓ Sin dependencia: Capacidad de control y toma de decisión sobre modo de vida y preferencias. Desarrolla actividades básicas vida diaria.

El ámbito protector del sistema de dependencia opera en la atención basada en la necesidad (O'shea, 2003) y como mecanismo de automaticidad. Una vez reconocido un grado protegible procede la elaboración de un programa individual de atención (PIA),

⁹ En España se regula en la ley 39/06, Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia de 14 de diciembre de 2006 (BOE del 15).

¹⁰ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE del 18) suple al anterior fijado en Real Decreto 504/2007, de 20 de abril (BOE del 21), establece dos modalidades. Un baremo general de valoración de la dependencia (BVD) y otro específico para menores de 3 años.

adaptado a la situación del dependiente y bajo el prisma de la atención integral y preferencia domiciliaria (O'shea, 2003). El resultado se obtiene aplicando el contenido del catálogo de servicios o, en su caso, las prestaciones económicas.

Al igual que la discapacidad, la dependencia es cuestión de edad y género (Rodríguez, 2002). La mayor parte de las personas en situación de dependencia son longevas (elevada presencia del colectivo de 80 y más) y con prevalencia femenina, con origen en problemas de salud (Comas, 2005).

El perfil del beneficiario en situación de dependencia puede analizarse ajustado a grupos de edad significativos y género (tabla 9). De acuerdo con la información expuesta por el IMSERSO a 31/05/2016 hay en España 817.479 personas que en la actualidad reciben beneficios del sistema. Casi tres de cada cuatro son mayores de 65 años (71,83%) y más de la mitad de los beneficiarios se encuentran en fase avanzada de edad (mayores de 80 años). Finalmente, dos de cada tres personas son mujeres (65,78%), con la peculiaridad que los varones son protagonistas hasta cumplir los 65 años (45,86% varones/18,97% mujeres). A partir de los 65 años, la secuencia se invierte y la presencia femenina es superior en el tramo (81,03% mujeres y 54,14% varones).

Ha quedado constatada la vinculación de la longevidad y feminidad con la situación de dependencia y, por tanto, con la necesidad de cuidados. Una vez determinadas las personas que son susceptibles de recibir atención o cuidados, mayores en situación de dependencia y/o discapacidad, se debe avanzar en la determinación del sistema o modelo de atención. Es la hora del debate entre la formalidad y profesionalidad / informalidad o familiaridad en los cuidados.

II.3. CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PROFESIONALES (FORMALES) / FAMILIARES (INFORMALES): MODELOS

Dependencia y cuidados son conceptos relacionados debido a que la necesidad derivada de déficits vitales exige la contrapartida de la atención. Dependiente y cuidador generan una relación de simetría y de confianza, favorecedora de intimidad (Rogeró, 2010). El segundo atiende al primero por relaciones afectivas o mercantiles y el primero recibe los cuidados porque alguien de su entorno se preocupa, o una entidad (pública o privada) se obliga a la prestación. Algunos autores prefieren hablar de interdependencia, dado el vínculo (Fine y Glendinning, 2005).

Los cuidados a los que se refiere esta tesis doctoral se caracterizan por dos aspectos básicos. Por una parte, son atenciones permanentes (Ruiz y Moya, 2012), duraderas y de elevada intensidad, derivadas de un estado de necesidad (Del Pozo y Escribano, 2012); por otra, requieren el apoyo de una tercera persona (cuidador) para su realización (familiar o profesional). La permanencia y duración se vinculan con el carácter irreversible de las limitaciones, así como por la mejora en los niveles de longevidad, donde la intensidad se relaciona con la mayor severidad en las limitaciones. El papel del cuidador debe ceñirse tanto a valorar la atención como a determinar su modalidad de satisfacción (Crespo y López, 2007), en correspondencia con el proceso preparación / actuación y finalización (Crespo y López, 2007). Determinada la necesidad se fija el servicio / prestación (López-Cassasnovas, 2011a).

Definir el concepto “cuidados”¹¹ puede realizarse perfilando el alcance de su contenido, al distinguir las actividades básicas (Rogeró, 2009) de la vida diaria (cuidados personales, apoyos a la comunicación o los desplazamientos), frente a las que son instrumentales (limpieza del hogar, preparación alimentos o realización de gestiones externas). Otra fórmula se sitúa en la perspectiva de quién efectivamente realiza los cuidados, la familia, profesionales o una mezcla de ambos.

La modalidad de cuidados se rige por circunstancias personales, familiares y de entorno social, donde lo importante es transformar la necesidad en demanda social (Rogeró, 2010) para que exista un mayor margen de maniobrabilidad. Familia, Estado y Mercado son proveedores de cuidadores, con especial importancia de la intervención pública que actúa cuando el mercado se encuentra sometido a fallos en la cobertura de servicios (López, 2011b). El considerar la atención de cuidados como bien preferente forma parte del debate. La libre elección de cómo y quién debe cuidar se encuentra limitada. Las circunstancias económicas, la soledad o la presencia de familiares, la implantación de un sistema público, el porcentaje de gastos sociales sobre PIB, la participación en la financiación (copago) son condiciones que pueden influir en la elección.

¿Quién debe cuidar a los mayores cuando se encuentren con limitaciones? En el gráfico 5 se han expuesto los resultados de dos grandes encuestas realizadas en un

¹¹ La Real Academia Española de la Lengua, entre sus acepciones, identifica el concepto con la puesta de diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, vigilar y mirar por la salud. El libro Blanco de la Dependencia menciona el derecho de alimentos entre parientes al referirse a los cuidados, incluyendo en el ámbito protector de este último concepto el sustento, el vestido, la habitación y la asistencia médica.

amplio espacio temporal (1994 / 2009) por parte del CIS, apreciándose que los cambios generados en el modelo familiar fomentan la atención pensando más en el cónyuge que en los hijos, a la par que una mayor confianza hacia los servicios profesionales, con una ligera tendencia dirigida a los servicios sociales públicos frente a los privados.

Antes de exponer los modelos de cuidados, es preciso analizar el cambio que se está produciendo en el modelo familiar en occidente y, en España en particular (Ruiz y Moya, 2012), modificación fundamental en el momento de afrontar las diferentes modalidades de cuidados, terreno abonado a una mayor demanda de la atención profesional (Del Pozo, Escribano y Moya, 2011).

La familia extensa tradicional, constituida por el matrimonio y un número elevado de hijos, ha sufrido un cambio estructural (Del Pozo *et al.*, 2011), donde la tasa de fecundidad (García, Jiménez, Oliva y Vilaplana, 2011a) ha disminuido a niveles que no garantizan la reposición. La estabilidad propia de la indivisibilidad de la relación matrimonial tradicional desaparece con el reconocimiento del divorcio, separación o la posibilidad de sucesivos matrimonios. Se introducen novedades legales como el reconocimiento de las relaciones de pareja de hecho y el matrimonio entre personas del mismo sexo. Cada vez es más frecuente el modelo de familia monoparental y la disminución del tamaño del hogar (Del Pozo *et al.*, 2011). La posición de los hijos se ha visto afectada por una permanencia en el domicilio de los padres, prolongándose en el tiempo y complicándose ante la dificultad de conseguir trabajo o asumir una vida independiente, en especial en épocas de crisis. Estas modificaciones pueden provocar cambios en la estabilidad familiar (López *et al.*, 2009) ya que son más los mayores para cuidar y menos los familiares para atender (Rodríguez, P., 2006a).

El papel de la mujer (Vilaplana, 2009) tanto en la sociedad (incorporación al mundo laboral), como en la familia (nuevo reparto de tareas domésticas) ha sufrido una importante mutación cualitativa. Esta visión se relaciona con un visión moderna y democrática en el reparto de roles (Bazo y Ancizu, 2004), así como en la superación de trabas en el acceso al mercado laboral (García *et al.*, 2011a), en una situación propia de una sociedad industrial (Bazo y Ancizu, 2004).

Con el desarrollo del sistema de comunicaciones y de las nuevas tecnologías, el factor trabajo se ha transformado en un bien dotado de movilidad, donde los desplazamientos geográficos con motivo de nueva actividad son muy frecuentes y suponen la ruptura presencial con los progenitores. En relación con esta idea, los

procesos migratorios desde el mundo rural al urbano y los de naturaleza internacional (Del Pozo *et al.*, 2012).

La democratización de las relaciones intergeneracionales ha favorecido la pérdida de confianza en su solidaridad, con un avance dirigido a la mayor implicación de las políticas públicas (Rodríguez, P., 2006a) ante el menor compromiso en los cuidados de la familia (López y del Pozo, 2010).

Siguiendo la tabla 10, la distinción entre cuidados profesionales (formales) y no profesionales o familiares (no formales) se fundamenta, en mayor medida, por la diferente persona o entidad que realiza la atención y, en menor, por la intensidad de la severidad de las limitaciones padecidas. La experiencia demuestra cómo surgen diferencias vinculadas con la persona prestadora del servicio, referidas al lugar donde efectivamente se realizan, quién es el prestador de los cuidados, la contraprestación que recibe a cambio, horario de atención, formación académica del cuidador, la intensidad en la situación de discapacidad o dependencia y la singularidad o generalidad de los cuidados. En a tabla 10 se exponen las diferencias entre los dos modelos asistenciales.

Aunque pueden ser efectuados de manera exclusiva, cada vez es más frecuente la utilización mixta. Así, los cuidados familiares se combinan con el servicio de ayuda a domicilio, centro de día y teleasistencia, en un campo de posibilidades variadas.

Tabla 10. Modalidades de atención en función de quién presta el servicio

Atención prestada	No profesional	Profesional
Lugar	Domicilio	Domicilio / Centro Social
¿Quién?	Generalmente familia / En ocasiones entorno	Entidad pública, organización privada (con o sin ánimo lucro) o profesional autónomo
Recompensa	Afectiva (basada en la voluntariedad)	Económica ¹²
Horario	Sin definir (en función circunstancias)	Preestablecido
Formación del cuidador	No exigible	Exigible (requisitos mínimos)
Situación dependencia / discapacidad de la persona atendida	Menor severidad (no necesidad conocimientos técnicos)	Ante la mayor severidad se suele recurrir a cuidados formales
Cuidados	Genéricos	Especializados

Elaboración propia

¹² En el supuesto de ONGs se puede exigir o no participación en el coste, en función de si el programa está respaldado por subvención o no, así como las condiciones de ésta.

La condición principal para caracterizar un servicio como no profesional radica en la prestación por parte de un familiar o persona del entorno. La atención se basa en la voluntariedad o gratuidad (García *et al.*, 2011a), se desenvuelve en el domicilio de la persona cuidada o en el del cuidador, sin sometimiento a horario y donde no es exigible formación académica para ejercer la atención. El cuidador informal asume la atención hasta el límite en el que la severidad le supera y recurre a los cuidados formales (Rogeró, 2009). Del concepto de cuidado informal debe excluirse la relación laboral de servicio doméstico, dada la vinculación contractual (Rodríguez, P., 2006a).

Siguiendo los estudios del CIS 2117/1994 y del IMSERSO (2005), el perfil predominante del cuidador familiar en España se corresponde con una persona del sexo femenino, de una edad media de 52/53 años, con estudios primarios o secundarios, casada y sin ocupación laboral, hija de la persona atendida, con la que convive de manera permanente. Su salud suele ser buena o muy buena, siendo los cuidados permanentes y realizados en exclusividad, sin percibir ninguna compensación material a cambio. La intensidad de la dedicación es muy alta (más de cinco horas diarias).

Las atenciones familiares han constituido la regla general en la atención de cuidados de larga duración en España, donde ha influido la ausencia de centros y servicios, salvo la tradicional residencia. En denominación de Rodríguez y Sancho (1995), es la atención invisible. Con el transcurso del tiempo, la sociedad española ha ido cambiando y la oferta de servicios profesionales ha mejorado notablemente, con alta calidad asistencial, donde la innovación y la creatividad han aportado nuevas respuestas (teleasistencia o centros de día). Sin cuidados familiares no se podría garantizar la atención de la totalidad de cuidados (Rodríguez, P., 2006a).

La opinión pública, tal como se demuestra en la tabla 11, está modificando sus preferencias. En la Encuesta sobre Personas Mayores IMSERSO 2010 se ha sometido a consulta la visión acerca de la preferencia de los mayores sobre los cuidados familiares, cuestión también planteada en 1993. En aquella fecha la preferencia era de un 79,5% respecto de los cuidados familiares, habiendo descendido en 2010 al 63,5%. A pesar de ser los cuidados familiares la opción mayoritaria, ha disminuido 16 puntos porcentuales en 17 años, coincidiendo esta tendencia con el desarrollo del Estado del Bienestar y la aprobación de la LAPAD.

Se han efectuado diferentes estudios sociológicos en un marco temporal amplio. Así, el Estudio CIS 2117 de 1994, la Encuesta de apoyo informal a los mayores en España IMSERSO 2004 y la EDAD de 2008, donde se plantea el número de hogares

donde residen cuidadores no profesionales así como las personas que son atendidas en el ámbito familiar (tabla 12). En torno a un millón y medio de personas mayores en España reciben cuidados familiares o informales, atendiendo al 17% de la población mayor de 65 años. Las estimaciones indican que el 83% de la totalidad de cuidados son prestados por familias (Rogeró, 2009), posiblemente ante la tradición social y las menores oportunidades laborales (Bazo y Anzizu, 2004). Otras fuentes precisan que más del 80% de los supuestos de atención es informal (Ruiz y Moya, 2012).

Tabla 13. Catálogo de servicios sociales profesionales para personas mayores

Servicio	Lugar desarrollo	Características fundamentales
Atención residencial	Centro profesionalizado	Atención integral y continuada / personal y sanitaria
Centro día / noche	Centro profesionalizado	Atención integral durante parte jornada: promover autonomía y respiro cuidadores
Ayuda a domicilio (SAD)	Domicilio	Cuidados personales / necesidad hogar
Teleasistencia (TAD)	Domicilio	Servicio de respuesta inmediata ante emergencias
Servicios de prevención y promoción autonomía	Centros Servicios Sociales / Salud	Evitar aparición o agravamiento de la discapacidad y secuelas

Elaboración propia en base artículo 15.1 LAPAD

Los cuidados formales o profesionales, por oposición, se fundamentan en la atención mediante servicios prestados por las Administraciones Públicas, empresas privadas o profesionales autónomos, compensados por medio de contraprestación económica libre (mercado) o participación coste del servicio (público) a cambio de los servicios realizados. En los últimos años cada vez es más tangible la presencia del Tercer Sector, las ONGs, no sometidas a las reglas del mercado por no poder obtener beneficios económicos y, por lo general, al ejecutar programas subvencionados no suelen exigir cantidad a cambio, salvo importes en concepto de participación en el coste. Los cuidados formales se prestan en horario predeterminado¹³. Los servicios profesionales están sometidos a reglas estrictas de titulación académica exigidas en el marco de la acreditación de cada servicio o centro. El lugar de prestación puede ser el domicilio del interesado (ayuda a domicilio o teleasistencia) o un centro de atención social (residencia o centro de día /noche). Finalmente, cuando es elevada la severidad de las limitaciones se suele recurrir a la atención profesionalizada.

¹³ A modo de ejemplo, el Centro de Día suele operar entre las 08:00 y las 18:00. Un servicio de ayuda a domicilio suele incluir un número concreto de horas mensuales de cuidados y atención de hogar (el Grado III de dependencia en la actualidad disfruta de hasta 70 horas/mes).

El catálogo de servicios aglutina el conjunto de actuaciones profesionales ofrecidas en función de cada situación. El instrumento racional que asigna el servicio correspondiente debe ser el programa individual de atención (PIA), elaborado por un profesional, tomando en consideración las circunstancias de la persona mayor, su entorno y los recursos disponibles (Ayuso, del Pozo y Escribano, 2010). Por una parte, efectuando una asignación eficiente, por ser escasa la red de servicios sociales (Rodríguez, 2004); por otra, teniendo en cuenta las limitaciones, una respuesta a la carta, un proceso de humanización (Sancho, Díaz, Castejón y del Barrio, 2007).

La relación de servicios incluidos está sometida a evolución y cambios. Constituye un proceso de adaptación dirigido a la situación de necesidad (centro de noche), donde la tecnología (teleasistencia) tiene cabida. La residencia y el centro de día / noche aportan atención integral socio-sanitaria, la primera a tiempo completo y el segundo con parcialidad. El servicio de ayuda a domicilio y su complemento, la teleasistencia, son instrumentos de apoyo a los cuidados familiares. Los programas de prevención y promoción de la autonomía se dirigen a evitar o reducir las limitaciones.

En la tabla 13 se refieren las diferentes modalidades de cuidados profesionales, separando el lugar de la prestación de cuidados y las principales características que adornan cada figura. De manera general y, en secuencia lógica, el centro residencial debe estar enfocado a beneficiarios con mayor severidad en sus limitaciones, frente a las menores que padecen los usuarios de los programas domiciliarios.

¿En qué medida se posiciona la ciudadanía sobre el conocimiento de los recursos sociales profesionales? Se ha sometido a opinión ciudadana el conocimiento, así como la notoriedad de las principales modalidades de atención profesional dirigidas a personas mayores (Estudios CIS 2117/1994 y 2801/2009). El centro residencial es la alternativa más conocida y demandada (junto a los lugares de ocio y tiempo libre), seguida de la ayuda a domicilio y centro de día. En menor medida, la teleasistencia.

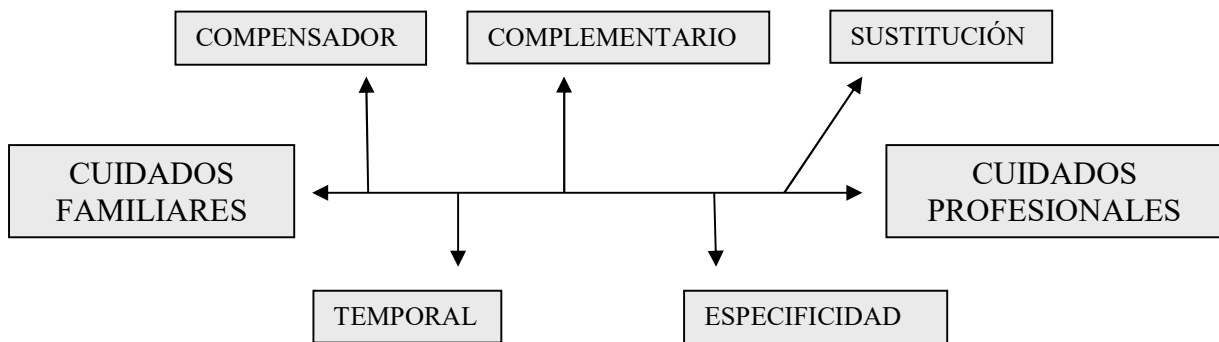
Los servicios profesionales tienen carácter minoritario frente a la protección familiar, aunque con el devenir temporal cada vez son más demandados, en paralelismo con el menor compromiso del cuidador tradicional (López y Del Pozo, 2010). Una apuesta por los servicios sociales profesionales potenciaría la autonomía de las personas dependientes, así como una importante contribución dirigida a superar los estereotipos de cuidados femeninos (Rodríguez, P., 2006b).

La respuesta ante la oferta de recursos profesionales (tabla 14) está orientada al recurso más tradicional, el ingreso en centro residencial, con una cobertura del 4,66%

de la totalidad de la población mayor. La principal alternativa al ingreso residencial, el servicio de ayuda a domicilio ha mejorado sus perspectivas (4,65%) y casi alcanza sus porcentajes. El Centro de día no ha adquirido aún la dimensión de los anteriores, pero es un recurso social cada vez más utilizado (1,07%). Finalmente, el servicio de teleasistencia domiciliaria, fiel al lema de conjuntar tecnología y atención social en el domicilio, ocupa la posición más alta entre los servicios profesionales (8,42%). La limitación a la que está sometido es su carácter complementario respecto de los anteriores (SAD y centro de día).

A continuación se refleja la clasificación elaborada por García *et al.*, 2011a), con el añadido del modelo que Rogero (2009) denomina suplementario (temporal en la figura). Son tipologías ubicadas entre los dos modelos teóricos puros donde, tomando como punto de partida la atención informal, se realizan adaptaciones tendentes a la formal¹⁴.

Figura 2 Modelos informales / formales de cuidados.



Elaboración propia

El modelo compensador establece un orden de preferencia (cuidados familiares como primera opción y en última, agotados los anteriores, los formales). Algunos autores utilizan la denominación de compensador jerárquico (Rogero, 2009). El modelo temporal, donde el formal sustituye al informal (principal) en determinados momentos (por ejemplo, vacaciones). En el complementario, el cuidador familiar utiliza los sistemas de respiro al sentirse superado por la dificultad, combinando ambos modelos puros. El modelo especificidad de tareas se puede solapar con el complementario

¹⁴ Es interesante reflejar la clasificación de cuidados efectuada por Martínez Buján, R. (2014:112-116) distinguiendo seis modelos (familista absoluto, familista doméstico no subvencionado, familista subvencionado, doméstico subvencionado, profesional y opcional) de atención en las diferentes Comunidades Autónomas españolas, en función de la presencia de cuidados familiares (prestaciones económicas) / servicios sociales.

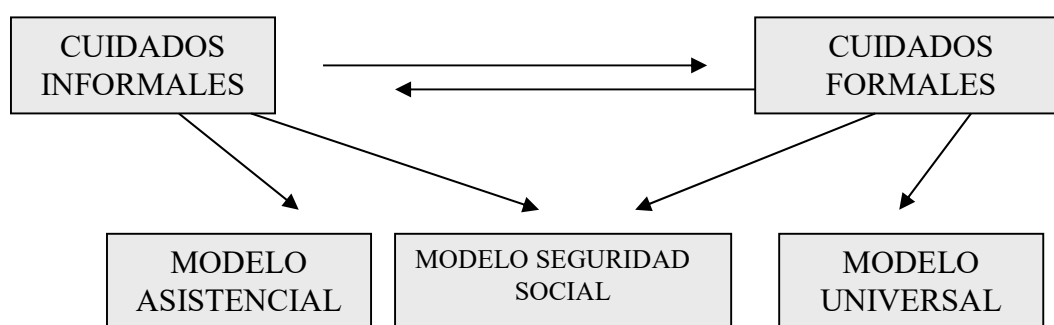
(Rogerero, 2009), surge ante la dificultad de la tarea, no de la intencionalidad del cuidador (García *et al.*, 2011a). Finalmente, el modelo de sustitución prospera con el incremento de la oferta de servicios, al suplirse progresivamente actuaciones familiares.

Hay división sobre la posición española en el modelo teórico. Por un lado, identificando la similitud con el modelo compensador jerárquico (Rogerero, 2009); por otro, predominando el complementario / especificidad de tareas (García *et al.*, 2011a).

Con un cierto paralelismo con la clasificación anterior se distinguen en el Libro Blanco de la Dependencia (2004) tres modelos ideales de protección frente a los cuidados de larga duración, representativos de áreas geográficas en las que predominan: el universal, el sistema de seguridad social y el asistencial.

El modelo universal (socialdemócrata), propio de los países nórdicos, se define por una amplia presencia de recursos sociales profesionales, escasa de cuidados familiares y basarse en un derecho de ciudadanía. Se financia mediante impuestos y la participación en el coste de los servicios en función de las rentas. Existe una tendencia dirigida a la municipalización y progresiva privatización en la provisión. El coste de financiación es elevado (sobre el 3% del PIB). La mujer está presente con alta intensidad en el mercado de trabajo (García, Jiménez y Vilaplana, 2011b).

Figura 3: Modelos de protección cuidados larga duración.



Elaboración propia

El modelo denominado asistencial, conocido como “mediterráneo”, identificado con el sur de Europa, se basa en el protagonismo de la familia como soporte de la atención de mayores, con escasa presencia de recursos profesionales, aunque con una tendencia a una progresiva demanda de recursos formales y futura universalización. Los cuidados se dirigen con preferencia a personas de rentas bajas¹⁵. Suelen producirse

¹⁵ Las personas de rentas medias tienen dificultad para acceder a los servicios públicos, donde prima la carencia de recursos en su concesión, así como a los privados por falta de suficiencia en su acceso (Libro Blanco de la Dependencia, 2004).

desequilibrios territoriales en el interior de cada Estado. La aportación pública en la financiación es mínima (inferior al 1% del PIB). Comparten espacio mayor y persona cuidadora (García *et al.*, 2011b).

Finalmente, el modelo de Seguridad Social (Bismarckiano), corporativista (Sosvilla, 2009) o conservador, afincado en Europa Central, siendo su paradigma Alemania. Al reconocer el derecho subjetivo de protección ante los cuidados de larga duración, se distancia del modelo asistencial. No obstante, permite libertad de elección entre prestaciones económicas (propias del modelo tradicional) y recursos profesionales. Se financian mediante cotizaciones a la Seguridad Social por medio del aseguramiento obligatorio y con la recaudación impositiva. La participación en el PIB es inferior a la del modelo universal y superior al asistencial.

Los tres modelos previstos en el Libro Blanco de la Dependencia se completan con el modelo anglosajón (Rodríguez, G., 2011), también denominado residual (Sosvilla, 2009), aplicado en Reino Unido e Irlanda, vinculado al Estado Liberal, donde el sector privado es el principal proveedor de servicios y el público actúa en defecto del mercado (Sosvilla, 2009). Los ingresos, la riqueza y los planes de pensiones son la fuente de financiación. Finalmente Sosvilla (2009) incluye el modelo post-socialista, donde los países europeos transitan desde la dependencia de la extinta URSS a la economía de mercado e incorporación a la Unión Europea. El sector público cede su posición en favor de la actividad privada y la presencia de ONGs (Sosvilla, 2009).

Desde esta perspectiva internacional ausente de convergencia (Sosvilla, 2009), el sistema español de cuidados de larga duración se encasilla inicialmente en el modelo mediterráneo asistencial. Sin embargo, ante el nuevo diseño familiar y la novedad que implica la aprobación de la LAPAD, se está produciendo un punto de inflexión en dirección a la atención externa (excepcionalidad de las prestaciones económicas de cuidados familiares), así como en evitar que la mujer continúe en su rol tradicional y se frustren las expectativas laborales de la cuidadora y el desarrollo del individuo.

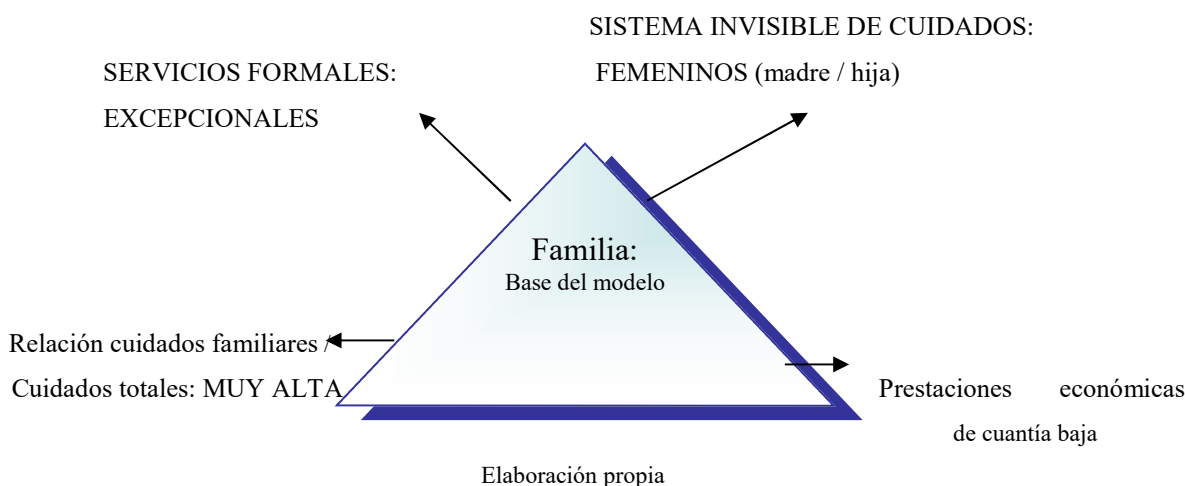
El modelo español antes y después de la aprobación de la LAPAD

Antes de la aprobación de la LAPAD el modelo español estaba incardinado dentro del modelo asistencial o mediterráneo, caracterizado por no existir un derecho de acceso universal, de ciudadanía, que reconociera la situación y protección del beneficiario así como la posición del cuidador. No estaba previsto órgano de valoración de dependencia,

siendo la única posibilidad la baremación de la discapacidad, que tiene en cuenta solamente las limitaciones padecidas (físicas, intelectuales, sensoriales y sociales).

La atención en materia de cuidados es casi exclusiva a cargo de cuidadores familiares (figura 4), con una representación del cuidado informal respecto del total muy alta, donde los cuidados se escriben en femenino por ser habitualmente la madre o la hija la persona que se encarga de la atención. La ausencia formativa y la falta de tratamiento fiscal favorable obligan a que el cuidador reivindique el protagonismo que se merece y no seguir oculto (atención “invisible”), especialmente en los supuestos de pérdida de cotizaciones laborales como consecuencia de la rescisión de la relación laboral al comenzar la nueva etapa de cuidados¹⁶. El apoyo al cuidador familiar se realiza preferentemente con la participación de personas del entorno o recurriendo a servicios domésticos no regularizados.

Figura 4: Figura modelo español de cuidados larga duración antes de la aprobación de la LAPAD



Esta etapa previa se caracteriza por una mínima provisión de recursos formales debido a que la oferta de servicios se encuentra insuficientemente desarrollada, donde destaca la mayor dotación de plazas residenciales frente a los programas domiciliarios o de respiro en fase inicial o emergente, la escasa intensidad horaria en los programas del servicio de ayuda a domicilio (SAD) y teleasistencia (TAD), junto con una mínima inversión en centros de estancias diurnas. Los centros asistenciales no se encuentran normalizados en función de unos parámetros homogéneos de calidad, generándose un sistema territorial heterogéneo entre las CC. AA, sin prestar excesiva atención a la

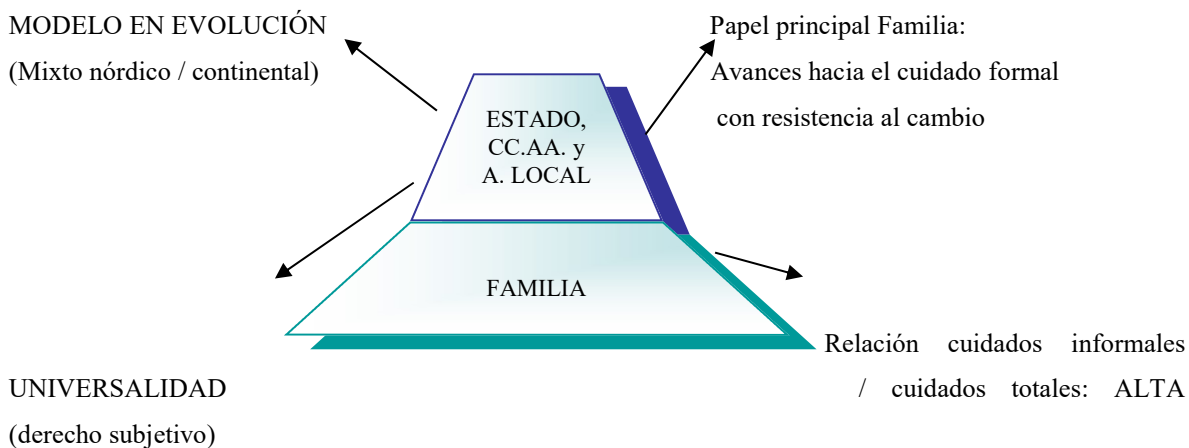
¹⁶ La ley 39/99, de conciliación de la vida familiar y el trabajo, establece la posibilidad de reducción de jornada y excedencia sometida a límites temporales (un año), sin contraprestación económica.

formación y cualificación profesional de los trabajadores. El mercado privado se encuentra en fase inicial y el movimiento asociativo comienza a adquirir protagonismo.

La participación del gasto en cuidados de larga duración destinados a personas mayores es del 0,36% del PIB (2005), una mínima presencia en el marco económico estatal, con un sistema de copago de naturaleza horizontal que no tiene en cuenta el factor de progresividad económico. La cobertura ante la necesidad se realiza con prestaciones económicas, de cuantía limitada, especialmente no contributivas.

Tras el encargo de elaborar un documento de análisis y propuestas formulado por el Gobierno de la nación, se aprueba el Libro Blanco de la Dependencia en diciembre de 2004. Este documento sirve de referencia en la redacción del proyecto de LAPAD, posteriormente enriquecido en la tramitación parlamentaria y fruto de una amplia mayoría ante el consenso de las dos principales fuerzas parlamentarias. La ley 39/06 se publica el 15 de diciembre y comienza su andadura. Ante todo, el nuevo texto innova y regula el reconocimiento de la situación de dependencia y la protección de la persona dependiente, teniendo en cuenta el papel que desempeña el cuidador familiar. Configura un modelo teórico que aproxima nuestro modelo al entorno europeo. La transición y alcance de logros no tienen fácil itinerario.

Figura 5: Figura modelo español de cuidados larga duración tras la aprobación de la LAPAD



Elaboración propia

En la figura 5 se representan los principales logros y objetivos de la LAPAD, así como las limitaciones derivadas de su puesta en práctica. Se pretende un tránsito desde el modelo asistencial a otro más próximo al nórdico y continental. Para ello intervienen cuatro protagonistas: Estado, familia, movimiento asociativo (tercer sector) y mercado (Marbán y Rodríguez, 2013), representación de la dualidad atención formal frente a la

informal, con un importante campo de actuación para la iniciativa pública y privada, así como de acción del movimiento asociativo en favor de personas en riesgo de exclusión social (Rodríguez, 2015). Un proceso sin retorno en palabras de Sosvilla (2011), un sistema que refuerza el anterior, dotando al mismo de exigibilidad jurídica (Alonso, 2011).

López (2011b) resume el contenido de la LAPAD precisando los tres elementos básicos para su definición, universalismo, trato preferencial para las servicios y la aspiración de conseguir homogeneidad territorial. Otra opinión muy interesante es la de Montserrat (2006), al indicar que el tránsito desde un sistema asistencial a otro universal conlleva un incremento de la capacidad financiera futura, un esfuerzo que garantice mayor amplitud de servicios. Finalmente, reflejar que López y Faner (2011) entienden la necesidad en el nuevo texto legal de la intervención pública ante los fallos del mercado en aras de una mayor redistribución y equidad intrageneracional. El objetivo de creación de empleo y crecimiento económico forman parte de los objetivos de la norma (Martínez, 2011).

El objetivo del legislador, bajo unos requisitos mínimos (situación dependencia en grados protegibles, residencia en territorio español durante 5 años, de los que 2 deberán ser inmediatamente anteriores a la solicitud), es el establecimiento de una cobertura universal en plena igualdad de condiciones con independencia del lugar donde resida. El reconocimiento de la situación de dependencia es expreso, dirigido a la conquista de la promoción de la autonomía de la persona en su entorno habitual (el domicilio) y a la dotación de un sistema de recursos sociales que facilite una vida digna personal, familiar y comunitaria. Se pretende establecer un marco estable de recursos, con financiación con cargo a impuestos en el marco de los presupuestos del Estado, CC. AA y participación de la Administración Local (nivel mínimo estatal, acordado con las CC.AA. y un tercer nivel, el adicional, propio de cada autonomía).

Se establece un baremo nacional (Real Decreto 174/2011¹⁷) y se reconoce la institución del cuidador no profesional, estableciendo un entramado de posibilidades que dignifiquen su labor (prestaciones económicas para cuidados del entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, la prestación económica de asistente personal, el alta en Seguridad Social vía convenio en el Régimen General, sistema de programas de

¹⁷ Sustituye al inicial, fijado en Real Decreto 504/2007.

respiro personal o la planificación formativa, instrumento destinado a la mejora en la calidad de su atención, así como al apoyo de su situación personal).

El sistema pretende escorarse hacia la profesionalidad y el desarrollo de los servicios en detrimento de la prestación económica para cuidados no profesionales (excepcional), en línea con la aplicación del sistema nórdico, estableciendo un instrumento de racionalidad, el PIA. Para su elaboración se parte de la existencia del catálogo de servicios, conjunto de recursos formales a disposición del usuario. Se debe ofrecer el trámite de audiencia al beneficiario y/o su familia (representante), así como seguir la secuencia lógica: apreciar la necesidad de la atención y posteriormente fijar los servicios y, en su caso, la prestación (López, 2011b).

La orientación dirigida a la profesionalización y la creación de un sistema de centros / servicios (públicos y privados) bajo actuación coordinada, implica un compromiso inversor dirigido a una mayor dotación de plazas, con aumento de los gastos en cuidados de larga duración respecto del PIB (1,5% para 2015), un modelo más cercano al entorno europeo. Existe la posibilidad de subvencionar (prestación económica vinculada al servicio) al beneficiario para que acuda al mercado ante la ausencia de un recurso público o privado concertado.

Con la finalidad de homogeneizar parámetros de calidad así como de eficacia, se acuerda fijar criterios para desarrollar un sistema de acreditación territorial de centros y servicios, con vigencia autonómica, regulando condiciones de funcionalidad en los centros y parámetros determinantes (ratios de personal, titulaciones académicas necesarias o certificaciones de profesionalidad). Se pretende el logro de la calidad.

Un aspecto de interés es la fijación de unos criterios mínimos sobre la participación económica del usuario en el coste de los servicios, basados en función de su capacidad económica (ingresos y rentas). Con el copago se pretende contener la utilización innecesaria de servicios así como promover un nivel de concienciación social (Informe Final Grupo Expertos, 2009).

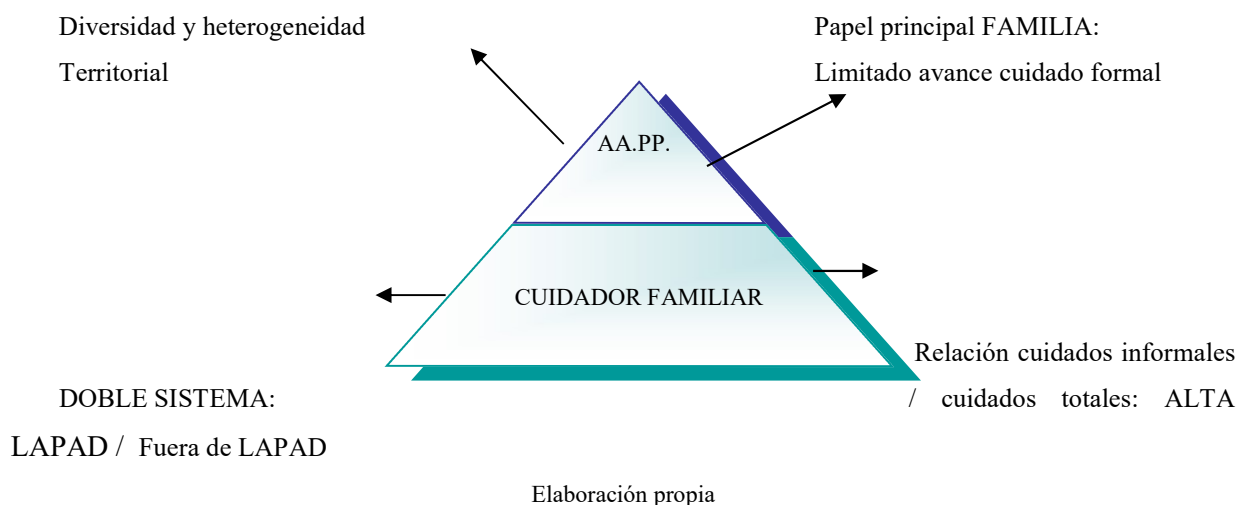
La modificación de un sistema basado en cuidados familiares por otro donde se profesionaliza es un importante triunfo en la consideración y desarrollo de la figura del cuidador. Por otro lado, queda potenciado un ingente yacimiento de empleo, generador de riqueza, ámbito donde debe surgir la iniciativa privada en la búsqueda de expectativas de mercado. No cabe duda de la generación de empleo, objetivo importante en la LAPAD, contribuye a la creación de 263.000 puestos de trabajo durante el periodo

transitorio (Sosvilla, 2009) y su repercusión en el PIB, desde un 0,33% (2004) a un 1,05% (2010) (Sosvilla, 2009).

Una vez puesta en marcha la LAPAD y, transcurrido un periodo de vigencia, se aprecian problemas y limitaciones. En este sentido, debe destacarse el informe del Grupo de Expertos (para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/06), creado por el Gobierno de la Nación a instancias del Congreso (16/10/2008), analizando el sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia desde su constitución.

Se genera un doble sistema protector en los cuidados de las personas mayores. Uno derivado de la inclusión en el marco de la LAPAD, que tiene la consideración de preferente por derivarse del reconocimiento de un derecho subjetivo o de ciudadanía. Otro nacido con anterioridad a la LAPAD, que se mantiene como preexistente, y actúa en modo paralelo, aunque minorado por el trasvase de usuarios al nuevo modelo, a la par que recupera beneficiarios con nuevas incorporaciones derivadas de su exclusión de la LAPAD. No obstante, aún permaneciendo fuera del sistema de dependencia, se produce una aproximación en la aplicación de su normativa.

Figura 6: Figura modelo español de cuidados larga duración tras la LAPAD



A pesar de los esfuerzos, continúa la diversidad y heterogeneidad autonómica (Martínez, R., 2014), donde los expedientes se resuelven en unas CC. AA. antes que en otras, se asignan programas diferentes, con distinto sistema de incompatibilidades. El cuidador familiar es la fórmula de provisión de servicios, donde la relación de los cuidados informales sobre la totalidad de los cuidados continúa siendo alta. La principal muestra es el desarrollo que ha adquirido la prestación económica para cuidados del entorno familiar y apoyo al cuidador no profesional, en origen excepcional. Como

consecuencia, desencanto en el sector empresarial por no encontrar el desarrollo mercantil previsto originariamente.

En la realidad ha sido la prestación económica para cuidados la más reconocida (Martínez, R., 2014) debido a cierta resistencia por la familia a utilizar recursos externos y al ingreso familiar que supone, evitando el impacto negativo que pueda tener el copago ante la utilización de un recurso formal. En este sentido, destacar la incidencia de la fase de recesión en el ciclo económico a partir del año 2007, que opera facilitando el éxito de la prestación económica (Del Pozo y Escribano, 2012), así como el coste menor de la prestación de cuidados familiares frente al gasto que pueda suponer cualquier otro recurso formal de los considerados básicos.

Entre las críticas derivadas de la implantación, la principal es la falta de centros y servicios, dificultando su creación la ausencia de crédito para invertir. Se duda de la plena cualificación del personal (Sosvilla, 2009) y los sistemas de incompatibilidad privan a los beneficiarios de la posibilidad de utilizar servicios que deberían ser simultáneos (por ejemplo, centro de día y SAD). La limitada capacidad de elección que tiene el usuario se expone en el Informe Final del Grupo de Expertos (2009), al indicar que es difícil la libertad de decisión cuando los recursos son limitados y la prestación económica de cuidados es de naturaleza excepcional. Sosvilla (2011) entiende que sería interesante permitir la capacidad de elección hasta que se encuentren los centros y servicios más desarrollados.

Se plantean problemas de suficiencia financiera, siendo visibles tras la publicación del Real Decreto Ley 20/2012, donde el Ejecutivo revisa el contenido de actuaciones básicas. Así, la minoración de los importes de las prestaciones económicas para cuidados del entorno familiar, la supresión del abono a cargo del Estado de las cotizaciones de Seguridad Social (Régimen General) de los cuidadores familiares (en los supuestos tasados en que proceda), a partir de ese momento con carácter voluntario y sufragado con cargo al patrimonio del cuidador familiar, la minoración del número de horas fijadas en la horquilla del servicio de ayuda a domicilio o el aplazamiento de la entrada en vigor del grado I hasta 01/07/2015.

Surgen dudas acerca de la pretendida coordinación social y sanitaria (López, 2011a), la participación económica en el coste de los centros y los servicios es un lastre para numerosas familias, supervivientes de las prestaciones e ingresos de los mayores. No ha tenido el desarrollo deseado la protección fiscal al cuidador, ni tampoco facilidades para conciliar la vida familiar de cuidados y la laboral (Escuredo, 2007) y

los servicios de prevención de la dependencia y los de promoción de la autonomía son casi inexistentes (Informe Expertos, 2009). Finalmente, se ha denunciado la existencia de solicitudes “encajonadas” en una doble dimensión. Unas, pendientes de valoración; otras, una vez valoradas, sin asignación de programa. Este modelo en transición, debe asumir la tarea futura de conseguir el consenso entre las fuerza políticas, la suficiencia financiera y la adaptación de la norma a la realidad de nuestra sociedad (León, 2011).

La recesión del ciclo económico ha perjudicado el itinerario de la LAPAD, motivo por el que la atención familiar se mantiene “reconstruyéndose y adaptándose” ante la menor aportación pública (Rodríguez, 2014:316-317), la insuficiencia de la red de servicios, los problemas financieros y la continuidad del cuidado informal (León, 2011). El cambio profundo previsto inicialmente por el legislador ha sufrido limitaciones ante la incidencia de “circunstancias socioeconómicas e institucionales” (Marbán, 2012:394), obligando a un proceso de “refundación de la LAPAD” (Montserrat, 2015:27), con menor reconocimiento de prestaciones para cuidados familiares y mayor acceso al mercado vía protección vinculada al servicio.

II.4. CONSIDERACIONES SOBRE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA MAYORES EN ESPAÑA

La categorización de los servicios profesionales parte de un criterio clasificatorio, el domicilio / residencia, fijándose tres niveles asistenciales.

Tabla 15. Consideración servicios profesionales para personas mayores¹⁸

Modalidad	Criterio inclusión
Centro residencial	Plazas residenciales, estancias temporales en residencias, viviendas mayores, acogimiento familiar y similares
Centro día / noche	Unidades Estancias Diurnas / nocturnas
Ayuda a domicilio (SAD)	Ayuda a domicilio en estricto sentido, comidas, adaptaciones hogar, ayudas técnicas y otros servicios domiciliarios
Teleasistencia (TAD)	Servicio teleasistencia
Promoción autonomía y prevención dependencia	No se incluyen de manera autónoma por entender su presencia en el marco de programas de centros residenciales, de día / noche o de ayuda a domicilio, aunque puedan presentarse de forma independiente. Se encuentran poco desarrollados

Elaboración propia

Por un lado, los vinculados con la prestación de servicios en el hogar de la persona mayor, la ayuda a domicilio y la teleasistencia, propios de un enfoque básico,

¹⁸ No se incluyen los centros de ocio y tiempo libre, al no destinarse a tareas de cuidados.

primario o comunitario. Por otro, la alternativa al domicilio, el centro residencial, dimensión especializada. Finalmente, tránsito entre el domicilio y el centro, las unidades de estancias diurnas / nocturnas. Esta organización del sistema de recursos sociales se vincula con la mayor o menor intensidad en atención (Rodríguez, P., 2006a), desde una modalidad más ligera (domiciliarios), hasta otra más intensa (centro residencial), con la posición intermedia de los programas diurnos / nocturnos.

Envejecer en casa es la preferencia

Las personas prefieren envejecer en el domicilio de toda la vida (Sancho *et al.*, 2007). La evolución temporal acrecienta la intensidad de esta demanda. El CIS ha sometido a consulta la cuestión: ¿dónde prefiere envejecer cuando sea mayor? La respuesta ha sido obtenida en tres encuestas (por orden cronológico, Estudio CIS 2117/1994, Barómetro CIS 2801/2009 y la Encuesta de Personas Mayores del IMSERSO de 2010). Se representan en el gráfico 6. Si en 1994 el 76,4% de la población se manifiesta favorable a la idea de disfrutar de la vejez en casa, en 2010 esta opinión se incrementa en casi once puntos porcentuales (87,3%). En el tránsito, el 83,9% en 2009. En paralelo, descende el deseo por ingresar en un centro residencial con una minoración de 7,5 puntos, desde el 20,2% (1994) hasta el 12,7% de 2010. Es lugar de desarrollo de la personalidad, de encuentro con los sentimientos y los recuerdos, donde se localiza el ocio (Rogero, 2009). Punto de reunión de cuidador informal y persona mayor, donde confluyen el individuo y su entorno.

La intención es permanecer en el hogar, pero con condiciones. Las deficiencias en materia de accesibilidad forman parte del catálogo de reivindicaciones. Existe un deseo de mejorar el espacio, liberarlo de obstáculos, favorecer la movilidad tanto exterior (barriada), como interior (hogar y escaleras del bloque), su adaptación funcional. El diseño inclusivo del hogar y el entorno se convierten en objetivos (Libro Blanco del envejecimiento activo, 2011), abarcando el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. La adaptación de viviendas no sólo facilitará la estancia, sino favorecerá la prevención (Comas, 2005).

Un problema asociado a la permanencia en el domicilio es la seguridad. El 10,2% de los mayores entrevistados (Encuesta Condiciones de Vida del INE, 2012) manifiesta su preocupación por la delincuencia y el vandalismo. En similar medida, siguiendo la

misma muestra, un 11,5% traslada su malestar por los ruidos vecinales o externos. No obstante, un 78,1% no plantea ningún problema.

Por otro lado, debe reflexionarse acerca de la modalidad de tenencia de la vivienda, la titularidad del inmueble. No es lo mismo alcanzar la jubilación con la vivienda hipotecada o en alquiler, que liberada, ya que llegar a ese instante con reducidas retribuciones incrementa la dificultad de asumir los gastos del inmueble. Es lógica la relación directa entre los tenedores de vivienda en propiedad, libre de cargas, con un deseo mayor de residir en la misma y recibir programas domiciliarios (ayuda a domicilio, centro de día y teleasistencia). La vivienda es necesidad básica y, a la vez, síntoma de bienestar social y riqueza (López y Mosterín, 2007).

De la exposición de la tabla 16, obtenida de la explotación del INE sobre la Encuesta de Población Activa del año 2012, se puede concluir que a medida que se progresa en la edad, se incrementa la posibilidad de acceder a la propiedad del inmueble, hasta alcanzar el colectivo de mayores un 90,1%. En paralelo, decrece el arrendamiento privado (desde el 19% en los más jóvenes hasta el 2,8% en los mayores).

Como respuesta, los servicios sociales han tenido que adaptar su creatividad con el fin de complementar los cuidados y plantear alternativas al ingreso residencial. Las políticas públicas en España han mantenido esta premisa, el “envejecer en casa”, y potenciar los recursos sociales domiciliarios desde la puesta en marcha del Plan Gerontológico de 1993 (Sancho *et al.*, 2007). Los programas de ayuda domiciliaria en su doble dimensión, atención personal y servicios de hogar, son la respuesta asistencial ante las necesidades que surgen por envejecer en casa, complementados con la teleasistencia, en tanto que instrumento idóneo ante la soledad. El centro de día es progresivamente más demandado y el centro residencial se mantiene como opción última. No obstante, el ámbito rural manifiesta peculiaridades, promoviendo programas adaptados a su gran dificultad, la dispersión geográfica (Sancho *et al.*, 2007).

Se plantea una triple crítica sobre la permanencia en el domicilio. La primera es la escasez de recursos sociales que potencien los servicios domiciliarios (Sancho *et al.*, 2007), la mínima oferta de vivienda social (Sarasa, 2003) y los déficits / carencias de los inmuebles. El reto del envejecimiento se afronta con la pensión, la vivienda propia y la familia (Alfama, Cruells y Ezquerro, 2014), recursos insuficientes ante la crisis del sistema tradicional de cuidados de larga duración (Carrasco, 2013).

Partiendo del contenido de la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (CIS 2647 / 2006), el perfil del residente mayor en una vivienda dista bastante

de la homogeneidad, caracterizándose por tener habitación propia, sólo/a y/o cónyuge (90,7%), carecer de servicio doméstico (77,6%), con cuarto de aseo con bañera (68,9%), con plato ducha (52,6%), calefacción en toda la vivienda (50,4%), teléfono fijo (91,4%), ausencia de móvil (60,7%), sin conexión a Internet (90,5%) y sin aire acondicionado (77,3%). La vivienda se encuentra relativamente cercana a un supermercado (66,2%), a una zona verde (53,4%) y a un centro de salud (56,7%).

A pesar de las limitaciones que puedan tener las viviendas, debe protegerse el derecho a la autodeterminación, vinculado a la dignidad y consistente en la libre decisión de la persona mayor de elegir domicilio y modalidad de protección social (Comité de Ministros Consejo de Europa, Recomendación nº (98)9).

Disminución continuada en el número de potenciales cuidadores

De la evolución en la distribución de la población en grupos de edad en España, se deduce el descenso en el número de personas potencialmente cuidadores familiares de manera drástica. Lejos de convertirse en un elemento negativo para los cuidados de larga duración, puede transformarse en una circunstancia que facilite una mayor demanda de servicios profesionales, fruto de la situación de necesidad. La problemática se agrava ante la cada vez mayor edad del cuidador y los problemas de salud que van implícitos con su longevidad.

De conformidad con la información del gráfico 7, puede apreciarse que la tasa de dependencia directa, indicador que permite comparar la población con capacidad productiva, respecto de lo que se encuentra en posición laboral pasiva, se ha visto minorada con el devenir temporal. Tal como se define a continuación, ha sufrido un gran descenso en el siglo XX y, especialmente, en los últimos treinta años, donde la previsión futura (año 2020) indica que, por cada mayor de 65 años, únicamente tres personas se situarán en el tramo de posibles productores.

$$TASA DEPENDENCIA DIRECTA = \frac{POBLACIÓN 15 / 64}{POBLACIÓN 64 y MÁS}$$

Siguiendo a Sancho y Rodríguez (2001) resulta más ilustrativo el indicador potencial de personas cuidadoras, discriminando en el numerador la población con mayor probabilidad de atender a mayores, frente a un denominador donde se localice al colectivo con mayor necesidad de cuidados, el grupo de 45/64 años respecto al de 80 y

más. ¿Cuál es el motivo de esta elección? La edad media del cuidador familiar oscila entre 52/53 años, atendiendo preferentemente a mayores de 79 años, colectivo representativo del fenómeno del envejecimiento, personas con mayor probabilidad de dependencia (Sancho y Rodríguez, 2001).

$$\text{INDICADOR POTENCIAL CUIDADOS INFORMALES} = \frac{\text{POBLACIÓN 45 / 64}}{\text{POBLACIÓN 80 y MÁS}}$$

El gráfico 8 es representativo de la evolución de este indicador en los últimos años, con un descenso alarmante en el número de potenciales cuidadores familiares, desde 6,35 (1996) a 4,68 (2014). Ante la menor presencia de personas que prestan atención, la balanza de atención a personas mayores (familia / profesionalidad) debe escorarse en dirección a la opción externa.

Resulta ilustrativo el contenido del mapa 3, donde se refleja la distribución del indicador potencial de familiares cuidadores por CC. AA., destacando varios territorios con proporción superior a la media nacional (4,88 en 2012). Así, Ceuta (9,41), Melilla (8,99), Canarias (7,74), Baleares (6,32), Andalucía (5,96), Murcia (5,82), Madrid (5,53), Valencia (5,36). En el lado contrario, destacan por un mínimo indicador, Castilla y León (3,33), Galicia (3,69), Aragón (3,78), Asturias (3,82) y Castilla la Mancha (4). En un instante procesal posterior se analizará si existe alguna relación (directa o inversa) entre este indicador y el que define la intensidad del desarrollo profesional.

La prestación económica de cuidados familiares.

El sentido del debate prestaciones económicas / servicios profesionales queda definido en la LAPAD de manera concluyente, con un reconocimiento explícito de la atención por medio de servicios. La regulación de la principal prestación económica, la de cuidados familiares, surge vía excepcionalidad y ante supuestos de inexistencia de recurso formal en el catálogo. No sólo se constituye fuera del sistema de Seguridad Social, sino que nace con vocación de limitación.

El artículo 14 de LAPAD establece tres prestaciones económicas. Por un lado, la vinculada al servicio, equiparada a los efectos de este estudio a un servicio profesional, toda vez que se concede ante la ausencia de oferta pública o privada concertada, en un compromiso del legislador con la persona dependiente para favorecer su adquisición en el mercado. Por otro, aunque escasamente desarrollada, la prestación de asistente

personal, facilitadora de la autonomía del individuo, sobre todo en el ámbito formativo y laboral. Finalmente, la prestación para cuidados del entorno familiar, de carácter excepcional. De esas tres modalidades, la primera (vinculada al servicio), dado su matiz finalista, no sólo no perjudica, sino que beneficia la profesionalización. La segunda (asistente personal) presenta connotaciones propias, al manifestarse como un recurso de confianza y cercanía al individuo, aunque con una naturaleza muy precisa, promover la autonomía de la persona dependiente. La prestación para cuidados familiares limita las expectativas de evolución y desarrollo de la profesionalización, de ahí su carácter restringido, dirigida a la atención y en beneficio de la persona en situación de dependencia (no del cuidador). Es la opción que ofrece la ley 39/06 en determinados supuestos frente a los servicios, basándose no en una relación de cuidados de tipología laboral, sino familiar (hasta tercer grado y, en determinados supuestos, persona del entorno). Dada su condición de alternativa al desarrollo profesional, es la modalidad de prestación sobre la que se van centrar las siguientes reflexiones.

Del examen del gráfico 9 se deduce que la prestación para cuidados familiares es la más concedida (36,21% del total de recursos que ofrece la LAPAD), seguida de los servicios formales (15,01%, centro residencial; 14,79%, ayuda a domicilio; 14,05%, teleasistencia y 8,63%, centro de día). Con escasa presencia, los programas de promoción de la autonomía (2,73%) y simbólica la de asistencia personal. La vinculada al servicio adquiere cada vez mayor protagonismo (8,25%).

La principal conclusión que se obtiene es la dificultad a que está sometido el sistema de dependencia, toda vez que la prestación económica para cuidados está teniendo un protagonismo que limita y discute el avance hacia la profesionalización. El principal enemigo del sistema formal se encuentra en casa. Es el triunfo de la excepcionalidad. Tal como indican López y del Pozo (2010), se ha utilizado un fórmula “de apaciguar ánimos con prestaciones dinerarias”, muy lejana de la idea original. El triunfo de la prestación económica es el de un modelo familista absoluto, en palabras de Martínez, R. (2014), condicionado especialmente por la situación generada ante la crisis económica, donde las prestaciones provenientes de las Administraciones Públicas se convierten en esenciales para mantener la renta de la unidad de convivencia (Salido, 2012). No cabe duda, que la situación dentro del ciclo económico ha condicionado el desarrollo de la prestación en tanto que renta subsidiaria (Del Pozo y Escribano, 2012), a la par que se ha generado un menor coste para las organizaciones públicas (Del Pozo y Escribano, 2012).

Por otro lado, tal vez se haya realizado una apuesta por la profesionalización distante de la opinión de los interesados. Así, la Fundación CASER para la dependencia (Flores, 2011), sometió a encuesta la satisfacción sobre los diferentes programas de la LAPAD. La opción más valorada fue la prestación económica para cuidados del entorno familiar (6,97 sobre 10) y, a continuación, por orden de mayor a menor puntuación, residencia (4,96), teleasistencia (4,88), ayudante externo (4,8) y finalmente, el centro día / noche (4,64). En sentido análogo, el Estudio “Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles” (IMSERSO, 2005), el programa con mayor demanda es la prestación económica (salario mensual al cuidador), con una aceptación del 61,7%, indicador que se ha duplicado en el periodo 1994 / 2004. A continuación la ayuda a domicilio (39,1%). Las restantes alternativas a distancia sobre las anteriores.

En el gráfico 10 se refleja, en el ámbito de LAPAD (con inclusión de todos los colectivos), la evolución desde 2009 a 2015 del número de beneficiarios que acceden a prestaciones de cuidadores familiares frente a los destinatarios de servicios formales. Para identificar a los primeros, se ha tenido en cuenta de manera exclusiva a los perceptores de la prestación económica para cuidados familiares; para los segundos, se parte de una noción amplia de servicio profesional que engloba el SAD, la TAD, programas de promoción y prevención, asistente personal, centro de día, residencial y la prestación vinculada al servicio. Hasta los años 2009/2010 se mantiene una posición de equilibrio, actuando el 2011 como fecha de despegue profesional, adoptando las Administraciones Públicas acuerdos¹⁹ y criterios unificadores dirigidos a corregir el camino iniciado en 2007 con motivo de los primeros reconocimientos. Se establecen requisitos que dificultan el acceso a la prestación económica de cuidados (convivencia de cuidador y dependiente o asunción de compromisos de dedicación) y, en definitiva, su generalización. Por último, el Real Decreto Ley 20/2012 (para garantizar la estabilidad presupuestaria y fomento de la competitividad) ha contribuido a reducir la apetencia por la prestación económica, ante la incidencia que han supuesto las medidas recogidas.

La nota común de heterogeneidad y diversidad comunitaria es aplicable al presente supuesto, dado que algunas CC. AA. mantienen posiciones antagónicas, siendo

¹⁹ Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE del 12 de marzo).

muestra en noviembre de 2015, por un lado, Baleares con más de un 67,75% de beneficiarios de prestaciones económicas; por el contrario, Madrid con 21,5%.

El éxito de la prestación económica de cuidadores, lejos de acercar el modelo al sistema universal, mantiene una posición de proximidad al mediterráneo y limita la superación de la visión inmovilista en materia de cuidados por otra más moderna. De igual modo, la excepcionalidad informal pretendida en la norma comienza a cumplirse con retraso, fundamentalmente ante el incremento de programas de bajo coste (número escaso de horas de ayuda a domicilio, teleasistencia y promoción de la autonomía), en lugar de residenciales y centros de día (Montserrat, 2014).

El informe final del Grupo de expertos que evalúa el desarrollo y efectiva aplicación de la LAPAD (septiembre de 2009) aprecia una excesiva utilización de las prestaciones económicas, limitadoras de la generación de empleo (Informe final, 2009). Estiman que favorecen su desarrollo la libertad de elección y la red insuficiente de servicios sociales. Una posición crítica similar es la manifestada por la Fundación Edad y Vida (2009) al no favorecer un sector emergente, donde el elemento competencial generaría un plus de calidad asistencial. Es preciso reflejar que las prestaciones de naturaleza económica no garantizan el destino de los fondos a la finalidad perseguida, motivo adicional para recomendar la atención formal.

El copago de la LAPAD.

El debate acerca de la incidencia de la participación económica (copago) en el coste del servicio ha generado interesantes estudios sobre su incidencia final. Se barajan distintos argumentos de apoyo o crítica en función de la posición del observador. La visión favorable no limita el devenir de los servicios profesionales y, en sentido opuesto, la negativa entiende que restringe su desarrollo.

La participación económica del usuario en el coste del servicio, con origen en su situación de capacidad económica, no tiene efecto redistributivo, primando el recaudatorio (Montserrat y Montejo, 2012), por contribuir a financiar el sistema.

La introducción del copago supone la incorporación de un instrumento racional que favorezca la suficiencia financiera y sostenibilidad del sistema de protección de cuidados, una fuente adicional de obtención de recursos (Vilaplana, 2011). Es interesante aportar la experiencia de la LAPAD, donde inicialmente se estimaba que los

usuarios aportarían la tercera parte de la financiación total, concluyendo con una realidad distinta, al suponer los ingresos entre un 10% y 15% (García, 2012).

PARTICIPACIÓN ECONÓMICA COSTE SERVICIOS

Argumentos a favor

- Racionalidad en el gasto público y mejora de la financiación (sostenibilidad del sistema)
- Conocimiento de los costes y concienciación
- Limitación ante la utilización innecesaria.
- Mejora de la oferta de servicios
- Capacidad de exigencia y mejora calidad
- Desarrollo del principio de justicia social
- Exigencia ante elementos complementarios, no esenciales
- Elemento de modernidad

Posiciones en contra

- Costes de gestión innecesarios
- Carga adicional familias
- Riesgo de desistimiento en épocas de dificultad económica
- Restricciones a determinados colectivos en función de las rentas
- El problema del doble gravamen
- Reducción en la capacidad de elección entre servicios
- Incremento de precios privados
- Diferentes sistemas autonómicos que generan distintas posiciones ante misma capacidad económica
- El problema de la falta de abono y la extinción del servicio

La contribución del beneficiario le proporciona información sobre el coste total del servicio, valorando positivamente lo que recibe por ser más visible (Montserrat, 2011) y consciente del esfuerzo que realiza el sistema público. La gratuidad genera una utilización excesiva, sin complejos, en numerosas ocasiones sin necesidad. Por otro lado, el copago promueve una exigencia en la calidad del servicio por entender que es propia de una contraprestación recíproca, mejorando desde la perspectiva de la oferta con una mayor variedad y diversidad en el catálogo de servicios (Vilaplana, 2011), aunque, en base a este argumento, pueda influir negativamente ante el incremento de precios privados que se generen por una importante demanda en los servicios.

Los distintos modelos de participación en el coste aspiran a establecer principios de justicia social (progresividad y equidad), regulando escalas progresivas donde se fijen mínimos exentos, normalmente en beneficiarios con rentas inferiores al IPREM²⁰ (Montserrat, 2011). En todo caso, para distanciarse del concepto tributario, parecería oportuna la exclusión del copago de aquellos servicios esenciales (por ejemplo, cuidados en centro residencial), haciendo recaer su implantación en los denominados complementarios, como los hoteleros (Informe Final Expertos ley 39/06, 2009). No

²⁰ Indicador público de rentas de efectos múltiples, fijado anualmente en la ley de presupuestos generales del Estado, sirve de referencia en sustitución del salario mínimo interprofesional.

cabe duda, que el abono supone un acercamiento a los sistemas más avanzados de nuestro entorno europeo, tal como pretende la LAPAD.

En los párrafos anteriores se han expuesto los razonamientos que apoyan la tesis de exigencia de la participación económica en el coste del servicio. A continuación, los argumentos contrarios. La determinación, seguimiento, control y reclamación de las cuotas susceptibles de abonar exigen personal administrativo en su actuación, por así requerirlo el principio de gestión administrativa y generar una elevación en los costes (Montserrat, 2011), así como dificultades de operatividad (Montserrat y Montejo, 2012). En épocas de restricciones presupuestarias en materia de recursos humanos, resulta más adecuada la dotación de plantilla en atención directa de cuidados que en la meramente administrativa.

El abono como contraprestación implica una detracción en las rentas familiares, un mayor gasto que limita otras expectativas, adquiriendo especial trascendencia en épocas de dificultad económica donde las familias pueden llegar a desistir de un servicio profesional al no poder afrontar el importe. Para mayor complejidad, dado que la financiación de los programas asistenciales tiene lugar en gran medida con cargo impuestos, se produce una situación de doble gravamen (Montserrat, 2011), la derivada de la imposición de rentas y la que supone la exigencia del copago (*non bis in idem*). De igual forma, la escala de aplicación puede llegar a no ser progresiva, de manera concreta con las personas de renta media-baja (Montserrat y Montejo, 2012), al soportar con mayor intensidad su incidencia frente a otros grupos (renta media-alta).

Otro elemento distorsionador es el derivado de la privación de la capacidad de elegir servicio (Montserrat, 2011) profesional. Así, el SAD implica menor gasto que el del centro de día y, a su vez, éste un desembolso más limitado que el del centro residencial. En el momento culminante de decidir, la participación en el coste económico que resulte, puede condicionar no sólo el disfrute de un servicio profesional, sino también a qué modalidad concreta optar.

Existe un amplio y diverso desarrollo normativo comunitario en el momento de establecer las reglas de cálculo, toda vez que se han producido regulaciones que discrepan en la definición de conceptos esenciales para su fijación (patrimonio, régimen matrimonial, vivienda habitual), de manera que en igualdad de circunstancias de renta, patrimonio y situación familiar se fije una cantidad distinta según el ámbito territorial (Vilaplana, 2011).

Para concluir estas reflexiones acerca de la incidencia negativa del copago, es preciso referirse a la responsabilidad con la que se debe actuar en el instante procesal de falta de ingreso de las cantidades que debieran abonarse. Extinguir un servicio por este motivo, tiene un coste emocional en el trabajo de gestión.

Para determinar la incidencia del copago se van a utilizar como medidas el análisis del precio de cada de servicio y el porcentaje concreto de participación en su coste, exponiéndose en la tabla 17 los referidos a los cuatro servicios, con tres momentos temporales (2001 /2010 y 2012). De la evolución se puede concluir un encarecimiento del SAD (45%), del centro de día (59,68%), así como del residencial (29,51%), a diferencia de la TAD (6,11%), por basar su coste únicamente en tecnología e instalación. La escala del precio de cada servicio guarda correlación con la mayor o menor intensidad de cada uno, destacando el centro residencial (1.363,17 € /mes y 1.566,97 € / mes en 2010 para mayores sin o con situación de dependencia, respectivamente), el menor coste del centro de día (745,16 €/mes), el abaratamiento de la TAD (21,79 €/mes) a medida que el sector privado, principal proveedor, entra en concurrencia competitiva y, finalmente, la asequibilidad del SAD (13,45 €/hora).

El sistema de participación económica de las personas mayores en el disfrute de los servicios es heredero de la tradición asistencial española (con origen en el INSERSO). Antes del desarrollo del proceso de transferencia a las CC. AA., la regla general aplicaba el 75% de las rentas personales para acceder al centro residencial y el 25% al centro de día, donde la atención domiciliaria era próxima a la gratuidad, al igual que la teleasistencia. La experiencia demuestra que la participación en el coste económico del servicio es un hecho asumido en el ingreso residencial y de centro de día / noche, al detraerse recursos de la unidad económica a cambio de recibir cuidados junto a la atención alimenticia y alojamiento, en su caso. Respecto de los servicios domiciliarios, no queda tan clara la voluntad de asumir el copago, en especial cuando en la posición de partida la gratuidad era la norma general. Debe tenerse en cuenta el régimen de gananciales o separación de bienes de la relación conyugal.

Siguiendo el contenido de la tabla 17, el centro residencial consume la mitad de las rentas del beneficiario (48,73% en 2010) y el centro de día en torno a la cuarta parte (28,92% y 27,21% en 2010 y 2012 respectivamente). El SAD y la TAD a medida que transcurre el tiempo se alejan cada vez más de la gratuidad y se sitúan en un marco de corresponsabilidad, donde el copago en el primero era testimonial en 2001 (7,87%) y en la actualidad se ha duplicado (17,7%); la segunda, desde la inexistencia de gasto

personal en su implantación ha pasado a financiar una parte cada vez mayor del coste (14,82% y 27,37% en 2010 y 2012 respectivamente).

La participación económica en el coste del servicio adquiere una nueva dimensión tras la aprobación de la LAPAD, junto a su normativa de desarrollo (Acuerdo de 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial), con finalidad homogeneizadora ante la disparidad autonómica existente. Este pacto fija unas bases armonizadoras con previsión (si así se estima) de aumento libre por cada autonomía, circunstancia que puede dar lugar a cambios de residencia en búsqueda de situación más beneficiosa (Montserrat, 2012).

En las tablas 18 a 23, así como en los gráficos 11 y 12, se exponen los resultados de simulaciones sobre incidencia del copago en servicios profesionales, utilizando las formulaciones previstas en el Acuerdo de 10 de julio de 2012. Con la finalidad de incluir un abanico de posibilidades que englobe el espectro de rentas de las personas mayores, se proponen 6 niveles de capacidad económica, coincidentes con:

- La mitad del IPREM²¹ (266,66 €/mes). - Un IPREM (532,51 €/mes).
- Importe de la pensión media nacional de jubilación (1.005,54 €/mes).
- Doble del IPREM (1.065,2 €/mes) - Triple del IPREM (1.597,53 €/mes).
- Cuádruple del IPREM (2.130,04 €/mes).

Del contenido de la tabla 18, en el centro residencial se aprecia que la progresividad se detiene en el tercer IPREM, dado que a partir de esa capacidad económica queda topada la contribución, donde los titulares de pensión media soportarían más de la mitad del coste del servicio residencial (56,52%). Comparadas estas cantidades con las reflejadas en la tabla 17, donde se citan importes medios de copago para servicios, el exigido para centro residencial en el año 2010 en España (48,73%) es inferior al que resulta de los anteriores cálculos a partir de la pensión media de jubilación nacional. Desde el punto de vista de la equidad, los mayores localizados entre la pensión media y tercer IPREM solamente dispondrían de un 10,02%, 9,5% y 9,86% respectivamente de su capacidad en concepto de dinero de bolsillo y un 19% en el primer IPREM, cuando los del cuarto aumentan sus reservas hasta el 32,40%.

En la tabla 19 la escala para el centro de día es progresiva hasta el cuarto IPREM, momento en el que se aplica el umbral máximo, en una línea constante a partir del primero, ya que hasta ese momento el servicio es gratuito. La formulación propuesta es

²¹ Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

bastante equitativa al exonerar de aportación las rentas bajas, llegando a ser casi proporcional la representación del copago sobre la capacidad del beneficiario en las siguientes medidas (24,1%, 24,99%, 29,99% y 27,46% respecto de la pensión media de jubilación nacional, segundo, tercer y cuarto IPREM respectivamente). Como puede apreciarse, son porcentajes similares a los aplicados hasta la fecha.

Para mayor complejidad, el sistema regulador del SAD determina un doble modelo de cálculo, distinguiendo aquellos supuestos que tienen reconocidas entre 21 / 45 horas (opción A), respecto de los que se sitúan entre 46 / 70 (opción B), no haciendo mención a intensidades horarias fuera de esos límites. En las tablas 20 y 21 se presentan las dos posibles simulaciones (35 y 70 horas / mes). De los resultados se obtiene que la progresividad se detiene en el tercer IPREM para la opción A y en el cuarto en la B, resultando llamativa la exigencia de un mínimo de 20 €, sea cual fuera el nivel de capacidad económica. De igual forma, se aprecia un salto entre el primer y segundo IPREM (desde el 10% al 45,5% en la modalidad A y desde 8,36% al 37,93% en la B), perjudicial para las rentas medias. Las nuevas fórmulas son especialmente gravosas sobre la situación preexistente, al establecerse en 2001 una participación media nacional de 7,87% y en 2010 del 17,7%. De igual modo, debe resaltarse que la modalidad B queda suavizada sobre la A, entendiendo que se pretende equilibrar una menor aportación por hora de servicio ante la mayor intensidad.

Para el servicio de teleasistencia (tabla 22) se ha fijado un sistema cuasi proporcional, donde se exime al usuario con rentas inferiores al primer IPREM, se penaliza hasta la mitad del siguiente con un 50% y, a partir de ese límite, contribuye con el 90% del coste. Son cifras que superan la media nacional de 2010, 14,82% (para diciembre 2011, 27,37%).

En la tabla 23 se exponen los resultados de la aplicación de la prestación vinculada a un servicio residencial (GRADO III), destacando cómo el carácter progresivo queda limitado por la cantidad máxima establecida normativamente para esa modalidad (715,07 €/mes), restringiendo el acceso a las percepciones inferiores al primer IPREM.. Las rentas medias localizadas a partir del segundo IPREM resultan notablemente afectadas (56,52% para la pensión media nacional de jubilación y 60,24% en el segundo IPREM). A partir de ese límite, queda resentida (93,52% para el tercero y sin reconocimiento para el cuarto).

Con las simulaciones se comprueba que en las personas mayores con capacidad económica media / alta (entre segundo y cuarto IPREM, en función de cada servicio), se

sitúa el punto de mayor progresividad, sufriendo la intensidad del copago en mayor medida que las rentas muy altas. Las rentas bajas (igual o inferior al primer IPREM) se benefician de un tratamiento favorable en los servicios de centro de día y teleasistencia, no tanto en el de ayuda a domicilio. Las rentas muy altas, superior al tercer IPREM, contribuirán en proporción similar al escalón anterior, aunque con una menor detracción proporcional de haberes, salvo alguna excepción (centro día y SAD de 45/70).

Un riesgo que se aprecia es la salida del sistema de dependencia mediante la vía del desistimiento y búsqueda de protección al margen de la ley 39/06. Por este motivo se sugiere la posibilidad de modular las fórmulas, siendo la más interesante la que regula el centro de día, por ser progresiva en su desarrollo (las rentas inferiores al IPREM están exentas) y equitativa al no superar en ningún supuesto una detracción de rentas superior al 30%. Se grava hasta el primer IPREM en el SAD y, sin embargo, se declara exento en el centro de día / noche.

Las personas con rentas medias / bajas serán las más perjudicadas con el nuevo modelo de aportación económica (Montserrat y Montejo, 2012), potencial limitador del sector profesional, un importante yacimiento de empleo, generador de riqueza y de promoción del empleo femenino en nuestra sociedad, donde la mujer está sometida a mayor número de dificultades en el acceso al mercado de trabajo (Maestro y Martínez, 2003). En paralelo, ahorro en prestaciones por desempleo, cotizaciones a la Seguridad Social e ingresos vía impositiva (López y del Pozo, 2010). No cabe duda que la nueva propuesta se plantea con un afán recaudatorio que podría llegar hasta el 50% del coste del servicio (Montserrat y Montejo, 2012).

Servicios profesionales y yacimientos de empleo.

El sistema de la LAPAD apuesta por el empleo profesional, por un cambio en el modelo de prestación de servicios, desde el ámbito informal al formal. El objetivo planteado trata conseguir un elevado nivel de generación de empleo profesional (Jiménez y Rodríguez, 2012) y liberar a cuidadores familiares de sus tareas tradicionales. No obstante, la potencialidad se podrá apreciar con el transcurso de los años, en el momento en el que la oferta de servicios profesionales se ajuste a la demanda de atención (Labeaga, 2006). Debe tenerse en cuenta que el impacto de la LAPAD conlleva la ejecución de gastos corrientes y de capital, de iniciativa pública y privada (Hercé, Labeaga, Sosvilla y Ortega, 2006).

A pesar de la situación de crisis económica que azota Europa desde finales del 2007, en paralelo con la pérdida de empleo general y reducción de actividad económica, los servicios sociales profesionales han mantenido hasta el año 2011 una fase de crecimiento laboral, con reducción brusca producida en el 2013. Partiendo de la información suministrada por la Encuesta de Población Activa de la tabla 24, a partir del año 2008 se produce un ascenso continuado en la ocupación de servicios sociales hasta 2011 (desde 338.500 a 471.000). A partir de ese momento, se produce una disminución con cambio de tendencia en 2015 (447.600). ¿Qué circunstancia provoca esta modificación en 2013? No cabe duda que la atención formal está mediatizada por el empleo público y la concertación privada. La incidencia del Real Decreto Ley 20/2012 afecta negativamente, al producirse reajustes en la política de gastos que actúan a modo de punto de inflexión.

Otra perspectiva en el análisis del potencial como yacimiento de empleo de la atención formal es la que permite comparar en un plano relativo la posición de la ocupación en servicios sociales respecto a la totalidad laboral. Sobre el inicial (2008), la representación ha mejorado un 37,55 % hasta el 2012. En este sentido, el porcentaje de personas que realizan trabajos en servicios sociales sobre la totalidad de la economía, no resulta tan afectado por la crisis como el resto de la actividad, toda vez que se mantiene en términos relativos a partir de 2012 por encima del 3% (3,2% en 2012 y 3,1% en 2015), cuando en 2008 representaba un 1,9%. Con esta apreciación se demuestra cómo la actividad de servicios sociales, dominada por la alta densidad ocupacional de los centros residenciales y del SAD²², tras la aplicación de la LAPAD ha mantenido aceptables indicadores de empleo, creciendo desde el año 2008 al 2015 un 32,23%.

Finalmente, es preciso reflexionar acerca de dos aspectos vinculados con la profesionalización de los cuidados. El primero es la enorme incidencia del mercado indirecto de actividad por medio de las empresas suministradoras de alimentos, bienes y servicios (Rodríguez y Jiménez, 2010). El segundo tiene sus raíces en el elevado número de personas mayores de origen comunitario que deciden residir en nuestro país, fenómeno que se ha denominado gerontoinmigración o migración internacional de

²² La incidencia del SAD para una población de 100 personas mayores, aplicando la intensidad media de 19,32 horas mensuales antes reflejada, supone una ocupación de más de doce personas. En un centro residencial con un centenar de residentes, teniendo en cuenta las ratios mínimas que fija el IMSERSO, de acuerdo con la Orden SAS 2287/2010, reguladora de la acreditación de centros en el marco de la LAPAD, necesitaría un plantilla de al menos 45 / 47 trabajadores (en función del destino para personas mayores con dependencia II ó III respectivamente) de los que 27 / 28 deberían ser cuidadores o gerocultores.

jubilados (Grupo Interdisciplinar de Investigación Eur – IN & EN, 2003). Forman parte de un colectivo de personas privilegiadas con recursos económicos y un deseo de fijar destino en España. Es un fenómeno de movilidad europea de jubilados (Durán, 2012).

El mundo de los cuidados familiares se escribe en femenino. ¿Se reproduce la misma situación en los cuidados profesionales? La respuesta la ofrece la Encuesta de Población Activa. El gráfico 13 indica que entre los años 2008 / 2015 la representación laboral femenina en los servicios sociales profesionalizados se sitúa en una horquilla entre 85% y el 87%, cifras que superan las de personas dedicadas a cuidados informales.

Gráfico 13: Porcentaje de feminización laboral



Elaboración propia en base INE Encuesta Población Activa (EPA)

Para valorar esta dimensión en los cuidados, el rol femenino de los servicios sociales duplica su presencia respecto del mundo ocupacional general. A modo de ejemplo, en el año 2011, el 87,66% de los trabajadores dedicados a los cuidados de personas eran mujeres, cuando en el global de la economía sólo participaba el sexo femenino en un 44,66%. Por tanto, los cuidados formales de personas se encuentran muy feminizados (Jiménez y Rodríguez, 2012).

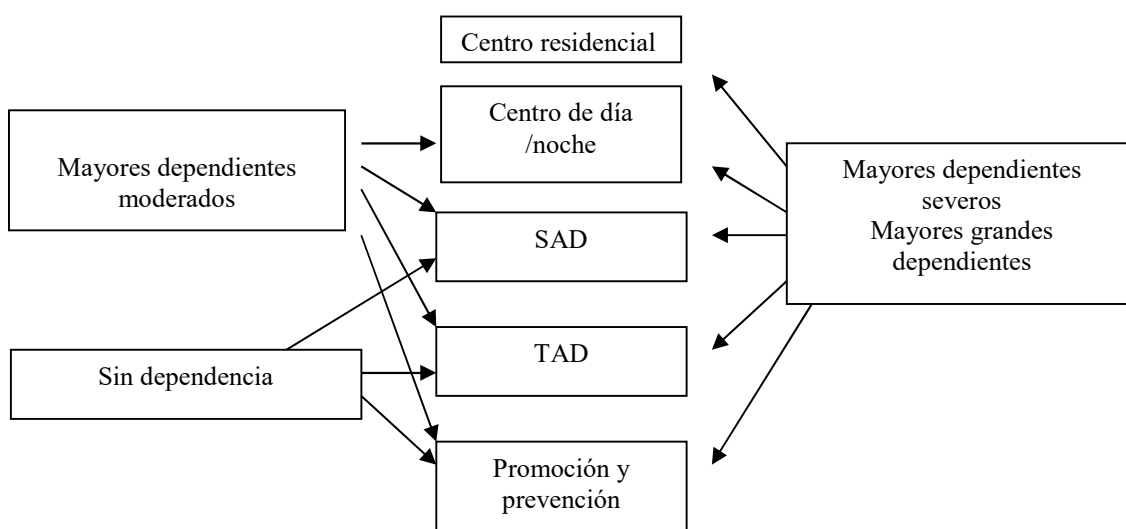
Como reflexión adicional, se debe valorar el incremento en la matrícula de estudios tendentes a la obtención de cualificación académica como cuidador, donde en la enseñanza reglada el 95% son mujeres (Herrera, Martín, Bell, Muñoz y Sitges, 2010). Un número elevado de trabajadoras ha tenido la necesidad de obtener el certificado de profesionalidad con la finalidad de adaptarse a la nueva situación laboral derivada de la LAPAD. Otras han optado directamente por la enseñanza reglada (Técnico de Grado Medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería o Técnico de Grado Medio en Atención Sociosanitaria), como salida laboral ante las expectativas generadas desde el año 2006, donde el Libro Blanco de la Dependencia cifraba la creación de empleo en 2010 de 330.000 puestos de trabajo, de los que el 80% serían a jornada completa.

Resuelto el dilema y tomada la decisión de ingresar en el centro o de permanecer en la vivienda con la aplicación de alguno de los programas domiciliarios, es el momento de manifestar la declaración de voluntad por el interesado o su representante. Atrás han quedado las dudas que se hayan podido plantear en el interesado y su entorno familiar sobre el copago susceptible de abonar, la presencia o ausencia de cuidadores familiares, así como la posible alternativa de una prestación económica.

La toma de decisión y la distribución ideal de recursos

La manifestación debe formularse por escrito, teniendo en cuenta las cautelas legales. La declaración de voluntad por sí o mediante representante legal de la persona incapacitada o del guardador de hecho de la que presuntamente lo sea, debe efectuarse en interés y beneficio del representado. No cabe la reivindicación de planteamientos económicos del cuidador o su representante si no lo es en garantía y bienestar del mayor. Resulta preocupante que pueda primar decisión interesada (Sancho y Rodríguez, 2001).

Figura 7: Distribución ideal de recursos. LAPAD.



Elaboración propia

La figura 7 representa una distribución ideal de recursos sociales en función de las limitaciones e intensidad en la prestación de cuidados de personas mayores. El objetivo fundamental de un centro residencial es la atención integral, recurso destinado a mayores que se encuentren en situación, al menos, de dependencia severa, ya que cualquier otra incorporación no permitiría una utilización racional de recursos. El acceso al centro de día debería estar restringido a personas con alguna limitación para

actividades diarias, concepto que englobaría a personas en situación de dependencia. La ayuda a domicilio en su vertiente de cuidados está aconsejada para personas mayores con dependencias, reservando la atención de servicios domésticos a quienes no tengan esta consideración. Los programas de promoción y prevención forman parte del contenido residencial y domiciliario, aunque puedan prestarse de manera autónoma. Finalmente, la TAD es programa complementario en el hogar. No obstante, esta situación es teórica y, en determinados supuestos, puede apreciarse como personas sin limitaciones acceden a centros residenciales o diurnos.

Desarrollo de los servicios sociales a finales del XX y comienzos del XXI

El artículo 50 de la Constitución Española obliga a los poderes públicos a garantizar el bienestar y la suficiencia económica de las personas mayores, promoviendo un sistema de servicios sociales. Con carácter previo, el artículo 49 encomienda la atención especializada mediante prevención, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad. La presencia pública es mandato del poder constituyente, actuando ante los posibles fallos del mercado que se puedan producir, aunque el voluntarismo que tutela (Moretón, 2007) exige desarrollo normativo.

La noción de poder público se circunscribe a los tres niveles existentes en nuestro Estado de Derecho, el estatal, el autonómico y el local. A la Administración del Estado, en materia de servicios sociales, le corresponden funciones de coordinación, supervisión, normativa y financiación, en su caso²³, así como la gestión de las funciones no transferidas (en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla), sin garantizar oferta propia (Escuredo, 2007). Tras el proceso descentralizador, las CC. AA. han recibido las transferencias en materia de servicios sociales, en exclusividad y con deriva hacia la privatización (Escuredo, 2007).

La Administración Local, donde Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales actúan de conformidad con la normativa propia de las CC. AA. y en el marco de lo previsto en la legislación local, con importante presencia en la implantación de los servicios comunitarios (ayuda a domicilio y teleasistencia), produciéndose un predominio de la atención personal ante la cercanía con el ciudadano (Escuredo, 2007).

²³ Un ejemplo es la LAPAD, donde se establecen tres niveles de financiación del sistema de dependencia: (1) Nivel mínimo de protección garantizado con cargo al Estado, (2) Nivel concertado, acordado entre el Estado y cada Comunidad Autónoma por medio de convenios y (3) nivel adicional o de mejora propio de cada Comunidad Autónoma (artículos 7 y siguientes ley 39/06 citada).

Desde el año 1988, al amparo de los Planes Concertados, se desarrolla en este tercer nivel un programa amplio de prestaciones básicas, con la presencia de su interlocutor, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

La LAPAD ha supuesto un avance en el proceso descentralizador de los servicios sociales, donde las CC. AA. tienen margen amplio para desarrollar su normativa (López-Casanovas y del Pozo, 2010) dentro del marco de la ley 39/06 y de los criterios básicos fijados por el Consejo Territorial.

El antecedente más remoto en materia asistencial es el Informe Gaur (1975) sobre “La situación de los ancianos en España” (denuncia de las deficiencias y carencias en hogares, así como lo limitado de la cuantía de las pensiones de un importante sector de beneficiarios), promovido por la Confederación Española de Cajas de Ahorro, donde se efectúa análisis sobre las condiciones de vida de los jubilados (Sancho y Rodríguez, 2001). A partir de la década de los ochenta comienza a forjarse la aplicación de los grandes principios constitucionales. Son ejemplos del avance social, la ley 13/82 en desarrollo del artículo 49 de la C.E., reguladora de la Integración Social de los Minusválidos (LISMI), la ley 14/86, General de la Sanidad, sobre el derecho a la protección de la salud y la ley 26/90, de pensiones no contributivas, cierre del sistema de protección (cobertura a aquellas personas mayores de 65 años o menores con discapacidad de al menos del 65%, que no pueden acceder al sistema contributivo). En este periodo y la década siguiente se elaboran por las CC. AA. las primeras leyes de servicios sociales, posteriormente reformadas y actualizadas por las nuevas ediciones denominadas “de segunda generación” (Rodríguez, P., 2006b).

En los noventa se desarrolla la fase de racionalización, aprobándose los instrumentos que reflexionan sobre lo realizado y planifican el avance. El Plan Gerontológico (1992/1997) es el primero de una larga lista de iniciativas, con el objetivo de potenciar los programas domiciliarios, así como el fomento y promoción de la autonomía, en un intento de incrementar los servicios y sus indicadores de cobertura. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, fruto del consenso entre el Estado y las CC. AA., la actuación decidida del movimiento asociativo y del Defensor del Pueblo al emitir en el 2000 su Informe sobre la Atención socio – sanitaria, reclaman la atención sobre los cuidados de larga duración, muestras de la variedad y actuación conjunta de iniciativas.

Coincidiendo con la II Asamblea Internacional sobre el envejecimiento (Madrid, 2002), se acuerda el Plan de Acción Internacional, entre cuyas recomendaciones

establece una mayor participación activa en la sociedad, mejora de las condiciones de vida de las personas mayores residentes en el ámbito rural, la solidaridad internacional y erradicación de la pobreza, al margen de otros programas (seguridad de ingresos y protección social, salud y bienestar de los mayores, así como adecuación de viviendas).

En diciembre de 2004 se presenta el Libro Blanco de la Dependencia, instrumento dirigido a facilitar información que concluya en iniciativa legislativa, dirigiéndose “a las Administraciones Públicas, a los agentes sociales, a las asociaciones representativas de las personas mayores y de las personas con discapacidad, a la comunidad científica...” (Libro Blanco de la Dependencia, 2004: 12). Su contenido se articula en torno al análisis demográfico de la población española susceptible de encontrarse en situación de dependencia, la crisis del modelo familiar y su incidencia en los cuidados de larga duración, las dificultades de los cuidadores familiares, la necesidad de potenciar los recursos formales para mayores y menores de 65 años y la tan deseada coordinación socio – sanitaria. Recomienda un baremo distribuido en grados y niveles, realiza una estimación de personas dependientes (959.890 personas con dependencia moderada, severa y gran dependencia), cuantifica el coste en porcentajes del PIB (0,32% en 2003) y destaca la creación de empleo derivada de los recursos profesionales, así como la generación de retornos económicos. Se han sentado las bases de la LAPAD.

El objetivo de cualquier estado es tender a la media, intentando homogeneizar su posición y acercarse a los más destacados en materia social (Sancho y Rodríguez, 2001). ¿Hacia dónde se dirigen los estados occidentales?

El Comité de Ministros del Consejo de Europa, al emitir su recomendación (98) sobre la situación de dependencia, es partícipe de la idea de una modificación en las pautas tradicionales de cuidados, donde el nuevo diseño debe incorporar protagonistas (Estado, el mercado y la familia) de manera coordinada. Se pretende no sólo legislar, sino sensibilizar a la opinión pública sobre su dimensión, bajo el principio de prevenir o minimizar la situación de dependencia y, en su caso, prestar protección por medio de prestaciones económicas o servicios, en un doble ámbito asistencial (residencia / domicilio). La premisa de partida es la libertad de elección tanto en la modalidad de recurso existente como en el acceso a una información comprensible, otorgando prioridad al domicilio apoyado por servicios complementarios y compatibles. Debe confluir solidaridad social y familiar, donde los Estados miembros reconozcan el papel de cuidador, impartan formación, conocimiento e implanten programas de respiro, bajo una visión multiprofesional

En otro foro, el correspondiente a la organización internacional regional más integrada y supranacional, la Unión Europea, se reproducen las mismas premisas. La Comisión, órgano representativo de los intereses generales de la Unión, emite una “Comunicación de apoyo a las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social” (2003). Tres años después, se emite la Comunicación de la Comisión (Aplicación del programa comunitario de Lisboa / Servicios sociales de interés general en la Unión Europea, 2006), una etapa adicional, dirigida a la modernización de los servicios sociales. ¿Qué aporta? El fomento de la descentralización regional y local, la proximidad de los servicios con el ciudadano, la externalización del sector público social en dirección hacia el privado, culminación del proceso de interrelación, familia / estado / mercado. Este entramado de principios son los que influyen en el Libro Blanco de la dependencia y su posterior inclusión en el texto legal.

II.5. LOS SERVICIOS PROFESIONALES

El Informe Gaur (1975) documenta las primeras referencias sobre los centros residenciales. Se cifran 55.000 las plazas ocupadas, representando un 1,46% de la población mayor (Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011). Prácticamente es el único recurso profesional existente en ese momento, aunque con unas connotaciones que distan de los parámetros de calidad existentes en la actualidad.

El modelo residencial de los setenta estaba basado en un modelo fuertemente institucionalizado, con elevada presencia caritativa. La tendencia europea en ese instante procuraba medidas alternativas con un claro enfoque que evitase la institucionalización (Sancho y Rodríguez, 2001). Europa lleva 20 años de adelanto a España en este planteamiento (Sancho y Rodríguez, 2001). La idea de asilo aún estaba presente e impregnaba con su presencia el diseño del centro.

Los centros construidos en los 70 son muy grandes, lejanos de la dinámica de los pisos tutelados o centros modulares de dimensión cuasi familiar (Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011). Se daba importancia al alojamiento y la comida, sin atender aspectos que son fundamentales en la actualidad como la promoción de la autonomía, el desarrollo funcional, de los derechos individuales o colectivos y la libre decisión personal. El modelo estaba distante de la idea de un hogar.

La residencia de mayores previa al desarrollo del Plan Gerontológico utilizaba una distinción hoy desfasada. Diferenciaba a sus beneficiarios entre válidos y asistidos,

adoptando esta tipología en su definición. En buena lógica, las personas que ingresaban sin limitaciones, con el tiempo se convertían en asistidas, en terminología del momento. Incluso el ingreso de un residente iba acompañado del cónyuge, aunque no tuviera los requisitos de ocupación de la plaza, todo ello, bajo el amparo del matrimonio. Esta filosofía del ingreso ha quedado por completo desfasada. Nadie piensa que si ingresa un mayor en situación de dependencia lo haga también su pareja, al menos en un centro público o privado concertado.

En los ochenta los servicios comunitarios comienzan a convertirse en una opción frente al tradicionalismo propio de las residencias. Era una visión que llevaba tiempo aplicándose en Europa y en España florecía de manera limitada. Las primeras noticias sobre el desarrollo del programa domiciliario datan de comienzos de los noventa. Sancho y Rodríguez (2001) estiman que solamente un 0,48% de personas recibían los beneficios de este programa y 1,04% en 1995, con dedicación preferente a las tareas domésticas, en detrimento de los cuidados personales.

A diferencia de la tasa de cobertura residencial, que a finales de los noventa presenta un indicador importante (2,95% en 1999), la correspondiente a la ayuda a domicilio es la mitad (1,65% en 1999) y el centro de día se encuentra prácticamente inexistente, donde la cifra simbólica de usuarios mayores en 1999 (0,11%) refleja no sólo la falta de utilización, sino el desconocimiento de las posibilidades del nuevo recurso. Su evolución y desarrollo ha coincidido con la fase de aplicación de la LAPAD. La teleasistencia comienza su existencia en 1992 (Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011), con un éxito sin precedentes entre los usuarios a partir de esa instante. Nace como instrumento idóneo para combatir los problemas de la soledad, siendo la causa de su crecimiento exponencial, el bajo coste del servicio y la práctica inexistencia de participación económica por parte del usuario, generalmente basada en la gratuidad.

Partiendo del gráfico 14 se vislumbra cómo la aparición de los programas domiciliarios básicos (SAD y centro de día/noche) ha tenido un impulso importante durante el siglo XXI, especialmente a partir del año 2004, tras la puesta en funcionamiento del sistema de dependencia.

Con alguna excepción, la evolución residencial es constante al alza, cuando los programas domiciliarios han visto frenada su expectativa desde 2010/2011. Esta información permite considerar al ingreso en residencias como un servicio necesario, quedando los domiciliarios limitados por las circunstancias económicas. Tal como

indica el Informe Final del Grupo de Expertos de la ley 39/06 (2009), el modelo implantado continúa utilizando el recurso residencial junto con la atención familiar y, aunque en fase de expansión, los programas comunitarios debieran incrementarse en número y compatibilidad. De ahí surge una reivindicación por la inclusión de “paquetes de servicios” (Vilaplana, 2009), aglutinadores de programas comunitarios en función de las necesidades de cada usuario, aunque implique el mantenimiento de la responsabilidad familiar en los cuidados (Escuredo, 2007).

A continuación se exponen las modalidades de servicios profesionales existentes, con referencia a su concepto, perfil del usuario, inversión pública o privada, evolución en el indicador de cobertura de cada programa, así como algunos aspectos destacables como los derivados del empleo alcanzado, dejando la perspectiva familiar para otro momento.

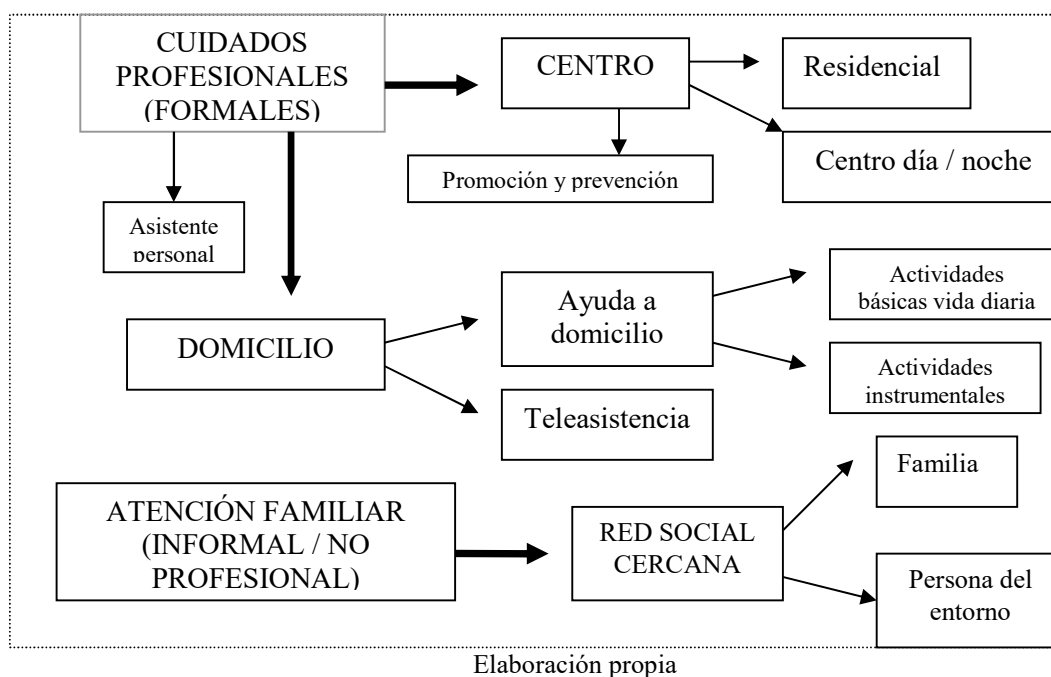
El centro residencial

La clasificación tradicional de los servicios profesionales (figura 8), se efectúa en función del lugar de prestación del servicio. La realización de los mismos tiene lugar, por un lado mediante acción pública propia o concertada y, por otro, iniciativa privada mercantil o actuación del movimiento asociativo.

- ✓ El domicilio del interesado, lugar adecuado para recibir los servicios de ayuda a domicilio (actividades básicas de la vida diaria / tareas instrumentales) y teleasistencia.
- ✓ Un centro de atención integral (residencia).
- ✓ Una modalidad intermedia, el centro diurno / nocturno, permite combinar la permanencia en la vivienda habitual con la atención en el centro, predominando el lugar de estancia.

La definición del concepto centro residencial no es controvertida, toda vez que el texto legislativo de mayor trascendencia social en España, la LAPAD, define este servicio en su artículo 25: “El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario”. El nuevo concepto residencial adquiere un enfoque en consonancia con la realidad del Estado del Bienestar, donde el centro se relaciona con la sociedad y la profesionalización su principal característica.

Figura 8: Cuidados profesionales²⁴ / familiares



El centro residencial es la alternativa a vivir en el domicilio. La asignación de este programa es la última instancia tras agotar la posibilidad de permanencia en el hogar. Se debe retrasar o evitar el ingreso residencial, salvo imposibilidad de estancia en la vivienda propia. El punto de inflexión es la pérdida de la autonomía, donde el estado de salud se transforma en factor crítico (Damián, Valderrama, Rodríguez y Martín 2004).

A pesar de ser un instrumento tradicional y plantearse como opción de futuro, el ingreso en centros implica un cambio radical que necesita periodo de adaptación. Su definición contendría los siguientes elementos básicos:

- ✓ Atención integral y especializada, inclusiva de servicios sociales y sanitarios (funciones preventivas, rehabilitadoras, terapéuticas, sustitutivas y paliativas).
- ✓ Atención psicosocial que permita mejorar el bienestar propio y de la familia (Leturia, 1999).
- ✓ Vocación de permanencia y continuidad. Se convierte en lugar de residencia habitual en paralelo con el abandono de la estancia en el domicilio familiar, con una elevada posibilidad de ser la última vivienda. La caracterización de permanente ha sufrido importantes mutaciones, ya que se incluyen dentro del diseño de los centros los programas temporales (estancias temporales), limitados en el tiempo (vacaciones / convalecencias o ausencias en general de cuidadores).

²⁴ Tras la entrada en vigor de la ley 39/06, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, comienzan a adquirir presencia los programas de promoción de la autonomía personal y prevención, junto a la novedosa figura del asistente personal.

- ✓ Padecimiento de limitaciones que imposibilitan la atención en el domicilio, donde las personas en situación de dependencia severa o grandes dependientes reúnen el perfil de residente, según la LAPAD.
- ✓ Adaptación a la situación de la persona, siendo principio catalizador la orientación dirigida al usuario (Grande, 2001), sentirse en el propio hogar.
- ✓ Apertura al entorno social, evitando el aislamiento respecto de la comunidad.
- ✓ Orientación dirigida hacia la calidad y su medición. Una muestra es la tendencia al establecimiento de indicadores orientados a los resultados ²⁵(IMSERSO, Perfiles y tendencias 49, 2011). En la Administración del Estado el Real Decreto 951/2005 establece el marco general de la calidad en este ámbito.

El responsable del centro residencial es responsable una vez que se produce el ingreso, debiendo tener en cuenta dos cautelas muy significativas incorporadas en dos textos legales, el Código Civil y la ley de Enjuiciamiento Civil.

El artículo 271.1 del Código Civil establece la obligación del representante de obtener autorización judicial con carácter previo al ingreso residencial cuando se trate de persona que padezca deterioro intelectual (figura 9). Se entiende que debe plantearse de manera anticipada al internamiento y solamente si la resolución judicial es acorde con el mismo. La pretensión es evitar ingresos no deseados por el interesado que se encuentra limitado en su discernir y no puede llegar a comprender el acto que se efectúa (Rey, 2003). La dirección del establecimiento asume una importante responsabilidad si no se cerciora previamente de esta situación.

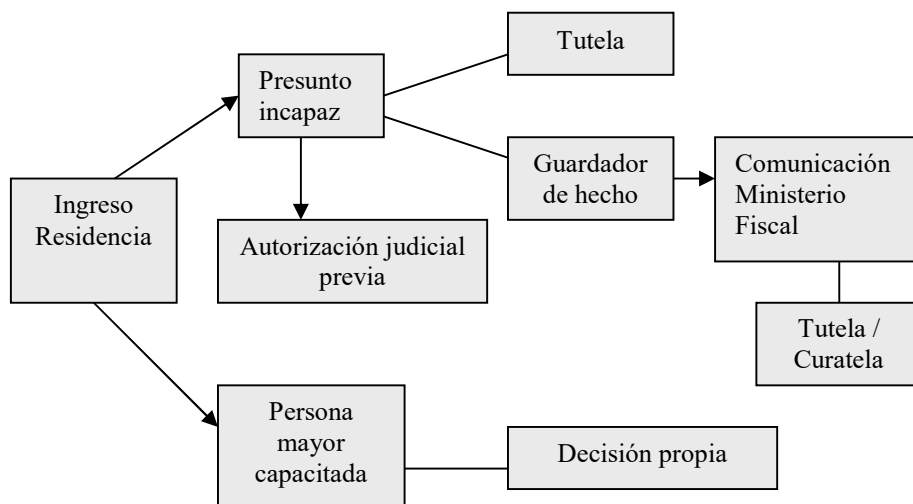
Una segunda advertencia es la manifestada en la Ley de Enjuiciamiento Civil en su artículo 757.3 (Ley 1/2000, de 7 de enero, BOE del 08), donde al apreciarse posibles indicios que puedan dar lugar a la incapacitación (intelectual o física), debe promoverse su comunicación al Ministerio Fiscal²⁶, en tanto que representante de los derechos de la persona incapaz, a los efectos de iniciar proceso de oficio que acuerde la tutela o curatela en virtud de resolución judicial, en su caso. De igual modo, deberá indicarse en la comunicación la relación de familiares más cercanos en vinculación. No actuar en

²⁵ Los principales indicadores dirigidos al control de la calidad analizan los cuidados (1), la calidad de vida (2), el liderazgo (3), el rendimiento económico (4) y la dimensión del contexto (5) (IMSERSO Perfiles y tendencias 49, 2011).

²⁶ “Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal”.

consonancia con lo indicado en este texto puede suponer tomar como capacitada a una persona que no lo está y derivarse nulidad por ausencia de voluntad.

Figura 9: Ingreso residencial de la persona mayor



Elaboración propia

¿Cómo se puede actuar ante el ingreso de una persona presuntamente incapaz? Provisionalmente se puede formalizar la denominada “guarda de hecho”, situación de reconocimiento fáctico con trascendencia jurídica hasta tanto se resuelva judicialmente la necesidad de título jurídico. Mediante la figura de la guarda de hecho, se asume de forma voluntaria la gestión de los asuntos personales (económicos o no) en beneficio del representado (Villagrasa, 2010).

La institucionalización de la persona mayor en un centro implica una modificación en sus parámetros de vida. Supone cambiar el entorno físico, el ámbito relacional, con nuevos hábitos y pautas sometidos al reglamento de convivencia que marca la normativa de régimen interior. El deseo, no puede ser otro, es la mayor aproximación del centro a la realidad dejada atrás²⁷. En todo caso, se establece un periodo de prueba con la finalidad de comprobar la adaptación al nuevo servicio, pudiendo retrotraerse todas las actuaciones en caso de no superarse (Leturia, 1999).

En la tabla 25 se expone la distribución actual de los centros residenciales en función del tamaño. Predominan las residencias pequeñas, de menos de 50 plazas, (56%), donde la relación usuario / profesional es directa y cercana. Una de las causas motivadoras de esta situación es la existencia de pequeños centros (muchos de ellos, en

²⁷ En la encuesta 2647/2006 del CIS sobre Condiciones de vida de las personas mayores, la mitad (50,1%) de los entrevistados se posicionó a favor de las residencias pequeñas (entre 10 y 50 plazas), con una predisposición dirigida hacia 10 / 15 plazas. El 14,8 % prefería los modelos intermedios (50 a 90 plazas), un 8,5% los grandes centros (más de 90 plazas) y más de una cuarta parte (26,7%) no se manifestó.

origen, benéficos sociales), posteriormente transformados y no sometidos al ánimo de lucro, donde el contrato con las entidades públicas mantiene su existencia. Casi la mitad de los centros supera las 50 plazas, cifra que actúa a modo de umbral, aunque adquiere protagonismo el tamaño intermedio (de 50 a 100 plazas), con un 28% de unidades. En menor medida, los grandes centros, de más de 100 plazas (16%).

Predomina en nuestra sociedad la imagen estereotipada donde el edificio de gran tamaño se aproxima a relación objetiva e impersonal, contraria a la preferencia de una dimensión que favorezca el contacto frecuente y familiar entre usuarios y profesionales. Existe una tendencia dirigida al abandono del macrocentro (Rodríguez, P., 2011), en paralelo con el desarrollo de viviendas tuteladas y el concepto de housing. Esta idea, permanencia en el domicilio manteniendo el control y la autonomía decisoria con un reducido grupo de residentes (Rodríguez, P., 2011), se adapta al diseño de las viviendas tuteladas, asimiladas a microcentro residencial, en tanto que sistema de alojamiento alternativo. Debe cumplir con los requisitos de atención cuasi familiar (cercanía), hogar y entorno favorable (zonas verdes, espacios de ocio) y un número limitado de alojados. Esta es la tendencia implantada en los países nórdicos, bajo la idea de recuperar valores esenciales de cada sujeto (personalidad, intimidad, o dignidad).

Cuando se establece un servicio por autoridad pública, la importancia radica en su reconocimiento, siendo cuestión distinta la fórmula de provisión. Los centros privados están enfocados a la consecución del ánimo de lucro (salvo entidades privadas que carezcan de esta finalidad, como ONGs o Fundaciones), y se rigen por el principio de eficiencia. Su reflejo, el precio de la plaza. El sistema residencial público se basa en el interés público, en la rentabilidad social, en un sistema de referencia, donde prime la calidad frente a cualquier otro elemento. Se fundamenta en el principio de equidad.

A pesar del establecimiento normativo ²⁸ del requisito de la acreditación administrativa, mediante la fijación de unos parámetros de calidad homogéneos comunes para todos los centros (recursos materiales como humanos), la realidad demuestra la preferencia del usuario por el sistema público. El centro residencial privado es la segunda alternativa, siendo la causa fundamental el precio del servicio.

La tabla 26 es muestrario de la distribución de centros y plazas residenciales en España (IMSERSO, diciembre 2011). Existen casi 400.000 plazas disponibles en

²⁸ En la Administración del Estado, Orden SAS/2287/2010, de 19 de agosto, por la que se regulan los requisitos y el procedimiento para la acreditación de los centros, servicios y entidades privadas, concertadas o no (BOE del 30 de agosto de 2010).

España (383.044)²⁹, de las que un 54% son de titularidad pública o privadas concertadas (200.940) y el 46% restante son privadas sin concertar (171.688). Por tanto, en el marco del ámbito público se ubica la mitad de las plazas disponibles. Más de la tercera parte de las privadas están concertadas en virtud de contrato de reserva y utilización pública al amparo de contratación administrativa.

Es habitual que los centros privados mantengan una parte concertada con las Administraciones Públicas y las restantes sean de libre disposición, sometidas a los avatares del mercado. En este sentido, para que un centro de naturaleza privada tenga garantizada la suficiencia y rentabilidad debe encontrarse ocupado en alto porcentaje, dados sus costes fijos (gastos de personal y de amortización).

En los centros públicos el residente abona en concepto de participación económica un porcentaje que oscila entre un mínimo del 10% y un máximo del 90% (IMSERSO, 2012). En los centros que dispone aún la Administración del Estado es un 75%. Del resto de los recursos económicos hasta completar la totalidad, lo dispone el interesado en concepto de “dinero de bolsillo”. No obstante, la cantidad abonada en concepto de copago no cubre más que una parte del coste total del servicio ofrecido.

Las plazas concertadas se equiparan de pleno a las públicas, incorporándose a la red de su sistema en condiciones de igualdad. Se rigen por las mismas características y, por tanto, la entidad pública abona el precio establecido en contrato (19.679,70 € /año plaza para persona no dependiente / 19.132,84, de media, €/ anuales plaza concertada para persona en situación de dependencia, según IMSERSO, 2012), descontándose la cantidad preestablecida de copago.

El usuario tipo del centro residencial es de sexo femenino, mayor de 80 años (edad media de 82), en situación de dependencia, que se incorpora al centro al cumplir 80 años para los hombres y 83 las mujeres (IMSERSO, 2012)³⁰.

$$\text{Índice cobertura}^{31} = \frac{\text{Número de plazas residenciales (y asimiladas)}}{\text{Población de 65 años y más}} * 100$$

²⁹ No está incluidas 10.416 plazas de viviendas tuteladas.

³⁰ Dos de cada tres personas residentes son mujeres (66%), los usuarios mayores de 80 años (66%), las mujeres mayores de 80 años (47%) y los usuarios en situación de dependencia (71%).

³¹ El indicador de cobertura calculado para las plazas residenciales se aplica con la misma fórmula a las plazas de Centro de Día, ayuda a domicilio y teleasistencia sustituyendo en el numerador por el número de plazas (centro de día) o beneficiarios (ayuda a domicilio y teleasistencia) correspondiente a cada servicio.

El indicador de cobertura (se utiliza el mismo sistema que el expuesto en los Informes sobre las Personas Mayores en España por el IMSERSO) se obtiene dividiendo el número de plazas residenciales (incluyendo las residenciales en estricto sentido, las estancias temporales, las viviendas tuteladas y los acogimientos familiares) por la población de 65 años y más, en porcentaje. ¿Qué ventajas aporta el índice de cobertura? Permite relativizar los datos, facilitando la comparación al mismo nivel entre las CC. AA., así como entre anualidades sucesivas.

La evolución del indicador de cobertura de plazas residenciales (IMSERSO, Informes Anuales Personas Mayores en España), según el gráfico 14, manifiesta importantes acontecimientos. En 1999 casi un 3% (2,95%) de la población española de 65 años y más ocupaba plaza residencial. Después de catorce años las plazas disponibles se han incrementado hasta casi un 5% (4,66%). Tomando como punto de inicio 1999, se ha incrementado el recurso residencial los últimos catorce años en un 58%, a una media de un 4% cada anualidad. Ha sido un crecimiento constante en la disponibilidad del recurso residencial, con las excepciones de los años 2010 y 2012, donde se produce un ligero retroceso. La etapa álgida se sitúa en la fase anterior al inicio de la crisis ya que hasta el año 2006 el ritmo anual de incremento supera el 5% y, a partir de ese año, el 3,5%.

Los dos periodos de mayor crecimiento se sitúan en los años 2001 / 2002 así como en 2005 / 2006, etapas previas a la aprobación de la LAPAD, aunque la segunda una vez publicado el Libro Blanco de la dependencia (2004). La etapa de menor producción tiene lugar a partir del año 2010, en plena crisis económica, llegando el indicador a descender en ese año un 4,7% (comparación 2009 / 2010). Sin embargo, en el tramo temporal 2009 / 2012 se produce un incremento de plazas residenciales del 9,1%. Una pugna entre fuerzas centrífugas y centrípetas. Por un lado, la crisis económica; por otro, la influencia de la LAPAD. Esta tendencia incremental obedece desde 1993 al Plan Gerontológico ante la insuficiencia del recurso (Tortosa, Fuenmayor y Granell, 2011).

En la tabla 27 se adjuntan los indicadores de cobertura de las CC. AA., donde la principal nota es la heterogeneidad, a pesar de la entrada en vigor de la LAPAD. Si se parte de la media nacional en 2012 antes analizada (4,66%), hay diez CC. AA. que se localizan por encima y nueve autonomías que no alcanzan el punto medio (mapa 4). Con algunas excepciones, las que tienen mayor indicador de envejecimiento son las que han desarrollado en mayor medida el recurso residencial. En sentido contrario, las que menos población mayor, menor intensidad.

Se sitúan por arriba, siguiendo orden descendente, Castilla y León (7,42%), Castilla la Mancha (7,35%), Aragón (6,69%), Navarra (5,85%), Asturias (5,84%), Extremadura (5,71%), Cantabria (5,51%), Madrid (5,13%), La Rioja (5,1%) y Cataluña (5,02), muy envejecidas, con la salvedad de Madrid y Cataluña (por debajo de la media española). Con indicador inferior a la media nacional, por orden de menor a mayor, Ceuta (2,21%), Murcia (2,37%), Canarias (2,99%), Valencia (3,07%), Andalucía (3,43%), Galicia (3,47%), Melilla (3,97%), Baleares (4,42), País Vasco (4,58%), todas por debajo de la media de envejecimiento, excepto el País Vasco.

Como resultados más destacados debe mencionarse a Castilla y León que ha desarrollado un sistema residencial extenso, donde una de cada trece personas mayores disfruta del servicio. Castilla la Mancha mantiene una posición similar, en una apuesta por el servicio residencial, multiplicando casi por 2,5 su oferta desde 1999 (3,18%). Extremadura multiplica por dos veces y media su posición relativa, desde 2,32% (1999) hasta el 5,71% actual. En sentido contrario, Ceuta y Murcia mantienen posiciones similares, habiendo avanzado poco desde 1999 (Ceuta desde 1,34% a 2,21% y Murcia desde 1,8% a 3,37%). Andalucía no ha evolucionado en plazas residenciales, manteniendo una posición estanca, ya que su indicador de cobertura en 1999 era de 3,11% y en 2012, 3,43%. Otro tanto puede manifestarse de La Rioja, que solamente ha incrementado su indicador en 41 centésimas (desde 4,69% hasta 5,1%). Sorprende de igual modo la tendencia de Galicia, la segunda Comunidad Autónoma más envejecida (22,83%), con un mínimo desarrollo residencial (3,47% en 2012).

A modo de resumen de este apartado, se puede concluir que la tasa residencial mantiene una relación de simetría con la de envejecimiento, con alguna excepción. Las autonomías con menor indicador de cobertura residencial suelen coincidir con las CC. AA. menos envejecidas, con mayor posibilidad de desarrollo de un sistema informal de cuidados o profesional domiciliario.

Una fórmula de medición de la evolución del servicio residencial es la referida a la ocupación laboral. Un muestra del empleo que genera, se puede apreciar en el gráfico 15, donde se expone una trayectoria ascendente con más de 250.000 contratos en 2015, una vez superados los años críticos 2012 y 2013.

Otro aspecto vinculado, más allá de la atención y prestación de cuidados de personas mayores, es la naturaleza como yacimiento de empleo femenino. En el gráfico 16 se representa su crecimiento, toda vez que en el año 2015 el 2,8% de la actividad femenina nacional se efectuaba en centros residenciales, cuando siete años antes era del

2%. Se puede concluir, siguiendo el contenido de la EPA, que entre el 84% y el 87% de personas que trabajan en un centro residencial de mayores son mujeres.

La acreditación (artículo 34 de la LAPAD) en centros residenciales se ha convertido en una pieza angular sobre la que se pretende edificar la calidad del servicio. La concesión inicial y los seguimientos posteriores facilitarán el control del cumplimiento de los indicadores de empleo y programas desarrollados. Con fecha 27/11/2008 se fijan los criterios mínimos de acreditación por el Consejo Territorial del Sistema de Dependencia, con indicadores que sobrepasan los existentes en ese momento. En este sentido, los centros residenciales para personas mayores deben superar, por un lado, una plantilla global mínima en relación con el número de residentes (para grado II, debe alcanzar un 45% y respecto de grado III de dependencia, el 47%). Cabe indicar que en 2008, la media autonómica se situaba en un 41%. Por otro, una específica de cuidadores / gerocultores³² (grado II, un 28% en relación al volumen del centro, situación bastante ajustada a la existente en ese momento, un 27%).

Este mínimo cuantitativo se complementa con los requisitos de titulación académica o profesional. Aquellas categorías laborales con titulación universitaria específica no necesitan aclaración, cuestión distinta es la referida a los cuidadores / gerocultores, la más numerosa del centro. Este grupo profesional, a partir del 31 de diciembre de 2017 (fecha de finalización de los procesos de acreditación profesional), debería poseer el título de Atención Sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales o equivalentes (Cuidados Auxiliares en Enfermería, de Atención a personas en situación de dependencia, de Atención Sociosanitaria y certificados de profesionalidad de Atención Sociosanitaria a personas dependientes). Se ha equiparado, de manera excepcional, a efectos del cómputo de plantilla mínima dentro del ámbito territorial exclusivo de cada Comunidad Autónoma, a quienes sin poseer titulación tengan al menos 55 años (a 31/12/2015) y demuestren una experiencia de 3 años, con 2000 horas de trabajo efectivo en esa categoría.

La dirección del centro debe poseer titulación universitaria y acreditar formación específica adicional en el campo de los servicios sociales (dependencia, geriatría, discapacidad o área de gestión, entre otras), en consonancia con el nivel de responsabilidad y la obligación de guarda que exige la representación.

³² Un centro residencial con 150 plazas disponibles, concertadas con el sistema público en su totalidad (grandes dependientes), debe alcanzar una plantilla mínima de 70 trabajadores y media jornada adicional, de los que 42 deben ser gerocultores o cuidadores.

Este mandato de acreditación solamente es exigible en el marco de la LAPAD, con lo que aquellas instituciones que se sitúen fuera del mismo, deberán reunir las exigencias que determine cada una de las CC. AA. Otra matización es el carácter de normativa mínima, por lo que las CC. AA. podrían mejorar lo anteriormente expuesto.

El centro de día / noche

El Centro de Día / Noche, también conocido como unidad de estancias diurnas / nocturnas, es un recurso socio-sanitario y de apoyo a la familia que ofrece atención durante el día / noche para satisfacer las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores, promoviendo la autonomía y rehabilitación, junto con la permanencia en su entorno habitual. Es prototipo de programa de apoyo al cuidador informal y favorece un tránsito asequible desde el hogar al centro residencial (Rodríguez, G., 2006). La presencia de plazas nocturnas aún tiene carácter testimonial, por lo que los comentarios realizados están referidos al servicio diurno.

De manera concreta, la atención diurna se realiza durante ocho / diez horas diarias (desde 09:00 a 17:00 horas es el habitual) y cinco días a la semana, excepto festivos, para un grupo de 20/30 personas. El nocturno, en horario aproximado de 21:00 a 9:00 horas del día siguiente. Combina la atención cercana y personalizada con la vida en un centro. Por lo general se encuentran integrados en un centro residencial, aprovechando recursos humanos y materiales, aunque en algunos casos, se vinculan a centros de ocio y tiempo libre. Finalmente, la modalidad autónoma, donde el centro de día / noche es la única razón de existir. Los objetivos pueden resumirse:

- ✓ Integración y apoyo: Realizar acciones dirigidas a la atención personal, familiar y social. La interacción de la persona mayor con su entorno.
- ✓ Asistencial: Realizar acciones dirigidas a la prevención de la situación de dependencia (física e intelectual), junto a la promoción de la autonomía.
- ✓ Servicios generales: Manutención, alojamiento diurno y servicios personales básicos (cuidados o aseo).
- ✓ Intervención con familias: Apoyo a la familia cuidadora informal, facilitando formación y adiestrando en el ejercicio de tareas.
- ✓ Fomento de la movilidad y el desplazamiento, así como área relacional.
- ✓ Simultanear el servicio diurno del centro con los cuidados informales familiares y su complementariedad con el SAD y TAD.

- ✓ Régimen ambulatorio, multidimensional, profesional (Rodríguez, G., 2006).
- ✓ Los centros de día tienden a la especialización, fundamentalmente cognitivos (enfermedad de Alzheimer) o dirigidos a personas con dependencia grave física.

El centro socio-sanitario de día debe distinguirse de otras modalidades aparentemente próximas aunque con diferente finalidad. En este sentido, el hospital de día para mayores, se aleja de la función social para incardinarse en el modelo rehabilitador y sanitario (Salgado y González, 1999). De igual forma, el centro de ocio (antiguos hogares), donde prima el matiz social por estar enfocados al tiempo libre.

Un centro de día acreditado debe ser una referencia a seguir, modelo de ejemplaridad. Una dotación adecuada de servicios exige contar con asistencia médica y de enfermería, rehabilitación, terapia ocupacional, apoyo psicosocial (intervención individual, grupal y familiar), asistencia social, cuidados (baño y aseo), comedor (desayuno, comida y merienda), transporte adaptado desde el domicilio al centro, información, formación y apoyo a la familia, podología y peluquería de manera complementaria y programas de ocio, incluyendo salidas externas.

En la tabla 28 se reproduce la información del IMSERSO sobre la distribución de la titularidad de centros de día. En diciembre de 2011 están disponibles 88.036 plazas de centro de día ubicadas en 3.027 centros (una media por centro de 29 personas), donde aproximadamente el 40% de las plazas de centro diurno son titularidad pública, aunque la cobertura final alcanza el 62% al encontrarse concertadas la tercera parte de los recursos privados. Por tanto, el esfuerzo de las entidades públicas es mayor que en los centros residenciales, amparándose en la transformación de numerosos centros de ocio y tiempo libre públicos en centros de día, a la par que las residencias públicas han extendido sus funciones complementándose con los programas diurnos.

La figura de la contratación externa de plazas (22%) ha sido menor que la concertación de plazas residenciales (28%), dada la mejor posición de partida de recursos propios, donde las plazas privadas sin concertar son 33.092 (38%). La dimensión media de los centros, tanto públicos como privados, se sitúa en torno a las 30 plazas, dimensión adecuada para garantizar calidad y eficiencia.

El coste del recurso es elevado. La media nacional es de 8.271,70 € al año por cada persona en situación de dependencia (IMSERSO, 2012), máxime tomando en consideración que la participación económica media es del 27,21% de la base imponible. Para obtener los beneficios de economía de escalas y alcanzar una mayor

rentabilidad, la ocupación debiera ser superior a la media actual (30 plazas), aunque iría en detrimento de la relación personalizada.

El perfil del usuario de centro de día es similar al del centro residencial. Predomina el sexo femenino (dos de cada tres son mujeres), mayor de 80 años (edad media de 81), en situación de dependencia (moderada o severa), y elevada presencia de mujeres con edad superior a los 80 años (IMSERSO, 2010). Se ha convertido en terreno para el desarrollo del recurso entre mayores con demencia severa (Gómez, Ruiz, Martín, San Jorge y Letona, 1999), causa principal del estrés del cuidador familiar.

El centro de día era un recurso social desconocido en 1999 y, en un plazo de catorce años, ha multiplicado por diez su utilización (gráfico 17). No obstante, el indicador de cobertura (1,07%) en 2012 representa la cuarta parte del correspondiente al centro residencial, siendo previsible un crecimiento exponencial en este tipo de recursos. En la evolución se aprecian varias etapas significativas. Los inicios son titubeantes en el periodo 1999/2000, con cifras poco relevantes, aunque con un crecimiento en el año 2001 donde el indicador se duplica (desde 0,11% a 0,24%) y una fase de estabilización en el 2003 (0,26%). Un aumento progresivo y constante desde 2003 hasta 2009 (desde 0,26% a 0,89%), siendo las causas motivadoras el mayor conocimiento del recurso y las expectativas generadas ante el desembarco de la LAPAD. Una nueva fase de estabilización en el 2010 (indicador en 0,89%) y, finalmente, desde 2010 una posterior etapa de crecimiento (desde 0,89 hasta 1,07%).

En la tabla 29 se adjuntan los indicadores territoriales de cobertura, dominando la diversidad. A diferencia de las conclusiones obtenidas respecto de la atención residencial, no se puede obtener un patrón claro clasificatorio, salvo los genéricos de tendencia positiva de LAPAD y los negativos o limitadores propios de la situación económica. Partiendo de la media nacional en 2012 antes analizada (1,07%), hay seis CC. AA. que se localizan por encima y trece entes autonómicos que no llegan. Posiblemente el hecho de una menor presencia de CC. AA. que superan la media debe entenderse por el efecto “tirón” de Madrid, con alto porcentaje relativo y absoluto en cifras, así como de Cataluña (mapa 5). Se localizan por encima, en orden descendente, Madrid (1,54%), Baleares (1,5%), Extremadura (1,31%), Cataluña (1,24%), Cantabria (1,23%), La Rioja (1,19%), donde se mezclan CC. AA. no envejecidas respecto a la media (Madrid, Cataluña y Baleares), con otras que sí lo están (Extremadura).

Las autonomías con indicador inferior a la media nacional de 2012 (1,09%), por orden de menor a mayor, Ceuta (0,44%), Navarra (0,72%), Murcia (0,75%), Castilla y

León (0,76%), Canarias (0,77%), Asturias (0,88%), Melilla (0,89%), Aragón (0,9%), Andalucía (0,92%), Galicia (0,96%), Valencia (1%), País Vasco (1,01%) y Castilla la Mancha (1,05%), donde se mezclan autonomías envejecidas con otras que no lo están.

Madrid ha realizado una apuesta por los servicios diurnos, multiplicando por diez su capacidad (en 1999, 0,15%), al igual que Cataluña. Ceuta y Melilla se incorporan tarde, a partir de 2004. Galicia, Asturias y Aragón, a pesar de su envejecimiento no han desarrollado en consonancia los programas sociales diurnos, a diferencia de Baleares con un buen indicador final (1,5%).

La disparidad y heterogeneidad son rasgos característicos del servicio diurno, junto al incremento del recurso a partir de la LAPAD. Sin embargo, el desarrollo producido no ha culminado las expectativas del entramado asociativo y las necesidades de los usuarios. Posiblemente problemas de inversión, financiación y participación del usuario en el coste del servicio han contribuido a que se ralentice la cobertura necesaria.

La solución debe encontrarse en la conversión de determinados espacios de centros residenciales, así como de ocio y tiempo libre en zonas de atención diurnas. Si cada centro residencial (5.418) extendiera sus funciones hacia programas diurnos, aplicando la capacidad media de 30 plazas, se obtendrían más de 162.000 plazas de centro de día con un aumento del 80% sobre la dotación existente en la actualidad. En este sentido, la plantilla en estancias diurnas se fija en, al menos, un 23% (respecto de usuarios) para los centros con mayores dependientes (grado II) y un 24% (grado III) y la específica para cuidador/a o gerocultor/a en un 14% y 15%, respectivamente.

El servicio de ayuda a domicilio

El SAD es la principal alternativa al ingreso en centros residenciales. Ha supuesto el mayor descubrimiento por parte de la población mayor en materia de servicios sociales, a la vez que uno de los principales y estables yacimientos de empleo a comienzos del siglo XXI. Se puede identificar mediante las siguientes connotaciones:

- ✓ Actuaciones variadas en el domicilio, núcleo de vida del mayor, enmarcadas dentro de los programas comunitarios, básicos o primarios, donde las entidades locales presentan un fuerte protagonismo.
- ✓ Se basa en la consigna de envejecer en casa, generando el apoyo que evite la implantación de otros programas asistenciales de mayor intensidad. Retrasar el

mayor tiempo posible el internamiento residencial, mejorando las condiciones de vida (Escuredo, 2007).

- ✓ Ofrece un componente de respiro familiar, cubriendo la atención de ciertas necesidades que alivian al cuidador y al usuario.
- ✓ Pretende satisfacer necesidades básicas del quehacer diario, en una doble dimensión, las referidas a aspectos fundamentales de la persona (actividades básicas en sentido estricto) y las tareas vinculadas al domicilio (instrumentales):
 - ❖ Cuidados y atenciones personales (aseo, higiene, levantarse, acostarse, cambios posturales, vestirse o apoyo psicosocial), con tratamiento preferencial respecto de la atención doméstica.
 - ❖ Tareas domésticas (limpieza, preparación de comidas, lavado y planchado de ropa o pequeños mantenimientos del hogar).
- ✓ Resulta difícil ofrecer una definición fija, al configurar su contenido en función de circunstancias de tiempo y lugar, personales y familiares. El criterio conceptual es variable, no hay modelo único (IMSERSO, Perfiles y tendencias 25, 2006).
- ✓ Es un servicio en evolución, fijado a la carta entre proveedor y beneficiario, en el marco del programa individual de atención. Presenta un potencial de mejora y cambio (Sancho y Rodríguez, 2001) y un campo de actuación dirigido a la atención especializada (fisioterapia, terapia ocupacional o enfermería)
- ✓ Para el mejor aprovechamiento del servicio, el domicilio debe estar dotado de unas condiciones adecuadas de habitabilidad y adaptabilidad, así como el beneficiario disfrutar de una convivencia responsable (Escuredo, 2007).
- ✓ Debe servir el programa de referencia para la puesta en práctica de actuaciones propias del marco sanitario, no exentas de dificultad (Sarasa, 2003). Uno de los retos es la denunciada falta de coordinación con las áreas afines y la integración en un marco común social y sanitario (IMSERSO, Perfiles y tendencias 25, 2006). Interconexión, coordinación e integración en un marco amplio debe ser el esquema del futuro SAD (IMSERSO, Perfiles y tendencias 27, 2007).
- ✓ Dada la demanda de los usuarios, debería ampliarse la red disponible, financiándose por vía impositiva (Sarasa, 2003), donde la escasez de oferta pueda canalizar la importante demanda ciudadana (Escuredo, 2007).
- ✓ Desde el domicilio se promueve una mayor participación en la sociedad (Rodríguez, P., 2006b) y se fomenta la incorporación a otros recursos sociales comunitarios (centros de ocio o culturales).

La prestación del SAD se encomienda, con alguna excepción (Menorca), a empresas privadas con las que conciertan las entidades públicas (IMSERSO, 2010). La razón de esta modalidad de gestión indirecta está basada en el menor coste del servicio, sometido a los vaivenes de la concurrencia competitiva empresarial así como la flexibilidad horaria que debe presidir la ejecución concreta de la prestación.

El precio medio en España del coste del servicio es de 13,66 euros / hora por cada usuario (diciembre 2011). No se dispone de información exhaustiva sobre participación económica del interesado (17,77% de media), aunque las CC. AA. han comenzado a implantar pequeños porcentajes de copago tras un inicio próximo a la gratuidad.

Los usuarios del SAD no sólo exigen su inclusión en el programa sino que reivindican una adecuada intensidad en la prestación (Sancho y Rodríguez, 2001), convirtiéndose en un deseo del beneficiario y, simultáneamente, una forma de medición y seguimiento del cumplimiento. Calidad y cantidad, intensidad de los cuidados y duración en el tiempo forman parte de la demanda (Rodríguez, 2004).

En el tabla 30 se reproducen las horas de intensidad del SAD que la LAPAD reconoce, fijándose una horquilla horaria que será definida en el programa individual de atención, con desagregación entre cuidados y tareas de hogar. La distribución concreta se define entre la entidad prestadora y la familia receptora, preferentemente de lunes a viernes, aunque para el supuesto de personas con gran dependencia / dependencia severa, se suele incluir también el desempeño durante los fines de semana.

Tabla 30. Horas de intensidad del SAD en la LAPAD

<i>GRADOS</i>	<i>Horas / mes</i>
Gran dependencia (III)	46/ 70
Dependencia severa (II)	21 / 45
Dependencia moderada (I)	Hasta 20

Elaboración propia en base a LAPAD

La intensidad media horaria es de 18,90 (mensual nacional), de las que el 60% aproximadamente corresponden a cuidados personales (IMSERSO, diciembre 2011). En el mapa 6 se refleja la distribución de la intensidad por CC. AA. La intensidad horaria media nacional ha mejorado en casi 4 horas mensuales por usuario desde 1999 (15,19 horas), destacando Andalucía con la mayor dedicación horaria (más de 35 horas, cuando en 1999 no llegaba a 9 mensuales). A continuación, Galicia (27,64), Ceuta (26,26), Canarias (24), Melilla (24), País Vasco (23,2) o Castilla y León (21,43). Las que menos

intensidad horaria de dedicación son Navarra (6,39), Cataluña (8,34), Valencia (11,36), Aragón (13,92) o Baleares (14,7).

Hay CC. AA. donde es compatible el Centro de Día con el SAD, prestándose en horario de fin de semana o completando alguna hora diaria. Esta circunstancia motiva que la intensidad del SAD por persona quede minorada y afecte a la estadística global con un menor indicador.

El usuario tipo del SAD es de sexo femenino, mayor de 80 años (edad media de 80), donde predomina la atención dirigida a cuidados personales frente a las tareas domésticas, no necesariamente en situación de dependencia, con una importante base de personas en soledad y elevada feminización a partir de los 80 años (IMSERSO, 2010).

En 2012, 382.575 personas reciben los beneficios del SAD. Se ha producido un considerable incremento desde el punto de partida en este estudio, ya que en 1999 los usuarios ascendían a 112.797 personas. La cobertura del SAD ha tenido tres fases diferenciadas (gráfico 18). La primera coincide con los tres primeros años del periodo, en una situación de estabilidad (1,67% en 1999 hasta 1,98% en 2001), donde la posición de partida revela una cierta atracción, al convertirse en la “otra” vía de atención asistencial. La etapa de expansión conlleva un impulso y crecimiento en progresión desde 2002 hasta 2010, donde el indicador de cobertura se multiplica por 2,5 veces (desde 1,98% a 4,97%). La tercera se localiza en el punto de inflexión del año 2010, en plena crisis económica, al descender el indicador durante los años 2011 y 2012 (desde 4,97% a 4,65%). De todos modos, desde el año 2008, el crecimiento había comenzado a ralentizarse. La etapa de mayor intensidad se concentra entre 2001 (1,98%) y 2008 (4,69%).

El SAD partía en 1999 en desventaja (1,67%) frente al centro residencial (2,95%), pero en un tránsito de siete años (2006) lo alcanza y supera. A partir de esa fecha se rompe la línea de regularidad evolutiva de ambos servicios, aunque con ligera ventaja final a favor del centro residencial.

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla 31 y mapa 7, donde se adjuntan los indicadores de cobertura, se reproduce la situación de disparidad territorial analizada para los programas diurnos así como la ausencia de un patrón generalizador. Si la media nacional en 2012 es 4,65%, hay nueve CC. AA. que superan y diez que no llegan. Nuevamente se reproduce el efecto “tirón” de Madrid, con alto porcentaje relativo y absoluto (mapa 7). Se localizan por encima, en orden descendente, Madrid (7,31%), La Rioja (6,2%), Ceuta (5,94%), Castilla la Mancha (5,86%), Cataluña (5,7%), Aragón

(5,56%), Extremadura (5,55%), Andalucía (5%) y Castilla y León (4,9%). Con indicador menor que la media nacional de 2012, por orden de menor a mayor, Baleares (2,01%), Murcia (2,21%), Valencia (2,34%), Galicia (3,29%), Navarra (3,51%), Canarias (3,69%), Melilla (3,97%), País Vasco (4,12%) y Asturias (4,53%).

A nivel individual se debe mencionar a Madrid, en una apuesta por los servicios domiciliarios, especialmente hasta el 2008, Ceuta donde el recurso está muy extendido, La Rioja al triplicar la presencia de beneficiarios desde 1999 (desde 2,12% a 6,2%), donde Melilla, Navarra y Baleares apenas han sufrido modificación en su indicador en los últimos catorce años. Murcia, Valencia y Galicia manifiestan indicadores muy bajos.

La EPA presenta desde 2008 la población ocupada en servicios sociales sin alojamiento, siendo la ayuda a domicilio el programa que mayor porcentaje asume en esa categoría (en menor medida las estancias diurnas / nocturnas). Por este motivo, se refleja la evolución ocupacional de la mencionada categoría en este apartado del SAD, al margen de tratarse del programa domiciliario por excelencia. El gráfico 19 describe el desarrollo del empleo absoluto (masculino y femenino) desde 2008 a 2015, apreciándose cómo tras entrada en vigor de la LAPAD, en 2008 se estimaban 143.800 ocupaciones en servicios sociales (no residenciales), alcanzando el momento culminante en 2012 (221.500 empleos). Sin embargo, con motivo de los efectos de la crisis económica, el indicador disminuye a partir de esa fecha (178.700 en 2014), con un ligero cambio de tendencia en 2015 (183.100 trabajadores). En este mismo gráfico 19 queda reflejada la elevada intensidad en el empleo femenino respecto de los programas domiciliarios, ya que en función de la anualidad, oscila sobre el total entre un 85,35% (2010) y un 89,16 (2012).

Por último, en el gráfico 20 se representa el porcentaje de mujeres ocupadas en relación con la totalidad del mercado laboral femenino, donde se puede apreciar lo trascendente como nicho de empleo. Tras la entrada en vigor de la LAPAD, la atención social domiciliaria alcanzaba el 1,7% de toda la actividad femenina, logrando cima en 2012 (2,8%), aunque descendiendo a partir de ese instante hasta el 2,3% en 2015.

Con la finalidad de homogeneizar los parámetros de calidad en la atención domiciliaria, las personas que presten servicios profesionales en el hogar y no se encuentren en posesión del título de Atención Sociosanitaria a personas dependientes en Instituciones Sociales o equivalente, deberán adaptarse, bien con Certificado de profesionalidad de ocupación e auxiliar de ayuda a domicilio, bien por la equivalencia excepcional prevista para las personas con 55 años cumplidos (a 31/12/2015), de

quienes se encuentren en activo, con al menos una experiencia de 3 años como Auxiliar de Ayuda a domicilio y 2000 horas trabajadas en esa categoría en los últimos 10 años.

El servicio de teleasistencia domiciliaria

El servicio de teleasistencia domiciliaria es fruto de la evolución científica aplicada a las necesidades de las personas que viven en soledad, o con otros familiares mayores y/o en situación de dependencia. Permite conectar el domicilio del usuario con la persona de referencia (el propio interesado, un familiar, vecino o, en su caso, los servicios públicos) mediante intermediario responsable de la central de comunicación preestablecida. Para ello debe utilizar el pulsador cuando suceda la situación de necesidad, activándose el protocolo en la central de control. Su éxito ha sido inusitado, aplicándose la experiencia a otros ámbitos (protección ante denuncias de violencia de género). Las aportaciones del TAD se pueden resumir.

- ✓ La TAD se adapta a los programas denominados comunitarios por tener su sede en el domicilio. Fomenta la autonomía personal del individuo en su ámbito tradicional, el hogar, prestando apoyo ante situaciones de emergencia. Se logra transmitir seguridad y tranquilidad (Libro Blanco Dependencia IMSERSO, 2004).
- ✓ Junto a la modalidad original, vinculada a la telefonía fija, comienza a desarrollarse la TAD en conexión con el sistema móvil.
- ✓ La virtud del programa radica en localizar la existencia de un posible problema domiciliario en cualquier momento (24 horas al día y 365 días del año) mediante la activación del dispositivo.
- ✓ Es un programa en evolución continua. La TAD móvil, detectores de humos, de gas, cortes de suministro eléctrico, la existencia de unidad de emergencia propia (servicio médico de emergencia) son muestra enriquecedoras del contenido.
- ✓ Es un servicio complementario al SAD (Sancho y Rodríguez, 2001), donde prima la atención personalizada. Promueve el acceso a servicios sociales y sanitarios (Valero, Sánchez y Bermejo 2007) en un marco de eficiencia organizativa. Lo habitual es que donde haya SAD, se preste la TAD de manera conjunta.
- ✓ Es un instrumento idóneo para las personas mayores que se encuentran en soledad, aislamiento, discapacidad o situación dependencia. La respuesta inmediata de la central de recepción suple la ausencia de personas en el entorno.

- ✓ La TAD no sólo está pensada para la actuación de emergencia. Es un servicio adecuado a tareas de seguimiento personal (control de medicación o preaviso de actuaciones administrativas a realizar por el usuario).
- ✓ El servicio es económico y requiere un mantenimiento mínimo. La central de control ocupa un radio de acción regional, donde los costes en recursos humanos son mínimos (personal de turnos en centralita y mantenimiento de aparatos).
- ✓ Fomenta el desarrollo y contacto de las personas mayores con las nuevas tecnologías (Valero *et al.*, 2007).

La TAD se presta por medio de empresas en el mercado, con o sin ánimo de lucro. La contratación se efectúa mediante concurrencia competitiva favorecedora de un precio asequible, bajo una visión de progreso técnico. El coste es muy bajo, otro motivo de atracción, con 264,34 euros/año (IMSERSO, 2012), donde el importe de una mensualidad equivale al precio de una hora y media del SAD aproximadamente. La contribución media de los mayores se estima en un 15,55% (IMSERSO, 2012).

Esta participación en el coste del servicio no parece corresponderse con los criterios fijados en el Acuerdo de 10/07/2012 del Consejo Territorial del Sistema de Dependencia, ya que se exime al usuario con rentas inferiores al primer IPREM, se penaliza hasta la mitad del siguiente con un 50% en concepto de copago y, a partir de ese límite, participa con el 90% del coste.

El usuario tipo del TAD es de sexo femenino, mayor de 80 años (edad media de 81), donde predomina la atención dirigida a quienes viven solos (IMSERSO, 2010).

El crecimiento de la TAD ha sido exponencial en los últimos catorce años. Desde 1999 (48.574) a 2012 (692.462) el número de beneficiarios se ha multiplicado por catorce y el indicador de cobertura por doce (desde 0,72% a 8,42%), con una especial incidencia entre los años 2006 y 2010. En este instante procesal se puede concluir que la TAD ha sido el programa que más ha incrementado su aplicación.

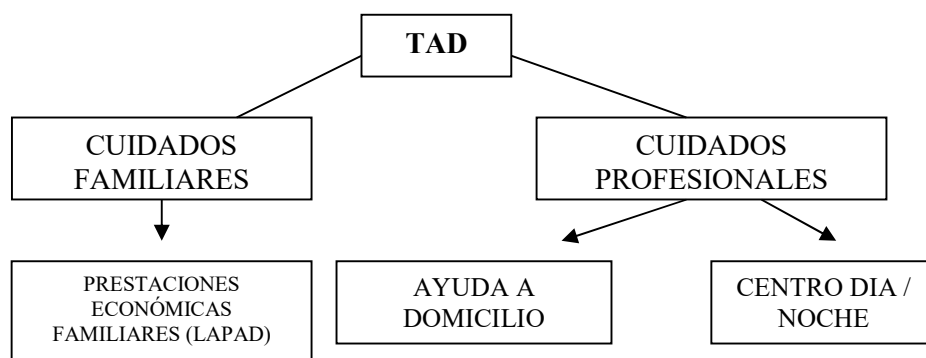
En el gráfico 21 se visualiza la evolución del programa entre 1999 /2012 en España. La fase inicial (1999 / 2004) tiene un crecimiento prudente, donde solamente un 2,04% de los mayores accede al servicio. La primera fase de gran desarrollo tiene lugar entre 2004 y 2008, ascendiendo hasta el 4,72%. Tras aprobarse la LAPAD surge la etapa de mayor incremento, entre 2008 y 2011, cuando el indicador de cobertura se sitúa en un 8,13%. Finalmente, en 2012 el crecimiento se ralentiza y pierde la capacidad mantenida en los dos periodos anteriores.

La expansión de la TAD no ha sido uniforme en todo el territorio nacional (tabla 32). Si la posición de origen es la media nacional de la TAD (8,42%), solamente hay cinco autonomías que se localizan en una cifra superior (mapa 8). Así, Madrid (16,06%), Castilla la Mancha (13,13%), Andalucía (11,94%), Cataluña (10,53%) y Ceuta (8,96%). Las restantes entidades se sitúan por debajo, de menor a mayor, Galicia (0,82%), Canarias (1,84%), Extremadura (3,66%), La rioja (3,68%), Baleares (4,03%), Castilla y León (4,22%), Asturias (4,82%), País Vasco (5,63%), Navarra (6,11%), Aragón (7,07%), Murcia (7,11%), Melilla (7,47%) y Cantabria (8,18%).

Como rasgo más sobresaliente, el porcentaje tan elevado de Madrid, doblando la media estatal. Esta Comunidad Autónoma tiene un indicador de soledad en las personas mayores bastante elevado (21,26%), apreciándose una relación entre soledad, gran ciudad y necesidad de un programa de comunicación externo como es la TAD. Es llamativo el mínimo avance de la TAD en Galicia o Extremadura, máxime si se tiene en cuenta su situación de envejecimiento. En el caso de Galicia es testimonial.

La LAPAD (artículo 22) determina el carácter complementario de la teleasistencia, aunque reconoce su naturaleza de independencia respecto de otros programas. En la figura 10 se expone el sistema de compatibilidad de la TAD, donde no se encuentra el centro residencial por incluir atención integral profesional. Por tanto, como programa domiciliario, puede reconocerse conjuntamente con el servicio de ayuda a domicilio, situación habitual (Sancho y Rodríguez, 2001), con el centro diurno/nocturno, los cuidados familiares y los de promoción de la autonomía y prevención.

Figura 10. Sistema compatibilidad de la TAD



Elaboración propia en base (artículo 16 del Real Decreto 1051/2013)

Frente a las más de 900.000 personas usuarias a nivel nacional (IMSERSO, 2015), solamente 137.469 dependientes (IMSERSO, 2015) tienen reconocida la TAD, en un ámbito protector donde el 72% de los beneficiarios alcanzan los 65 y más. Debe entenderse que es un instrumento que reciben al margen de la LAPAD o que no resulta

atractivo para los cuidados de larga duración por requerir presencia efectiva de familiares o cuidadores profesionales. Todo apunta a que sea una combinación de ambas consideraciones, donde hay personas que no lo requieran ante el control continuo del cuidador principal y/o secundario/s, a la par que habrá otras personas que lo tengan reconocido desde una etapa anterior y externa a la situación de dependencia y prosigan con el servicio una vez que se les valore la dependencia.

Para finalizar, la TAD no genera apenas empleo, en comparación con los recursos anteriores. Solamente el personal mínimo de centralita, el de la unidad móvil de respuesta si así se ha previsto y, finalmente, el de mantenimiento e instalación del mecanismo, dado el predominio de la tecnología en su funcionamiento.

El indicador de servicios profesionales

Los servicios profesionales se representan por la suma de indicadores de cobertura de plazas residenciales, de centros de día y beneficiarios del servicio de ayuda a domicilio. Una alternativa incluiría adicionalmente el indicador del servicio de teleasistencia domiciliaria. En el gráfico 22 se incluyen las dos posibilidades de servicios profesionales en materia de atención a personas mayores. Por un lado, una cobertura básica o principal, donde no se cuantifica la TAD. Por otro, una cobertura ampliada, donde se añade la TAD a los servicios básicos.

La opción elegida es la primera, la cobertura básica o principal en base a que la TAD es considerada como servicio complementario en el marco de la LAPAD, compatible con los servicios y prestaciones económicas, salvo el residencial, donde en lógica no procede por efectuarse en el domicilio del interesado. De igual forma, su precio es mínimo en relación con el resto de programas. Sería desproporcionado comparar recursos no equiparables, ya que el coste anual de un terminal de TAD se equipara al que supondría la atención media mensual del SAD de una persona.

$$\text{IC. (Indicador cobertura) total} = \text{IC. Residencia} + \text{IC. C. Día} + \text{IC SAD}$$

Partiendo de la base de considerar el indicador de cobertura total (ICT) una referencia del desarrollo de los servicios profesionales, es preciso un instante de parada destinado al análisis de la evolución del ICT en España. Uno de cada diez mayores

recibe protección profesional en España³³ (10,38%), donde el indicador se ha duplicado en estos catorce años, partiendo desde 4,73% hasta 10,38%. La cobertura inicial tiene su base en los ingresos residenciales, con posterioridad, se amplía con los programas domiciliarios.

Se distinguen claramente tres fases. Una primera etapa de estabilidad (1999 / 2001) con un ligero incremento al alza. Otra de expansión (2001 / 2009), donde se duplica prácticamente el indicador (desde 5,3% a 10,1%), coincidiendo con la elaboración, aprobación y puesta en marcha de la LAPAD. Un tercer periodo (2009 / 2012) con una tendencia al estancamiento (desde el 10,1% al 10,38%).

El contenido de la tabla 33 es representativo de la diversidad de la protección formal en los cuidados a personas mayores en España. Las distintas autonomías no sólo difieren en el ICT, sino en la distribución interna de los servicios. En unas puede primar más el centro residencial (Castilla y León), en otras el SAD y el centro de día (Madrid). Unas manifiestan una protección elevada (Madrid), otras presentan unos recursos mínimos (Galicia). Con la finalidad de apreciar con claridad la distribución (mapa 9), se pueden agrupar mediante la siguiente clasificación en cuatro niveles:

- ✓ CC. AA. situadas con un ICT muy elevado: Castilla la Mancha (14,26%), Madrid (13,98%) y Castilla y León (13,08%). Son una referencia en el desarrollo profesional residencial, la primera y, de centro de día y SAD, la segunda.
- ✓ CC. AA con un ICT superior a la media española: Aragón (13,15%), Extremadura (12,57%), La Rioja (12,49%) y Cataluña (11,96%).
- ✓ CC. AA. con un ICT en torno a la media nacional: Asturias (11,25%), Cantabria (10,97%), Navarra (10,08%), País Vasco (9,71%) y Andalucía (9,35%).
- ✓ Autonomías con un ICT por debajo de la media estatal: Los territorios extrapeninsulares, Melilla (8,83%), Ceuta (8,59%), Baleares (7,93%), Canarias (7,45%) junto a Galicia (7,72%), Valencia (6,41%) y Murcia (5,33%).

Aquellas autonomías con menor tasa de envejecimiento (Ceuta, Melilla, Baleares, Canarias o Andalucía) tienen poco desarrollado en el indicador de cobertura de servicios profesionales, con la excepción de Madrid. Las autonomías con mayor envejecimiento (Castilla y León, Aragón, Asturias o Extremadura), mantienen un catálogo de servicios elevado, excepto Galicia y, en menor medida, País Vasco. No existe un desarrollo equilibrado entre servicios en función del ámbito territorial.

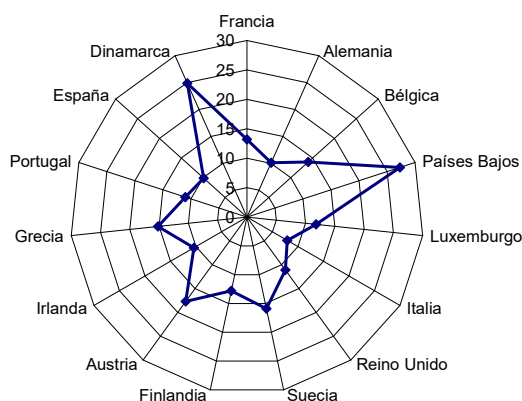
³³ Es posible que se haya producido solapamiento en algún supuesto entre SAD y Centro de Día, dada su posible compatibilidad.

Servicios profesionales en el ámbito comparado

En el gráfico 23 se representa la información de los países de nuestro entorno, la Unión Europea (15), donde se puede apreciar el elevado desarrollo profesional de los estados nórdicos (Dinamarca y Suecia), junto a Países Bajos y Austria y, en una posición intermedia, Bélgica y Luxemburgo. En posiciones inferiores la mayoría de los sistemas mediterráneos y, en concreto, el caso español en el puesto catorce, superando únicamente a Italia.

Otra forma de análisis sobre el esfuerzo inversor en servicios sociales formales es el derivado de la posición relativa del gasto efectuado en cuidados de larga duración dirigidos a mayores en el marco de nuestro entorno europeo. La Agencia Europea EUROSTAT facilita información comparada de los distintos estados miembros, junto a la media comunitaria. De manera concreta, se refleja el gasto en cuidados a mayores en relación a su participación en el Producto Interior Bruto (PIB). Los datos aportados se encuentran limitados por la vigencia temporal de la obtención, al referirse al periodo 1999 / 2008. En todo caso facilitan una visión y, sobre todo, una tendencia en una doble dimensión (posición del gasto social de personas mayores en España / el estudio comparado con la media comunitaria y otros estados de referencia).

Gráfico 23 Indicador cuidados profesionales U.E. (15) 2006/2008



Elaboración en base a Bettio y Verashchagina (SHARE) Comisión Europea (2010)

La participación española del gasto en cuidados a mayores respecto del PIB ha mantenido un línea de progresión desde 1999 (0,16%) a 2008 (0,45%). El indicador casi se ha triplicado, ejemplo del esfuerzo realizado. ¿A qué se puede deber esta evolución? La entrada en vigor de la LAPAD ha supuesto un desembolso de gasto de público

acompañado por una dinamización del sector, incrementos porcentuales producidos desde el inicio del debate y la previsión de la llegada del texto legal.

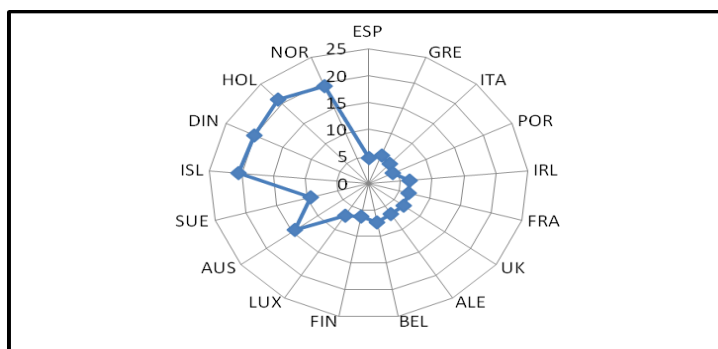
En el terreno de la comparación con los países de nuestro entorno, la media española se ha aproximado a la europea superándola en el año 2008 (0,41% la UE-27 y la española, 0,45). El gráfico 24 muestra la brecha abierta a comienzos del periodo (0,41% y 0,16% respectivamente), para en la fase final situarse por encima del valor de nuestro entorno medio. Hay una referencia, un ejemplo a seguir, marcada por los estados nórdicos, en especial, Suecia y Dinamarca por este orden. Suecia es el estado europeo con mayor participación del gasto en cuidados de larga duración a personas mayores con un 2,33%, cifra que supera casi seis veces la media europea. El caso danés es similar, pero con menor intensidad. Con independencia de Suecia y Dinamarca, son seis los estados que superan el porcentaje español de 2008 (Finlandia, Países Bajos, Austria, Reino Unido, República Checa y Malta). En el Reino Unido, prototipo del modelo liberal, la participación del gasto era elevada en el punto de partida (0,78% en 1999), con punto de inflexión en 2004 (1,01%) y, concluir en 2008 minorando su presencia relativa (0,56%). Finalmente, como último comentario, resaltar que entre los países europeos existen diferentes tasas de envejecimiento, una limitación a tomar en consideración.

En el Libro Blanco de la Dependencia (2004) se apuesta por seguir con la tendencia en Europa del desarrollo de las personas con dependencia, de manera especial, con los mayores y los programas comunitarios. Así parece indicarlo el gráfico 24, expresivo de esta diferente posición relativa respecto del PIB que asumen en materia de gastos de cuidados de personas mayores, donde Suecia marca una brecha abismal y el caso español supera al final del periodo analizado a Francia y a la media Europa. A mitad de camino, el caso holandés.

En el gráfico 25 se expone el gasto en protección social sobre el PIB en el periodo 2000/2010. El concepto de inclusión ya no es la persona mayor, sino la población total susceptible de protección, incluyendo los menores de 65 años. El gasto español se ha incrementado notablemente desde el año 2000 (20%) , manteniéndose estable hasta el año 2007 (20,8%), con punto de inflexión en 2008, donde comienza un crecimiento (22,2%) que se mantiene en progresión hasta 2010 (26,1%). Se ha producido un acercamiento a la media europea (UE-17 y UE-27), reduciendo la brecha hasta llegar a cuatro puntos porcentuales respecto a UE-27 y cinco en relación a UE-17. El supuesto

danés, propio del modelo asistencial nórdico, es el que mayor porcentaje dedica a protección social, llegando a representar en 2010 más de un tercio del PIB (34,2%).

Gráfico 26 Servicio de ayuda a domicilio (“home care”)³⁴



Elaboración propia en base a Bettio y Verashchagina Comisión Europea (2010)

Con la finalidad de comparar el desarrollo de los servicios sociales profesionales destinados a personas mayores en el ámbito de la Unión Europea, resulta muy interesante el estudio elaborado en noviembre de 2010, con el apoyo de la Comisión Europea, por Bettio y Verashchagina, “Long-term care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries” Fondazione Giacomo Brodolini, donde se aporta información sobre los indicadores de cobertura de los tres principales servicios (residencial, centro día y ayuda a domicilio), referidos principalmente al año 2008. Aunque afecta a 33 países de Europa, solamente se van a estudiar los correspondientes a la Unión Europea de los 15, incluyendo adicionalmente Islandia y Noruega ante su elevado desarrollo del Estado del Bienestar. De los datos aportados, en su mayoría de origen oficial, se comprueba la relación existente entre los modelos principales de cuidados de larga duración y los estados incluidos en los mismos.

Siguiendo el gráfico 26, el modelo universal, propio de los países nórdicos y Holanda, ha formulado una apuesta por el desarrollo de los servicios domiciliarios (Noruega, Dinamarca, Islandia), con tasas el entorno del 20% y, en menor medida, Suecia y Finlandia (9,4% y 6,3% respectivamente). El indicador de Países Bajos, el más elevado de atención domiciliaria en la U.E. (21%), es una referencia a seguir.

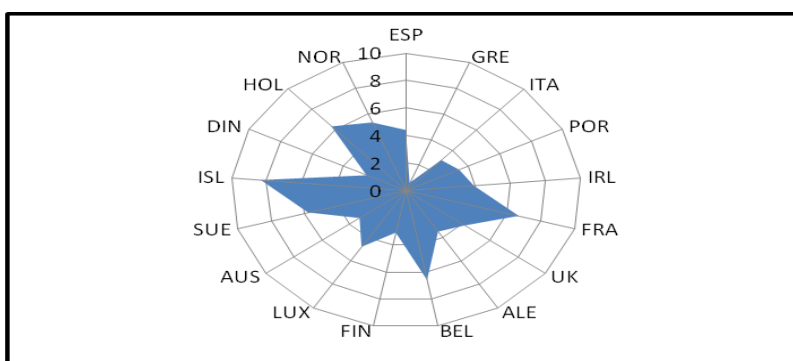
Los programas domiciliarios en el modelo mediterráneo, o asistencial, (España, Grecia, Italia, Portugal) se mantienen muy distantes de las ratios del nórdico, llegando en algunos casos a representar la cuarta parte de los miembros más cualificados del modelo anterior. Los servicios formales domiciliarios se encuentran poco

³⁴ España (ESP), Grecia (GRE), Italia (ITA), Portugal (POR), Irlanda (IRL), Francia (FRA), Gran Bretaña (UK), Alemania (ALE), Bélgica (BEL), Finlandia (FIN), Luxemburgo (LUX), Austria (AUS), Suecia (SUE), Islandia (ISL), Dinamarca (DIN), Holanda (HOL) y Noruega (NOR).

desarrollados, fundamentalmente por la presencia de cuidadoras familiares. A pesar del retraso temporal, se está produciendo el cambio en dirección al modelo anterior, camino hacia la universalización.

Finalmente, el SAD en el modelo intermedio continental (Alemania, Luxemburgo, Bélgica, Francia o Austria), mejora el mediterráneo pero dista del nórdico. Los indicadores oscilan en torno al 7%, salvo Austria (14,4%). La representación del sistema liberal (Gran Bretaña) mantiene parámetros cercanos al continental.

Gráfico 27: Plazas residenciales (“residential care”)

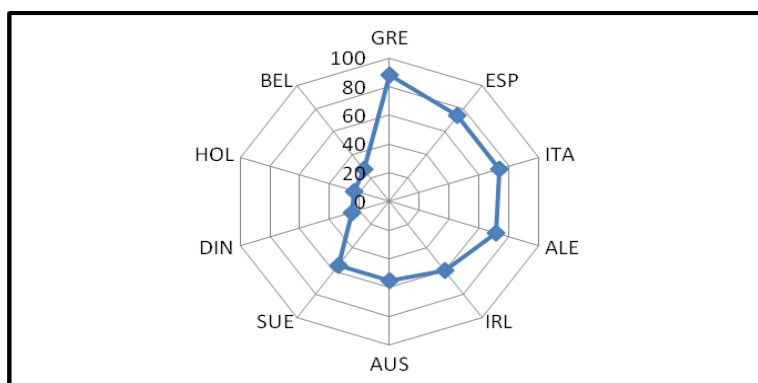


Elaboración propia en base a Bettio y Verashchagina Comisión Europea (2010)

La regla general en la implantación del servicio residencial es la diversidad y heterogeneidad, con menores diferencias de desarrollo. El nórdico pierde porcentaje debido a que dirige su esfuerzo y se escora hacia el programa domiciliario y el asistencial o mediterráneo mantiene representación global inferior, dada la tradición existente de ingresar cuando no le queda otra solución al cuidador de toda la vida. Contrastando los gráficos 26 y 27, el indicador medio del SAD de los 17 países analizados se sitúa en un 10%, cuando el residencial en 4,45%. En plazas residenciales, excluidos los casos extremos, islandés (8,3%) y griego (0,6%), la brecha oscila entre 6,7 y 3%, donde España ocupa una posición intermedia (4,4%). Los países de Centroeuropa, excepto Alemania y Austria, mantienen elevados porcentajes de mayores ingresados. El representante del modelo liberal no es proclive al ingreso.

No se ha podido conseguir una información amplia acerca de las plazas disponibles del servicio diurno. Como no podía ser de otra manera la iniciativa es propia de los países nórdicos, con Dinamarca (2,4%), Finlandia (3,4%), Islandia (3%), Suecia (0,7%). España se encuentra en la evolución de un recurso cada vez más demandado y valorado. Sorprenden las cifras de Grecia (9%) y, en menor medida, Portugal (3,3%).

Gráfico 28: Cuidados familiares en exclusiva (% sobre total atención domicilio)



Elaboración propia en base a Bettio y Verashchagina (SHARE) Comisión Europea (2010)

Para culminar este apartado es preciso el análisis comparativo en cuidados familiares. Siguiendo la investigación de Bettio y Verashchagina (2010), antes identificada, realiza una estimación sobre cuidados familiares prestados en exclusiva. Los mayores porcentajes de cuidados informales (gráfico 28) se facilitan en los países mediterráneos (Grecia, España e Italia, por ese orden), con indicadores situados entre el 88,2% (Grecia) y el 73,5% (Italia), siendo el español (73%) similar al italiano. Los estados nórdicos y continentales mantienen indicadores reducidos, en un horquilla que oscila entre el 55,1% (Austria) y el 23,5% (Holanda), con la salvedad alemana (71,3%).

A continuación se exponen las experiencias en cuidados profesionales desarrollados en cuatro países (Suecia, Alemania, Italia y Reino Unido), significativos por su inclusión en cada uno de los modelos de cuidados. Se apreciará el papel que juegan los proveedores de servicios, matizando que se corresponden con sistemas dinámicos, a veces en dirección opuesta al modelo puro.

Suecia

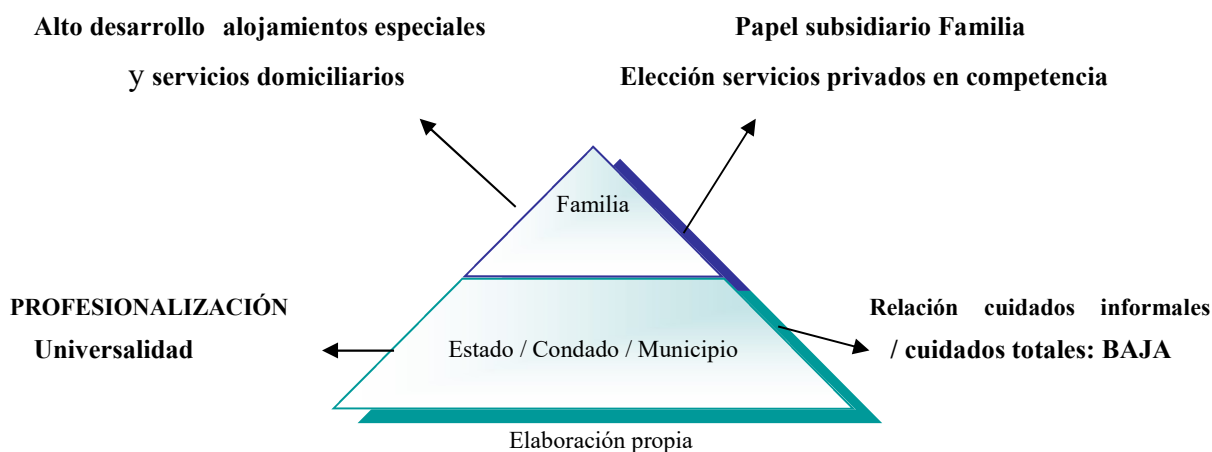
Con un porcentaje de población mayor similar a España, Suecia disfruta de unos indicadores de cantidad y calidad asistenciales dignos de ser ejemplo. La referencia es la persona y la preservación de sus derechos fundamentales. Es un estado pionero en el modelo universal, al basar su cobertura en un derecho de ciudadanía que se obtiene en función de estado de necesidad (López, Cirera y Soley, 2012). La pureza inicial se ha visto modificada ante el excesivo coste, dirigiéndose a posiciones mixtas donde la familia interviene en la provisión de cuidados. En este modelo socialdemócrata, los referentes son la universalidad y la igualdad (García *et al.*, 2011a), donde la sociedad responde de los cuidados frente a la familia (García *et al.*, 2011a).

El sistema se articula en torno a dos servicios básicos. Por un lado, el programa comunitario (con SAD y TAS); por otro, los alojamientos especiales, modalidad

residencial donde prima el individuo. La base del sistema se encuentra descentralizada en condados y municipios que aportan servicios profesionales como primera opción, donde la familia asume papel subsidiario. Los programas públicos facilitan al interesado la capacidad de elegir servicios privados en competencia de calidad.

Las competencias en materia de servicios sociales suecos se encuentran ampliamente descentralizadas en municipios y condados. No obstante, desde el Gobierno Estatal se promueven multitud de acciones como el Centro Nacional para la Excelencia de los Cuidados Familiares. Uno de los problemas de la descentralización es la heterogeneidad territorial en la provisión (López y Faner, 2011).

Figura 11: Figura modelo sueco de cuidados larga duración



Una de las aportaciones de los servicios sociales suecos es la atención en alojamientos especiales, donde los municipios fijan los requisitos mínimos sobre condiciones de habitabilidad, así como las personas mayores en situación de necesidad que pueden acceder a los mismos, especialmente los afectados por demencias. El título jurídico habilitante es un contrato de arrendamiento. Otro aspecto destacable es el elevado estándar de calidad en la construcción y dotación, junto a su coste, al multiplicar por 2,5 el del SAD (IMSERSO, Perfiles y Tendencia (37), 2009).

Los servicios domiciliarios suecos se rigen por el principio de la libertad de elección. Generalmente los municipios fijan la necesidad del servicio y establecen el precio de manera invariable (IMSERSO, Perfiles y Tendencia 37, 2009), donde las empresas solo compiten por la mejora de calidad. Hay competencia en el producto ofertado, no en precio (López *et al.*, 2012). Este sistema de libre elección se está extendiendo a otros programas sociales y fomenta un proceso de externalización que caracteriza al modelo como dual (Rodríguez, P., 2011). Una economía mixta al servicio del bienestar social (Bazo y Anzizu, 2004).

La familia es la fuente principal de apoyo a la persona mayor sometida a cuidados (Bazo *et al.*, 2004). No obstante, el sistema público de Seguridad Social satisface sus obligaciones con prestaciones monetarias y servicios. Es un modelo formal porque facilita la profesionalidad (Rodríguez, 2004), ya que la libertad de elección se encuentra restringida debido a que la cantidad establecida para los servicios es el doble del importe previsto para las prestaciones monetarias.

Al tener su origen en la relación de aseguramiento, la principal contribución se obtiene de las cotizaciones sociales. Ha sido preciso aumentar en varias fases los porcentajes del tipo de cotización, distinguiendo entre cotizantes con hijos (1,95%) y sin hijos (2,2%)³⁵ (Vilaplana, 2012). De todos modos, no es suficiente para la cobertura del sistema, con lo que debe recurrirse a participación en el coste por los beneficiarios y una tercera parte con cargo al sistema impositivo (López y Faner, 2011), principalmente dirigida al nivel no contributivo. La aportación sobre PIB alcanza el 1%, (Rodríguez, 2004), donde el gasto público sobre el total de cuidados de larga duración se fija en el 77,2% (García *et al.*, 2011b) para el año 2006.

Siguiendo a Betio and Verashchagina (2010), los programas de respiro familiar se sitúan en torno al 9% (2,4% para centro de día y 6,6% para la ayuda a domicilio), superiores a los del modelo asistencial o mediterráneo. Sin embargo, el porcentaje de atención residencial es similar al previsto para este último modelo (3,5%).

Italia

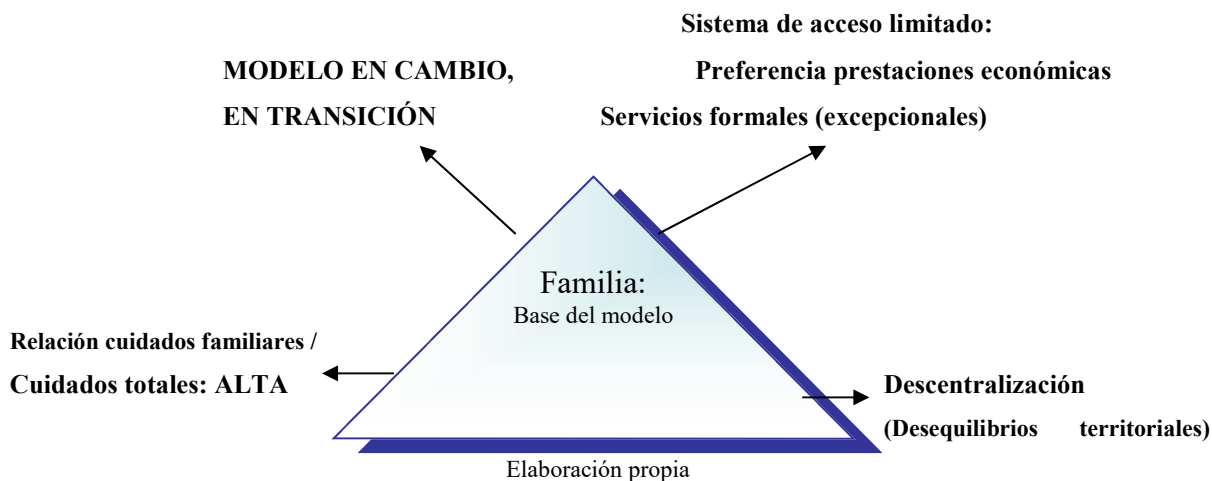
El modelo italiano, al igual que el español antes de aprobación de la LAPAD, se incluye en el asistencial o mediterráneo. La familia asume la base de la atención de los cuidados de sus mayores, participando las Administraciones Públicas al reconocer prestaciones económicas, donde los servicios formales tienen carácter excepcional y se encuentran descentralizados. La transición y el modelo modificado deben tender hacia Europa, en la dirección iniciada por España tras la aprobación de la LAPAD.

Los cuidados informales forman parte de la dinámica en la atención a personas mayores, donde la mujer es la protagonista en función de un rol que ha sido tradicional. Los cuidados formales se encuentran en fase de desarrollo, muy lejos del modelo nórdico y a menor distancia del continental. El cambio en los patrones de vida familiar, así como el proceso de modernización facilitan la tendencia a modificar la filosofía en la

³⁵ Por medio de la negociación colectiva, se ha cedido un día de vacaciones, valorado como día extra, para compensar las aportaciones empresariales al sistema de cuidados (Vilaplana, 2012).

prestación de cuidados en dirección a la profesionalización (Díaz *et al.*, 2009). El sector privado se encuentra muy implantado.

Figura 13: Figura modelo italiano de cuidados larga duración



Italia no aplica un sistema universal como el español tras aprobarse la LAPAD (Rodríguez, G., 2011). Ha desarrollado su protección hacia la familia por medio de prestaciones económicas, con una alta cobertura de beneficiarios. Estas aportaciones monetarias en la práctica están destinadas a los cuidadores y sirven para cubrir los gastos de los servicios domésticos, en su mayoría inmigrantes, así como para una parte del coste de otros servicios profesionales complementarios (Rodríguez, G., 2011).

El SAD italiano presenta un indicador de cobertura similar al español y, el residencial, se encuentra en un nivel inferior. El sistema público se encuentra financiado por medio de impuestos, fijándose un retorno alto por medio del copago. El gasto en cuidados de larga duración es bajo (inferior al 1% sobre PIB), donde el desembolso público sobre el total de cuidados de larga duración es inferior al 30% (García *et al.*, 2011b) para el año 2006.

Reino Unido

El Reino Unido es el prototipo de país inmerso en el modelo liberal. A pesar de los intentos dirigidos a la universalización, que han sido fallidos excepto en la atención sanitaria, su diseño se ajusta al asistencial en materia social, utilizando compensaciones económicas más que provisión directa de servicios (López y Faner, 2011). El nivel de cobertura es amplio, donde las prestaciones económicas se destinan a la adquisición de servicios en el mercado, actuando ante determinadas situaciones de necesidad. Uno de los momentos culminantes es 1990, al aprobarse la Community Care Act, donde se

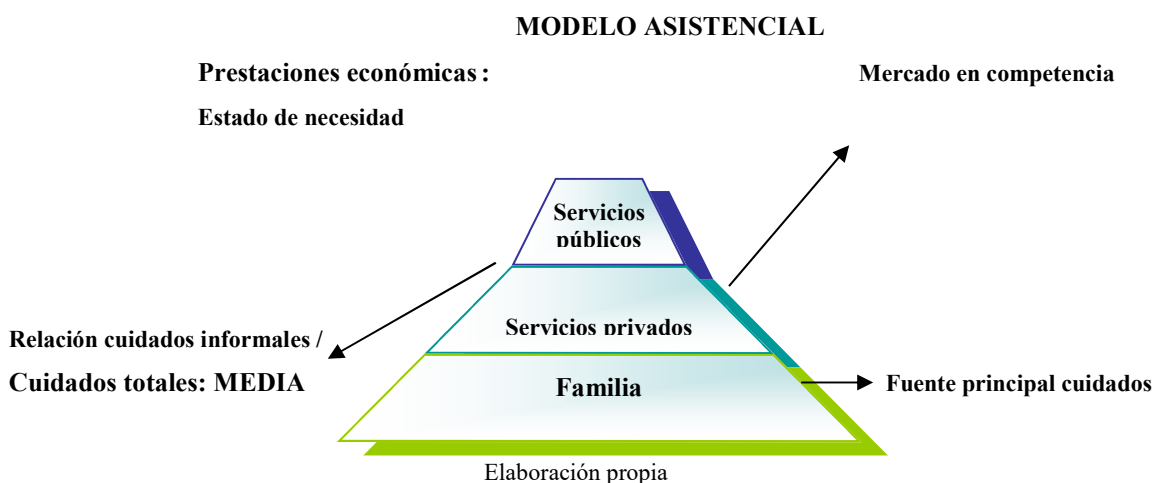
adopta la exigencia de la participación en el coste y la descentralización de las competencias al ámbito local (Rodríguez, 2004).

La familia es la base del sistema británico, donde el mercado aporta un catálogo de servicios a su disposición. La protección pública se reserva con preferencia a personas en situación de necesidad, permitiendo el copago dotar solidaridad al modelo.

Los recursos sociales presentan un nivel medio / alto en la provisión de programas domiciliarios, y medio bajo en plazas residenciales. El régimen público manifiesta dos posibilidades, con la participación de la Seguridad Social (carencia de recursos), por un lado y, las regiones con los municipios, por otro.

El sistema público está financiado por medio de impuestos centrales y locales, dada la descentralización. El gasto en cuidados de larga duración es bajo / medio (en torno al 1% sobre PIB), donde el desembolso público sobre el total de cuidados de larga duración oscila entre el 60 / 70% (Díaz *et al.*, 2009).

Figura 14: Figura modelo británico de cuidados larga duración



II.6. PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS SOBRE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Las primeras investigaciones científicas estuvieron dirigidas al análisis estadístico del envejecimiento y estudios sobre su proyección futura. Con posterioridad, la reflexión y la explotación de la información comparten espacios. En este apartado se expone una revisión bibliográfica sobre las dimensiones incorporadas a este trabajo. De manera concreta, la relación entre provisión formal e informal, la importancia de los modelos internacionales bajo la distinción norte / sur europeo, las investigaciones sobre las condiciones de vida y su influencia sobre la atención recibida, así como la diversidad autonómica española en materia de servicios sociales.

No obstante, resaltar que la doctrina científica ha presentado estudios sobre otros aspectos relacionados con la atención a cuidados de personas mayores sobre los que no se va a incidir por superar el contenido de esta exposición (la solvencia y suficiencia financiera de los sistemas públicos de atención, la coordinación socio-sanitaria, las simulaciones sobre costes o el cálculo posible del número de personas dependientes).

II.6.1 Cuidados formales / informales

Existe un interesante campo investigador sobre la relación existente entre cuidados formales e informales. El punto de partida es la presencia de cuidados familiares y, sobre este núcleo, pivota la atención profesional compensando, sustituyendo, reforzando o complementando la realizada por el entorno del mayor (García *et al.*, 2011a). Esta relación origina modelos compensatorios, sustitutivos, específicos de tareas y complementarios, respectivamente.

El modelo compensatorio fue iniciado por Susan Ettner (1995), estableciendo un orden preferente, los cuidados familiares, y recurrir a los formales al resultar imposible su atención informal. Ettner estudia el envejecimiento en USA y el efecto compensador profesional en función de la mayor o menor dedicación laboral del familiar, medida en intensidad horaria. De igual modo, aprecia que los cuidados personales van en detrimento del empleo externo del cuidador. Esta teorización tuvo desarrollo empírico con Penning y Chapel o García *et al.*, 2011a).

Penning y Chapel (1990), sobre una muestra de 743 personas mayores no institucionalizadas, obtienen correlación entre cuidados formales y autocuidados,

utilizando la variable salud (prevención). La incapacidad funcional y los apoyos que prestan los cónyuges se convierten en variables que predicen los cuidados informales, en tanto que las enfermedades crónicas, la salud percibida, la confianza en la prevención sanitaria y la atención médica se relacionan con los profesionales.

El modelo de sustitución fue utilizado por Greene (1983) al considerar que con el desarrollo y aceptación de cuidados formales disminuye en paralelo la atención familiar, a modo de sustitución. Greene entiende que es la necesidad no satisfecha la variable que condiciona la sustitución. Este modelo fue analizado por T. K. Viitanen (2007), concluyendo que la provisión formal de cuidados es sustitutiva de la familiar cuando ésta se desarrolla por cuidador que reside en domicilio distinto del mayor, aunque no cuando tiene lugar en un hogar intergeneracional. La atención profesional incrementa el empleo en servicios sociales y libera a la familia para ejercer sus expectativas laborales.

El modelo específico está basado en la dificultad de las tareas, prosperando la atención formal en función de la naturaleza de los cuidados, no de la voluntad del cuidador. La función prevalece sobre la intención. Esta teoría fue propuesta por Litwak (1985) y desarrollada por Mentzakis, McNamee y Ryan (2009), obteniendo como resultado la relación significativa entre cuidados informales y problemas de salud, así como la evidencia de no ser propensas a la atención familiar las personas acaudaladas.

Cuando Chappell y Blandford (1991) plantean el modelo complementario, lo realizan sobre la base de los cuidados formales ante la incapacidad del cuidador, justificando la actuación en dos supuestos. Por un lado, cuando los mayores necesitan atención y carecen de recursos familiares. Por otro, cuando teniendo familiares disponibles para realizar los cuidados se plantean graves dificultades de salud que requieren actuaciones externas. Edelman y Hughes (1990) concluyen que la relación entre cuidados formales e informales es complementaria, al no apreciar una disminución significativa en los últimos ante el desarrollo de los primeros, manteniéndose estables en el tiempo. Denton (1997), partidaria del modelo complementario, indica que prospera ante la ausencia de cuidadores, básicamente cónyuges o hijos, principalmente en la atención personal y, en menor medida, en las tareas domésticas.

Hellström, Persson y Hallberg (2004b) determinan que son sujetos susceptibles de recibir ayuda las personas mayores, preferentemente mujeres, viudas, que viven solas, con más enfermedades y menor calidad de vida. Hellström y Hallberg (2004) indican que los cuidados informales se producen entre quienes eran más jóvenes, casados, acompañados de otras personas y la ayuda formal era demandada por los que tenían

menos hijos, personas solteras y en situación de soledad. Finalmente una mezcla de ambas modalidades al necesitar apoyos para actividades instrumentales y personales.

Jones y Vetter (1985), en un estudio sobre personas de edad avanzada, relacionan los cuidados familiares con profesionales y entienden que el entorno íntimo no descuida a su seres queridos, a pesar del avance que hayan podido tener los cuidados profesionales, indicando que soportan el gran peso de la atención domiciliaria. Por tanto, es necesario promover la atención externa con una mayor intensidad y paliar su esfuerzo. Frederiks, Tewerik, Visser y Sturmans (1990), sobre los programas domiciliarios, entienden que el cuidado informal es condición necesaria para efectuar los profesionales y, por tanto, la idea de sustitución en el domicilio queda superada. En sentido parecido se manifiestan Moscovice, Davidson y Mccaffrey (1988), ya que sus principales hallazgos se circunscriben a la ausencia de sustitución entre ambas modalidades, por solicitar los servicios formales en base al estado de necesidad.

Hopp (1999) identifica los tipos de tareas correspondientes a cada modalidad de atención. Por una parte, prestan servicios sociales de naturaleza profesional tanto personas físicas, como agencias o asociaciones con destino a actividades básicas de la vida diaria (baño, aseo, vestirse), siendo denominador común atención continuada y cercana. Por otro, la familia y amigos efectúan cuidados informales dirigidos preferentemente a tareas instrumentales (desplazamientos, movilidad en general, realizar compras). Para Miller y Mc Fall (1991), la utilización del recurso formal tiene lugar cuando se producen elevados niveles de necesidad y sobrecarga en las tareas efectuadas por el cuidador o la red íntima de apoyos.

Abelin y Schlettewein-Gsell (1989) en su estudio sobre la planificación de los servicios sociales ante la insuficiencia de la atención informal, examinan una muestra de 480 personas con 65 y más años en dos zonas urbanas de Suiza (el porcentaje de respuesta fue del 80,4%), concluyendo que la atención domiciliaria de personas mayores con limitaciones complementa la realizada por la familia, nunca la sustituye, bajo el entendimiento de estimar necesario el fomento de los recursos públicos ante la eficiencia de la atención externa en el hogar. Penning (2002) examina la relación entre cuidados profesionales y familiares, junto a los efectuados por la misma persona mayor, mediante regresión (mínimos cuadrados), en la que observa los resultados de personas de edad con atención pública domiciliaria frente a otros que no la tienen reconocida, determinando que el modelo de sustitución tiene escaso recorrido, toda vez que la atención formal en el hogar no ocupa el espacio de la familia y la autoprotección. Davey

y Patsios (1999), al comparar Estados Unidos con Gran Bretaña, indican que fue escaso el número de personas que recibieron solamente cuidados formales, sugiriendo que la atención comunitaria formal no sustituye a la familiar, sino la complementa.

Li (2005), utilizando el programa Medicaid de Michigan, estudia la mayor o menor intensidad de los cuidados familiares en función de distintos acontecimientos. Así, cuando se ofrece atención domiciliaria subvencionada públicamente, el cuidado informal se reduce al comienzo, aunque con posterioridad se estabiliza. Otros factores que inciden en modificaciones de intensidad en atenciones familiares son los cambios producidos en las actividades instrumentales para la vida diaria, la residencia del cuidador, el arreglo de la vivienda y la edad del beneficiario. Christianson (1988) indica que los programas domiciliarios públicos no consiguieron disminuir sustancialmente la intensidad horaria de los cuidados informales recibidos hasta el momento anterior.

Armi, Guilley y Lalive (2008) utilizan una muestra de 323 personas octogenarias por medio de un estudio longitudinal interdisciplinario en Suiza, con la finalidad de comprobar si los servicios formales o informales eran complementarios o sustitutivos. Resolvieron que la relación era de complementariedad dado que los servicios informales aumentaron en paralelo a los formales (un 21,2% de los casos la red formal sustituyó parcialmente a la informal y un 6,4% de los supuestos tuvo lugar de manera absoluta). Por tanto, no tiene fundamento la teoría de la minoración familiar al recurrir a la atención externa.

Pinquart y Sörensen (2002), al efectuar análisis comparativo en los cuidados facilitados en Estados Unidos y Alemania, también opinan que la relación cuidados informales / formales es de naturaleza complementaria, aportando una interesante visión en función de la duración de las atenciones a prestar. Así, cuando los apoyos tienen lugar a corto plazo, tienen preferencia las tareas familiares y, en todo caso, las mixtas. Sin embargo, cuando permanecen en el tiempo, predominan los cuidados profesionales. Establecen indicadores en los que prima el recurso familiar, como la edad, ser varón, número de hijos, la recepción previa de apoyos, la educación y los contactos.

Samuësson, Sundström, Dehlin y Hagberg, (2003) estudian los recursos formales desde la perspectiva de las personas con trastornos mentales, así como otras características sanitarias, psicológicas y sociales, todo ello, respecto de personas nacidas a comienzos del siglo XX y residentes en el sur de Suecia. Los varones y las personas que prestan servicios por cuenta propia eran menos propensos a la utilización de los cuidados profesionales. La soledad, la baja clase social, la presión arterial elevada así

como la menor capacidad para resolver los asuntos propios fueron predictivas de acceso al recurso formal, así como padecer trastornos mentales, en especial demencias.

Lafreniere, Carrière, Martel y Bélanger (2003) articulan la distinción entre atención formal e informal en función del número de horas que reciben las personas mayores, con problemas de salud y estancia en el hogar. Estiman que la media de horas semanales de cuidados fue de 3 horas, en su mayoría de procedencia familiar. La falta de hijos, así como la pérdida de destreza y movilidad, se asocian al incremento de horas profesionales, aunque éstas no hacen disminuir significativamente las informales.

Jacobs, Broese, de Boer y Deeg (2014) reflejan cómo la intensidad de la atención familiar y la presencia de ayuda obtenida por medio de acceso al mercado se relacionan con el tipo de división de tareas. Así, cuando el cuidador familiar proporciona más horas de ayuda y un fuerte vínculo personal, se incrementa la probabilidad de acceso informal, mientras la formal disminuye. Con la ayuda pagada de forma privada, el modelo de complementación es más probable, mientras que el suplementación es menos probable. Lottmann, Lowenstein y Katz (2013), en el examen comparativo de la población mayor con 75 años y más entre Israel y Alemania, indican que los resultados apoyan la visión complementaria, toda vez que la atención familiar no ha sido reemplazada por los servicios profesionales que genera el Estado del Bienestar.

Gott *et al.* (2007) investigan sobre los niveles de prestación de los servicios sociales profesionales y las barreras existentes para su acceso en el colectivo de las personas con insuficiencia cardíaca en cuatro zonas del Reino Unido. Determinaron que las principales dificultades en su utilización fueron problemas de acceso, no desear ayuda adicional y las experiencias negativas de personas conocidas, entre otras. Grässel (1998), tras repartir cuestionarios dirigidos a cuidadores en la República Federal de Alemania, considera que las principales variables vinculadas con servicios profesionales son la intensidad de la ayuda y la ausencia de familiares que apoyen, detectando que las variables sociodemográficas (edad, sexo, ingresos o educación) no adquieren influencia.

Dale, Saevareid, Kirkevold y Söderhamn (2008) analizan los apoyos que reciben las personas mayores en Noruega, concluyendo que los recursos formales e informales se complementan entre sí, dado que quienes reciben una elevada cantidad de recursos profesionales también se beneficiaron de una gran intensidad de ayudas familiares. Las tareas instrumentales de la vida diaria fueron ejecutadas por personas del entorno y las básicas externamente. Noelker y Bass (1989) analizan la relación entre cuidados

familiares y formales, fijando cuatro tipos de vínculos, la situación de independencia, la especialización de servicios formales, la doble especialización y la suplementación.

García *et al.* (2011a), concluyen que los modelos que destacan son el de complementariedad y el específico de tareas, sobre todo entre cuidados informales y SAD. La relación de los cuidados familiares y centro de día es de sustitución y para evitar en exceso el ingreso residencial, deben promoverse programas de apoyo. Vilaplana, Jiménez y García (2011), partiendo de la encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, efectúan análisis comparativo incluyendo variables demográficas, de salud, ambientales e institucionales, concluyendo con la trascendencia que tiene la obligación legal de cuidar a familiares a cargo. Peña y Oliva (2015) precisan que los cuidados profesionales complementan los familiares cuando se desarrollan en el hogar y los reemplazan cuando son fuera (centros día y residencial).

Rogero (2009) indica que los modelos más importantes son el complementario, el compensador jerárquico y, entre los que viven en soledad, la relación formal / informal es de sustitución. Este mismo autor (2010) manifiesta conformidad con Jiménez y Vilaplana (2007), sobre la prevalencia del modelo complementario, donde el de especificidad surge con las limitaciones severas y el de sustitución es minoritario.

Jiménez y Vilaplana (2007) utilizando la “encuesta de apoyo informal” del IMSERSO (2004), concluyen con la dificultad de fijar un modelo ya que depende de variados factores, tales como el número de cuidadores disponibles, la permanencia o temporalidad de los cuidados, los años de dedicación, las motivaciones o razones por las que se atiende en cada caso. Así, existe mayor probabilidad de servicios formales cuando el cuidador realiza sus actuaciones de manera permanente y, menos cuando lo es por temporadas, al influir negativamente el estrés o el cansancio de la dedicación exclusiva. Tal como indica Martínez, L. (2014), la realidad actual refleja la dificultad del modelo basado en la solidaridad familiar, consecuencia de los cambios producidos en los últimos años (nuevo modelo familiar, individualización y crisis económica).

Rodríguez (2014) plantea la mayor frecuencia del sistema mixto de provisión de cuidados (formal/informal) frente a la atención profesional en exclusiva, coincidiendo con Geerts y Van den Bosch (2012), quienes resaltan la prevalencia del modelo complementario. Moya, Escribano y Pardo (2014) establecen que quienes reciben atención formal en España superan el 20%, resaltando la heterogeneidad autonómica.

Ekstrom, Dahlin y Elmstahl (2013) alertan sobre la vulnerabilidad de las personas mayores que solamente reciben atención profesional. En un estudio sobre personas

incluidas en el grupo de edad de 60 a 93 años, con problemas óseos, analiza la participación en actividades sociales, culturales y de ocio, mediante una distribución de cuidados (formal, informal o combinación) respecto de un grupo de referencia. La conclusión refleja que quienes únicamente recibieron atención formal fueron las que menos estilo de vida activo demostraron y, por el contrario, las que estaban relacionadas con apoyos familiares o combinación de los mismos, demostraron más intensas inquietudes participativas y desarrollaron más el marco relacional. En esta línea de investigación, Hamel (2016) indica que se está produciendo una tendencia en las residencias dirigida al encuentro y comunicación del residente con la comunidad.

Resulta interesante la investigación de Kehusmaa, Autti-Ramö, Helenius y Rissanen (2013), al cuantificar el coste de las diferentes modalidades de atención. En el análisis de la rehabilitación geriátrica de Finlandia, el mayor coste anual lo obtuvo la atención formal (25.300 euros por persona), seguido de la combinación formal / informal (22.300 euros) y, por último, atención informal en exclusiva, si vive sola (6.000 euros) o acompañada (4.900 euros). Desde el punto de vista de la racionalización de las políticas públicas, incide en la necesidad de potenciar apoyos familiares, dada la reducción que supone para el gasto público su fomento. En este sentido, Linqson (1988) indica que los cuidados familiares nunca han resultado remunerados, al amparo de una tradición basada en la cooperación. No obstante, esta realidad está cambiando ya que en su estudio sobre población que supera los 70 años (renta media baja), los consultados piensan que es necesario abonar por los servicios, donde uno de cada cinco entrevistados reconoció pagar por la ayuda informal que recibía. Paraponaris, Davin y Verger (2012) cifran en 55% las personas que reciben atención informal en Francia, un 25% la profesional y el resto, ambas posibilidades.

Para finalizar este apartado, es preciso destacar la reflexión de Knipscheer, Dykstra, van Tiburg y de Jong-gierveld (1998), al indicar que la trayectoria vital es la que determina la aplicación de una modalidad familiar o profesional de cuidados. De igual forma, resulta interesante reflejar la visión de Armi *et al.* (2008), quienes indican que después de la institucionalización, prosigue la participación y vinculación con el residente de aquellas personas que con anterioridad fueron cuidadores.

Puede comprobarse que la opinión mayoritaria se manifiesta en el carácter complementario de los servicios profesionales prestados en el domicilio, respecto de los familiares. La naturaleza sustitutiva solamente se produce en estricto sentido con motivo del ingreso en centro residencial o en determinadas circunstancias (vivir en soledad).

II. 6.2 Los modelos europeos de cuidados

Se ha elaborado importante literatura en el ámbito comparado internacional. En el presente estudio se han formulado los distintos modelos presentados por la doctrina (nórdico, continental, liberal, mediterráneo y, en menor medida, post-socialista). Uno de los primeros estudios es el efectuado por Anttonen y Sipilä (1996), donde distinguen las diferencias entre el norte (alta presencia de servicios profesionales) y sur de Europa (la familia y, en especial la mujer, es protagonista de los cuidados).

Los sistemas de cuidados de larga duración se encuentran en fase de cambio (Rodríguez, 2007), situados en un “proceso de convergencia de ida y vuelta” (Rodríguez, 2007:354), donde norte y sur caminan hacia el punto de equilibrio. Por una parte, el modelo universal socialdemócrata ha contenido sus planteamientos de provisión pública de servicios, a la par que el mercado adquiriría protagonismo (Szebehely y Trydegård, 2012) junto a la familia (Sundström y Johansson, 2005). Por otra, el continental se vuelca hacia la universalidad vía Seguridad Social, combinando cuidados profesionales con familiares (Sowa y Styczynska, 2011) y, finalmente, el mediterráneo tiende a un itinerario universal, donde unos estados se posicionan (España vía universalización) y otros, se someten a debate y reflexión (Italia).

Abrahamson (1999) indica que desde 1950 ha existido una tendencia a integrar los sistemas de provisión de cuidados en alguno de los modelos existentes. Entiende que se ha producido un incremento en la oferta por parte del Estado y el mercado, en detrimento de las familias, incidiendo que lo más importante es el contexto de análisis. En idéntico sentido se manifiestan Da Roit, Le Bihan, y Ósterle (2007), al reflexionar sobre cuidados de larga duración en Italia, Francia y Austria, países con tradición diferenciada. Se plantean si han adoptado modelos distintos o son diferencias de evolución, concluyendo que las reformas emprendidas están en función del contexto y del marco temporal. Leitner (2003) analiza actuaciones de carácter político con la finalidad de superar la situación de aislamiento familiar, proponiendo mayor número de actuaciones profesionales públicas y medidas laborales (excedencias o regulación de permisos), así como el incentivo de las prestaciones económicas como compensadoras de gastos asumidos. Lyon y Gluksmann (2008) inciden en la trascendencia del fenómeno migratorio y su intensidad en los cuidados familiares del sur de Europa. Bettio y Plantenga (2004) destacan la importancia de la sustitución de tareas domésticas en beneficio de la familia.

Sundström y Johansson (2005) detectan un cambio de patrón en Suecia, toda vez que existen menos personas mayores institucionalizadas o con programas domiciliarios y, en lógica, han aumentado las fórmulas familiares. Este debate sobre el papel de la familia y el Estado ya fue anticipado por Sundström, Johansson y Hassing (2002) al indicar que el cuidado informal en Suecia se situaba en un 60% en 1994, cuando en el 2000 era del 70%. En una posición parecida, Noro y Aro (1997) estudian la situación de Finlandia, donde describen un proceso de desinstitucionalización con la finalidad de reducir el número de personas con edad avanzada en centros residenciales, todo ello, con la intención de favorecer el mayor tiempo de estancia en el domicilio habitual. Herlitz (1997) alerta de la disminución de la atención domiciliaria pública en Suecia.

Davey *et al.* (2005), en un estudio de naturaleza longitudinal sobre mayores de 75 años, comparan los servicios formales en Estados Unidos con Suecia, reflexionando sobre el origen de las diferencias en el apoyo informal, en especial las demográficas, históricas o culturales. Concluyen que son estas últimas las más influyentes.

Bazo y Ancizu (2004) opinan que el modelo español camina en dirección a los países europeos más avanzados en servicios sociales, donde se encuentra arraigada la profesionalidad y el desembolso presupuestario es elevado. En todos los estados del viejo continente, la familia tiene una presencia decisiva en la provisión de cuidados, bajo planteamientos diferenciados. En España está presente el reto que promueva la modernidad, así como una mayor proporción en el gasto externo.

En el marco comunitario Bolin, Lindgren y Lundborg (2008) reflejan las discrepancias existentes entre el norte y sur de Europa, con el predominio de la provisión formal e informal respectivamente. Entienden que se produce un modelo de sustitución entre cuidados formales e informales, así como la perspectiva de estos últimos complementados con los cuidados médicos. Bakx, Meijer, Schut y Van Doorslaer (2015) inciden en que son las normas de elegibilidad y la mayor o menor cobertura las que determinan el acceso a una modalidad u otra de atención y cuidados. Así, entre las personas con rentas bajas resulta más difícil el acceso al sistema profesional en Alemania que en los Países Bajos.

Es importante resaltar la utilización de la distinción entre modelos continentales para la utilización práctica con motivo del estudio de alguna de sus aplicaciones. Así, Oliva *et al.* (2011), partiendo del modelo actual español (mediterráneo), obtienen la valoración cuantitativa de los cuidados familiares como si fueran profesionales, por medio de cálculo según coste de sustitución. Díaz *et al.* (2009) reflejan el análisis

comparado de los sistemas europeos diferenciados por la participación que cada país tiene en el gasto de cuidados de larga duración sobre el PIB. Así, el modelo escandinavo (> 2%), el continental (1 – 1,5%), el liberal (sobre 1%) y mediterráneo (< 1%). Rodríguez, Rodríguez y Álvarez (2011) comparan los datos obtenidos del SHARE³⁶ (2007), para separar los estados del norte de Europa de los mediterráneos. Los países del sur presentan doble tasa proporcional de cuidados familiares, así como en paralelo una menor atención externa, deduciendo que el recurso a la actuación profesional en el modelo mediterráneo suele ser muy intensa. De los resultados, Francia y Alemania modifican su adscripción, incluyendo a la primera en el modelo del norte y a la segunda en el del sur. Montserrat (2006) utiliza la participación de la protección social sobre el PIB para establecer tres niveles en función del gasto. Así, nivel alto para los que mantienen un gasto en protección social superior al 29% PIB (estados nórdicos); medio, 25 – 29% PIB (Europa Central) e inferior, en torno al 20% del PIB (España, Portugal).

Sarasa (2003) identifica los modelos europeos en función del papel que tiene el servicio de ayuda a domicilio. En los países escandinavos, el protagonismo lo asumen los programas domiciliarios, donde el SAD es el servicio más demandado y ofrecido. En el modelo continental se encuentra desarrollado en menor medida, con una importante presencia del ingreso residencial. Finalmente, en el mediterráneo, la presencia del SAD es incipiente. Rodríguez (2004), tras un estudio minucioso de los modelos europeos, se centra en la línea que debe seguir el caso español. Propone un planteamiento dirigido hacia una mayor demanda de provisión de servicios profesionales, resaltando la importancia del mercado como proveedor y el hecho de la descentralización política autonómica. Analiza posiciones en torno al sistema de financiación, con el debate seguro público / privado. De igual forma, este autor (Rodríguez, G. 2011), expresa que los sistemas son coherentes con su historia.

Sosvilla (2009), examinados los modelos continentales, concluye que el sistema creado con la LAPAD refuerza la provisión profesional enfocada al mercado, en el marco del Tratado de Lisboa, debiendo actuar como motor económico tanto en periodos de expansión como contracción del ciclo económico. Vilaplana (2012) utiliza el sistema comparado internacional para enfocar su propuesta de reforma del modelo español, en un itinerario de mejorar bajo un entorno de adversidad del ciclo económico.

³⁶ Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, encuesta que facilita importante información sobre materias de salud y de carácter socioeconómico.

Toda apunta a que el elevado desarrollo de los programas profesionales en el sistema nórdico, junto al modelo más familiar de los estados mediterráneos está sufriendo una modificación en su trayectoria, de manera que el primero ha minorado su perspectiva y el segundo realiza un viaje en dirección a una mayor profesionalización en materia de cuidados de larga duración. Los estudios más recientes reflejan cómo no se está logrando el objetivo de preferencia profesional (Martínez, R., 2014; Del Pozo y Escribano, 2012), así como tampoco una mayor oferta de servicios que releve a la familia de sus cometidos tradicionales (Carral, 2015). Sin embargo, otros constatan la mayor intensidad de atención formal a pesar de la elevada disponibilidad de potenciales cuidadores (Solé y Crimmins, 2014). De igual modo, con el cambio normativo, ha reforzado su posición el movimiento asociativo con su red de centros (Marbán, 2012), al compartir protagonismo el tercer sector (Marbán y Rodríguez, 2013).

Es el momento de exponer los estudios que analizan exclusivamente la profesionalidad desde la perspectiva del lugar donde tienen lugar los cuidados, es decir, la distinción entre el domicilio (ayuda a domicilio, centros de día, servicio de teleasistencia), frente a la institucionalización del mayor en el centro residencial.

Thorslund, Norström y Wernberg (1991) estudian los factores que predicen la ayuda a domicilio utilizada por las personas mayores en Suecia, determinando que los más destacables eran los vinculados con la capacidad física para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y la situación de soledad. Hellström *et al.* (2004b), tras dirigir cuestionarios a 1.866 personas mayores de 75 años que reciben atención domiciliaria profesional, estiman que reciben ayuda quienes tienen edad avanzada, viudas, preferentemente mujeres, así como los beneficiarios que viven en soledad. Forbes *et al.* (2003), utilizando las Encuestas Nacionales de Salud en Canadá, separan las dos modalidades de atención, fomentando los programas domiciliarios la edad avanzada, el sexo femenino, la soledad del mayor, los menores ingresos percibidos y limitaciones para el ejercicio de actividades, destacando no haber ingresado en centros hospitalarios durante el año previo y padecer al menos una enfermedad crónica.

Wilkins y Park (1998) estudian el servicio de ayuda a domicilio público, partiendo de datos de la Encuesta Nacional de Salud (1994/1995). Concluyen que eran destinatarios de esta modalidad, las personas de edad avanzada, mujeres, quienes tenían al menos dos problemas crónicos de salud. En general, la vejez, la mala salud, los bajos ingresos, la soledad y los necesitados de ayudas para la actividades de la vida diaria. De manera específica, padecer problemas de alcohol y sufrir enfermedad cancerígena.

Huijsmann y Dolmans (1990) relacionan el programa domiciliario por excelencia el SAD con el incremento de edad, llegando a su punto máximo para el colectivo con 80/84 años. Vinculan este programa con las personas mayores en soledad y con las rentas bajas (pensiones públicas), resaltando el lazo de unión entre edad avanzada y el número de horas de atención a la semana, así como en los años de cuidados.

Holstein, Pernille, Almind y Holst (1990) investigan la situación de personas mayores (70 a 95 años), residentes en la comunidad y, por tanto, no ingresadas en centros residenciales, con la finalidad de estudiar los factores que predicen los programas comunitarios en Dinamarca, destacando las personas que viven en soledad, los varones con limitaciones, la capacidad funcional reducida, pérdidas de elementos esenciales en la vida diaria (vista, oído, memoria), depresión, la falta de expectativas de futuro y la edad avanzada. La clase social no resultaba significativa, pero el incremento de rentas hace disminuir la probabilidad de atención domiciliaria pública. De igual forma, ni la red social, ni la frecuencia de los contactos manifiestan capacidad de incidencia, aunque sí cuando es facilitada por hijos y sus familiares.

Sttodart, Whitley, Harvey y Sharp, (2002), interesados en conocer la influencia de las diferentes modalidades de atención domiciliaria (pública y privada), efectuaron muestra con personas mayores distribuidas en dos grupos (separados por el límite de los 75 años). Tras la regresión logística, obtienen que son indicativos de la utilización de los programas domiciliarios, el incremento de la edad, no tener vehículo particular, el estado de viudedad, el empeoramiento del funcionamiento físico, los problemas de salud emocional y de cognición, dificultades al caminar y riesgo de caídas. Bowling, Farquhar y Browne (1991) tras la comparación de dos poblaciones muy diferenciadas, Londres (urbano) y Essex (zona semi-rural), detectan que el tamaño de la vivienda predecía los servicios sociales (programas domiciliarios) y sanitarios.

Meinow, Käreholt y Lagergren (2005), estudian los recortes del estado del bienestar sueco, destacando que la dependencia en actividades básicas e instrumentales, junto al deterioro cognitivo han demostrado ser factores proclives al servicio domiciliario, contribuyendo marginalmente las variables sociodemográficas (edad, género e ingresos), las ambientales y estructurales (cambio de proveedor de los servicios). Destacan que la cantidad del SAD depende de indicadores de necesidad. Para Murphy, Whelan y Norman (2015) los principales factores de asistencia a domicilio oficial fueron las actividades instrumentales de la vida diaria, la dificultad de las tareas y la edad avanzada.

Una investigación ceñida al tiempo requerido de atención en el domicilio es la que presentan Pampalon, Colvez, y Bucquet (1991), donde analizan la intensidad del servicio en función de la situación del beneficiario, todo ello, mediante el estudio comparativo de tres regiones francesas. Partiendo de la base de una provisión del recurso, bien sea profesional o familiar, el número medio de horas de atención de una persona encamada o postrada en una silla es de 49,9 horas semanales (más de siete horas diarias), cuando si puede desplazarse fuera del domicilio no llega a 4 horas semanales (3,8). Posiblemente la carga en la realización de las actividades básicas sea preferente en el primer caso y, en el segundo, se limiten a las meramente instrumentales. Murphy *et al.* (2015) concluyen la rentabilidad del fomento de programas domiciliarios públicos, especialmente entre quienes tienen dependencia moderada, frente al desarrollo residencial. No obstante, Laxer *et al.* (2016) resaltan la importancia del control de calidad que refleje la formación y cualificación de los profesionales del SAD.

Por último, sobre los beneficiarios del servicio de centro diurno, Kuzuya *et al.* (2006) manifiestan, que los usuarios que acuden dos o más veces a sus instalaciones, presentan una mortalidad inferior respecto de los que no disfrutaban de sus programas.

A modo de resumen, los programas domiciliarios tienen un largo recorrido cuando afectan a personas en situación de soledad, mujeres, en estado de viudedad, de edad avanzada, con discapacidad, residencia en áreas urbanas y bajos ingresos.

Kending, Browning, Pedlow, Wells y Thomas (2010), por medio de un estudio longitudinal en Melbourne, determinan que son factores que facilitan al acceso residencial la edad avanzada, el deterioro cognitivo, las limitaciones para actividades instrumentales de la vida diaria, problemas de peso y la baja actividad social. En relación con las mujeres, el estado de solteras, la vulnerabilidad social y limitaciones en las capacidades funcionales. Para los varones, fundamentalmente problemas de salud.

Kliebsch, Stürmer, Siebert y Brenner (1998) realizan modelo longitudinal en el sur de Alemania mediante mayores con dependencia grave en constante y permanente supervisión. Concluyen que vivir en el entorno urbano, el envejecimiento, el sexo femenino así como el deterioro cognitivo son variables que facilitan el acceso al centro residencial. Jette, Tennstedt y Crawford (1995) piensan que se incrementa el riesgo de ingreso en centro residencial en los supuestos de atención previa con cuidadores familiares y atenciones domiciliarias, junto con el cansancio y agotamiento del cuidador. De igual forma, en los casos de personas apoyadas por cuidadores masculinos, estaban expuestas a mayor riesgo de institucionalización que cuando lo eran por

mujeres. Asimismo, el hecho de convivir con otros familiares es indicativo de menores posibilidades de ingreso residencial. Van Houtven y Norton (2004) inciden en la importancia de los cuidados familiares, en tanto que retrasan el ingreso residencial.

Gaugler, Duval, Anderson y Kane (2007) vinculan la mayor posibilidad de institucionalización con el padecimiento de tres o más dependencias sobre actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, desplazarse o aseo), así como limitaciones cognitivas, la falta de apoyo informal y de recursos socioeconómicos. Lippi y Ugolini (2016) reflejan que los factores vinculados con salud y discapacidad son los que se relacionan con la institucionalización en lugar de las circunstancias familiares.

Karlsson, Edberg, Westergren y Hallberg (2008) relacionan la estancia en alojamiento residencial con quienes sufren problemas de salud, deterioro intelectual, edad muy avanzada y encontrarse en situación de soledad. La amplitud familiar y el acompañamiento, junto con las limitaciones para actuaciones instrumentales de la vida diaria, se vinculan con la permanencia en el domicilio. Wong, Elderkamp, Polder y Exel (2010) vinculan ingreso residencial con la ausencia de hijos, enfermedades cerebrovasculares y dificultades de movilidad. Para Dramé *et al.* (2011) son determinantes de ingreso residencial la edad avanzada, las dificultades de utilización del inodoro, problemas de equilibrio y demencias. Los programas domiciliarios con el acompañamiento familiar.

En variadas investigaciones, se estudia cómo la convivencia con el cónyuge y/o hijos (u otros familiares) favorece la estancia en el domicilio, reduciendo la posibilidad de ingreso residencial (Boaz y Muller, 1994). Sin embargo, los mayores solteros al carecer de familiares con vínculos intensos acceden con mayor frecuencia a la institucionalización (Ayuso *et al.*, 2010), de igual modo que la situación de soledad (Karlsson *et al.*, 2008; Boaz y Muller, 1994).

Yamada, Siersma, Avlund y Vass (2012) analizan una visión interesante sobre las circunstancias susceptibles de generar institucionalización en Dinamarca. Las personas que recibieron ayuda a domicilio durante 18 meses, alcanzaban mayores posibilidades de ingreso respecto de otras que no tenían reconocido este servicio y cuando utilizaban el programa domiciliario durante menos de una hora a la semana, no tuvieron asociados una mayor probabilidad residencial. Por tanto, recibir escasa intensidad mensual del servicio domiciliario no generaba internamiento en el centro.

Borowiak y Kostka (2004) analizan la calidad de vida en centros residenciales, destacando cómo la depresión fue considerada la circunstancia más importante del

bienestar de la persona mayor, junto a problemas musculares y cardiovasculares. La mejora de la estancia residencial se relaciona con la participación regular en programas de promoción de la autonomía y un buen nivel de desarrollo físico y cognitivo. Ayuso *et al.* (2010) en su investigación sobre residentes en situación de dependencia de la provincia de Cuenca, vincularon la institucionalización con la edad avanzada, el estado civil de casado, la residencia en áreas urbanas, las enfermedades vinculadas con el aparato circulatorio y musculares, así como recibir tratamientos.

Hellström, Andersson y Hallberg (2004a), distribuyen 8.500 cuestionarios en Suecia (éxito de las respuestas en un 52,8%), con la finalidad de analizar la calidad de vida residencial de los mayores, superior a la que disfrutaban en sus viviendas, sobre todo, cuando se refiere a mujer, viuda y necesitar ayuda para actividades básicas diarias. Kuzuya *et al.* (2010) estudiaron durante un periodo de tres años a 1.582 mayores discapacitados, resultando que una atención informal es preventiva de ingreso residencial y una deficiente es indicativa de hospitalización e institucionalización.

Por último, en el estudio de Allen *et al.* (2011) se realiza una aportación muy interesante al analizar los cuidados de larga duración. Utilizan a nivel comparativo la ratio que obtienen tras dividir el porcentaje de personas que en los países europeos son atendidas formalmente en centros residenciales (numerador), por quienes reciben programas domiciliarios (denominador).

Del conjunto de las investigaciones efectuadas se deduce que el ingreso residencial está condicionado por la situación de soledad de la persona mayor, estado civil de soltero, de sexo femenino, situaciones de dependencia graves, edad avanzada, enfermedades crónicas, el ámbito urbano y especialmente el deterioro cognitivo.

II.6.3 Condiciones de vida y cuidados

Bajo la denominación “condiciones de vida” se pretende reflejar un conjunto de dimensiones o características vinculadas con la naturaleza humana y la sociedad en sí. Son conceptos representativos con posibilidad de influir sobre otro, objeto de análisis (los cuidados profesionales). Por un lado, las condiciones de vida actúan como variables explicativas (independientes); por otro, la provisión de cuidados profesionales (dependiente), sometida a estudio. La doctrina científica española ha ido analizando su influencia utilizando una gama de variables con cierta estabilidad. En función de cada análisis, su autor ha utilizado otras alternativas adaptadas al caso concreto. En cuanto a

la provisión de cuidados, el objetivo de los estudios ha estado enfocado al cuidado informal, mayoritario en nuestra sociedad y, en menor medida, comparando las dos modalidades de provisión (formal / informal).

Para realizar la fase empírica, los autores han utilizado encuestas expresamente realizadas o grandes proyectos de calado nacional (EDDAD, EDES o Encuesta Nacional de Salud), promovidos por entidades públicas (IMSERSO, INE o Ministerio Sanidad), de manera habitual con estudio transversal y, en menor, longitudinal.

El gasto público y su referencia sobre PIB es una macro-magnitud utilizada en la comparación del nivel de protección social entre distintas unidades. Corson, Grannemann y Holden (1998) vinculan el desarrollo de los programas profesionales domiciliarios con el incremento de la financiación pública. Viitanen (2007) establece que el incremento del gasto público en centros residenciales y servicio de ayuda a domicilio afecta a una disminución de la atención familiar, al margen de fomentar la participación laboral, indicando que el crecimiento del gasto público en programas sociales es una forma rentable de incrementar las tasas de participación laboral.

Muñoz (2013) trae a colación la ley Wagner, al postular la vinculación entre gasto público y PIB, donde un incremento de éste ocasiona un aumento de la dotación vía presupuestos de las Administraciones Públicas. Jurado y Pérez (2014) detectan que se ha producido desde finales del siglo XX una tendencia dirigida a la convergencia autonómica en el desarrollo del PIB, aunque la recesión económica no ha afectado de manera igual, perjudicando las CC. AA. dependientes del sector de la construcción y con menor especialización productiva. López y del Pozo (2010) analizan la situación económica, representada entre otras por la variable PIB autonómico sobre total, para concluir que no es consecuencia de la actual situación económica la preferencia en la población española de la prestación económica para cuidados del entorno familiar frente a los servicios previstos en la LAPAD.

Una de las variables objeto de análisis con ocasión de la situación de crisis económica desde 2007 es la tasa de desempleo. Ettner (1995) en su investigación sobre la relación entre cuidado informal de padres de edad avanzada sometidos a limitaciones y oferta laboral femenina, concluye que la convivencia de la hija con el padre conlleva la pérdida de jornada laboral. En este sentido, para Mentzakis *et al.* (2009) el cuidador no profesional compite con el empleo (como relación laboral o mercantil de servicios).

Jiménez y Vilaplana (2007) precisan que la tasa de desempleo afecta primordialmente a las mujeres y a las personas más jóvenes. Existe una relación entre

persona desempleada y cuidadora, posiblemente debido a la menor predisposición horaria y de jornada laboral del cuidador para ejercer un trabajo. Las mujeres asumen el sacrificio de proveer cuidados familiares en detrimento del mercado. Stoller (1990) explica que cuando el cuidador es hijo (varón) y se encuentra empleado, disminuyen las horas de asistencia, circunstancia que no se produce cuando es la hija, al no existir impacto negativo sobre las horas de atención.

No cabe duda que la renta es una variable de trascendencia ante las preferencias de futuros cuidados (Pinquart y Sörensen, 2002), debido a que la capacidad económica es elemento determinante en un sistema mixto de financiación donde los importes medios son las que más contribuyen al coste del servicio (Montserrat, 2011). López y del Pozo (2010) manifiestan que las personas sin empleo sienten preferencia por las prestaciones económicas de la LAPAD. Sin embargo, si las personas mayores reciben pensiones de bajo importe son proclives al servicio profesional. Kemper (1992) investiga sobre la distribución de los modelos de atención en personas mayores con discapacidad, detectando que ante mayores ingresos económicos se incrementa la posibilidad de acceso profesional y, al contrario, desciende la informal. En posición contraria Armi *et al.* (2008), quienes asocian menor status con los servicios familiares en mayor intensidad que las personas con nivel socioeconómico más elevado.

Holstein *et al.* (1990) concluyen que los programas domiciliarios profesionales disminuyen con el incremento de ingresos o aumentan con las rentas inferiores (Forbes, *et al.*, 2003). De igual modo, Frederiks, Tewierik y Van Rossum (1991) detectaron entre los usuarios de atención profesional problemas financieros, bajos ingresos (Wilkins y Park, 1998) o una escasa contribución en la participación del coste del servicio (Huijsman y Dolmans, 1990). Las rentas medias más elevadas por habitantes se asocian al uso de atención informal (Demaerkschalls y Van den Boer, 2013) y para Mentzakis *et al.* (2009), las personas con mayor capacidad económica tienen menores probabilidades de cuidar a otras personas y, por tanto, demandan servicios externos.

Gaugler *et al.* (2007) resuelven que a menor nivel de rentas mayor es la posibilidad de institucionalización. En España, Ayuso *et al.* (2010) participan de esta idea por entender que el incremento de rentas incide en una menor institucionalización y una tendencia a la informalidad en la provisión de cuidados. Rodríguez (2014) indica que las personas con ingresos elevados manifiestan menor propensión con los cuidados profesionales. Luppá *et al.* (2010) opinan que la relación entre renta y cuidados no es concluyente por existir diferentes estudios con distinta significación y efectos.

Navarro y Bueno (2005) razonan sobre la importancia que tiene el nivel económico. La suficiencia financiera personal otorga independencia y seguridad, limitando la vulnerabilidad. Con ocasión de la LAPAD, Del Pozo *et al.* (2011) precisan que las personas con mayor nivel de rentas prefieren la asignación de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, propias de la atención informal. López y del Pozo (2010), establecen que a menor nivel de rentas mayor tendencia a la profesionalización de los cuidados (SAD o ingreso residencial).

Una visión distinta es la que ofrecen Jiménez y Vilaplana (2007), al describir cómo las personas con rentas elevadas sustituyen los servicios formales por contrataciones personales de servicios domésticos. De igual forma, al suponer que las personas sin rentas mantienen un entorno familiar más amplio, se produce una predisposición hacia la atención informal. Janus y Ermisch (2015), indican que las personas mayores en USA con ingresos superiores a 75.000 dólares anuales, prefieren financiar sus propios cuidados. García, Hernández, Jiménez y Oliva (2015) asocian atención profesional con las personas más acaudaladas.

Resulta muy pragmática la investigación de Rogero (2010) al reflejar tres niveles de renta y posible influencia. Las personas con rentas bajas se benefician de recursos profesionales bajo modalidad pública; las de rentas medias, reciben cuidados informales y en menor medida los formales; las de rentas altas, tienen contratados servicios privados. Atrae la atención de Rogero el peligro que asumen las rentas medias como consecuencia de quedar excluidas de la profesionalización, al no tener acceso a los servicios públicos, donde prima en el baremo la escasez de ingresos y, por otro lado, carecer de riqueza suficiente para el acceso al mercado y suscribir una relación laboral de servicio doméstico. Rogero (2009) precisa que quienes viven en hogares con ingresos superiores a 900 euros tienen 5 veces más probabilidad de ser atendidos por cuidados privados, frente a los que obtienen rentas inferiores a 600 euros.

Resulta interesante reflejar cómo han tratado algunas investigaciones la incidencia de la recesión económica iniciada en 2007. Ruiz, Ramírez y Gómez (2014) relacionan la percepción de rentas estables por las personas mayores (con origen en pensiones públicas) con la menor probabilidad de exclusión social, así como Anaut, Arza y Álvarez (2014) vinculan los beneficiarios de prestaciones económicas por discapacidad con pobreza moderada y severa, aunque con menor incidencia que quienes no obtienen pensiones o subsidios públicos. Martínez, L. (2014) refleja que las transferencias de naturaleza pública contribuyen a reducir la tasa de pobreza en un 40%, circunstancia

que determina la eficacia de los programas de bienestar social. Damonti (2014) precisa que los hogares donde el principal sustentador es una mujer, padecen mayores problemas de exclusión social, aunque las diferencias de sexo se vayan reduciendo. Finalmente, para Zugasti (2014) el desempleo fomenta la exclusión social, equiparándose a esta situación la realización de trabajos en precariedad. En los análisis de equidad, García *et al.* (2015) así como Hernández y Jiménez (2011) detectan que las rentas bajas son las que resultan más perjudicadas.

La variable salud ha sido abordada con amplitud. La salud real o la percibida, la atención sanitaria primaria o la especializada, la hospitalización, la esperanza de vida, el ejercicio físico, la humanización, la prevención, la planificación, las caídas o la percepción de la profesionalidad son materias debatidas. Los padecimientos derivados de problemas de salud y deterioro cognitivo se relacionan con la atención domiciliaria (Stodart *et al.*, 2002; Holstein *et al.*, 1990), donde la pérdida de capacidad funcional se vincula con la profesionalidad (Frederiks *et al.* 1991), así como padecer al menos alguna enfermedad crónica (Forbes *et al.*, 2003). No siempre los resultados obtenidos en los estudios son esclarecedores. Herlitz (1997) indica que el deterioro físico se vincula tanto con los cuidados familiares como con los profesionales.

Edelman y Hughes (1990) relacionan limitaciones de salud que generan discapacidad con atención informal. Liu, Mcbride y Coughlin (1990) vinculan las deficiencias de salud que afectan a actividades básicas de la vida diaria con los servicios formales domiciliarios. Kending *et al.* (2010), al analizar los factores que inciden en el ingreso residencial, indican que los estados de salud y estilos de vida saludables son indicadores claves del acceso a la institucionalización, destacando la carga de la enfermedad para los hombres. Greene (1983) piensa que los cuidados familiares tienen lugar ante la necesidad de atender las discapacidades y limitaciones psicológicas / sociales, aunque disminuyan cuando haya dotación de servicios profesionales.

Moscovice *et al.* (1988), en un estudio sobre personas que disfrutaban programa subvencionado en Minesota, asocian la mayor incidencia de los cuidados familiares cuando el deterioro es cognitivo. Una visión distinta sobre este padecimiento es la que aportan Gaugler *et al.* (2007), al establecer como variables influyentes del ingreso residencial, el hecho de padecer tres o más dependencias para actividades básicas de la vida diaria, así como deterioro cognitivo. La misma posición que Gaugler *et al.* (2007) es la de Kliebesch *et al.* (1998), quienes vinculan ingreso residencial y problemas cognitivos.

Especialmente interesante es la investigación de Karlsson *et al.* (2008), al comparar personas mayores que viven en centros residenciales frente a las que residen en sus domicilios. Efectúan una clasificación en función de la situación sanitaria, ya que el ingreso residencial público está indicado para personas con limitaciones cognitivas, así como de edad avanzada en soledad; las que residen (con limitaciones) en sus viviendas acompañados, a la par, son apoyadas con programas domiciliarios públicos y cuidados familiares, donde los menos dependientes reciben solo atención instrumental.

Roe, Whattam, Young y Dimond (2001), en una muestra de personas que residen en el sudeste de Washington, concluyen que las personas de mayor edad y situación de dependencia, requieren mayor atención formal para actividades personales de la vida diaria. Vetter, Lewis y Llewellyn (1992) relacionan el incremento en la graduación de la valoración de la dependencia con el aumento de servicios profesionales y familiares.

Sancho *et al.* (2007) se preocupan de cómo efectuar la medición del término salud, sugiriendo la esperanza de vida, de manera específica la denominada EVLI (esperanza de vida libre de incapacidad). Otra forma de análisis es conocer el estado de salud subjetivo, bajo la percepción de cada individuo (casi la mitad manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno). Un último indicador de medida es el resultante de la encuesta de morbilidad hospitalaria.

Ollonquist, Aaltonen, Karpi, Hinkka y Pöntinen (2008), en un estudio comparativo sobre programas de rehabilitación en Finlandia, asocian el SAD con las personas de edad avanzada, en soledad o que tienen problemas con actividades básicas de la vida diaria. Cho, Lee, Kim y Strumpf (2011), estudian 8448 pacientes con 65 años y más que han sufrido ingresos hospitalarios, detectando que aquellos que no tenían cuidadores familiares eran más propensos a situaciones de depresión.

Ayuso *et al.* (2010), en coincidencia con los estudios de Luppá *et al.* (2010), separan las enfermedades asociadas a procesos de institucionalización residencial (demencias), de otras en las que no existe prevalencia (diabetes). Resultan significativas las enfermedades del corazón, el aparato circulatorio, las musculares y esqueléticas. En cuanto a tratamientos vinculados con la residencia, los farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitadores.

López y Soley (2014) analizan la incidencia de las condiciones socioeconómicas sobre la salud en 32 países de la OCDE desde 1980 a 2010, utilizando análisis de datos de panel. Concluyen que el crecimiento del PIB per cápita, el índice de Gini y el gasto sanitario mantienen relación con el índice de salud, afectando la desigualdad de renta

negativamente a este indicador, al igual que la tasa de pobreza. Maynou, Saez, Bacaria y López (2014) estiman que existe falta de convergencia en materia de salud en la Unión Europea.

Del Pozo y Escribano (2012) precisan que las dificultades sanitarias (circulatorias, musculares o respiratorias) incrementan la posibilidad de atención familiar, indicando Nandi, Glymour y Subramanian (2014) que el nivel socioeconómico bajo se relaciona con negativos hábitos de salud y mayor mortalidad. Vlachantoni, Shaw, Evandrou y Falkingham (2015) asocian los cuidados informales con problemas físicos en los hombres y el estado de salud mental en las mujeres.

El principal texto que aborda la soledad en España es elaborado por Iglesias (2001), estudio monográfico que aborda el fenómeno de la soledad desde una perspectiva multidisciplinar. Así, la soledad tras la jubilación, con motivo de viudez, la dispersión de los hijos, los problemas asociados a la noche, recursos necesarios para superar el problema, la soledad obligada y la consentida, la temporal o la permanente, el apoyo de la familia, de la televisión y los contactos con mayor o menor periodicidad. Con independencia, se aprecia cada vez más una tendencia a la participación en actividades de ocio y tiempo libre vinculadas con centros de servicios sociales.

Zueras (2014) asocia un aumento de la vida en soledad con periodos de expansión económica y la convivencia en etapas críticas del ciclo, concluyendo López y Díaz (2013) que el nuevo fenómeno de los hogares unipersonales afecta tanto a población joven como mayor. No menos interesante es la aportación de Rubio (2011), donde concluye que existe una relación de simetría entre envejecimiento y soledad, aumentando ésta a medida que se incrementa la edad, donde la mujer a pesar de su actitud participativa e integradora, se encuentra afectada con más intensidad por la soledad. Entre las respuestas de intervención, recomienda la actuación de servicios sociales, los animales de compañía o el acercamiento hacia las nuevas tecnologías.

Iliffe *et al.* (1992) analizan el grupo de personas que viven en soledad desde el punto de vista de la propensión al riesgo. Tras el estudio empírico, concluyen que las personas que viven solas acuden a los servicios formales en mayor medida que las acompañadas. De este modo, el servicio de ayuda a domicilio, la podología o la elaboración de comidas forman parte del catálogo de actuaciones demandadas. Existe mayor vínculo con los servicios sociales en general y con los sanitarios de atención primaria (generalistas), aunque no se aprecia esa misma intensidad en la relación con la atención sanitaria especializada de carácter hospitalario. La situación de soledad no

implica un mayor riesgo de morbilidad, sin que alcance el concepto de grupo de riesgo para efectuar evaluaciones selectivas, aunque parece preciso un punto de encuentro y contacto ante situaciones de emergencia. A pesar de caracterizarse como sociedades más individualistas las localizadas en el norte de Europa, sus mayores tienden a ser menos solitarios que los del modelo familiar de la Europa mediterránea.

Ya se ha expuesto en páginas anteriores la perspectiva de Thorslund *et al.* (1991), quienes consideran la situación de soledad de la persona mayor uno de los dos elementos de determinación en la asignación de servicios profesionales (ayuda a domicilio en su investigación). Herlitz (1997) al estudiar un grupo de 553 personas de edad avanzada y con necesidad de atención en Suecia, estima que vivir en soledad se relaciona con atención profesional. Liu *et al.* (1990) vinculan la soledad con un mayor acceso a gastos públicos sanitarios, así como cuidados de larga duración. Gott *et al.* (2007) participan de la misma idea, donde las personas que viven solas se encuentran más expuestas a recepción de recursos profesionales. Holstein *et al.* (1990) entienden que vivir solo favorece el acceso a los programas domiciliarios en Dinamarca.

Tennstedt, Sullivan, Mckinlay y D'agostino (1990) en estudio longitudinal sobre personas mayores basado en regresión logística, determinan que la variable soledad es la que más predice la vinculación con los servicios formales y quienes conviven con otros, especialmente el cónyuge, no son tan proclives a su demanda. Dykstra (2009) entiende que la soledad es un fenómeno común entre las personas con 80 años y más, estableciendo una consideración de partida (la existencia de determinados prejuicios) y tres premisas fundamentales. Entiende que en la sociedad individualista (países escandinavos), contrariamente a algún sector de opinión, la sensación de soledad del mayor está menos extendida y, sin embargo, en la de tipología familiar (mediterráneas) se plantea con mayor intensidad. De igual forma, el problema de la soledad sólo encuentra correlación parcial respecto del hecho de ser fenómeno vinculado con la edad avanzada. Finalmente, expone que no existe apoyo científico en vincular el incremento de la soledad con la modernidad y la sociedad del siglo XXI.

Sancho *et al.* (2007) manifiestan que la soledad se vincula con el género femenino debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, así como el retraso en el acceso al matrimonio por parte del varón. La familia extensa ha derivado en extensiva y, aunque la situación de soledad es un hecho, se mantiene la relación con el mayor en la distancia.

El estudio transversal (muestra de 110 personas institucionalizadas y 290 en comunidad) efectuado por Gené *et al.* (1997) desvela la necesidad de efectuar apoyos

formales a las personas que viven solas en sus domicilios. Existe una relación directa entre soledad y recursos formales. La persona sola que ingresa en residencias no mejora en sus funciones sociales aunque disfruta de mecanismos de alarma y tienen mejor estado de salud, siendo el colectivo que mayor número de recursos sanitarios consume.

Del Barrio *et al.* (2010) tras analizar encuestas sobre soledad de personas mayores en España y Suecia, concluyen que en España (generalizable a otros países del sur de Europa) hay mayor nivel de soledad que en Suecia, atribuyendo esta situación a problemas de salud percibida y estructura del hogar. Las personas casadas y sin dificultades de salud no tienen tantos problemas de aislamiento como las que viven con sus hijos. Por otro lado, en los países nórdicos, vivir en pareja o en soledad es la forma habitual de vivencia y, por tanto, el sentimiento de soledad es menor.

Rogero (2010) indica que la soledad favorece la utilización de servicios formales, ya que las personas que tienen familia tienden a la utilización de cuidados de esta naturaleza. La relación cuidados formales / informales entre los que viven solos es de sustitución; los que viven acompañados, de compensación (jerárquica) y los casados se basan en una atención informal. Plantea en su investigación la duda sobre si quien vive solo lo hace porque es autónomo o es más autónomo porque vive sólo. Finalmente, vivir solo incrementa el ingreso residencial de acuerdo con Ayuso *et al.* (2010).

Desde otra perspectiva, Boumans y Deeg (2011), partiendo de un estudio longitudinal en Amsterdam sobre cuidados formales, informales y personas sin atención, concluyen que las personas beneficiarias de recursos profesionales aumentan su situación de soledad y disminuyen la satisfacción vital, especialmente entre quienes pertenecen al sexo femenino. Por último Iecovich y Biderman (2012) no obtienen vinculación significativa con los usuarios de centro de día y la situación de soledad, al no encontrar relación alguna entre la duración y frecuencia en su uso.

Guilley *et al.* (2005) estudian cómo inciden la presencia del cónyuge y otros familiares en el hogar. Los resultados obtenidos permiten considerar que los hermanos y amigos más cercanos benefician la supervivencia, toda vez que influyen sobre las prácticas de salud y estrategias de las personas octogenarias. En el marco de las relaciones sociales, la supervivencia se relaciona más con la calidad de los contactos (amigos) que con la frecuencia y regularidad de los mismos. Ya se ha indicado en páginas anteriores cómo Knippscheer *et al.* (1998) vinculan la trayectoria vital, con presencia o ausencia familiar, con los cuidados que se puedan recibir, utilizándose servicios formales en los supuestos de mayores sin familia y, en sentido opuesto, los

informales cuando se ha formado la misma. Stoller (1990) refleja la importancia de las hijas adultas en los cuidados informales ante el deterioro y enfermedad crónica.

Grundy y Read (2012) muestran las ventajas de los padres con edad avanzada cuando tienen hijas, ya que respecto a los que no se encuentran en esa situación mejoran en términos de contacto social y apoyos en los cuidados recibidos. Kemper (1992) determina que la compañía y convivencia minoran la dependencia de recursos formales en beneficio de los informales. Sundström y Johansson (2005) asocian los servicios sociales públicos en Suecia a las personas que se encuentran solas y escasas de familiares con los que relacionarse. Para York (2014), adquiere importancia en la asignación, la composición del hogar, las redes sociales, y el apoyo social.

La ayuda principal diaria en los matrimonios de personas mayores la reciben principalmente de su cónyuge, cuando enviudan la consiguen de uno de los miembros de su familia o de servicios organizados, junto a la ocasional de amigos o vecinos y, finalmente, las personas solteras por medio de entidades (Abelin y Schlettwein, 1989). Tener contacto con familiares predijo preferencia con el cuidado informal y de naturaleza mixta (Pinquart y Sörensen, 2002), destacando la importancia del número de hijos como elemento de la futura atención, así como la existencia de apoyos previos en el entorno familiar. Las personas viudas requieren más intensidad en la ayuda para actividades de la vida diaria (Hellström *et al.*, 2004a). Edelman y Hughes (1990) relacionan la convivencia con el cuidador como predictiva de la atención no profesional.

Por último, recuperar la clasificación de Karlsson *et al.* (2008), asignando recursos en función de la situación de convivencia o no. Así, el ingreso residencial para personas frágiles que se encuentran en soledad y, para los que se encuentran acompañados, programas domiciliarios y cuidados informales.

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) entiende que la educación es un factor clave en el desarrollo y alcance de los derechos de ciudadanía. La falta de estudios es dimensión que diferencia a mayores y jóvenes. Las tasas de analfabetismo son simbólicas entre los menores de 65 años, cuando las personas de edad padecen en importante medida esta limitación. No obstante lo anterior, detecta que hay un gran interés por acceder al conocimiento y educación durante la vejez, en lógica vinculación con una utilización del tiempo de ocio como aprovechable. El IMSERSO, en su publicación “Cuidados a las Personas Mayores en los hogares españoles” (2005), establece que el 62% de la población mayor española no tiene sus estudios concluidos. Anaut *et al.* (2014) detectan menor formación entre personas con discapacidad.

Navarro y Bueno (2005) utilizan la variable educación en investigaciones sobre personas mayores. Entienden que un elevado nivel de educación facilita una mayor esperanza de vida, al igual que la participación política y la adhesión a movimientos asociativos. La alta tasa educativa va unida a la mejora del bienestar, así como a una mayor facilidad de adaptación al cambio que supone el envejecimiento junto con la capacidad de enfrentarse a problemas. Las personas con bajo nivel educativo se inclinan hacia las creencias religiosas, con postulados más rígidos, cuando en sentido contrario opera como un elemento que aporta racionalidad y flexibilidad. Sin embargo, al aplicar la variable alto nivel educativo a una muestra de 400 personas entre 75 y 110 años no resultó tener relevancia suficiente. Ribera (2013) coincide con la apreciación de relación entre ausencia de estudios primarios y riesgo de dependencia, al igual que la edad avanzada, la viudedad, la pobreza y el sedentarismo laboral. García (2011) se pronuncia en idéntico sentido sobre la vinculación entre menor formación y mayor propensión a la situación de dependencia, así como Casado y López (2001). Grässel (1998) no obtuvo influencia relevante entre educación y cuidados.

Cámara, Zueras, Blanes y Trias (2015) relacionan un mayor nivel formativo con el desarrollo de hábitos de vida más saludables y un mayor retraso en padecer situación de discapacidad, apreciando en otro estudio Cámara Zueras, Trias y Blanes (2013) una vinculación inversa entre desarrollo educativo y limitaciones. Szebehely y Trydegård (2012) asocian mayores con alto nivel educativo con una tendencia a la adquisición de servicios privados.

Jiménez y Vilaplana (2007) concluyen que entre los cuidadores informales existe una proporción mayor de personas sin estudios, lo que limita las expectativas futuras. Es interesante la apreciación sobre el mayor conocimiento de los recursos formales entre las personas con estudios, respecto de los que no tienen, una limitación que puede afectar al desarrollo de los cuidados. García *et al.* (2011a) entienden que el nivel de estudios no tiene efecto significativo sobre los cuidados formales, aunque sí negativo sobre los informales, especialmente entre los mejor formados.

Rogero (2009) vincula el mayor nivel educativo con la provisión formal de cuidados, justificándolo por reflejar el coste de oportunidad. En otra investigación, Rogero (2010), relaciona el tipo de cuidados y el nivel educativo, donde la elevada formación se vincula con la mayor utilización de recursos profesionales en una proporción que dobla la de aquellas personas que no tienen. Asocia el nivel de formativo con el de ingresos y con un elevado conocimiento de las distintas opciones

asistenciales. López y Mosterín (2007) utilizan la variable educación como factor preventivo de la desigualdad social.

Se aprecia una mayor presencia de atención profesional en las grandes ciudades consecuencia de la menor presencia de familiares (Rogeró, 2010; Rogeró y Rosenberg, 2011), resultado que es compartido (Lagergren y Kurube, 2014; Demaerschalk y Van Denboer, 2013). No obstante, esta posición admite otras perspectivas.

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) fija como criterio para determinar la ruralidad los municipios con población inferior a 10.000 personas. Heterogeneidad, despoblamiento y sobre-envejecimiento son notas características del entorno rural, junto a una mayor proporción de personas dependientes.

Bowling *et al.* (1991) observan la población mayor en dos zonas, Londres (espacio urbano) y Essex (zona semi-rural), detectando que los servicios sociales (y sanitarios) profesionales fueron mayores en el área urbana, aumentando con la edad. Armi *et al.* (2008) sobre una muestra de 323 octogenarios, realizan un estudio longitudinal en Suiza, obteniendo que las personas que se encontraban en zona semirural recibían mayor atención familiar que en la ciudad.

El lugar de residencia no resulta indiferente. Kliebsch *et al.* (1998) investigan sobre la institucionalización de personas mayores con sometimiento a dependencias graves en el sur de Alemania, asociando la residencia en zona urbana al ingreso residencial (junto a la edad, el sexo femenino y el deterioro cognitivo). De igual modo, Herlitz (1997) vincula el hábitat rural con la atención informal. Demaerschalk y Van Denboer, (2013) estudian a la población mayor flamenca que viven en domicilios, agrupándolos por municipios. Concluyen que el municipio presenta un importante impacto, tanto en la cantidad como en las modalidades de atención, donde personas con similares circunstancias pueden recibir diferentes modalidades de atención, circunstancia achacable a la diferente entidad local de residencia. Hakens y Knipscheer (1988), reflexionan sobre la distinción urbano / rural en la atención domiciliaria, llegando a relacionar la edad con el grado de urbanización, ya que se produce una vinculación entre cuidados informales y persona de edad que reside en un término rural.

Sancho *et al.* (2007) detectan el problema de la dispersión de municipios en el entorno rural, lo que entorpece la provisión de servicios, situación que se está viendo paliada con el impulso de programas asistenciales que han emprendido las CC. AA., al desarrollar actuaciones comunitarias, así como la implantación de nuevas tecnologías. Durán (2011) expone cómo el concepto rural se ha revalorizado frente al urbano. Las

circunstancias medioambientales y el desarrollo de la tecnología han motivado un acercamiento y reducción de distancia entre ambos mundos, donde el transporte y las comunicaciones han favorecido la aproximación. No obstante, la dispersión geográfica, la elevada presencia de personas mayores, la escasa densidad de población, la soledad o la ausencia de miembros familiares de diferentes generaciones entorpecen la provisión de cuidados y obligan a las Administraciones Públicas a garantizar el cumplimiento de los derechos en el suministro de servicios públicos.

En línea con lo anterior, Jiménez y Vilaplana (2007) exponen el mayor porcentaje de utilización de servicios formales, tanto domiciliarios como residenciales, en los municipios entre 2000 y 5000 habitantes, así como en importante medida, el recurso al centro de día. De igual modo, manifiestan que la valoración más elevada de la calidad de vida se obtiene en los municipios de menos de 2.000 habitantes, donde además se muestra una mayor tendencia a la provisión de servicios informales.

García y Rodríguez (2005) realizan una apuesta por el desarrollo rural mediante la creación de nuevos servicios de proximidad (programas de transporte accesible, ayudas técnicas, servicios domiciliarios), así como el trabajo en red con la finalidad de superar la aparente dificultad en la participación social y el acceso a los servicios. No cabe duda que en la España del siglo XXI, los municipios pequeños pierden población joven, especialmente femenina (Pérez, 2013), ante necesidad de desplazamiento en búsqueda de oportunidades laborales y educativas. El despoblamiento rural ha generado envejecimiento, pérdida de cuidadores y masculinización (Benito, 2013). Ante este fenómeno de disminución de residentes en los pueblos, con incidencia en potenciales cuidadores familiares, se convierte en obligación el fomento de programas sociales.

Una opinión diferente es la presentada por Rogero (2010) quien mantiene en su investigación un predominio de la atención formal en las zonas urbanas frente a las rurales, entendiendo que en el ámbito rural existe mayor proporción de familiares en el entorno de la persona mayor. Incide sobre que en las ciudades existen redes estructuradas sociales y mejor garantía de servicios profesionales, dada la rentabilidad y menores costes en gastos de desplazamiento. Ayuso *et al.* (2010) observan cómo el acceso a centro residencial es más probable en zona urbana debido a la proximidad de este tipo de centros en las grandes poblaciones. Finalmente García (2011) no aprecia ningún resultado significativo entre el hábitat y la situación de dependencia, salvo cuando se produce desagregación sexual, ya que la mujer presenta mayor riesgo en municipios grandes y los hombres en los pequeños.

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) al exponer la tendencia de inversión demográfica, explica cómo la proporción de personas mayores de 64 años supera la correspondiente a la inferior a 14, situación que convierte en reto la supervivencia de los recursos sociales y sanitarios tal como se encuentran configurados en la actualidad. La realidad de las personas nonagenarias y centenarias obliga a modificar los actuales sistemas de pensiones y de atención. La misma posición es mantenida por Rodríguez, P. (2006a), al apreciar la reducción del potencial de cuidadores familiares por crecer el número de personas muy envejecidas y, simultáneamente minorarse el de jóvenes posibles proveedores de atención familiar. El aumento de la edad determina la mayor probabilidad de atención domiciliaria (Sttodart *et al.*, 2002; Forbes *et al.*, 2003; Wilkins y Park, 1998), donde las personas con más de 75 años tendrían más opciones de acceso a los servicios sociales (Gott *et al.*, 2007). Otros estudios no encuentran relación alguna (Phillips, 1995) entre envejecimiento y cuidados, aunque el tiempo de atención se incrementa con la edad (Stoller, 1983).

Houde, Gautam y Kai (2007) comparan el aseguramiento de cuidados de larga duración entre Japón y Estados Unidos, concluyendo con la escasa presencia de recursos destinados a personas menores de 65 años, apreciando demanda de plazas residenciales y una menor intensidad en la utilización de programas domiciliarios sobre la previsión inicial. Hellström *et al.* (2004a) formulan un cuestionario dirigido a 8.500 personas en Suecia cuyo fin estaba dirigido a contrastar la calidad de vida de los mayores que residen en su domicilio respecto de los institucionalizados, indicando que las personas mayores necesitan la mayor parte de la ayuda domiciliaria para actividades de la vida diaria, con una calidad más baja que las personas ingresadas en establecimientos. Hellström y Hallberg (2004), en su investigación sobre 448 personas mayores (75/99 años), vincularon cuidados informales con las personas más jóvenes.

Giles, Glonek, Luszcz y Andrews (2005) investigan la influencia de las redes sociales (hijos, familiares, amigos y conocidos) en el análisis de la supervivencia de las personas con más de 70 años en Australia. Concluyen que el ámbito cercano relacional refuerza el alargamiento de la vida. Johansson y Thorslund (1992) estudian la relación entre cuidados profesionales y familiares, vinculando los de naturaleza formal con la edad avanzada y la situación de soledad, todo ello, con independencia de la relación que mantiene el factor edad con la atención informal. Kliebsch *et al.* (1998) inciden en la preferencia de la vejez con la posibilidad de institucionalización. En idéntico sentido, Kending *et al.* (2010), al asociar edad avanzada con el ingreso residencial.

Rogero (2010) observa una relación directa entre edad avanzada y provisión de recursos formales, toda vez que necesitan frecuencias e intensidades elevadas de cuidados. Muchas veces se encuentra ausente el cónyuge, circunstancia que acrecienta la situación de dependencia y atención. Este autor (2009) cifra en seis veces la proporción de recibir cuidados públicos entre los mayores de 84 años, frente a los del tramo de edad de 65/74 años. García *et al.* (2011a) vinculan el “envejecimiento del envejecimiento” con una tendencia a la atención, formal o informal.

Ayuso *et al.* (2010) aprecian relación significativa entre la edad muy avanzada y la institucionalización en centros residenciales, debido a que la situación de dependencia es más probable. No obstante, la única excepción es la posibilidad de ingreso residencial de las personas de 85 años, ya que es ligeramente inferior a los situados entre 75 y 84, encontrando la razón en la disponibilidad de las hijas por tener suficiencia de rentas y acceder a la edad de jubilación, etapa con mayor tiempo libre.

García (2011) afirma como determinante de la situación de dependencia el factor edad. A mayor edad, más discapacidad y probabilidad de ser dependiente. El 90,4% de los incluidos entre 65/74 son autónomos, cuando sólo el 36,7% lo son cuando superan los 84. Vilaplana (2009), tras simulaciones, obtiene como resultado que el envejecimiento minorra ligeramente el interés por la atención domiciliaria y residencial, aumentando la preferencia de prestaciones económicas. El envejecimiento del cuidador potencia el SAD y limita la prestación económica de cuidados. En idéntico sentido, cuando son simultáneas longevidad de cuidador y de beneficiario de los cuidados.

La situación migratoria es analizada por el IMSERSO (“Cuidado a la dependencia e inmigración”, 2005), al que considera fenómeno social emergente que adquiere nueva dimensión tras la crisis existente en el modelo familiar. Elabora estudio empírico utilizando encuestas en tres CC. AA. (Valencia, Madrid y País Vasco). La utilización de mano de obra inmigrante en la provisión de cuidados va unida a la ausencia de servicios formales públicos, así como el alto coste que supone el acceso al mercado privado, al vincular mano de obra inmigrante y cuidados informales.

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) establece una relación entre cuidados informales domésticos y la mano de obra extranjera procedente de Iberoamérica y determinados países europeos (Rumania) y africanos (Marruecos). Lejos de la búsqueda de la provisión formal, las familias españolas buscan la relación personal, el trato humano y la cercanía del idioma, a pesar de la falta de cualificación. Para los extranjeros, es una primera posibilidad de obtener ingresos y la puerta de

entrada en un futuro mercado laboral más estable. López (2008) comenta que el proceso migratorio en España ha flexibilizado el mercado de trabajo ya que los trabajadores nativos han abandonado ciertos empleos dirigiéndose hacia otros más productivos. En este sentido, las mujeres dejan de prestar cuidados familiares supliéndose por trabajadores extranjeros, muchos de los cuales presentan alta formación, en numerosas ocasiones en régimen de internado (Martínez, R., 2014) y sin normalización laboral (González, 2013), fundamentalmente destinados a servicios de compañía y atención personal, con jornadas laborales intensas (Martín y Rogero, 2010). Para Martínez (2010) la inmigración facilita cobertura ante las carencias de los sistemas de protección a personas en situación de dependencia.

Carrasco (2013) entiende que son las personas con rentas medias y elevadas las que recurren a la contratación de trabajadores inmigrantes, procedentes de países más pobres y en situación de necesidad, con la finalidad de dar respuesta a la falta de cobertura familiar. Martínez y Martínez (2015) vinculan la atención por medio de trabajadores extranjeros con la prestación económica para cuidados del entorno familiar de la LAPAD y, dada la dimensión del fenómeno, son partidarias de reconocer la figura del “cuidador no profesional a domicilio” (2015:197). Vinculado con esta relación laboral especial de prestación de servicios en el hogar, basada en la mutua confianza y en la inviolabilidad del domicilio, Schmidt, Winkelmann, Rodrigues y Leichsenring (2016) observan en los poderes públicos reticencias en dirección a la regularización.

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) expone que la participación de la mujer en la atención de cuidados tiene lugar por motivos tradicionales. La mayor tasa de feminidad en la población de 65 y más condiciona esta realidad, con pretensión de cambio en la LAPAD. En este sentido, Pérez (2003) piensa que el domicilio es la principal agencia de bienestar y protección, donde la mujer es protagonista ante el mayor envejecimiento femenino, los menores ingresos y estudios alcanzados.

Katz, Kabeto y Langa (2000) efectúan investigación con el trasfondo de análisis de la población con discapacidad de Estados Unidos. En sus resultados explican cómo las mujeres eran más propensas al envejecimiento y tenían menos posibilidades de vivir con su cónyuge, motivo por el que las horas de cuidados informales recibidas son más escasas (15,7 horas semanales frente a las 21,2 de los hombres). Matizan que las mujeres casadas con limitaciones reciben menos horas de atención que los varones casados (13,7 a 15,8 horas frente 26,2 de los hombres). Otro aspecto representativo de la diferencia de género, indica que las hijas fueron las cuidadoras fundamentales de las

madres y las esposas de los maridos. Finalmente, no apreciaron diferencias de género en la atención domiciliaria de naturaleza profesional.

Allen (1994), en una investigación sobre el cuidado efectuado por cónyuges de personas con enfermedad cancerígena con sometimiento a tratamiento ambulatorio, obtiene como resultado que los maridos ejecutaban menos labores domésticas que las esposas. Asimismo, cuando los varones ayudaban necesitaban apoyos de otras personas y las mujeres lo efectuaban en solitario. En todo caso, los resultados especifican que la intensidad de los cuidados femeninos es el doble de los masculinos. Las mujeres con tratamiento son atendidas con mayor número de horas profesionales como compensación al déficit de cuidados informales y, por el contrario, los varones reciben menos apoyos externos. Finalmente, las cuidadoras manifestaban su necesidad insatisfecha con las labores del hogar, aunque no respecto de las atenciones personales.

Stoller (1990), indica que los cuidados informales que reciben los mayores son predominantemente femeninos. Cuando recaen sobre los hombres, proceden en su mayoría de los cónyuges, ya que cuando no reúnen ese parentesco son intermitentes y ocasionales, dirigidos a tareas personales y con exclusión de las domésticas. La diferencia de género es reflejada en la investigación de Sigurdadottir y Kareholt (2014), donde la presencia masculina en cuidados familiares es fruto de la convivencia.

Gott *et al.* (2007) asocian el sexo femenino con los servicios sociales y Forbes *et al.* (2003) con los programas domiciliarios. De igual forma, Pinquart y Sörensen (2002) vinculan los varones con 65 y más con los cuidados familiares, así como Jette *et al.* (1995) relacionan cuidadores masculinos con la posibilidad de ingreso residencial del mayor (se duplica frente a la mujer). La atención informal se incrementa cuando el destinatario es varón (Moscovice *et al.*, 1988) y, en sentido opuesto, cuando la mujer es la destinataria de los apoyos por su cónyuge (Armi *et al.*, 2008).

Ayuso *et al.* (2010) exponen que los hombres tienen mayor posibilidad de institucionalización que las mujeres aunque, una vez ingresadas, poseen mejor capacidad para mantener relaciones sociales y acercamiento a los servicios sanitarios. Rogero (2009) afirma que los hombres reciben mayor atención informal que las mujeres y las féminas más cuidados formales que los varones. En concreto, cifra en el doble la probabilidad de recibir sólo cuidado informal de unos frente a otras y las mujeres 3 veces de recibir formal e informal conjunto en lugar de uno solo. Rogero (2010) justifica la tendencia femenina hacia la atención profesional ante la mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas y limitaciones por razones de edad.

Gosman-Hedström y Claesson (2005) asocian el cuidado profesional con los beneficiarios de sexo femenino, tanto para actividades de limpieza como de cuidados, cifrando la frecuencia en un 56% cuando se refiere a mujeres y 23% al tratarse de varones. Roe *et al.* (2001) indican que las mujeres son más propensas a recibir apoyos para actividades básicas de la vida diaria. Una opinión diferente es la manifestada por Luppá *et al.* (2010), al estimar que la variable sexo no resulta concluyente por variar su significado en función de los diferentes estudios. De igual forma, Herlitz (1997) relaciona el sexo masculino tanto con atención formal como informal.

El tamaño del domicilio es una variable no muy analizada por los autores. El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) refleja el incremento en el número de hogares producidos desde 2001 (3,5 millones) a 2009 (17 millones), circunstancia más imputable al nuevo modelo de convivencia y no tanto al crecimiento de la población española. En paralelo, el tamaño del hogar español se reduce a pesar de continuar por encima de la media europea. Casi la mitad de la población mayor vive en pareja, alcanzando un 16% los domicilios formados por tres personas. Cada vez es más frecuente el hogar unipersonal (mayores que viven en soledad, divorciados o separados). Es el triunfo de la familia extensa modificada, con núcleos familiares separados pero unidos por apoyos emocionales. Resulta esclarecedor que los mayores de 65 años que viven solos incrementan su porcentaje hasta cumplir 80 años, momento en el que se produce una tendencia contraria. Como indican Sancho *et al.* (2007), tras la vida en pareja, la segunda opción de los mayores es la vida en soledad. Un aspecto muy interesante previsto en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) es el conocido como proceso de “verticalización”, originado por el desarrollo de la familia mediante la presencia de varias generaciones y disminución del número de miembros. En vez de crecer a lo ancho, se desarrolla a lo largo.

Grässel (1998) asocia la ausencia red familiar con la atención profesional en general y con la ayuda a domicilio en particular (Frederiks *et al.*, 1991). El tamaño del domicilio se asocia al acceso a los servicios sociales y sanitarios (Bowling *et al.*, 1991). Grundy y Read (2012) otorgan importancia al tamaño de la familia, toda vez que una modificación del mismo origina implicaciones en materia de cuidados, así como en la planificación de los servicios sociales profesionales de naturaleza pública.

Rogero (2010) expone que cuantas más personas vivan en el domicilio, mayor probabilidad existirá de provisión de cuidados familiares (al disminuir el número de miembros, menor posibilidad de cuidados informales). Este mismo autor (2009), a pesar

de las dificultades de medición en esta variable, precisa que es más frecuente el cuidado formal público en los hogares con menos miembros. García (2011) realiza un estudio pragmático sobre las posibilidades de generar situación de dependencia por parte de los mayores. Respecto de la persona que vive en soledad, se multiplica por 2,2 el riesgo de ser dependiente, por 2,9 al residir en un hogar multigeneracional si habita en casa propia y por 7,1 cuando la vivienda es de los hijos.

La relación matrimonial adquiere una trascendente dimensión en materia de cuidados ya que, junto con las hijas, es la piedra angular sobre la que se centran los cuidados. Rogero (2009) entiende que los casados tienen más probabilidades de recibir servicios sociales y, en comparación, los viudos, separados o divorciados menos. La motivación radica en el papel que asume el cónyuge de conexión entre la persona mayor y el servicio público sanitario o social. Las personas casadas tienen menor probabilidad de estar institucionalizadas según Ayuso *et al.* (2010) frente a las personas viudas.

El estado de viudedad se asocia a un mayor uso de los servicios domiciliarios formales (Sttodart *et al.*, 2002), así como el de soltero con el ingreso residencial (Kending *et al.*, 2010). Hellström y Hallberg (2004) entienden que se produce una mayor atención formal en las personas solteras. La convivencia con cónyuge e hijos reduce la posibilidad de ingreso residencial, riesgo que se incrementa cuando no tienen hijos o viven solos (Boaz y Muller, 1994) y, en ausencia de ambos, el cuidado formal actúa principalmente compensando (Denton, 1997). Edelman y Hughes (1990) vinculan la relación matrimonial con la atención informal.

La historia civil en cada supuesto condiciona no sólo la longevidad (Blomgren Martikainen, Grundy y Koskinen, 2012), sino la fórmula de cuidados, donde la posición de matrimonial facilita la atención informal (Del Pozo y Escribano, 2012; Rogero, 2010), la situación de soltero es proclive a la profesional (Kalwij, Paisni y Wu, 2012) y la viudedad a la pérdida de vínculos, sobre todo, en la red secundaria (Ayuso, 2012).

Ettner (1995) estudia la incidencia de los cuidados femeninos y su influencia sobre las expectativas laborales. Los resultados evidencian que el mayor compromiso de dedicación temporal se relaciona con la atención informal, a la par que menores horas de trabajo externo. Jacobs *et al.* (2014) asocian la elevada dedicación en intensidad con un vínculo personal fuerte, en detrimento de la especialización que ofrecen los cuidados profesionales. Stoller (1983) entiende que el tiempo de atención que realiza el cuidador es proporcional al nivel de discapacidad y, por tanto, ante la gravedad de las limitaciones, la intensidad será mayor. Opina Stoller que la presencia medida en

términos horarios se relaciona negativamente con el cónyuge del padre mayor, de igual forma que los hijos casados también ofrecen menor intensidad y dedicación. Armi *et al.* (2008), concluyen que las personas que viven con sus cónyuges es probable que la atención facilitada disminuya con el tiempo y a medida que avanza la edad.

Choi *et al.* (2002) relacionan el programa domiciliario con la menor intensidad de cuidados familiares. Huijmann y Dolmans (1990) piensan que existe una relación directa entre la edad de los beneficiarios y el número de horas de dedicación y, por tanto, ante la edad avanzada se incrementa la intensidad en los cuidados. Las personas con limitaciones físicas recibieron mayor atención profesional de servicios sociales y de salud que aquellas otras con problemas de conducta (Jorm *et al.*, 1993). Visión complementaria es la que aporta Frederiks *et al.* (1991), al detectar que la atención profesional en personas de edad avanzada se producía con frecuencia entre quienes padecían problemas mentales, con una red social poco desarrollada.

Wimo, von Strauss, Nordberg, Sassi y Johansson (2002) exploran el tiempo dedicado a cuidados por parte de las familias con algún beneficiario con problemas de demencia en Suecia. Los cuidados informales tuvieron una intensidad de 8,5 veces superior a la atención profesional recibida (299 horas frente a 35 horas mensuales, respectivamente), donde la mitad del tiempo de las atenciones familiares fueron tareas de vigilancia diurnas y nocturna. Concluyen que los problemas intelectuales (demencias o trastornos de conducta) se asocian proporcionalmente a horas de cuidados informales.

García *et al.* (2011b) experimentan con las características institucionales, obteniendo como resultado que esta modalidad de variable incrementa la posibilidad de recibir cuidados. Entrarían en este concepto la obligación legal de atender a familiares prevista en la normativa civil o la institucionalización residencial. Son partidarios de crear una base de recursos domiciliarios, evitando ingresos residenciales innecesarios.

Sin (2006) investiga el desarrollo de los cuidados sobre personas mayores desde la perspectiva de la cultura de procedencia en Gran Bretaña. Los de origen asiático/hindú realizan sus atenciones tanto por medio de la familia como por los servicios profesionales que oferta el Estado, aunque el recurso formal no se plantea en términos de derecho, de donde surge un nivel inferior de conciencia y utilización de los servicios sociales y sanitarios. Por otro lado, los británicos depositan grandes expectativas en los cuidados que ofrece el sector público, bajo una exigencia basada en el ejercicio de un derecho. Schipper, Luijkx, Meijboom, Schalk y Schols (2015) son partidarios de una

línea de investigación dirigida a conocer las expectativas, importancia y satisfacción de los usuarios, una perspectiva basada en la demanda.

Resumiendo las líneas de investigación expuestas, el producto interior bruto es una variable macroeconómica con gran incidencia en materia social ante la importancia que adquiere uno de sus componentes, el gasto público. Los cuidados efectuados por familiares limitan el desempeño de actividad en el mercado laboral, a la par que trabajar dificulta la atención informal. Los menores ingresos de la persona mayor favorecen el desarrollo de los programas profesionales y los más elevados la permanencia en el domicilio mediante contratación externa privada. La salud delicada en general y los problemas de dependencia y deterioro cognitivo se asocian a cuidados formales, al igual que la situación de soledad. En sentido contrario, una red extensa de contactos, familiares y personas del entorno que convivan fomenta la atención informal.

No se encuentra extendida la investigación que relacione entre nivel de estudios y provisión de cuidados, aunque ante el nivel elevado formativo parece existir una mayor probabilidad formal. El entorno urbano favorece el desarrollo de los cuidados profesionales, aunque en España cada vez más estudios reflejan la evolución de los servicios sociales en el entorno rural. No cabe duda que la edad, sobre todo la avanzada, se relaciona favorablemente con los programas residenciales y domiciliarios. El fenómeno migratorio tiene gran influencia en el ámbito doméstico, favoreciendo los cuidados informales, al igual que la presencia femenina, en tanto que proveedora principal de cuidados familiares. No obstante, la mujer como receptora de atenciones provoca un cambio en dirección a la profesionalidad.

El tamaño del domicilio, el número de convivientes, influye en el desarrollo de los servicios sociales, donde la relación matrimonial se asocia a cuidados familiares, especialmente por parte de la mujer, la viudedad con el servicio de ayuda a domicilio y con el residencial, el estado civil de soltero con la institucionalización. Ante la mayor intensidad de cuidados se utiliza la atención informal y con la menor, el servicio domiciliario, todo ello, con la salvedad de cuidados tan intensos que requieran ingreso residencial. En cuanto al origen físico o intelectual de las limitaciones, las de naturaleza física se asocian a cuidados profesionales y las intelectuales a cuidados informales, aunque los problemas de deterioro cognitivo se relacionan con el ingreso residencial. La cultura de adscripción influye directamente en las modalidades de cuidados, al igual que las circunstancias institucionales, en especial, el sistema normativo.

A continuación se exponen trabajos realizados recientemente donde se resume el carácter heterogéneo territorial del sistema de cuidados de larga duración español. Rodríguez *et al.* (2011) exponen que no existe homogeneidad en la prevalencia territorial de la situación de dependencia. Galicia, Castilla y León, Extremadura y Asturias mantienen porcentajes superiores al 6%, cuando hay otras como Madrid, Canarias, Baleares o La Rioja donde son inferiores al 4,5%. Casi la totalidad de mayores dependientes son atendidos con cuidados informales (entre 80% de Canarias y 51% de Navarra) y los cuidados formales entre 9% (Galicia) y 31% (Navarra). Houde *et al.* (2007) reconocen variaciones en los servicios recibidos en función de las regiones.

Martínez Buján, R. (2014) destaca que la desigualdad existente en España en la atención formal se debe, no tanto a las distintas necesidades de las personas, como a los diferentes sistemas territoriales de gestión social, donde el factor competencia autonómica prima en mayor medida que el de homogeneidad nacional. Tras establecer seis modelos, resultantes de la combinación de las tres formas de provisión (pública, privada y familiar), se produce la paradoja de coincidir el más profesionalizado con el de elevada presencia de cuidadores familiares. Se percibe una preferencia hacia las prestaciones económicas de cuidadores informales, tanto en ámbitos de contratación privados como familiares. De igual modo, Martínez Buján fija cinco categorías, (1) aquellas CC. AA. con alta presencia de cuidados familiares así como del servicio doméstico (Canarias, Galicia y Andalucía), (2) CC. AA. con menor presencia de cuidados familiares y elevada presencia de servicio doméstico (País Vasco, La Rioja, Baleares y Navarra), (3) las CC. AA. que han desarrollado el SAD (Madrid y Extremadura), (4) incluye las que han potenciado las prestaciones económicas y no los servicios sociales (Andalucía o Cantabria) y (5) las que fomentan los servicios sociales y prestaciones económicas de manera elevada y similar (La Rioja y País Vasco).

López y Faner (2011) formulan su análisis con motivo del principio universal que define a la LAPAD y hacen hincapié en la idea de homogeneidad ante la diversidad territorial, así como el concepto de solvencia ante la situación de necesidad. Oliva y Osuna (2009), tras simulación de los costes de cuidados familiares, proponen que el acceso a un modelo universal obligará a las CC. AA. a un mayor esfuerzo en coordinación gestora. Jasmine (2011) en su tesis doctoral sobre el envejecimiento en Bélgica, detecta diferencias regionales, atribuibles a condiciones culturales, ya que los flamencos eran propensos a la atención familiar con intensidad y largo recorrido, en tanto que los residentes en Bruselas confiaban más en los cuidados profesionales.

III. UN MODELO PARA EXPLICAR LAS CONDICIONES DE VIDA Y LA EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN ESPAÑA.

III.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de esta tesis, desde el punto de vista empírico, es analizar la incidencia de las variables vinculadas con las condiciones de vida (variables independientes o explicativas), sobre los cuatro indicadores que se proponen (variables objeto de estudio o dependientes). En primer lugar, la influencia respecto de la profesionalización de los cuidados de larga duración, representada por medio de un indicador de cobertura total de servicios (1). De igual forma, se aplica a la distinción programas domiciliarios (2), frente a la institucionalización mediante ingreso en centros residenciales (3). Por último, sobre uno de los programas con más aceptación entre los mayores, el servicio de teleasistencia (4).

Se dispone de una muestra de panel, por lo que nuestro propósito es explotar ese formato de los datos que creemos útiles para el control de la heterogeneidad no observable entre regiones y, que como hemos analizado en el capítulo anterior, es muy relevante en relación con el problema planteado. En consecuencia, pretendemos ajustar un modelo en cuatro escenarios diferenciados que se describen a continuación:

- ✓ En el ámbito de los cuidados de los servicios profesionales (1) destinados a personas mayores necesitadas de atención de larga duración, respecto de los cuidados familiares o de personas del entorno cercano.
- ✓ Distinción entre programas domiciliarios (2), sumatorio de los prestados como servicio de ayuda a domicilio y centro diurno /nocturno, en relación con la institucionalización por medio de ingreso en centros residenciales en exclusiva (3).
- ✓ Finalmente, la incidencia de las circunstancias de vida en relación al servicio de teleasistencia (4), instrumento que ha permitido relacionar al usuario con el exterior en general y, su entorno más cercano, en particular.

El resto del trabajo de este capítulo contiene una descripción de los datos y las variables en el siguiente epígrafe, con la especificación econométrica en la sección tercera. La sección cuarta está dedicada a presentar y comentar los resultados fundamentales y también a exponer algunas potenciales limitaciones del trabajo. Finalmente, la sección quinta incluye resumen y reflexiones de política social.

III.2 DATOS Y VARIABLES

Los datos que utilizamos para el ajuste de las especificaciones comentadas hacen referencia al panel que contiene información de las 19 autonomías españolas observadas a lo largo de un período de 12 años. Por tanto, se trata de un panel completo.

Para aproximar la variable dependiente, representativa de la provisión de cuidados formales a mayores, se utilizan cuatro indicadores para las cuatro especificaciones antes mencionadas: el indicador de cobertura total (ICT), denominado básico, por incluir la representación de ingreso residencial, de centro de día y del SAD, el indicador de cobertura de programas domiciliarios, el correspondiente a ingresos residenciales, así como el de teleasistencia. Por lo que respecta a las variables explicativas, se agrupan en las referidas en exclusiva a la población mayor, otras de naturaleza transversal y las que hacen referencia a la situación económica general. Unas y otras explotan las dos dimensiones del panel, si bien la agrupación es susceptible de realizarse de formas alternativas.

En relación con las variables a explicar, el ICT recoge la modalidad básica, es decir, sin inclusión de la TAD. Es un sumatorio de la proporción de personas mayores que reciben atención residencial, (tabla 27), del correspondiente al centro de día (tabla 29) y del SAD (tabla 31). El porcentaje del ICT se refleja en la tabla 33, que será la variable objeto de análisis en el modelo. La información ha sido obtenida de los Informe Anuales del IMSERSO (2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 y 2012) y completada en los restantes años con los Boletines del Envejecimiento (2005, 2007 y 2009) y de Servicios Sociales para personas mayores (2010 y 2011).

Debe precisarse que este tipo de indicador, representativo de la medición de los cuidados profesionales, ya ha sido utilizado con anterioridad en determinados contextos. Así, el Libro Blanco de la Dependencia (2004) establece el indicador de cobertura de servicios sociales; la estadística que elabora mensualmente el IMSERSO (Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación) sobre programas asignados en el marco de la LAPAD, mantiene un criterio similar de representación. En el ámbito de la investigación sobre recursos de la LAPAD, López y del Pozo (2010) denominan ratio cartera de servicios a un indicador que refleja la suma de la correspondiente a centro residencial, centro de día, SAD y TAD en su numerador, y en el denominador la totalidad de las prestaciones.

El indicador de cobertura de programas domiciliarios (tabla 34) incluye aquellas actuaciones profesionales dirigidas a las personas mayores que permanecen en sus domicilios, en las viviendas de toda la vida. Es el resultado de sumar los programas de atención por medio del servicio de ayuda a domicilio (tabla 31) y de centro diurno / nocturno (tabla 29). Frente a éste, disponemos del indicador de personas que se incorporan al centro residencial (gráfico 14 compara ambos), en tanto que supone el abandono del tradicional hogar y su institucionalización en este centro (tabla 27).

Por último, el referido al desarrollo del servicio de la teleasistencia (tabla 32), fruto de la aplicación de las tecnologías en apoyo de las necesidades de la población mayor, programa de gran calado social, con un avance basado en la eficiencia.

Cada uno de los indicadores de cobertura se obtiene en función de la fórmula que se indica:

$$\text{Índice cobertura de cada modalidad (\%)} = \frac{\text{Número de plazas / beneficiarios del programa}^{37}}{\text{Población de 65 años y más}} * 100$$

En la agrupación de variables independientes se ofrecen las que hacen referencia a la población mayor y sus condiciones de vida. Las fuentes oficiales que facilitan datos estadísticos, bien derivados de la burocracia pública (demográficos), bien obtenida por medio de muestras, forman una base de información de indudable atractivo y utilización (Corbetta, 2003). Para el análisis de las variables vinculadas con las condiciones de vida se va a utilizar como fuente la estadística oficial disponible en el INE, dado que reúne dos requisitos:

- ✓ Aporta series temporales que facilitan resultados a lo largo del periodo objeto de estudio, desde 1999 a 2010
- ✓ Garantiza la distribución territorial respecto a las 19 autonomías españolas.

A continuación se exponen las variables seleccionadas. Se han tenido en cuenta otras variables explicativas, pero no se describen ya que en ninguna de las especificaciones ajustadas han resultado determinantes de la explicación de los indicadores antes mencionados. En particular, excluimos de la descripción la feminidad de la población mayor por dicha razón.

Estas variables se pueden vincular con la situación económica (1). En primer lugar, se utiliza el Producto Interior Bruto per cápita, cuya información se presenta en la

³⁷ Referido a personas con 65 y más años

tabla 35, obtenida de la Contabilidad Regional del INE. En el gráfico 29 se puede comprobar la evolución de este indicador a lo largo del período considerado, observándose como a nivel estatal mantiene un incremento progresivo desde 1999 hasta 2008, año de inflexión que coincide con el inicio de la crisis económica. Se utiliza en términos per cápita porque favorece la comparación entre autonomías. Una alternativa a la anterior, la renta bruta disponible, en un intento de aproximación a la capacidad de compra. En este sentido, también podría haberse recurrido al importe medio de la pensión de jubilación del sistema de la Seguridad Social, aunque con la limitación de ser representativa de una parte de la población objeto de estudio, por quedar fuera de su ámbito las numerosas pensiones de viudedad o las de aquellas personas que, bien no tienen ingresos, bien están incluidas en el sistema no contributivo. Se desprende del gráfico 29 cómo la renta bruta disponible ha visto el mismo incremento continuado desde 1999 a 2008 y, desde esta fecha, una minoración un tanto más suave que la caída del PIB. Los datos se han tomado, asimismo, de la Contabilidad Nacional (INE).

El desempleo enlaza la economía doméstica con la comunitaria y pretende aproximar las diferentes situaciones vividas por la economía española a lo largo de los años objeto del estudio. Un descenso del paro en España hasta 2001, titubeos entre 2002 / 2004, reducción continuada hasta 2007 y, finalmente, incremento inusitado desde 2008 a 2012. Para su confección se ha utilizado la información de la Encuesta de Población Activa (EPA).

Entre las específicas de la población mayor (2), un indicador de salud en los distintos modelos de investigación es una necesidad, dada su vinculación al concepto envejecimiento, recurriéndose por lo general en las encuestas “ad hoc” al concepto de salud percibida. Ante las limitaciones de dimensión temporal y territorial de este estudio se ha recurrido a la esperanza de vida (EV) como concepto representativo de la buena o mala salud. Hubiera sido preferible utilizar la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI), aunque debido a que sólo está disponible en algunos años, se ha prescindido, utilizando la EV (modalidad al cumplir de 65 años), obtenida de la base de indicadores demográficos básicos del INE (tabla 36). En el gráfico 30 se representa la evolución de esta variable, apreciándose a nivel nacional un incremento de más de dos años de media, desde 18,33 años (1999) a 20,61 años (2012), demostrativo de la gran mejora de calidad de vida de los mayores y de la contribución a este éxito de las fórmulas de provisión.

Por otro lado, los estudios de tipología transversal incluyen entre sus ítems la distribución del sujeto de investigación en función de los tramos de edad. Suelen

establecer al menos tres tramos, 65/74, 75/84 y más de 84. Con la finalidad de utilizar una variable que represente la intensidad del fenómeno de la mayor vejez, la elección se ha derivado hacia el envejecimiento del envejecimiento. El umbral numérico que mejor define esta situación es la edad de 80 años. Para ello, utilizando la base de datos sobre demografía y población del INE (tabla 3), se ha dividido el número de personas que supera esta cifra sobre el total poblacional. Si se aprecia el gráfico 30, el indicador nacional ha crecido más de un punto y medio porcentual en catorce años, donde a fecha actual más de cinco personas de cada cien son mayores de 79 años.

A medida que se desvanece el modelo familiar tradicional aumenta la soledad de las personas mayores. De acuerdo con el gráfico 30 y la tabla 37, se ha incrementado en más de 3 puntos porcentuales el indicador de soledad, desde 16,75% (1999) a 19,88 (2010). La sociedad evoluciona y la realidad se acomoda al nuevo devenir. Aproximamos esta variable mediante información facilitada por el INE (en su serie de indicadores sociales) durante el periodo 1999 / 2010. Expresa la soledad real, no la percibida, posiblemente superior en porcentaje.

La presencia femenina en la población de 65 y más es un hecho constatado. Se obtiene dividiendo el número de mujeres mayores de 64 años por el total de personas que superan esa edad, de conformidad con los datos disponibles en Demografía y Población del INE. La importancia de este indicador radica en el papel de cuidadora familiar que asume la mujer y su incidencia en la provisión de cuidados familiares. A pesar del predominio femenino, la evolución de los últimos años demuestra una tendencia con disminución de distancias, pasando desde 58,02% (1999) a un 57,3% (2012).

Entre las variables de carácter (3) transversal consideramos, primero, la ausencia de nivel educativo. Las investigaciones se han dirigido a la influencia del nivel educativo que ostenta el cuidador de personas de edad, de conformidad con la escala, sin estudios o analfabetas, primarios, secundarios o universitarios, utilizando encuestas y haciendo hincapié especialmente en el sentido que tendría la población con estudios elevados sobre la variable dependiente. Con la finalidad de delimitar la influencia de la variable educación en el presente trabajo, se pretende conocer cómo afecta una parte del todo, la ausencia de estudios, las personas sin formación académica o analfabetas. Para ello, se parte de la información contenida en Indicadores Sociales del INE. Debe destacarse la reducción de este colectivo a lo largo de los años, fruto del acceso a un sistema obligatorio, mínimo, universal, reconocido constitucionalmente (artículo 27

C.E.). Se puede observar en el gráfico 31 y la tabla 38, la tendencia decreciente de la variable desde el 16,8% (1999) al 10,6 (2010). La trascendencia se incrementa teniendo en cuenta que la carencia de formación se incrementa a medida que avanza la edad. En este sentido, la encuesta CIS 2647 (2006) sobre condiciones de vida de personas mayores, cifra las personas analfabetas en un 8,1% y las que no han concluido su formación primaria en un 20,4%.

España ha sido un país rural hasta el éxodo de población que comienza en 1960, donde se abandona el campo y se acumula población en torno a grandes urbes. Las mejores expectativas laborales urbanas junto a la teórica calidad de vida motivarán el trasvase de población desde el campo a la ciudad. Todavía un importante porcentaje de personas permanece en municipios de pequeño tamaño, otorgándoles singularidades sobre las que reflexionar. Se ha seguido el criterio expuesto en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011), donde se consideran rurales a los municipios de tamaño inferior a 10.000 residentes. Partiendo de este límite, se divide la población que habita en municipios de población inferior a ese umbral sobre la totalidad de la población de las CC. AA., obteniendo un porcentaje indicativo de la ruralidad en España. Se podría haber optado por tomar en consideración solamente a la población de ámbito rural de 65 y más años, pero debido a que la figura del mayor va unida a las personas de su entorno, se ha preferido utilizar la información en términos de globalidad rural. Tomando en consideración el gráfico 31 y la tabla 39 continua en la actualidad el proceso de urbanización nacional, descendiendo el porcentaje de personas que residen en municipios de 10.000 personas desde el 24,11% (1999) hasta el 21,04% (2012).

Por otro lado, la llegada masiva de inmigrantes a nuestro país en la primera década del siglo XXI es uno de los factores que más ha contribuido a modificar la realidad de nuestra sociedad, con incidencia especial en el ámbito laboral al ocupar empleos denominados manuales, siendo muestra la atención a personas mayores. En el gráfico 31 y tabla 40 se representa la incidencia de este fenómeno, de conformidad con los datos publicados por el INE, de nuevo entre sus indicadores sociales, resultante de la comparación del número de extranjeros residentes en España sobre la totalidad poblacional. El inusitado incremento ha permitido que el porcentaje sea un 12,1% en 2012 cuando en 1999 la presencia era menos de una sexta parte (1,86%). No obstante, la tendencia desde 2009 ha cambiado, pasando a una fase de estabilización con tendencia al descenso.

Otro elemento demostrativo del cambio de patrón familiar ha sido la modificación en la composición del hogar. El aumento del número de viviendas, el incremento de las familias monoparentales, el descenso de la natalidad y el desarrollo de una vida independiente han contribuido a la disminución del tamaño del domicilio. Si se tienen en cuenta las aportaciones facilitadas por el INE (Indicadores Sociales) en gráfico 31 y tabla 41, el número de personas por vivienda se ha minorado desde 3,17 (1999) a 2,67 (2010), donde en un breve espacio temporal se ha producido un descenso de 4 décimas. Esta circunstancia tiene consecuencias en materia de cuidados al existir menores posibilidades de efectuar cuidados familiares en un domicilio reducido.

III. 3 ESPECIFICACIÓN ECONOMÉTRICA DE UN MODELO PARA DATOS DE PANEL

Es un modelo de regresión que combina la información anual, con la transversalidad de datos. Por tanto, examina la relación entre variables bajo una escala de medición cuantitativa, al aprovechar la variabilidad transversal junto a la temporal. Su potencial radica en relacionar la variación y evolución en el tiempo con la profundidad del contenido de cada año, permitiendo el control de la heterogeneidad no observable.

El modelo econométrico permite relacionar la variable dependiente, representativa de la provisión de cuidados profesionales o formales a mayores (en función de cada uno de los indicadores), con las variables independientes, las condiciones de vida (situación económica general, circunstancias de la población mayor y dimensión transversal), mediante el siguiente esquema para cada una de ellas:

- ✓ Perspectiva temporal en función de datos por cada una de las anualidades.
- ✓ Distribución territorial.

Con esta visión desagregada se aporta un conocimiento de mayor variabilidad que con la agregación nacional, dado que por cada una de las variables se dispone de 228 observaciones en lugar de las 12 que corresponderían al ámbito estatal.

Es habitual analizar la provisión de cuidados utilizando bases de datos públicas (EDAD o EDDDES) o privadas (normalmente un cuestionario), establecidas en un momento determinado. Se utiliza el modelo de datos de panel porque permite diversas ventajas de variabilidad, control de la heterogeneidad, posibilidad de tener en cuenta posibles cambios estructurales, etc. En este sentido, resulta interesante la apreciación de

Rogero (2009), recomendando futuras investigaciones sobre la provisión de cuidados a mayores (formal / informal) mediante la utilización de fuentes de mayor tamaño que una encuesta, donde resulta necesario recurrir a modelos longitudinales. El modelo se plantea de la siguiente forma:

$$y_{it} = c_i + b_1x_{1it} + b_2x_{2it} + \dots + b_nx_{nit} \quad [1]$$

i = 1,2,3 19 (CC. AA y Ciudades Autónomas).
t = 1, 2, 3 12 (anualidades, desde 1999 /2010-2012)

En el presente estudio, el espacio seleccionado coincide con las principales fases o etapas del desarrollo de los servicios sociales en general y de las políticas dirigidas a mayores en particular.

Es obvio que un estudio de estas características tiene algunas limitaciones. La principal dificultad es disponer de toda la información longitudinal necesaria de forma consecutiva para todas las CC. AA. y Ciudades Autónomas. Otra limitación importante es la que afecta a la información suministrada por el proveedor. La variable dependiente no plantea dificultad en su obtención en el periodo 1999 / 2012, debido a que el IMSERSO mantiene publicados sus datos. Sin embargo, para las variables independientes, tenemos varias con espacio temporal ligeramente reducido, desde 1999 / 2010 (soledad de los mayores, ausencia de nivel educativo y composición del hogar). De igual modo, para Ceuta y Melilla, el INE ha incorporado información sobre algunas variables con retraso respecto de las CC. AA. Por tanto, utilizaremos el período 1999 / 2010, ya que se dispone del mayor número de unidades muestrales posibles.

III.4 RESULTADOS

III.4.1 Los servicios profesionales frente a los cuidados informales: el indicador de cobertura total profesional.

La finalidad del presente apartado permite conocer si han influido las circunstancias de vida en el desarrollo de los cuidados de larga duración de naturaleza profesional o formal en España (plazas residenciales, de centro de día, de ayuda a domicilio), analizando el periodo 1999 /2010, coincidente con el nacimiento y desarrollo del sistema profesional de cuidados español, fundamentalmente dirigido a

personas mayores, así como con los principales textos normativos aprobados a comienzos del siglo XXI, de manera especial, la ley de dependencia (LAPAD). Conocer las circunstancias que contribuyen a su desarrollo, posibilita elementos de juicio a las Administraciones Públicas y entidades privadas para dirigir sus recursos y potenciar yacimientos de inversión.

De acuerdo a la especificación previa [1], se utiliza como variable dependiente el indicador de cobertura total (ICT), que recoge la proporción de personas mayores que reciben atención profesional, dividiéndose el resultado por la población absoluta con 65 años y más. Se construye como sumatorio de los indicadores parciales:

- ✓ Cobertura de plazas residenciales y recursos asimilados (pisos tutelados o estancias temporales).
- ✓ Usuarios que utilizan el servicios de centro de día / noche.
- ✓ Personas que reciben atención del servicio de ayuda a domicilio (SAD), tanto en la perspectiva de cuidados personales, como en la atención domiciliaria.
- ✓ Se incluyen en cada indicador parcial la provisión de servicios públicos, privados o con origen en la concertación.
- ✓ No se tiene en cuenta en el ICT el servicio de teleasistencia, dado su carácter complementario³⁸ y compatible con el servicio de ayuda a domicilio, centro de día, así como las prestaciones económicas de la LAPAD.
- ✓ Las personas mayores no incluidas en los porcentajes anteriores, bien no necesitan atención, bien la reciben de cuidadores del entorno familiar.

$$\text{Índice cobertura total} = \frac{\text{Número de plazas residenciales} + \text{centro diurno} + \text{SAD}}{\text{Población de 65 años y más}} * 100$$

Las variables independientes son las reflejadas en el apartado III.2, si bien se realizan los contrastes oportunos y se consideran los siguientes determinantes:

³⁸ Apoyando este planteamiento, debe indicarse que el coste mensual del servicio de telasistencia es ligeramente superior al de una hora de atención domiciliaria. Tampoco se refleja la incidencia de programas de promoción de la autonomía, ante la falta de información y la aplicación novedosa tras la LAPAD.

Tabla 42. Variables independientes del panel de datos

CIRCUNSTANCIAS	VARIABLES
ECONÓMICAS	PIB (per cápita)
SOCIALES	Soledad de la personas mayores, ausencia nivel educativo y situación de extranjería
DEMOGRÁFICAS	Ruralidad en España

Tras la aplicación del panel y obtención del modelo econométrico se analizan los resultados en dos ámbitos de actuación (tabla 43). En una primera fase, las variables explicativas con significación y relación (positiva o negativa) respecto al indicador de cobertura total profesional. En un segundo momento, el análisis del cambio estructural determinando los instantes relevantes y el posible origen de los mismos, todo ello, coincidiendo con la etapa más trascendente de los servicios sociales dirigidos a personas mayores en España.

De conformidad con los datos reseñados en la última columna, son significativas a niveles estándar el Producto interior bruto per cápita, la (ausencia) educación, la variable que aproxima la soledad, el factor de ruralidad y la presencia de extranjeros.

Tabla 43: Resultados modelo

Variable dependiente: Indicador de cobertura total

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-3.892172	1.845985	-2.108452	0.0363
PIB per cápita	0.000320	5.93E-05	5.396912	0.0000 ***
Educación (sin estudios)	0.133237	0.033992	3.919594	0.0001***
Soledad	0.126663	0.065365	1.937787	0.0541*
Ruralidad	0.093219	0.009517	9.794647	0.0000***
Extranjería	-0.139520	0.040760	-3.422964	0.0008***

Nivel de significación igual o inferior al 10% (*), igual o inferior al 5% (**), y, finalmente, igual o inferior al 1% (***).

El PIB per cápita se relaciona de manera directa con el desarrollo de los servicios profesionales, donde un crecimiento del PIB eleva la provisión del recurso a los cuidados formales.

Si se comparan los gráficos 22 y 28, se puede comprobar un comportamiento similar entre los indicadores de cobertura total de servicios y el correspondiente al PIB. Partiendo de la base del importante papel asumido por las Administraciones Públicas en la promoción de la atención formal en España, es relevante cómo la evolución del PIB y

del ICT son parejas, con una fase de crecimiento desde 1999 hasta 2008 y estancamiento a partir de ese momento. No obstante, aunque se aprecia convergencia autonómica del PIB desde finales del XX, la situación de recesión económica ha afectado de manera desigual en el ámbito regional, penalizando aquellas vinculadas con el sector de la construcción y con menor especialización productiva (Jurado y Pérez, 2014).

¿De dónde surge la influencia? La respuesta se podría justificar al tomar en consideración la provisión pública de los servicios profesionales, con un importante incremento de la financiación pública en el inicio del siglo XXI. Muñoz (2013) y su comentario sobre la ley Wagner, asocia el crecimiento del PIB al del gasto público, dada la trascendencia de éste en el conjunto del indicador macroeconómico. En este sentido, las plazas residenciales, de conformidad con IMSERSO (diciembre 2011), un 54% son de titularidad pública o privada concertada (200.940) y el 46% restante lo son privadas (171.688), destacando cómo en torno a la tercera parte de las privadas están concertadas en virtud de contrato de reserva y utilización pública al amparo de contratación administrativa externa. En los centros diurnos / nocturnos están disponibles 88.036 plazas de centro de día ubicadas en 3.027 centros (IMSERSO, diciembre 2011), con un 40% de plazas públicas, aunque la cobertura final alcanza el 62% al encontrarse concertadas la tercera parte de los recursos privados. Por último, la prestación del SAD se encomienda a empresas privadas con las que conciertan las entidades públicas (IMSERSO, Informe 2010 Las personas mayores en España, 2010), bien bajo amparo municipal, bien en el marco de la LAPAD.

Por tanto, queda demostrada la mayoritaria presencia pública en centros residenciales y de día, así como aún mayor en el SAD. El sector público se convierte en el principal impulsor y proveedor de servicios profesionales. Si se incrementa el PIB habrá mayor gasto público, siendo una de las parcelas afectadas la política social y, en concreto, la relativa a servicios sociales dirigidos a mayores.

El modelo desarrollado en este estudio concluye con una relación significativa entre personas sin estudios y cuidados profesionales. Su origen puede situarse en el atractivo que ha tenido la atención profesional dirigida a mayores en la primera década del siglo XXI (tanto para personas con estudio como las que no los tienen), junto al hecho objetivo de situarse en el colectivo de personas con 65 y más el mayor nivel de ausencia de estudios (IMSERSO, Informe 2010 sobre las personas mayores en España, 2010).

De igual modo, se asimila ausencia de estudios con rentas bajas. Las personas con menos formación académica presentan peores expectativas de cualificación laboral y, por tanto, de ingresos económicos. Un entorno con estas características tiene mayor posibilidad de acceder a la atención formal, toda vez que ante recursos públicos limitados el baremo se convierte en juez de la asignación del programa. Resulta esclarecedor el contenido del Informe 2010 sobre las personas mayores en España (2010), donde se determina que un titulado universitario percibe como ingresos un 143% del promedio nacional, descendiendo a medida que la formación se minor.

En páginas anteriores se analizó la influencia entre ausencia de estudios y la mayor probabilidad de alcanzar la situación de dependencia. Las investigaciones de Casado y López (2001), Navarro y Bueno (2005) o Ribera (2013) concluyen en este sentido. La causa debe encontrarse en la propensión hacia hábitos no saludables o la falta de predisposición en el acceso a los recursos del sistema sanitario.

Jiménez y Vilaplana (2007) obtienen que en la provisión de cuidados familiares hay una mayor presencia de personas sin estudios. Esta visión no contradice el resultado de la presente investigación, ya que los cuidados profesionales operan como complementarios de los informales cuando acontecen en el domicilio. Tampoco es opuesta la mantenida por Rogero (2010), al relacionar elevada formación y predisposición a la profesionalización en la atención, en detrimento de la atención informal.

Para finalizar, la falta de escolarización obligatoria en la etapa posterior a la guerra civil, donde la preocupación prioritaria de la población era no tanto la formación y educación, como la propia supervivencia, ha contribuido a que las personas mayores valoren más la protección pública durante la vejez, especialmente en los ámbitos donde el copago es limitado.

La soledad de la persona mayor también afecta de forma positiva al acceso a recursos profesionales. La ausencia de compañía motiva, al surgir el estado de necesidad, la demanda de apoyos externos con los que afrontar el problema. Se produce una coincidencia con la mayoritaria posición de las investigaciones, tanto nacionales (Rogero, 2010), como internacionales (Herlitz, 1997; Iliffe *et al.*, 1992, entre otras), en el sentido de vincular soledad y apoyo formal en materia de cuidados.

La soledad de los mayores se relaciona preferentemente con el estado de viudez. Si se tiene en cuenta la encuesta 2647 (2006) del CIS sobre condiciones de vida de las personas mayores, la viudedad representa el 60,5% de los hombres que se encuentran en

soledad y, se eleva hasta el 85,7%, al referirse a mujeres. Es obvio, que la diferencia de género opera a favor del colectivo femenino ante su mayor esperanza de vida. Por tanto, soledad del mayor se vincula con viudedad, estado con elevada presencia femenina y, en materia de cuidados, una opción dirigida a la prestación de servicios externos profesionales.

Debe destacarse que la soledad se incrementa a medida que se envejece hasta llegar al límite de los 85, punto de inflexión y de toma de decisión crítica. El razonamiento es lógico. Siguiendo la encuesta CIS 2647, los mayores que se encuentran solos en el tramo 65/74 años representan el 18% del total. En el siguiente grupo, 75/84 años, se eleva hasta el 25%, dada la incidencia de viudedad. Finalmente, a partir de 85 años, el 24%, donde el deterioro físico, intelectual y sensorial genera situación de dependencia y requiere otras formas de convivencia, bien con el apoyo de descendientes, bien el ingreso residencial.

Debe fijarse un posible itinerario vital de las personas mayores que habitan en soledad desde el enfoque de la atención formal. En la primera etapa, en un marco de generalidad, son usuarias de servicios vinculados con el domicilio, donde la teleasistencia y el SAD son las actuaciones formales adecuadas. Resulta recomendable acudir a lugares de ocio y tiempo libre, así como a la celebración de actuaciones de los movimientos asociativos y de participación ciudadana. En la última fase, ante la aparición de graves dificultades y limitaciones, la soledad resulta insostenible. Si se cuenta con algún apoyo y la situación lo permite, el centro de día es la propuesta más idónea. En caso contrario, el ingreso en centro residencial es la única alternativa posible. Coincide esta exposición con lo manifestado por Ayuso *et al.* (2010), quienes determinan la mayor probabilidad de ingreso residencial entre las personas mayores que viven en soledad. No obstante, puede producirse una etapa previa en el centro diurno / nocturno, si las circunstancias permiten combinar este recurso con la vida aislada. Por tanto, la falta de compañía y la situación de necesidad se relacionan con la demanda de cuidados externos, circunstancias que obligan a vincular a las personas casadas con atenciones informales como ponen de manifiesto Del Pozo y Escribano (2012) y a las solteras con formales (Kalwij *et al.*, 2012).

La variable que aproxima ruralidad también resultó ser significativa con coeficiente positivo en su relación con el ICT de cuidados formales. El factor rural, entendido como colectivo de personas que residen en poblaciones de menos de 10.000 habitantes, se vincula con el desarrollo de los cuidados profesionales. Esta visión

coincide con la de Sancho *et al.* (2007) y es próxima a los planteamientos de Jiménez y Vilaplana (2007) o Durán (2011), aunque se aleja de las conclusiones de otras investigaciones (Kliesbsch *et al.*, 1998; Armi *et al.*, 2008; Rogero, 2010).

Esta apreciación es coincidente con la línea que apuntaban Sancho *et al.* (2007), al destacar el desarrollo de los programas asistenciales en el ámbito rural, en especial los programas comunitarios, donde la aportación de la tecnología ha contribuido a su amplia difusión. De igual forma, defienden la misma posición García y Rodríguez (2005), partidarios de fomentar los recursos de proximidad en este ámbito, así como potenciar la participación en red y, más reciente, la opinión ofrecida por Durán (2011) en reivindicación de lo rural.

Jiménez y Vilaplana (2007) detectan una elevada presencia en la utilización de recursos formales para mayores en municipios de tamaño poblacional entre 2000 y 5000 habitantes. Rogero (2010) mantiene en su investigación la vinculación desde la perspectiva contraria, por entender que la relación significativa es urbana. Con idéntico parecer Kliesbsch *et al.* (1998) o Armi *et al.* (2008).

En defensa de este resultado (relación rural / cuidados formales) se debe indicar que en el periodo objeto de estudio las Administraciones Públicas han realizado un notable esfuerzo. En este sentido, las CC. AA. con mayor indicador de ruralidad, aquellas que superan el 30%, se encuentran por encima de la media de ICT nacional, con la excepción de Galicia. Por tanto, Extremadura, Castilla y León, Castilla la Mancha, Cantabria, Aragón, La Rioja y País Vasco, autonomías con elevada población rural, presentan altos porcentajes de cuidados profesionales, sobre todo en plazas residenciales y SAD. En esta aportación se encuentra la clave de la vinculación positiva, en el mayor desarrollo formal en las CC. AA. más rurales.

Por otro lado, también es importante detenerse en el criterio seguido para determinar qué se entiende por rural. Al tratarse de un concepto susceptible de indeterminación, admite modulación. Se ha fijado el límite en los municipios de menos de 10.000 personas, criterio que permite incorporar tanto a los pueblos pequeños como a los municipios intermedios.

Finalmente, al ámbito rural ha llegado de igual modo la modificación del sistema familiar. No siempre hay miembros que puedan efectuar la atención y, cuando los hay, la situación de cuidados se complica en CC. AA. con poblaciones dispersas. Esta visión coincide con la de García y Rodríguez (2005), destacando la idea de los jóvenes que abandonan los pueblos y la permanencia de los más envejecidos. El Informe 2010 de las

personas mayores en España (IMSERSO, 2010) avala este planteamiento, incidiendo en la mejora y fomento de actuaciones asistenciales como elemento superador en el ámbito rural de situaciones de exclusión social. Las poblaciones dispersas se relacionan y conectan, aunando actuaciones de manera racional.

La relación entre inmigración y la provisión de cuidados profesionales es significativa, aunque con coeficiente negativo. La prestación de servicios en el hogar por parte de población extranjera se vincula con los cuidados informales y se aleja de los profesionales. Determinadas tareas, entre las que se encuentran los cuidados a personas mayores, dejan de ser prestadas por la familia que es sustituida por la mano de obra foránea. Los nativos se dedican a otras actividades productivas con ingresos económicos más elevados. Los extranjeros ocupan los puestos de trabajo liberados por los nacionales, sometidos a rentas bajas, con predominio de la economía sumergida. Este resultado coincide con lo expuesto por López (2008), donde indica que el trabajador extranjero es sustituto de los cuidados familiares. El menor coste, la permanencia en el domicilio y la cercanía afectiva motivan que esta suplencia sea alternativa a la atención profesional. Por tanto, el factor inmigración es un recurso que fomenta la atención doméstica y evita la dependencia de atención externa.

Ante la crisis en materia de cuidados familiares y la dificultad en la provisión de cuidados, se recurre a población femenina inmigrante (Martínez, R., 2014; Carrasco, 2013; González, 2013), sometida a bajos salarios, dedicación intensa y una posible falta de regularización (laboral y de seguridad social) de la relación, permitiendo a los tradicionales cuidadores familiares la búsqueda de expectativas mejor remuneradas.

Evolución temporal: el cambio estructural

En la evolución temporal de los coeficientes de efectos fijos temporales del modelo (tabla 44) se aprecian 2 periodos correspondientes a momentos de cambio. Un primer instante, coincidente con el año 2001 (donde hay un cambio de tendencia del coeficiente), primer impulso sólido de los servicios sociales; el año 2005 (cambio de signo del coeficiente), en plena fase de crecimiento, una vez aprobado el Libro Blanco de la Dependencia, sentando las futuras bases de la LAPAD. El punto de culminación se fija en esta anualidad (tabla 44). Se detecta un cambio estructural, tanto por la prueba de

contraste de constancia de los residuos recursivos, realizada por el test de suma acumulada CUSUM³⁹, como por el valor de los efectos fijos por años, a partir de 2005.

La primera explicación para ese cambio estructural podemos encontrarla en la incidencia del Plan Gerontológico. En la década de los noventa comienza el proceso de racionalización, analizándose lo realizado hasta entonces y aprobándose los primeros instrumentos que canalizan el futuro. Uno de los documentos más relevantes es el Plan Gerontológico⁴⁰ que comienza en 1992 (1992/1997), aunque se viniera trabajando desde 1988. De acuerdo con el Informe de Valoración, fue una respuesta global e integral, en un intento de realizar un cambio dirigido a la calidad y a nuevas fórmulas de atención. Su ejecución fue limitada, al no cumplirse las expectativas, con desorden y desequilibrios territoriales (Rodríguez, P., 2006b). Las CC. AA. desarrollan sus propios planes, bajo las bases del general, a la par que comienzan los primeros intentos de una coordinación socio-sanitaria (1993).

El objetivo de la planificación de los noventa es doble. Por una parte, dotar un sistema, un marco de actuación coordinada (social y sanitaria) que priorice los programas comunitarios basados en el domicilio, por ser el punto de referencia. Por otra, reivindicar recursos económicos y organizativos ante la nueva demanda, surgiendo el domicilio como punto de referencia de la atención social, en especial, ante su posición ventajosa en el análisis coste / beneficio respecto al centro residencial (Rodríguez, 2002).

En segundo lugar, cabe destacar el nacimiento del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, en virtud de acuerdo entre el Estado y las CC. AA., en un intento de apoyar a los entes locales en el cumplimiento de sus obligaciones derivadas de la legislación de Régimen Local y las leyes de Servicios Sociales de cada autonomía (Libro Blanco del envejecimiento activo, 2011). La materialización del plan tiene lugar mediante la suscripción del convenio – programa entre el Ministerio (entonces de Trabajo y Asuntos Sociales) y las CC. AA. Bajo su amparo se financian equipamientos de los denominados centros de servicios sociales (equipos multiprofesionales, comedores mini-residencias o pisos tutelados). La presencia de un interlocutor cualificado como es la Federación Española de Municipios

³⁹ El cambio estructural se detecta mediante la prueba CUSUM, reflejándose además en el cálculo de los efectos fijos por años.

⁴⁰ El Plan Gerontológico de 1992 / 1997 influirá en la confección del Plan de Acción Para las Personas Mayores 2004 / 2007, aprobado por el Consejo de Ministros de 29/08/2003, en pleno debate social y político sobre el devenir de la futura LAPAD.

y Provincias (FEMP) facilita el consenso y la confección de iniciativas legislativas en materia de servicios sociales (Pacto Local).

En el año 2000 el Defensor del Pueblo emite su Informe sobre la Atención socio-sanitaria en España, donde reclama una atención adecuada en la provisión de los cuidados de larga duración derivados de la situación de dependencia, en especial, ante la complejidad derivada de la crisis del modelo familiar tradicional. Bajo una mirada dirigida a la modernización, analiza los principales recursos sociales profesionales comunitarios, haciendo hincapié en la necesidad de utilizar medidas alternativas al ingreso residencial. Los recursos asistenciales para personas mayores son escasos y deben mejorarse en cantidad así como calidad.

Plan Gerontológico, Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, la reivindicación institucional y del asociacionismo tienen lugar en la década de los noventa y comienzos del 2000. Sientan las bases de unos servicios sociales con vocación de modernidad en la atención a los más vulnerables y de las personas mayores en particular. Los primeros avances comienzan a apreciarse en 2001, cuando se producen incrementos sustanciales en la provisión de atención profesional.

Tomando en consideración la tabla 33 y el gráfico 22, el indicador de cobertura total de servicios formales se beneficia del mayor incremento porcentual desde el 2001 (5,3%) al 2002 (6,35), una mejora notable que recoge los frutos que se estaban gestando desde el decenio anterior, fundamentalmente por la incidencia del indicador del SAD, al modificarse desde 1,98% a 2,75% respectivamente.

La aparición en 2005 del Libro Blanco de la dependencia es el momento clave por lo que tiene de influencia en la puesta en marcha del sistema de dependencia español. En el estudio sobre la incidencia de acontecimientos producidos en torno al año 2005, se expone a continuación la situación en materia de cuidados, tomando como referencia y punto de inflexión la aprobación del citado texto.

El Libro Blanco de la Dependencia (diciembre 2004) marca un antes y después, reflejándose este evento en el modelo de cambio estructural, donde el año 2005 es un momento relevante por sentarse las bases del desarrollo del nuevo marco normativo sobre cuidados, la LAPAD. Antes de la aprobación de la LAPAD el modelo español se ajusta al asistencial o mediterráneo, ya que la regla general es la elevada presencia de cuidadores familiares con una mínima provisión de recursos formales, donde el apoyo al cuidador familiar se realiza con frecuencia recurriendo al mercado laboral de los

servicios domésticos no regularizados. Dentro de los servicios profesionales predomina la provisión residencial, frente a los programas domiciliarios o de respiro, que se encuentran en fase inicial o emergente, así como con una escasa intensidad horaria en los programas domiciliarios y una mínima inversión en centros de estancias diurnas. La participación del gasto en cuidados de larga duración destinados a personas mayores es del 0,36% del PIB (2005), en términos relativos, una escasa presencia en el marco macroeconómico.

El apoyo a la persona mayor se manifiesta por medio de prestaciones económicas, con algunas modalidades de escasa cuantía (sistema no contributivo). En el sistema contributivo, por medio del complemento de ayuda de tercera persona al reconocerse la pensión de gran invalidez⁴¹ (50% de incremento sobre la prestación inicial). En el sistema no contributivo mediante varias alternativas. Así, incremento del 50% en el importe de la prestación familiar por hijo a cargo (75% discapacidad), o sobre la cantidad inicial de la pensión no contributiva (75% discapacidad y 15 puntos de acuerdo con baremo específico). En idéntico sentido respecto de las prestaciones derivadas de la LISMI (subsido garantía ingresos mínimos).

No se reconoce formalmente tampoco el papel desempeñado por las organizaciones no gubernamentales, el sector privado de los servicios sociales no se encuentra desarrollado y el mercado no actúa como dinamizador mediante suficiente oferta. Se demanda por la sociedad un proceso de modernización y la ampliación de la red de servicios sociales tomando como referencia los modelos más avanzados de Europa (Díaz *et al.*, 2009).

Con la puesta en marcha la LAPAD se pretende un giro, un cambio en el sistema de provisión de cuidados. Se genera un doble sistema protector en los cuidados de las personas mayores. Por un lado, uno derivado de la inclusión en el marco de la LAPAD que tiene la consideración de preferente por derivarse del reconocimiento de un derecho subjetivo o de ciudadanía. Por otro, el sistema previo anterior a la LAPAD, que se mantiene como preexistente, y actúa de modo paralelo, cuyo colectivo permanece fuera del sistema de dependencia aunque se produzca una aproximación en materia de aplicación normativa.

La figura del cuidador no profesional recibe reconocimiento y un trato de dignidad ante su labor. Aunque tienen carácter excepcional, se aprueban las prestaciones

⁴¹ Rodríguez (2004), aprecia el problema que supone la imposibilidad de reconocer el complemento de gran invalidez tras cumplir la edad de 65 años.

económicas para cuidados del entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, con importes topados y relativamente escasos en cuantía, acompañadas de las que facilitan la contratación del asistente personal. Una conquista de especial significado es el alta en Seguridad Social (Régimen General), cotizando por la base mínima en virtud de convenio especial. Se fomentan los programas de respiro personal y se promueven otros formativos dirigidos a los cuidadores no profesionales (mejora calidad de vida o gestión del estrés).

La orientación de la nueva norma se dirige a la profesionalización y a la creación de un sistema de centros o servicios públicos y privados, siendo referencia un instrumento de racionalidad, el programa individual de atención (PIA). El PIA adopta la forma de resolución administrativa con el objetivo de reconocer servicios o prestaciones económicas, asignando con preferencia la provisión profesional. En su elaboración se parte de la existencia del catálogo de servicios, conjunto de recursos formales a disposición del usuario, que deben ser expuestos al interesado y/o su familia (representante) en el trámite de audiencia.

El objetivo último es elevar la dotación de plazas residenciales, de centro día, SAD, TAD y otros programas profesionales innovadores, siendo necesaria una mayor aportación presupuestaria en cuidados de larga duración. Está previsto alcanzar el 1,5% sobre PIB para 2015, todo ello, en aras de conseguir una aproximación al entorno europeo.

Se atisba un tercer momento objeto de estudio coincidente con el momento álgido de la crisis económica iniciada en 2007, manifestado en el modelo en torno al año 2010, donde muchas de las expectativas derivadas del sistema de cuidados que surgen tras la LAPAD se ven mermadas. Si se analiza la tabla 44 se puede apreciar una situación de mínimo incremento en el año 2010, una cierta desaceleración en el indicador de evolución.

La figura del cuidador familiar continúa siendo la base de la provisión de servicios, fundamentalmente porque se ha producido una desviación sobre el itinerario previsto inicialmente. La relación de los cuidados informales sobre la totalidad de los atención asistencial continúa siendo muy alta, donde la familia cuenta con el apoyo de empleados de servicio doméstico (Martínez, R., 2014). La prestación económica para cuidados del entorno familiar y apoyo al cuidador no profesional, a pesar de su carácter excepcional, se ha convertido en la regla general, limitando el desarrollo de los servicios profesionales con los que mantiene relación de incompatibilidad. Por tanto, permanece

la principal característica del modelo mediterráneo de partida, la familia cuidadora. El mercado y el sector empresarial no han visto sus expectativas cumplidas (Sosvilla, 2011) por la falta de crecimiento de los cuidados formales en la dimensión inicialmente prevista, donde los centros y servicios son insuficientes, máxime en periodos de crisis donde las dificultades inversoras públicas se incrementan.

Un problema de calado es la insuficiencia financiera de la LAPAD que ha nacido en el momento más inoportuno (“quizás a destiempo” en palabras de López, 2010:79), cuando la crisis económica originada en el 2007 no sólo ha limitado sus expectativas, sino que las ha minimizado. Una muestra es la publicación del Real Decreto Ley 20/2012, con reducción de la intensidad horaria en la prestación del SAD, minoración de importes económicos en la prestación económica de cuidados familiares, la supresión del beneficio de alta en Seguridad Social del cuidador no profesional o el aplazamiento de la eficacia de las resoluciones administrativas que reconocen la situación de dependencia.

Las CC. AA. tienen a posibles beneficiarios pendientes de valoración y, otros que baremados, no obtienen prestaciones por aplicación de la moratoria de dos años del Decreto Ley 20/2012⁴². Debe plantearse una exigencia para agilizar prestaciones y plazos de resolución (Sitges, 2011).

Otro problema trascendente es la participación económica en el coste de los centros y los servicios, el copago. Numerosos autores entienden que su exigencia no debe penalizar el servicio (López, 2011a), por entender que es un límite en el desarrollo de los servicios profesionales y de creación de empleo.

III.4.2. Programas domiciliarios frente a los residenciales

Esta distinción, basada en el diferente lugar donde las personas mayores deben permanecer la última etapa de su vida, caracteriza dos modalidades de atención en el desempeño de los cuidados. De manera generalizada, tal como se ha expuesto en páginas anteriores, los ciudadanos de edad avanzada prefieren residir en su vivienda (87,3% en 2010) y, en paralelo, una mínima elección de la alternativa residencial (12,7%).

No cabe duda que ambos programas son incompatibles, adquiriendo el modelo residencial la consideración de sustitutivo, al encontrarse basado en una disyuntiva

⁴² Disposición adicional séptima y transitoria novena del Real Decreto Ley 20/2012.

personal. La institucionalización conlleva cuidados profesionales en estado puro, donde el centro aporta no sólo las necesidades vitales más elementales, sino terapias que alivian o detengan el deterioro y, en el caso más favorable, potencien niveles de autonomía. Sin embargo, los programas domiciliarios suelen convivir con las tareas que efectúan los cuidadores familiares o personas del entorno cercano, de manera habitual complementando las funciones del cuidador informal, ejecutando misiones que no puedan efectuarse por su especialidad o mayor dificultad, al margen de las que supongan liberación de la sobrecarga y estrés en el cuidador habitual.

Ha sido tradicional en el sistema mediterráneo la dotación de plazas residenciales, tanto públicas como privadas, con especial presencia de entidades sin ánimo de lucro. El avance en materia de servicios sociales a comienzos del siglo XXI ha permitido incrementar la dotación de plazas y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos. Por el contrario, los programas domiciliarios han surgido a finales del XX y se han beneficiado de un crecimiento exponencial en la primera década del nuevo siglo, consecuencia lógica de una aproximación al marco comparado europeo, del mayor desembolso de crédito público y de la necesidad de contar con recursos externos ante el nuevo modelo familiar y la mayor esperanza de vida.

A los efectos de la exposición y tratamiento del modelo econométrico, el concepto de centro residencial no plantea problemas, en tanto lugar de atención integral resultado del abandono de la vivienda propia. En cuanto a la naturaleza domiciliaria, se engloban tanto el indicador del servicio de ayuda a domicilio (en su doble vertiente, actividades básicas / instrumentales o cuidados personales / tareas del hogar) como el de centro de día / noche. Podrían surgir dudas sobre los centros diurnos / nocturnos, en tanto que se encuentran en una fase intermedia entre los dos programas (SAD y residencia), tomando la opción domiciliaria al no prescindirse de la vivienda. Curiosamente, las estancias diurnas se consideran un puente entre ambas modalidades de atención, pareciendo recomendable su utilización, a modo de tránsito, antes de la incorporación residencial.

Una vez superado el periodo de prueba (habitualmente quince días), salvo excepciones, el ingreso residencial se transforma en un camino sin retorno. De hecho, ante la posibilidad de ciertas prácticas, el sistema de dependencia español no permite el reconocimiento de un cambio de programa individual cuyo origen sea un servicio profesional y su destino la prestación económica para cuidados del entorno familiar⁴³.

⁴³ Acuerdo tercero, apartado tres de la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados del entorno familiar (Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la

Aún tratándose de un programa domiciliario de primera magnitud, no se incluye el servicio de teleasistencia a los efectos de este estudio, comentándose en lugar separado. La razón justificadora de esta medida, tal como se ha indicado en páginas anteriores, es consecuencia de la imposibilidad de equiparar, de facilitar el mismo tratamiento a servicios entre los que media un abismo en coste económico. La cuantificación mensual de la TAD equivale al precio de una hora y media de la SAD, con una finalidad que permite relacionar al usuario del mecanismo con el exterior, no apoyar ante la necesidad de cuidados personales o tareas del hogar. Por tanto, dada la diferencia existente en cantidad y calidad de la TAD, respecto de la ayuda domiciliaria y estancias de día / noche, no es posible comparar datos y recibirán tratamiento separado.

La base jurídica de la distinción en función del lugar de permanencia se sitúa en la Recomendación nº (98-9) del Comité de Ministros del Consejo de Europa, que ha reconocido formalmente el derecho a la autodeterminación y libre decisión de la persona mayor de elegir domicilio y modalidad de protección social. Esta disposición ha adquirido protagonismo con la configuración del sistema de dependencia español y el reconocimiento de un derecho de ciudadanía, con tratamiento tanto de la promoción de la autonomía, como la protección ante la dependencia.

III.4.2.1 Los programas domiciliarios

Una vez efectuada la distinción vivienda particular / residencia, es el momento de exponer cómo influyen las condiciones de vida en el desarrollo de los programas domiciliarios, a través del planteamiento de un modelo empírico. La variable dependiente, en este caso, se define a través del indicador de programas domiciliarios (tabla 34), resultante de la suma de los indicadores parciales de ayuda a domicilio (tabla 31) y centro diurno / nocturno (tabla 29).

El concepto domiciliario engloba:

- ✓ La atención recibida por medio del servicio de ayuda a domicilio, tanto en su vertiente de apoyos personales, como en la de tareas domésticas.
- ✓ La prestada por medio del servicio de estancias diurnas y, en escasa medida por las nocturnas.

dependencia de 25 de enero de 2010, BOE del 12 de marzo): “No se admitirá en el PIA que una persona que estuviera atendida en un servicio deje de hacerlo para poder percibir la prestación económica de cuidados en el entorno familiar”.

- ✓ Las estadísticas públicas deberían incorporar en los dos indicadores anteriores, las prestaciones económicas vinculadas a los dos servicios, reconocidas en el marco de la LAPAD, toda vez que la finalidad de la transferencia económica es la adquisición de un programa privado ante la ausencia de recurso público disponible, todo ello, mediante entidad acreditada en el ámbito de la LAPAD.
- ✓ No se tiene en cuenta el servicio de teleasistencia domiciliaria (análisis separado).
- ✓ Tampoco los novedosos y recientemente potenciados, programas de promoción y prevención, por encontrarse en fase de inicio tras el reconocimiento que supuso la LAPAD y no desglosar las estadísticas oficiales, tanto el lugar donde se prestan (básicamente en centro diurno o residencial), como la diferenciación por grupos de edad.

$$\text{Índice cobertura progr. domiciliarios} = \frac{\text{Plazas estancias diurnas / nocturnas} + \text{Personas SAD}^{44}}{\text{Población de 65 años y más}} * 100$$

Las variables independientes ya han quedado definidas anteriormente y no cabe repetirlas aquí. Básicamente estamos hablando de una forma reducida por lo que en cada indicador creemos que tienen incidencia de forma directa o indirecta los determinantes socio-económicos considerados. Los resultados de la especificación básica se recogen en la tabla 45.

Tabla 45: Resultados modelo econométrico (programas domiciliarios)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
PIB per cápita	0.000217	4.58E-05	4.752051	0.0000 ***
Soledad	0.084851	0.051784	1.638537	0.1029*
Envejecimiento (80 y más)	-0.439878	0.158685	-2.772016	0.0061***
Ruralidad	0.062693	0.009590	6.537124	0.0000***
Extranjería	-0.161370	0.034154	-4.724821	0.0000***
Educación (sin estudios)	0.124152	0.030710	4.042697	0.0001***

El índice de cobertura de los programas domiciliarios se ve afectado de forma positiva y significativa a niveles estándar por el Producto interior bruto per cápita, la ausencia de estudios, la aproximación a la soledad y el factor de ruralidad, teniendo una influencia negativa el nivel de extranjería y el envejecimiento del envejecimiento.

⁴⁴ Beneficiarios de centro día y SAD con 65 y más años.

En el estudio del cambio estructural se aprecian un momento clave (tabla 46), toda vez que en el año 2005 el coeficiente adquiere valor positivo. No se aprecia minoración en su evolución, al menos hasta 2010. El inicio del siglo XXI coincide con el comienzo de los programas de ayuda a domicilio y estancias diurnas, con una expansión sin precedentes a partir de 2005, mantenida hasta 2010.

Analizando cada una de las variables con significación, es necesario detenerse en la relevancia del gasto público, en tanto que parte destacada del producto interior bruto. El 62% de las plazas de estancias diurnas (IMSERSO, 2012) procede de financiación pública, así como la prestación del SAD, bien a cargo de los presupuestos municipales / autonómicos, bien por medio del sistema de dependencia. Ya se ha expuesto al analizar el indicador de cobertura total cómo las investigaciones relacionan el crecimiento del PIB con el impulso del gasto público (Muñoz, 2013). En el contenido concreto de este apartado, los programas domiciliarios se vinculan al incremento de los presupuestos públicos (Corson *et al.*, 1998) y, en paralelo, se produce una disminución en la atención familiar (Viitanen, 2007).

El Libro Blanco del Envejecimiento activo (IMSERSO, 2011) determina que la falta de estudios es una circunstancia que afecta a la población mayor, frente a los más jóvenes, donde un 62% no ha concluido sus estudios primarios (IMSERSO, 2005). Una parte de las investigaciones vinculan la falta de estudios con deficiencias en la salud y situaciones de dependencia (García, 2011; Casado y López (2001). En materia de cuidados, unas veces no ha tenido significación la variable (Grässel, 1998), en otras se ha asociado la presencia de estudios con los cuidados formales (Rogeró, 2010). El resultado del modelo vincula la falta de estudios con programas domiciliarios, interpretando que la ausencia formativa es una circunstancia que acompaña a las personas mayores españolas, en paralelo con la gran valoración y utilización de los programas asistenciales.

Se ha expuesto anteriormente cómo numerosas investigaciones (Gené *et al.*, 1997; Forbes *et al.*, 2003 o Helsström *et al.* 2004, entre otros) alcanzan el mismo resultado que el de la tabla 49, donde la soledad se relaciona con los servicios sociales domiciliarios.

El tamaño poblacional del municipio no pasa desapercibido, entre otras razones, porque la normativa de régimen local distribuye las competencias de los municipios en función del número de habitantes⁴⁵. Las investigaciones internacionales, ajenas a la

⁴⁵ El artículo 26 de la ley de régimen local establece las competencias municipales en función del tamaño de la población.

situación española, reflejan un preponderancia urbana en el desarrollo de los servicios sociales profesionales (Bowling *et al.*, 1991) y, al contrario, una vinculación rural con la atención informal (Hakens y Knipscheer, 1988; Herlitz, 1997). No obstante, en coincidencia con estudios de investigadores nacionales, el ámbito rural ha experimentado en España un desarrollo importante en materia de servicios sociales (Sancho *et al.*, 2007; Durán, 2011). En este último sentido debe entenderse el resultado del modelo, al relacionar directamente ámbito rural con profesionalización, donde la despoblación de los pueblos españoles (Benito, 2013), con pérdida de jóvenes (Pérez, 2013) y, en consecuencia, envejecimiento, ha obligado a las CC. AA. a enriquecer con programas sociales los pequeños municipios (Jiménez y Vilaplana., 2007). Si se combinan las tablas 34 y 39, se puede comprobar un desarrollo domiciliario en CC.AA. con mayor porcentaje de población rural.

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) establece una vinculación entre población extranjera y cuidados informales, refiriéndose principalmente a las personas con procedencia de Latinoamérica, norte de África y Rumania, en una huída de la atención profesional. Este planteamiento coincide con los resultados del modelo, como consecuencia de una relación inversa (coeficiente negativo) con los programas domiciliarios. La mano de obra extranjera presenta un importante recorrido en el domicilio de las personas mayores, donde sustituyen a los familiares en sus tareas domésticas y personales, al aprovecharse la ventaja de unos costes laborales bajos (muchas veces en el ámbito de la economía sumergida) y dedicarse los nacionales a prestar servicios en el mercado en funciones mejor retribuidas.

Finalmente, la variable edad 80 (y más) mantiene una relación inversa con el indicador domiciliario, encontrando justificación argumental en que la alternativa, el ingreso residencial, es más habitual en este colectivo. Siguiendo un itinerario lógico, la persona mayor hasta cumplir 80 años, salvo limitaciones graves, prefiere la estancia en la vivienda habitual con apoyos de programas domiciliarios y al superar este límite manifieste interés por la residencia. En este último sentido se manifiestan las investigaciones de Karlsson *et al.* (2008) o Dramé *et al.* (2011), al vincular edad muy avanzada y centro residencial. De igual forma Yamada *et al.* (2012) constatan cómo el disfrutar del SAD durante largo plazo (más de 18 meses) facilita el acceso residencial frente a quienes no son beneficiarios de este servicio.

III.4.2.2 Los programas residenciales

El objetivo de este sub-apartado pretende conocer en qué medida influyeron las condiciones de vida en el desarrollo del servicio residencial. La forma reducida utilizada coincide con la presentada en la ecuación [1] siendo la variable dependiente, en este caso, el indicador de cobertura residencial (tabla 27) que recoge la proporción de personas mayores que se encuentran en instituciones para mayores, dividiéndose el resultado por la población absoluta con 65 años y más y, las independientes, las condiciones de vida. Se incluyen en el numerador:

- ✓ Plazas residenciales en estricto sentido (públicas, privadas, así como las derivadas de la concertación).
- ✓ Estancias temporales (establecidas para momentos puntuales de necesidad de respiro familiar, así como otras circunstancias sobrevenidas, aún así, durante un periodo limitado).
- ✓ Sistemas alternativos de alojamiento (viviendas para mayores).
- ✓ Se deberían incluir en este concepto, tal como se ha indicado para los programas domiciliarios, las derivadas de la prestación económica vinculada al servicio, en el ámbito de la LAPAD, que tengan finalidad residencial, por no existir recurso público disponible.

$$\text{Índice cobertura residencial} = \frac{\text{Número de plazas residenciales}}{\text{Población de 65 años y más}} * 100$$

Tabla 47: Resultados modelo econométrico (programas residenciales)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-8.821542	2.012596	-4.383166	0.0000
PIB per cápita	6.15E-05	2.01E-05	3.054246	0.0026 ***
Soledad	0.074597	0.024852	3.001691	0.0030***
Ruralidad	0.031251	0.005179	6.034573	0.0000***
ENV (80 y más)	0.161688	0.077553	2.084869	0.0383**
Esperanza de vida	0.438055	0.128400	3.411649	0.0008***

El índice de cobertura de los programas residenciales se ve afectado de forma positiva y significativa a niveles estándar por el Producto interior bruto per cápita, la variable proxy de soledad, el factor de ruralidad, el envejecimiento del envejecimiento y la esperanza de vida. En el presente supuesto, se utiliza un modelo sin efectos fijos,

destacando que en el periodo de estudio el desarrollo del indicador ha sido mínimo, con protagonismo de la concertación de plazas privadas.

El producto interior bruto se relaciona de manera directa con el desarrollo de plazas residenciales, ante la inversión pública y, sobre todo, la incidencia de la concertación privada. Este resultado es similar al de otras investigaciones (Muñoz, 2013; Viitanen, 2007). En el periodo 2002/2010, el porcentaje de plazas públicas y privadas concertadas se ha incrementado en casi un punto (0,93%), cuando la inversión privada ha descendido en un 0,04%.

En páginas anteriores se ha demostrado la opinión generalizada sobre la incidencia de la situación de soledad en el acceso a los recursos profesionales. En los programas residenciales se reproduce la situación ante la falta de apoyos cercanos, avalando esta visión los estudios de Boaz *et al.* (1994), Karlsson *et al.* (2008) o Ayuso *et al.* (2010).

El ingreso residencial se ha analizado y vinculado con el ámbito urbano (Kliebsch *et al.*, 1998; Hakens y Knipscheer, 1988), ante la falta de familiares que puedan efectuar cuidados, de disposición de tiempo o conocimientos especializados. Tras el abandono en los pueblos españoles de población joven y permanencia de mayores con edad avanzada, surge la necesidad de cuidados que ha sido atendida ante el desarrollo del recurso residencial en las CC. AA. con indicador de ruralidad más elevado (Castilla y León, Castilla la Mancha, Extremadura o Aragón).

Edad avanzada (80 años y más) e ingreso en la residencia se vinculan directamente, en consonancia con otros estudios (Kliebsch *et al.*, 1998, Karlsson *et al.*, 2008 o Kemding *et al.*, 2010). Con el transcurso del tiempo, aparecen graves limitaciones físicas e intelectuales, determinantes de la imposibilidad de atención domiciliaria. En idéntico sentido, una mayor esperanza de vida favorece la institucionalización, por coincidir la longevidad con situaciones de grave deterioro físico e intelectual.

III.4.2.3 Diferencias entre programas domiciliarios y residenciales

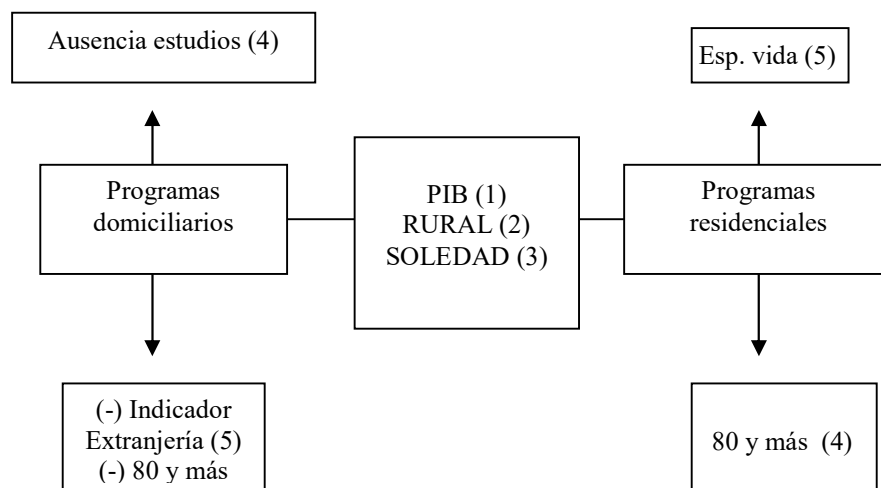
Se analizan en este sub-apartado las diferencias y similitudes en los efectos de las variables entre ambos programas (figura 15). En los dos son significativas y con efecto positivo el PIB, la ruralidad y la situación de soledad. Ambos programas han obtenido un importante desarrollo en el entorno rural, su evolución ha ido emparejada al desarrollo del producto interior, donde la soledad es terreno abonado a la presencia de los servicios sociales.

Por un lado, el modelo determina que la institucionalización residencial es un recurso adecuado para población muy envejecida, con 80 y más años, favoreciendo su implantación la mayor esperanza de vida.

Por otro lado, los programas domiciliarios se relacionan inversamente con el indicador de extranjería, al limitarse el recurso profesional ante la oferta laboral de personas extranjeras dispuestas a realizar tareas domésticas o cuidados personales e incrementarse en sentido contrario. Esta variable no tiene incidencia en un centro residencial, donde la plantilla se nutre generalmente de recursos humanos locales. Asimismo, podría establecerse una distinción temporal, toda vez que el indicador domiciliario se relaciona negativamente con los personas con 80 años y más y, positivamente, con el internamiento en centro. Por último, la ausencia de estudios mantiene relación significativa directa con los programas domiciliarios.

Desde el análisis de los efectos fijos en el tiempo, se produce cambio estructural en los programas domiciliarios en el año 2005, con motivo de la programación de la reforma de los servicios sociales ante los cuidados de larga duración. En los programas residenciales se ha utilizado un modelo sin efectos fijos en el tiempo.

Figura 15. Puntos de convergencia y distinción programas domiciliarios frente a residenciales



Elaboración propia

III.4.2.4 El servicio de teleasistencia

El objetivo de este apartado es analizar el efecto de la soledad y otras circunstancias personales en el desarrollo de la TAD, utilizando para ello el modelo predictivo de datos de panel, circunscrito al periodo 1999/2010. Su importante desarrollo en la población mayor es consecuencia de su carácter complementario, así como las condiciones atractivas de implantación y funcionamiento para usuarios y entidad promotora.

La variable dependiente es el indicador de cobertura de TAD, en tanto que proporción resultante de dividir el número de beneficiarios que disfrutaban del recurso con al menos de 65 años, por la población absoluta que se incluye en ese tramo de edad. Ya se ha indicado con anterioridad cómo el indicador no ha dejado de crecer, beneficiándose del servicio en torno a una de cada diez personas mayores.

$$\text{Índice cobertura de TAD} = \frac{\text{Número de beneficiarios de TAD}^{46}}{\text{Población de 65 años y más}} * 100$$

La información es ofrecida por el IMSERSO (Informes Anuales Personas Mayores, 1999/2012), donde los datos son reflejo de los servicios reconocidos por las Administraciones Públicas, no inclusivos de los gestionados en relaciones jurídicas privadas. Cuestión diferente es la provisión efectiva del servicio, ya que si la asignación es pública, la ejecución se encuentra adjudicada a empresas especializadas (acreditadas).

Las variables independientes o explicativas seleccionadas, hacen referencia a circunstancias demográficas y sociales, destacando la situación soledad de las personas mayores. En esta definición se han tenido en cuenta las bases de datos del INE (Indicadores Sociales / Demografía y población).

Se descartan las variables de naturaleza económica (la renta, la evolución del producto interior bruto o la situación de empleo / desempleo), al no ser relevantes en un servicio que es ofrecido por las entidades públicas con una contraprestación monetaria reducida por el beneficiario (15,55% del importe), con independencia del mínimo coste que sufragan los servicios sociales públicos⁴⁷ (22,03 euros por persona / mes).

En la tabla 48 se reflejan las variables incluidas en el panel, referidas a circunstancias sociales y demográficas. Los resultados se presentan en la tabla 49.

⁴⁶ Beneficiarios que deben tener una edad de 65 y más.

⁴⁷ Es habitual que un mismo terminal tenga asociadas dos personas, de modo que por la primera las entidades públicas abonan el precio principal y, por la segunda, una cantidad complementaria inferior.

Tabla 48. Variables independientes del panel de datos⁴⁸

CONDICIONES DE VIDA	VARIABLES
SOCIALES	Soledad de la personas mayores y composición del hogar
	Envejecimiento del envejecimiento, ruralidad en
DEMOGRÁFICAS	España y esperanza de vida

Afectan al indicador de cobertura de teleasistencia (tabla 49) la aproximación de la soledad, el tamaño del domicilio, la esperanza de vida y habitar en un entorno rural, en todos estos casos de forma positiva y significativa. La variable envejecimiento del envejecimiento (personas de 80 y más años) le afecta de forma negativa.

Tabla 49: Resultados modelo econométrico (servicio de teleasistencia)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
Personas				
vivienda	2.593103	1.175002	2.206891	0.0285**
80 y más	-0.513204	0.181992	-2.819931	0.0053***
Soledad	0.146202	0.068883	2.122466	0.0351**
Esperanza				
de vida	1.249410	0.267130	4.677157	0.0000***
Ruralidad	0.021201	0.011191	1.894458	0.0597*
C	-29.71755	7.480499	-3.972670	0.0001

El modelo corrobora la relación directa entre soledad y la TAD. Ya se ha demostrado en páginas anteriores la vinculación entre esta situación y los programas profesionales (Iliffe *et al.*, 1992; Herlitz, 1997, Gott *et al.*, 2007, entre otros), donde la teleasistencia obtiene éxito al enlazar su beneficiario con el supervisor externo. El número medio de ocupantes en el domicilio (tamaño subjetivo de la vivienda) se asocia a la modalidad de cuidados (Bowling *et al.*, 1991; Frederiks, 1991), siendo la TAD un recurso idóneo ante el nuevo modelo familiar y el modo de vida de la sociedad actual, donde cada vez son más habituales las ausencias del hogar por parte de los convivientes ante necesidades derivadas del mercado laboral (largos desplazamientos, jornadas de trabajo intensivas) o formativas (estudios para actualizar conocimientos o promoción profesional). Es reiterada la presencia del entorno rural entre las variables explicativas sobre cuidados no familiares. El vínculo directo entre TAD y el desarrollo de los pueblos españoles es consecuencia de la menor presencia de cuidadores jóvenes ante el desplazamiento a la ciudad, motivando que en la población rural predomine la edad

⁴⁸ La información longitudinal referida a las variables, se encuentra en las tablas 38, 39, 40, 43 y 45.

avanzada y escasez del proveedor habitual de cuidados, especialmente femenino (Pérez, 2005).

La mayor longevidad derivada del incremento de la esperanza de vida potencia la TAD. La perspectiva que vincula los programas domiciliarios y la edad se encuentra ampliamente extendida (Huijsmann y Dolmans, 1990), tramo vital donde es más probable la situación de dependencia (Vetter *et al.*, 1992). No obstante, el modelo detecta que la relación entre edad avanzada (80 y más) respecto del servicio de teleasistencia es significativa con coeficiente negativo, entendiendo que las personas que superan este umbral tienen mayores posibilidades de encontrarse en situación de dependencia y, por tanto, atendidas de manera más intensa y con supervisión constante. Parece indicarse que el tramo 65 a 79 es proclive a la utilización del instrumento de control, ante las mayores posibilidades de ausencias de limitaciones graves, con un seguimiento efectuado en la distancia e indirecto.

De conformidad con la información resultante de la tabla 50, el principal momento de cambio estructural para el uso y cobertura de estos servicios se produce en el año 2005. Esta fecha es coincidente con el momento de mayor actividad e impulso que reciben los cuidados de larga duración, momento de génesis del sistema de dependencia español. No se aprecia descenso al final del periodo, circunstancia relacionada con el éxito del programa ante su mínimo coste de provisión por parte de las Administraciones Públicas.

Tras una evolución constante, al final del periodo y, a pesar de la crisis económica y su repercusión en los presupuestos públicos, no se aprecia merma en el crecimiento del indicador, consecuencia lógica de mínimo coste de adquisición, funcionamiento y mantenimiento, junto a la eficiencia del recurso para el beneficiario y sus familias, así como la mínima aportación económica que conlleva.

III.5 RESUMEN DE RESULTADOS DEL CAPÍTULO Y REFLEXIONES FINALES

Las tablas 51 y 52 resumen los resultados obtenidos en este capítulo y se presentan con la finalidad de facilitar la comparación entre escenarios. En los tres escenarios más importantes (cuidados profesionales, programas domiciliarios y residenciales) solamente obtienen significación las variables referidas a la evolución del producto interior bruto, la soledad y el indicador de ruralidad.

La evolución del PIB ha mantenido en el periodo estudiado relación directa con los tres indicadores de cuidados, donde el crecimiento de la economía ha favorecido el desarrollo de los servicios sociales. En cuanto a la ruralidad, también significativa con el servicio de teleasistencia, ha quedado de manifiesto que las CC. AA. con elevada proporción de municipios pequeños han generado recursos asistenciales, volcándose con la protección social de las personas mayores. La situación de soledad es un factor relacionado positivamente con los servicios sociales, debido a la demanda de recursos externos ante la falta de acompañamiento y como medio de superación del aislamiento.

El indicador de extranjería (coeficiente negativo) alcanza significación estadística en los programas domiciliarios. La presencia de extranjeros en tareas domésticas y personales, en numerosas ocasiones en el marco de la economía sumergida, mantiene relación inversa con los programas profesionales en general (ICT) y con los programas domiciliarios en particular.

TABLA 51. RESUMEN (1) VARIABLES CON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

Variable	INDICADOR PROFESIONAL ICT	PROGRAMAS DOMICILIARIOS	PROGRAMA RESIDENCIAL	SERVICIO TELEASISTENCIA
PIB	SI	SI	SI	-
80 y más	-	SI (-)	SI	SI (-)
Soledad	SI	SI	SI	SI
Ruralidad	SI	SI	SI	SI
Esperanza Vida	-	-	SI	SI
Indicador Extranjería	SI (-)	SI (-)	-	-
Ausencia estudios	SI	SI	-	-
Tamaño Domicilio	-	-	-	SI

La edad avanzada y la esperanza (incremento) de vida son significativas en el acceso residencial, SAD y TAD, sin alcanzar esta consideración en el indicador de cobertura total. La institucionalización es recurso preferente para mayores de 79 años, colectivo sobre el que recae el mayor porcentaje de personas dependientes y por tanto sometidas a cuidados con intensidad y especialización. La necesidad de presencia

continuada de cuidadores, profesionales o no, motiva que los servicios domiciliarios mantengan relación inversa.

La ausencia de educación se relaciona con los cuidados profesionales y con los domiciliarios, pero no con los residenciales. El tamaño (personal) del domicilio solamente es significativo respecto de la teleasistencia.

Los tres escenarios de profesionalización en los que se analiza el cambio estructural han tenido una evolución paralela en el periodo 1999/2010. El año 2005 es punto de inflexión, tal como se deduce en la tabla 52, donde se estudia el cambio estructural (efectos fijos en el tiempo del modelo econométrico), sin apreciar incidencia en la evolución, al menos hasta el año 2010.

Tabla 52. RESUMEN (2) CAMBIO ESTRUCTURAL

Escenarios	INDICADOR PROFESIONAL ICT	PROGRAMAS DOMICILIARIOS	PROGRAMA RESIDENCIAL	SERVICIO TELEASISTENCIA
AÑO CAMBIO	2005	2005	-	2005
Incidencia crisis	Comienza a apreciarse (2010)	No se aprecia	-	No se aprecia

Sin embargo, ante las dificultades derivadas de la crisis económica iniciada en 2007, se aprecia en 2010 una cierta caída en el coeficiente del indicador de cobertura total. Esta situación no es apreciable a los servicios de SAD y TAD, al menos hasta 2010, todo ello ante el desarrollo de la primera con la LAPAD y el escaso coste económico para las Administraciones Públicas y la mínima participación económica que supone para el beneficiario final en la segunda.

Puede determinarse que el colectivo de mayores que se encuentra en soledad y la ubicación en entorno rural son circunstancias proclives al desarrollo de los servicios sociales, junto a una situación económica en crecimiento. Los españoles prefieren envejecer en su domicilio, bien recurriendo a los servicios asistenciales, a la familia y, en ausencia de ésta, a los apoyos externos privados, donde la mano de obra extranjera ocupa un lugar de privilegio. La elevada esperanza de vida española, con alta presencia de personas con más de 80 años, obliga a un uso racional de recursos residenciales, colectivo que debiera ser preferente en su ingreso.

No cabe duda de la influencia positiva que ha tenido la LAPAD en las mejoras de los cuidados de larga duración en España. Todos los modelos reflejan este hecho como

impulso de los servicios sociales en dirección hacia la modernidad y convergencia hacia nuestro entorno comunitario. Potenciar los programas residenciales y domiciliarios, no solo supone mejorar la calidad de vida de los beneficiarios y sus cuidadores, dignificando la vida y el esfuerzo de ambos, sino afianzar un importante yacimiento de empleo con amplia presencia femenina.

IV. ASIGNACIÓN DE PROGRAMAS DE BENEFICIARIOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN CEUTA A TRAVÉS DE UN MODELO DE ELECCIÓN DISCRETA.

IV.1 Introducción

En este capítulo se analiza la influencia y sentido de algunos determinantes socio-económicos sobre la situación de la población mayor dependiente en la Ciudad Autónoma de Ceuta. Se desciende desde la generalidad comunitaria estudiada en el capítulo III, hasta la investigación en un ámbito territorial más reducido, efectuando un análisis naturaleza transversal, frente al longitudinal anterior. Para ello, se define la situación en un momento determinado, a modo de fotografía, utilizando un modelo de elección discreta que más adelante se justifica.

Ya han transcurrido más de nueve años desde la puesta en marcha de la LAPAD, y puede ser un momento oportuno para detenerse en el estudio de datos estadísticos resultantes de la actuación gestora. La LAPAD se ha convertido, en mi opinión, en una parte muy importante del paraguas valedor del Estado del Bienestar en Ceuta. Tal como se expresa a continuación, ha facilitado no sólo el crecimiento del indicador de cobertura total de servicios, sino un importante desembolso inversor. En este capítulo se pretende, por una parte, conocer el impacto que haya podido ofrecer la puesta en marcha de este proyecto de enorme calado social en el desarrollo de los servicios profesionales a nivel local; por otra, reflexionar en torno a la deriva de uno de sus más importantes objetivos de partida, la prioridad de generar un catálogo de recursos asistenciales de naturaleza formal con los que hacer frente a los cuidados invisibles que tradicionalmente ofrece el entorno familiar. En esta distinción se articula buena parte del debate sobre el sistema protector de la ley. Finalmente, analizar si las condiciones de vida inciden en la asignación de los programas contrapartida del nuevo derecho de ciudadanía.

La exposición de los contenidos comienza con la peculiar situación de envejecimiento de la población ceutí y su bajo indicador de cobertura total de naturaleza profesional. A continuación, se presentan los datos y el modelo de regresión logística binaria, definiendo la metodología que se va a utilizar y la dimensión del universo poblacional utilizado para determinar la incidencia de las circunstancias vitales en la fijación de programas asistenciales. Todo ello, tanto en un ámbito genérico (servicios / prestaciones económicas), como en el específico de cada servicio.

IV.2 El desarrollo de la ley de dependencia en Ceuta

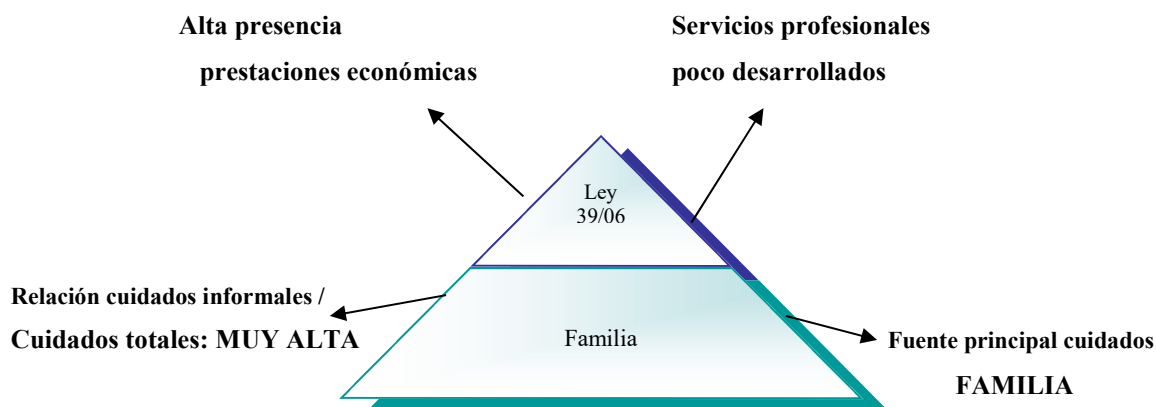
La población ceutí puede calificarse como muy rejuvenecida. El porcentaje de personas con 65 y más años se sitúa en el 10,85% (2012), frente al 17,36% de media nacional. La diferencia se incrementa en la comparación del porcentaje de personas con 80 y más, donde el indicador local es menos de la mitad (2,51%) que el estatal (5,32%). Esta situación tan especial en la población de Ceuta no tiene parangón en el ámbito europeo, ya que los estados del viejo continente que más se aproximan (Irlanda o Eslovaquia), presentan mayor envejecimiento que el caso objeto de estudio. Este mínimo envejecimiento ceutí condiciona su posición en el marco de la ley 39/06. Por una parte, con un menor número de solicitudes de situación de dependencia, por encontrar su principal yacimiento en el colectivo de personas mayores. Por otra, disponiendo de un elevado potencial de cuidadores familiares, al incrementarse el porcentaje de población en los tramos intermedios de la pirámide (figura 1 d).

Partiendo del contenido de la tabla 33, se aprecia cómo el indicador de cobertura total de Ceuta (personas mayores) se sitúa en el año 2012 en un 8,59%, cifra ligeramente inferior a la media nacional (10,6%). No obstante, la evolución durante el periodo objeto de estudio (1999 / 2012), ha permitido algo más que duplicar su importancia, dado que partía de una situación mínima en origen (3,89%). Siguiendo el gráfico 32, las plazas residenciales y de centro día se encuentran escasamente desarrolladas, especialmente las segundas, en fase inicial de dotación y, por el contrario, el servicio de ayuda a domicilio se sitúa en una etapa más avanzada, superando la media nacional. Aunque no está incluido en el indicador de cobertura total, el servicio de teleasistencia ha experimentado un gran avance, al multiplicarse por seis su presencia (desde 1,43% a 8,96%). En sentido contrario, la atención familiar es la fórmula utilizada en la provisión de cuidados a personas mayores, convirtiéndose el domicilio en el principal centro de atención. Finalmente, se aprecian tres momentos coincidentes con instantes procesales claves: los años 2001/2002 ante la aportación que implica la culminación del Plan Gerontológico; el año 2008, en pleno proceso de puesta en marcha de la LAPAD y en 2010 con desaceleración ante reestructuración del SAD.

La tabla 33 muestra que los cuidados profesionales en Ceuta tienen un retraso de al menos seis años respecto de la media nacional, debido a que la tasa actual ceutí coincide con la media nacional del año de entrada en vigor de ley 39/06. Por este motivo, se puede considerar que en 2012 el modelo al que se ajusta la atención de larga

duración de las personas mayores en Ceuta está más próximo al preexistente a la LAPAD (figura 4), que al posterior a esta norma (figura 5), toda vez que de acuerdo con la figura 16, el sistema local se caracteriza por la elevada atención informal, con un intento de despegue externo limitado en sus expectativas: (1) La familia es la base del modelo de cuidados a personas mayores, (2) los servicios profesionales se encuentran en situación de mínimos tanto en plazas residenciales como de centros diurnos, (3) las prestaciones económicas, tanto las derivas de la ley 39/06, como las preexistentes, constituyen la principal aportación pública dirigida al apoyo de la familia cuidadora, (4) la relación cuidados familiares respecto a los cuidados totales es excesivamente alta y (5) es fiel representación del modelo mediterráneo y, dentro del estado descentralizado español, ubicada en niveles elevados de potenciales cuidadores informales (mapa 3) y mínimos de ICT (mapa 9). Debe matizarse que el indicador de cobertura total de Ceuta es fruto de la suma de las prestaciones que facilita la Consejería de Bienestar Social de la Ciudad Autónoma de Ceuta junto a las que reconoce el IMSERSO en el marco de la LAPAD por medio de su Dirección Territorial.

Figura 16: Modelo ceutí de cuidados larga duración a personas mayores (2012)



En el marco de la LAPAD, frente a la visión profesional (centro residencial, diurno / nocturno, SAD, TAD, fomento de la autonomía y prevención de la dependencia, vinculada al servicio y asistente personal), la contrapartida familiar se protege con la prestación económica para cuidadores informales, sometida a importantes limitaciones. Por una parte, se plantea como recurso excepcional; por otra, su importe máximo queda minorado con otras aportaciones de análoga naturaleza y finalidad⁴⁹, así como limitado por la intensidad de los cuidados y la escala de rentas.

⁴⁹ Complementos de gran invalidez, los de tercera persona de las pensiones no contributivas, los que afectan a subsidios de la Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) y protección familiar por hijo a cargo con discapacidad igual o superior a 75%.

No cabe duda que el debate sobre la dualidad prestaciones económicas / servicios formales fue resuelto a favor de la profesionalización en el texto legal⁵⁰. Sin embargo, la experiencia ha demostrado lo difícil de la conquista de este objetivo, especialmente ante la incidencia de la situación económica y la elevada población joven.

Los requisitos de residencia en territorio nacional, la excepcionalidad de la prestación económica para cuidados del entorno familiar, el sistema de incompatibilidades, la intensidad en los cuidados, la participación en la capacidad económica, la decisión limitada por la propuesta administrativa, los complementos de idéntica naturaleza y finalidad, así como la existencia de un adecuado catálogo de servicios operan como condicionantes en el momento de asignar los servicios, filtros de naturaleza legal o material que influyen en la asignación de un programa.

En noviembre de 2015, tomando en consideración la estadística que facilita el IMSERSO, se puede concluir que se ha logrado a nivel estatal parcialmente la pretensión inicial, dado que el 36,21 % de los beneficiarios recibe la prestación económica para cuidados familiares. Es cierto que la atención profesional se ha incrementado, ahora bien, no con la intensidad prevista por el legislador, defensor de un tránsito de un sistema protector de cuidados de larga duración que superase el sistema de base tradicional, en dirección hacia otro de carácter universal. No cabe duda que la realidad no es tan sencilla, pudiéndose producir varios escenarios diferenciados: (1) Atención exclusiva de cuidados del entorno familiar, situación tradicional, terreno abonado para la percepción de la prestación monetaria. (2) En el extremo contrario, acceso al recurso formal como única modalidad de apoyo (supuesto de ingreso en centro residencial). (3) Cada vez más frecuente la combinación de las dos modalidades anteriores, mediante la permanencia en el hogar de toda la vida con las aportaciones protectoras externas, ámbito donde triunfa el servicio de ayuda a domicilio. (4) Atención familiar, con desistimiento de programas derivados de la LAPAD, por no resultar interesante la opción ofrecida, supuesto tipo ante la no obtención de las prestaciones monetarias deseadas. (5) La prestación de servicios de naturaleza privada (relación laboral especial del servicio de hogar familiar) en exclusiva o en apoyo de la atención familiar o formal, situación no incluida dentro del ámbito de la LAPAD.

⁵⁰ El artículo 18 LAPAD establece el carácter excepcional de la principal modalidad de prestación económica, la destinada a cuidados familiares (cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales).

IV.3 Un modelo de decisión para los individuos en situación de dependencia

Sobre una muestra de carácter transversal circunscrita al ámbito territorial del IMSERSO en Ceuta se pretende aplicar un modelo de regresión logística binaria, permitiendo analizar la dependencia (o no) de la variable objeto de estudio (asignación de prestación económica / servicios) respecto de otras variables explicativas (las condiciones de vida). La variable dependiente en el presente trabajo es dicotómica, representada por 0 (presente) o 1 (ausente). Las explicativas son dicotómicas y en algunos casos categóricas.

Este enfoque permite ajustar la probabilidad de asignación de prestación de cuidados familiares / servicio, respecto de las condiciones de vida estudiadas (De la Fuente, 2011) y es muy útil en numerosos análisis en ciencias sociales (Aguayo, 2007). La predicción de un resultado en función de las variables utilizadas deberá arrojar un resultado comprendido entre 0 y 1, dada la axiomática de la probabilidad (Pérez, 2008). De igual modo, el predominio ante la presencia o ausencia de una variable explicativa (de la Fuente, 2011), el denominado odd ratio (por ejemplo, probabilidad de obtener una prestación económica encontrándose en soledad respecto de los que se encuentran acompañados). La estrategia empírica que seguimos consiste en aplicar un modelo regresión a toda la muestra y posteriormente a sub-muestras construidas con la edad de los individuos (con un umbral de corte de 65 años).

Antes de definir las variables estudiadas y explicativas, es preciso distinguir que la muestra analizada permite estudiar tanto el universo (sin distinción de edad), como analizar sectorialmente en función de grupos de edad (mayores o menores de 65 años). Dada la finalidad del estudio, se incidirá especialmente en el colectivo de 65 y más.

Las variables dependientes, objeto del estudio, se corresponden con el programa asignado en el marco de la LAPAD, es decir, prestaciones económicas para cuidados del entorno familiar y servicios profesionales (plaza residencial, centro de día, servicio de ayuda a domicilio). Las variables explicativas son representativas de las condiciones de vida en el desarrollo de la LAPAD en Ceuta, coincidentes en lo esencial con las reflejadas en el modelo econométrico, pero adaptadas al caso concreto. Se han agrupado en torno a cuatro grandes conceptos. (1) Edad y circunstancias personales (situación de soledad / acompañamiento, estado civil e intensidad completa / parcial de cuidados), (2) las que describen la situación de dependencia entre las que están los grados de dependencia y el origen – intelectual o físico – de la misma, (3) la renta (el límite de

separación es la pensión mínima), la existencia de percepción no contributiva, el posible complemento de tercera persona y (4) la localización o distribución urbana de la unidad estadística.

IV.3.1 Los datos

El modelo de regresión logística binaria va a ser aplicado sobre la información facilitada por el IMSERSO en Ceuta, obtenida de la explotación de registro auxiliar de elaboración de PIAs, que se encuentran valoradas a 31 de diciembre de 2014 con programa efectivamente asignado (universo poblacional de 1007 casos).

Entre las personas que obtienen los beneficios de la ley 39/06 en Ceuta, la edad de 65 años representa el punto medio, dado que la mitad sobrepasa el límite y la otra parte no llega al mismo (50,64% y 49,35% respectivamente). Esta información es distinta a la existente a nivel nacional, ya que en la misma fecha (diciembre de 2014) el 71,70% tienen 65 y más años de edad. La razón justificativa de este resultado se debe a la población tan rejuvenecida de la ciudad ceutí, con una tasa de envejecimiento sin comparación. Por tanto, la primera reflexión que se obtiene debe estar referida al perfil del beneficiario en situación de dependencia, encontrándose en Ceuta los dos grupos (menores / mayores de 65) en posición de equilibrio, cuando en el territorio nacional el predominio de los mayores más que duplica la proporción.

Adquiere importancia la prestación económica para cuidados del entorno familiar, consecuencia lógica de la elevada tasa de cuidadores familiares de Ceuta, fruto de una pirámide poblacional de base y desarrollo intermedio ancho.

IV.3.2 Análisis empírico

IV.3.2.1 Cuidados profesionales frente a prestaciones económicas para cuidados en el entorno

El presente apartado analiza los resultados obtenidos del ajuste del modelo de elección discreta a los datos citados. En primer lugar, la edad y la situación del individuo se incluyen como variables explicativas, y las dos alternativas asistenciales que ofrece el PIA (servicios / prestaciones económicas para cuidados familiares) se introducen en el modelo como variables dicotómicas dependientes. Se utiliza una clasificación de edad justificada en la formación de colectivos homogéneos que

permitan obtener conclusiones representativas, de acuerdo a la agrupación: menores de 18 años, entre 18 y 64 años, entre 65 y 79 años y mayores de 80.

La estadística oficial del sistema de dependencia nacional que facilita mensualmente el IMSERSO incorpora un agrupamiento parecido, con la peculiaridad de subdividir el tramo de 18/64 en cuatro subgrupos e independizar a los menores de tres años. Continuando con documentos oficiales, el Libro Blanco de la dependencia (2004) establece la distinción principal entre mayores y menores de 65 años, así como la propia ley 39/06, al definir el catálogo de servicios, establece la misma separación. El informe 2012 sobre las personas mayores en España del IMSERSO (2014) define a la población mayor a partir de 65 años, utilizando como umbral la edad de 80 años para separar las dos agrupaciones a las que destina su contenido.

Las circunstancias personales se aproximan con las siguientes variables: estado civil, distinguiendo en casados, viudos y solteros (que incluye también divorciados y separados); situación de soledad o de acompañamiento; intensidad de los cuidados prestados por la familia (parcial o completa) y sexo.

La edad es variable destacada en el estudio de la situación de dependencia. En la distribución nacional se constata cómo el 72,09% (IMSERSO, noviembre de 2015) de los beneficiarios de programas supera la edad de sesenta y cinco años, donde más de la mitad (54,95%) alcanza los 80 años. De los datos expuestos, resulta obvio que la variable edad adquiere protagonismo propio, ya que el concepto dependencia se vincula con el de envejecimiento. La principal línea de investigación tiene lugar en el estudio de su incidencia en las fases avanzadas de la vida, donde los resultados la vinculan con una elevada utilización de recursos profesionales, fundamentalmente ante la ausencia de personas en el entorno (Rogeró, 2010), fruto de la crisis del modelo tradicional español y de la pérdida de potenciales cuidadores familiares (Rodríguez, P., 2006a). No menos importante es la edad del potencial cuidador, favorecedora de un recurso u otro. Así, la menor edad del cuidador se relaciona con los cuidados familiares (Vilaplana, 2009) y, a medida que transcurre el tiempo, se dirige hacia la profesional, en principio la ayuda domiciliaria y, en sucesivas fases, el centro de día y el residencial.

Se ha analizado anteriormente cómo las personas casadas incrementan la posibilidad de cuidados familiares, así como, de elegir la alternativa profesional, se decantan por los programas domiciliarios, con menores posibilidades de ingreso residencial y, sin embargo, las personas solteras manifiestan mayor predisposición por el centro asistencial. La situación de soledad se relaciona con los servicios formales en

mayor medida que las acompañadas, llegando en numerosos supuestos a una atención sustitutiva de la familiar (Rogero, 2010), donde las relaciones intergeneracionales (padres respecto hijos e hijos en relación a padres) adquieren relevancia, incluso frente a la posición del cónyuge. La menor vinculación de parentesco condiciona una mayor presencia de atención formal o profesional (Rogero, 2010).

De los resultados expuestos en la tabla 51 se puede concluir que existen diferencias significativas proporcionadas por el estado civil en situación de soltero y viudo respecto de la referencia casado. También influyen a niveles de confianza estándar la situación de soledad de la persona dependiente, la intensidad en la dedicación (completa o no) y la edad referida al tramo de menores de 18 años (en relación con la referencia, el colectivo de 80 y más).

El efecto de la edad sobre la probabilidad de obtener prestación económica en el grupo de menores de 18 años es treinta veces mayor que en el grupo de referencia. El perfil de la edad sobre la probabilidad es descendente. Tomando como referencia el tramo de 80 y más años, representado con valor 1 (odds ratio), el grupo de menos de 18 años tiene un predominio sobre la prestación económica de 30,4. El segundo colectivo, 18 / 64 años, se sitúa en 1,3. Finalmente, el tramo de 65 a 79 años, se identifica con 1,24. En sentido inverso operaría la asignación de un servicio profesional.

Un menor de 18 años tendría una probabilidad de un 98,80% de obtener una prestación económica para cuidados del entorno familiar con dedicación completa, disminuyendo al 94,59% si es parcial. Si se toma como referencia el grupo de 80 y más, la probabilidad se minoraría al 72,97% y 36,52% respectivamente. Por tanto, con esta aplicación práctica se demuestra que a medida que se avanza en edad, disminuye la posibilidad de prestación económica. De igual forma, la probabilidad de asignar un servicio se incrementa ante el mayor envejecimiento (desde 1,2% hasta 27,03% y 5,41% a 63,48% según la intensidad sea completa o incompleta). Desde la perspectiva informal, inicialmente la posición de partida manifiesta un dominio casi absoluto, propio de la atención maternal en la minoría de edad, que se relativiza a medida que se incrementa la etapa vital, concluyendo en los instantes posteriores con una situación equiparable a la alternativa profesional. En sentido contrario, la atención formal es casi inexistente en las edades iniciales, con un incremento sostenido en las siguientes etapas, logrando el equilibrio en la última fase.

En los primeros años de vida, los padres recurren únicamente a las modalidades externas ante la necesidad del apoyo de especialistas en atención temprana. Los

servicios profesionales tradicionales (ayuda a domicilio y centros) no tienen sentido para la familia en este momento temporal, motivo por el que se debe incidir en nuevas alternativas y fórmulas, todo ello, con la finalidad de hacer atractiva la asignación de la atención formal frente a la exclusividad pecuniaria que caracteriza este grupo de edad. La principal opción está dirigida al fomento de los programas de promoción de la autonomía personal⁵¹.

El incremento en la utilización del recurso formal en la última etapa coincide con el envejecimiento de los cónyuges, la disminución progresiva de cuidadores, la dificultad física de las tareas, la exigencia de conocimientos especializados, así como la mayor difusión, calidad y alcance de los servicios sociales modernos, circunstancias justificadoras del avance dirigido hacia la profesionalización.

Las variables definidoras del estado civil arrojan diferencias significativas entre soltería y viudedad y la referencia de casado. La situación de soltería muestra un efecto que casi duplica la situación de casado (1), por lo que tal como se recoge en la tabla 51 se produce una mayor asignación de prestaciones económicas familiares de solteros y viudos respecto a casados. En sentido inverso opera la concesión de servicio profesional, donde la relación matrimonial (respecto de cuando no se produce) es más proclive a su demanda.

La variable que aproxima la soledad tiene efecto significativo (tabla 51) con un OR que casi duplica (1,74) la probabilidad de asignación de un servicio profesional respecto de la situación de convivencia (no soledad). En sentido contrario, el acompañamiento es nota de predominio en relación al reconocimiento pecuniario, cerca de duplicar la posibilidad de obtener prestación económica frente a la persona dependiente que se encuentra aislada. La diferencia en probabilidad está, en términos porcentuales, entre 12 y 14 puntos a favor de la asignación de un servicio si se encuentra en soledad (en relación a si está acompañada). En sentido inverso opera respecto del reconocimiento pecuniario. La soledad es, por tanto, una circunstancia favorecedora del acceso a la atención externa, aunque en función del grupo de edad la proporción sufre variación.

La dedicación con intensidad completa del cuidador prevista en la regresión binaria multiplica por cuatro veces y media (4,694) la probabilidad de acceso a la

⁵¹ Se incluyen en este catálogo, (1) habilitación y terapia ocupacional, (2) programas de atención temprana, (3) estimulación cognitiva, (4) de promoción, mantenimiento y recuperación, (5) habilitación psicosocial y (6) apoyos personales y alojamientos especiales.

prestación económica familiar respecto a las personas que se encuentran atendidas a tiempo parcial. Cuando los apoyos son efectuados parcialmente (o con ausencia de cuidador habitual) se produce una relación de predominio, respecto de la dedicación completa, con la asignación de un servicio profesional. De igual forma, debe reflejarse que la intensidad completa en la dedicación disminuye a medida que se incrementa el grupo de edad, desde una atención a tiempo completo durante la minoría de edad, hasta un descenso progresivo en los tres tramos restantes (62,35% en el colectivo de 80 y más). La causa justificadora tal vez se encuentre en la incorporación al mercado de trabajo de posibles cuidadores, circunstancia que motiva la atención familiar a tiempo parcial, en paralelo con el desarrollo de servicios profesionales. De igual modo, esta apreciación tiene acomodo en el elevado número de cuidadores con edad avanzada en los tramos altos (supuesto del cónyuge), circunstancia que limita el apoyo intenso.

En términos de implicaciones útiles para la política de atención a la dependencia, podemos argumentar que una de las preocupaciones de los gestores públicos se sitúa en la necesidad de promover un catálogo atractivo de servicios profesionales. En la primera fase de la vida (menores de 18 años) es donde se concentra la mayor proporción de prestaciones económicas para cuidados del entorno familiar, espacio sobre el que se debiera incidir aportando programas asistenciales de naturaleza profesional. La propuesta no puede ser otra que la potenciación de los programas de promoción de la autonomía personal y prevención de la situación de dependencia, permitiendo combinar la atención familiar con el recurso externo especializado (atención temprana o estimulación cognitiva). En línea con lo anterior, el Consejo Territorial del Sistema de Dependencia ha intensificado la acción de los programas de promoción y prevención.

No cabe duda que el sistema de incompatibilidad debiera ser materia objeto de estudio con la finalidad de posibilitar el impulso definitivo a la tan demandada actuación formal y paralelo respiro familiar. La aplicación actual del sistema protector de la ley 39/06 se basa en la alternativa servicios / prestaciones económicas de cuidados familiares, donde una modalidad excluye a la otra y forman parte del dilema que debe asumirse en el momento de la asignación de programa en cada una de las cuatro etapas de la trayectoria vital. La posible compatibilización de apoyos económicos con servicios⁵², así como de servicios y prestaciones entre sí, permitiría, por un lado,

⁵² A modo de ejemplo, en un menor de 18 años, compatibilizar la prestación económica para cuidados familiares con los servicios de promoción de la autonomía. En una persona mayor de 65 años, apoyar la atención informal de manera pecuniaria con el servicio de ayuda a domicilio. La intensidad de los

satisfacer en mayor medida las necesidades de los interesados y, por otro, fomentar la acción externa, importante yacimiento de empleo. Ahora bien, con la finalidad de evitar agravios comparativos, deberían modularse importes y horas de atención profesional para no incurrir en una mayor protección respecto a las personas que reciben solamente atención por una modalidad.

Para finalizar, como ejemplo de medida adoptada limitadora del desarrollo de las prestaciones familiares en beneficio de los servicios, debe tenerse en cuenta el contenido del Real Decreto 1051/2013, regulador de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, toda vez que exige como condición de concesión del abono monetario la convivencia del cuidador en el domicilio de la persona dependiente⁵³, situación incompatible con la de soledad. Ya se ha podido apreciar en el modelo de regresión la influencia que tiene la ausencia de compañía en el avance hacia la protección formal.

El segundo grupo de variables que son susceptibles de afectar la probabilidad de disponer de una prestación están relacionadas con la salud. La salud se puede medir a través de variables subjetivas, mediante indicadores de percepción que se recogen en encuestas o variables objetivas que se conocen tras la aplicación de algún instrumento de medición (normalmente técnicas médicas de medición). Cada modalidad tiene su atractivo, aunque la ventaja que ofrece la valoración efectuada por un equipo profesional es fiel reflejo de la posición ocupada desde un punto de referencia, en el presente supuesto el baremo de la situación de dependencia, facilitando la comparación.

Las variables explicativas vinculadas con las condiciones de salud que se aplican al presente modelo de regresión se agrupan en torno a dos modalidades. Primero, el grado de dependencia (distinguiendo entre grados I, II y III). En este sentido, hemos de destacar que, con la finalidad de buscar de grupos homogéneos, se ha prescindido de la distinción originaria entre niveles, eliminada después del Real Decreto Ley 20/2012. Segundo, a través del origen preponderante de la situación de dependencia que puede ser físico o intelectual.

conceptos debiera quedar minorada para no incurrir en sobreprotección respecto a la persona que se le asigna una sola modalidad.

⁵³ El artículo 12.3 párrafo segundo establece la necesidad de convivencia para poder percibir la prestación económica para cuidados del entorno familiar en los GRADOS III y II, en tanto que necesario ante “atención permanente y apoyo indispensable y continuo”.

El instrumento de medición utilizado es el baremo de valoración de la situación de dependencia, con ámbito estatal⁵⁴, establecido en origen en virtud del Real Decreto 504/2007 y sustituido posteriormente por el 174/2011. Debe reflejarse que, dada la fecha de cierre de la muestra (31/12/2014), los grados III y II se encuentran plenamente vigentes, pero el grado I, tras su aplicación efectiva inicial, ha sufrido una suspensión desde 01/01/2012 hasta 30/06/2015, motivo por el que su presencia tiene alcance limitado. Es preciso matizar que el contenido de programas apenas difiere entre grados, salvo la negativa al acceso residencial del grado I, ante su menor intensidad.

La distinción basada en la causa principal origen de la situación de dependencia aporta una trascendente información, toda vez que engloba a colectivos con necesidades diferenciadas, así como en la intensidad de los cuidados. Para ello el baremo distingue entre la categoría IA, destinada a puntuar las limitaciones físicas y la categoría IB, cuyo objetivo son las personas con dependencia intelectual. Es necesario notar que existe un tercer modelo dirigido al colectivo de menores de 3 años, de manera que su valoración es coyuntural hasta tanto superen este umbral y se aplique alguna de las dos anteriores.

Escasos son los trabajos que analizan la relación entre el grado de dependencia y la atención formal / informal recibida. Para Del Pozo *et al.* (2011) no resulta significativo el III (tomando como referencia el II) en la asignación de programa, aunque otros autores concluyen con la importancia que adquiere la variable salud en la asignación de cuidados formales o informales (García *et al.*, 2011a), o la relación existente entre pobreza y problemas de salud (López, 2013).

No hay muchas reglas preestablecidas respecto de la asignación de PIAs en función del grado valorado. En principio pueden aplicarse de manera genérica por determinación normativa la prestación económica familiar, la ayuda a domicilio, el centro de día / noche, los programas de promoción y prevención la teleasistencia. El ingreso en centro residencial solo puede afectar al III y II. Ahora bien, resultaría recomendable el centro de día preferentemente para los grados I y II, así como la mayor incidencia de los programas de prevención y promoción en estos dos supuestos.

Al margen de las variables anteriores (edad y circunstancias personales), se incluyen en la especificación las condiciones de salud, representadas por (1) grado de situación de dependencia (grados II y III, siendo el grado I la variable de referencia) y (2) origen de las limitaciones (físico / intelectual). En este momento, deja de ser

⁵⁴ La validez nacional de la valoración efectuada determina que en caso de movilidad territorial, tenga plena vigencia en la autonomía de destino (artículo 28.2 de la ley 39/06).

relevante la situación de soledad y tampoco tiene efecto el origen de las limitaciones causantes de la situación de dependencia (tabla 52).

En cuanto a las magnitudes, encontrarse valorado con grado II, respecto al grado I, quintuplica (5,628) la posibilidad de obtención de una prestación económica para cuidados del entorno familiar y, en sentido contrario, el acceso a un servicio profesional (0,178). Así mismo, la baremación como grado III, en relación con grado I, multiplica por más de trece veces (13,288) el acceso pecuniario. La condición de discapacidad intelectual frente a la física, aún sin obtener significación, manifiesta un acercamiento a la prestación económica (tabla 52). En sentido contrario, la dependencia con origen en limitaciones físicas respecto de las intelectuales tiene un efecto favorable al acceso a un servicio profesional.

La gravedad en las limitaciones facilita una mayor probabilidad de asignación económica y la menor un acceso a servicios. Ante mayor grado de situación de dependencia existe una probabilidad más elevada de obtener prestación económica para cuidados del entorno familiar. En sentido contrario, al descender en dirección a la dependencia moderada, disminuye este porcentaje incrementándose la posibilidad de acceso al servicio profesional. Por tanto, el servicio profesional es la regla general en las situaciones de dependencia moderada y la prestación económica en las severas y en personas afectadas por grandes dependencias⁵⁵. Se aprecia una mayor preferencia por la prestación económica en los supuestos de personas sometidas a limitaciones intelectuales y profesional en el origen físico.

Fórmulas habría para incentivar la acción externa en los grados elevados de dependencia, incidiendo especialmente en aquellas que supongan incremento en la duración de la atención. Con independencia de la combinación de programas, contribuiría a mejora potenciar el recurso de ayuda a domicilio con incremento en el número de horas de dedicación. Una persona baremada como gran dependiente recibe 70 horas mensuales, es decir, algo más de dos horas diarias, fundamentalmente dedicadas al aseo (la dependencia severa 45 horas mensuales / una hora y media diaria), insuficientes desde la perspectiva familiar. De manera concreta, para los menores de 65 años, observando la elevada presencia económica en los grados III y II de naturaleza

⁵⁵ A modo de ejemplo en la simulación, una persona soltera, acompañada y con atención a tiempo completo, el grado III tiene el 89,85% de obtención de prestación económica en personas con limitaciones intelectuales, porcentaje que desciende a medida que minor la valoración, al presentar el grado II un 78,95% y el moderado un 34,05%. En sentido contrario, el grado I manifiesta un 65,95% de asignación de un servicio profesional, descendiendo al 21,05% para el grado II y al 11,15% para el gran dependiente.

intelectual, el centro de día puede resultar una alternativa de interés. Ya se ha analizado anteriormente el efecto positivo que tendría un sistema profesional que fomentara la autonomía en los menores de 18 años (tratamientos, terapias).

Los elementos de naturaleza económica son utilizados con asiduidad en análisis que permitan combinar variables explicativas en relación con la estudiada. La evolución del producto interior bruto, la desigualdad, la pobreza, el nivel de rentas forman parte del catálogo del mismo. En el ámbito que nos ocupa existe una interesante literatura científica, haciendo hincapié en la correlación rentas elevadas y atención informal, yacimiento de la prestación económica para cuidados del entorno familiar (Mentzakis *et al.*, 2009). Algunos estudios se manifiestan en el mismo sentido (Del Pozo *et al.* (2011), pero otros trabajan en un escenario distinto como la vinculación entre ausencia de rentas (desempleo y subsidios derivados de esta situación) y el recurso informal (López y del Pozo, 2010; Rogero, 2009), posibilidades que no tendrían que ser incompatibles, basadas en el hecho de considerarse la renta una variable influyente.

Las variables económicas incluidas en la especificación son los ingresos de la persona en situación de dependencia, variable dicotómica que distingue en función del umbral de si es receptor de prestación inferior a pensión mínima. Se diferencian las pensiones mínimas (jubilación, viudedad, orfandad y las de procedencia no contributiva frente a contributiva no mínima), el reconocimiento de prestaciones de naturaleza no contributiva (importante de ingresos de los beneficiarios estudiados) y la existencia de complementos de tercera persona, con identidad propia en el texto de la LAPAD. Las prestaciones de naturaleza no contributiva están previstas en los supuestos de una persona que no ha cotizado lo suficiente para acceder al sistema contributivo o bien nunca lo hizo, supuesto habitual entre las personas en situación de dependencia en el colectivo de menores de 65 años⁵⁶.

Los complementos de tercera persona, denominados en la ley 39/06 como de análoga naturaleza y finalidad adquieren importancia, dada su condición de importes deducibles de cualquier prestación económica del sistema de dependencia. Admiten cuatro modalidades. (1) El complemento de gran invalidez supone un incremento en un 50% adicional al que correspondería si fuese absoluta, (2) el complemento de necesidad

⁵⁶ Los pensionistas no contributivos de invalidez al acceder a la edad de 65 años se transforman en no contributivos de jubilación. Los requisitos preestablecidos hacen referencia a la imposibilidad de conseguir la pensión contributiva, un periodo mínimo de residencia en España (cinco para jubilación o diez años para invalidez, de los que dos deben ser inmediatos a la solicitud), no superar determinados límites de renta personal y familiar. En el supuesto de invalidez, (menores de 65 años) adicionalmente tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

de tercera persona (un 50%) sobre la PNC de invalidez, no la de jubilación, requiriéndose adicionalmente una discapacidad del 75%, (3) el subsidio de ayuda a tercera persona (un 50%) sobre el subsidio de ingresos mínimos de la LISMI y (4) la protección familiar por hijo a cargo de un mayor de 18 años con una discapacidad de al menos el 75%, incrementa en un 50% la referida a la persona que tiene el 65%. El hecho deducible encaja en el fomento de una deriva a la atención profesional.

De conformidad con la tabla 53, en la aplicación específica de las variables de naturaleza económica que se incorporan en el tercer escenario, se exponen los siguientes comentarios. Primero, la percepción de una prestación de naturaleza no contributiva (0,014) es un factor muy relevante. El hecho de ser sujeto de prestaciones no contributivas respecto de quien no lo es, casi duplica la posibilidad de obtener una prestación económica familiar de la LAPAD (1,736). El resto de variables económicas no son, por el contrario, significativas.

No obstante, desde esta perspectiva, el debate dualidad económica / servicio adquiere una nueva dimensión, fruto de la disparidad de pronunciamientos entre lo que piensan los ciudadanos y la opción legislativa. Posiblemente la alternativa económica tenga un componente crítico ante la ausencia de recursos profesionales adaptados a su situación, incrementado por los elevados gastos de atención que se generan en el ámbito familiar y la necesidad de ahorro ante futuras eventualidades familiares (por ejemplo, el fallecimiento de los progenitores).

Las últimas variables explicativas de la tenencia de prestación que queremos analizar tienen que ver con la localización urbana. Existen estudios que sugieren distinguir entre urbano y rural (Rogeró, 2010) y otros en el gran desarrollo de servicios domiciliarios y diurnos en los municipios de 2.000 a 5.000 residentes (Jiménez y Vilaplana, 2007). Una parcela de estudio refleja que el problema de la dispersión rural (Sancho *et al.*, 2007), implica que la información sobre recursos sociales sea menos fluida que en el entorno urbano (Iglesias *et al.*, 2008).

Ceuta tiene una dimensión aproximada de 18,5 kilómetros cuadrados, una población de 84.263 habitantes (INE, enero de 2014) y una densidad de casi 4.500 personas por kilómetro cuadrado. Dado su carácter exclusivamente urbano, la variable dicotómica habitual de estudio (urbano / rural) no es susceptible de aplicación. No obstante, no quiere decir que no pueda analizarse su territorio mediante división geográfica. Para ello, se propone utilizar la información de la residencia de cada beneficiario que facilita su distrito postal, aportándose una visión novedosa derivada de

su especial condición como población urbana, analizar la diferencia entre centro y periferia. Para ello, la Ciudad de Ceuta se divide en cinco distritos postales, que a los efectos del estudio se utilizarán como zonas de localización.

El distrito 51001, coincidiría con la visión más próxima al centro (tradicional) de la ciudad, zona con la menor tasa de riesgo de pobreza, con excepciones, de Ceuta (Consejería de Asuntos Sociales de Ceuta, 2013). El 51002 ante la expansión de la ciudad, se podría considerar centro, combinando parcelas con menor tasa de riesgo de pobreza con otras elevadas (Consejería de Asuntos Sociales de Ceuta, 2013). El 51003 es la parte de la ciudad que acumula un mayor porcentaje de riesgo de pobreza, con proporciones que se sitúan en el 69,2% y 42,6% (Consejería de Asuntos Sociales de Ceuta, 2013). El 51004 y 51005 son áreas poco pobladas, con riesgo de pobreza próximo al 25% (Consejería de Asuntos Sociales de Ceuta, 2013).

Siguiendo la tabla 54, los residentes en zonas céntricas (51001 y 51002) tienen mayor probabilidad de alcanzar servicios profesionales que el no céntrico (51003). La zona no céntrica (51003) es la que presenta el mayor porcentaje de posibilidad de obtención de una prestación monetaria familiar de la ciudad, zona con las mayores tasas de riesgo de pobreza. Por el contrario, el código 51001, aproximación al centro de la ciudad, tiene un porcentaje menor de probabilidad de asignación pecuniaria, espacio con menores indicadores de riesgo de pobreza. El 51002 se encuentra más próximo al anterior, distrito donde hay una mezcla diversa de indicadores (altos y bajos). Se aprecia, por tanto, una correlación entre la zona con mayor riesgo de pobreza y una elevada probabilidad de asignación monetaria y, en sentido contrario, una vinculación entre la zona con menor riesgo de pobreza (centro) y mayor desarrollo de los servicios profesionales de la ciudad.

IV.3.2.2 Servicios profesionales asignados

En el ámbito del sistema de dependencia en Ceuta, el servicio de ayuda a domicilio se ha convertido en el programa profesional de mayor importancia y alcance, en detrimento del recurso residencial y el centro diurno. En el desarrollo de este recurso asistencial se producen posiciones encontradas, donde los usuarios demandan mayor número de horas de atención y los entes públicos se preocupan por la provisión de recursos presupuestarios, resultando compleja la coincidencia de posturas (IMSERSO

Perfiles y tendencias, 2006). Ha tenido especial desarrollo como servicio de proximidad en el ámbito rural (Martínez y Díaz, 2009).

En el servicio de ayuda a domicilio consiguen significación estadística (tabla 55) las variables intensidad de cuidados, la soledad, la situación de dependencia y el origen de la misma, así como la condición de beneficiario del sistema no contributivo. La intensidad no completa (frente a la completa) en los cuidados multiplica por cuatro la posible asignación del SAD, la soledad (respecto a la compañía de la persona dependiente) duplica la probabilidad del SAD. A medida que disminuye el grado de valoración se incrementa la posibilidad de obtención del programa domiciliario, especialmente en la situación de dependencia moderada (el grado I multiplica por 17 veces respecto del III). En idéntico sentido, la naturaleza física casi duplica la posibilidad de asignación del SAD, respecto del origen intelectual.

El análisis anterior ha demostrado que las condiciones de vida influyen en el momento de la asignación del SAD, siendo el objetivo de este apartado reflexionar sobre determinadas variables sobre las que es posible mejorar los resultados obtenidos.

Ante todo, es un recurso para personas con dependencia moderada y afectadas por limitaciones físicas, así como para aquellas sometidas a dedicación no completa de cuidados. La dedicación completa, el baremo intelectual y los grados II y III, variables relacionadas entre sí, se alejan del SAD en dirección a las prestaciones monetarias.

¿A qué obedece esta circunstancia? Posiblemente la escasa intensidad horaria se acomode al grado I, a la dedicación parcial y al origen físico de la dependencia, pero no a las necesidades del gran dependiente, a la intensidad amplia de los cuidados y de las limitaciones intelectuales. Ampliar la horquilla de los grados III (70 horas mensuales en la actualidad) y II (45 horas / mes) puede suponer un importante avance en su mayor aceptación, aunque con un incremento de gasto público en función de su alto coste / hora. En este sentido, el precio de una plaza residencial para personas mayores por cada día, podría equipararse al que supongan cuatro horas diarias del SAD. El cuidador de la persona dependiente que requiere atención intensa y continuada no se conforma con algo más de dos horas diarias de apoyo externo, por abarcar su problema día y noche.

Por otra parte, la colaboración y coordinación institucional facilitaría detectar posibles solapamientos de recursos asistenciales, evitando situaciones de duplicidad, salvo que correspondan al nivel de financiación adicional. En todo caso, el sistema español manifiesta un conflicto competencial y de responsabilidad (IMSERSO Perfiles y tendencias, 2006) entre organizaciones públicas.

El acceso a un centro residencial en mayores representa una mínima elección entre los recursos formales ceutíes. Una vez conseguidos los resultados derivados de la regresión logística se observa cómo obtienen significación estadística (tabla 56) en la asignación de plaza residencial el estado de soltero respecto de la referencia, la situación de casado, la edad con 80 y más años y la discapacidad intelectual. El estado de soltero multiplica por doce su probabilidad de ingreso respecto al casado, el hecho de haber cumplido al menos 80 años, respecto de los que se encuentran en el tramo de 65 /79, multiplica por casi 4 veces la posibilidad de ingreso residencial y, finalmente, el origen intelectual (en relación al físico) lo quintuplica.

La ausencia de un fuerte vínculo familiar como es el matrimonial es la que condiciona que las personas solteras tengan una preponderancia en la asignación residencial, ya que los cónyuges prefieren ubicarse en el domicilio habitual. Por otro lado, la edad muy avanzada, vinculada en muchos casos con limitaciones intelectuales, adquiere protagonismo residencial no sólo por la especificidad de los cuidados que deben prestarse, sino por dedicación e intensidad de atenciones a realizar, muy superiores a las situaciones físicas y a las personas menos envejecidas.

En el centro de día (tabla 57) alcanzan significación estadística el grado II (respecto a la referencia grado III), a la par que el origen de las limitaciones, recurso con elevada probabilidad destinado a personas con dependencia severa y discapacidad intelectual. Por último, en el servicio de TAD (tabla 58) obtienen significación el colectivo de personas mayores (80 y más y el de 65 / 79) respecto de la referencia, el tramo de personas entre 18 y 64 años, así como la variable intensidad y el origen de las limitaciones, relacionándose con este servicio la población mayor, la parcialidad en los cuidados y las limitaciones físicas.

IV.4. Implicaciones y recapitulación

En la tabla 59 se expone un resumen de las variables con significación estadística en la asignación del programa, tanto desde la vertiente atención profesional / prestaciones económicas, como respecto de cada uno de los servicios concretos. Se puede concluir que la edad, las circunstancias personales, la situación de dependencia, el origen de la misma, las PNCs y el distrito influyen en el programa reconocido.

Del contenido anterior, se puede indicar que sobre los servicios de ayuda a domicilio y promoción de la autonomía recaen las principales expectativas profesionales

futuras de crecimiento en el sistema de dependencia, aunque se debe hacer un esfuerzo para fomentar su interés, junto con la regulación del régimen de compatibilidad.

Tabla 59. RESUMEN

Variable	Servicio / económica	SAD	Residencia	Centro día	TAD
80 y más	SI	NO	SI	-	SI
Menor 18	SI	NO	-	-	-
18 / 64	NO	NO	-	-	NO
65 / 79	NO	NO	-	-	SI
Casado	NO	NO	SI	-	NO
Soltero	NO	SI	SI	-	NO
Viudedad	SI	NO	NO	-	NO
Intensidad completa	SI	SI	-	-	SI
Soledad	NO	SI	-	-	NO
GRADO I	SI	SI	-	NO	NO
GRADO II	SI	SI	NO	SI	NO
GRADO III	SI	SI	NO	SI	NO
INTELEC	NO	NO	SI	SI	SI
Mínimos	NO	NO	-	-	-
PNC	SI	SI	-	-	-
CTP	NO	NO	-	-	-
DISRITO	SI	-	-	-	-

Por un lado, para que el SAD pueda resultar más atractivo debe potenciarse el número de horas de atención en los supuestos de mayor limitación, debido a que la familia puede no manifestar interés por la intensidad en la atención ofrecida. Esta puede ser la razón por la que encuentre el programa domiciliario mayor acomodo en los supuestos de menor gravedad. Por otro, los programas de promoción tienen proyección en cualquier grupo de edad que se encuentre en situación de dependencia, pero especialmente en las edades tempranas. La ausencia de recursos públicos en esta modalidad puede ser compensada por medio del mecanismo que la LAPAD establece, la prestación económica vinculada a este servicio mediante acceso al mercado privado. No es la misma situación reconocer una prestación económica para cuidados familiares, de difícil seguimiento, que acceder a otra de naturaleza finalista, sometida a la justificación de su prestación como es la vinculada al servicio. La supervisión y el seguimiento de las prestaciones económicas de cuidados familiares requieren comprobación por medio de visita social en el domicilio, necesarias con la finalidad de verificar la efectiva realización de las tareas, su intensidad, dedicación y estado de la persona en situación de dependencia.

V. BIBLIOGRAFÍA

ABELIN, T. y SCHLETTWEIN-GSELL, D. (1989). "The family and the help needs of disabled elderly in two Swiss cities". *Comprehensive gerontology (Clinical and laboratory sciences)*, 3 suppl, 51-56.

ABELLÁN, A. y ESPARZA, C. (2011). "Un perfil de las personas mayores en España, 2011 Indicadores estadísticos básicos", *Informes Portal Mayores*, 127. IMSERSO-CSIC.

ABELLÁN, A. e HIDALGO, R. M. (2011). "Definiciones de discapacidad en España", *Informes Portal Mayores*, 109. IMSERSO-CSIC.

ABELLÁN, A. y PUGA, M. D. (2004). "Estudio monográfico. La discapacidad en la población española". *Informe 2004. Las Personas Mayores en España (IMSERSO)*, 777- 809.

ABRAHMANSON, P. (1999). "The welfare modelling business". *Social Policy and Administration*, 33 (4), 394-415.

AGUAYO, M. (2007). "Cómo hacer una regresión logística con SPSS paso a paso (I)" *Fundación andaluza Beturia para la investigación en salud*.

ALEGRE, A., AYUSO, M., GUILLÉN, M., MONTEVERDE, M. y POCIELLO, E. (2005). "Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad". *Revista Española de Salud Pública*, 79 (3), 351-363.

ALFAMA, E., CRUELLS, M. y EZQUERRA, S. (2014). "Envejecimiento y crisis. Impacto de la crisis económica en las personas mayores en el Estado español". VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, Documento de trabajo 5.9.

ALLEN, K. et al (2011). "Governance and finance of long term care across Europe" *INTERLINKS Work package 6 (Health systems and long term care for older people in Europe. Modelling the interfaces and links between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care)*.

ALLEN, S.M. (1994). "Gender differences in spousal caregiving and unmet need for care". *Journal of gerontology*, 49(4), 187-195.

ALONSO, J. M. (2011). "El efecto expansivo de la ley de dependencia en los sistemas autonómicos de servicios sociales ". *Papeles de Economía Española*, nº 129 (Aspectos económicos y sociales de la dependencia), 182-194.

- ANAUT, S., ARZA, J. y ÁLVAREZ, M.J. (2014). “La incidencia de la exclusión social en los hogares con personas con discapacidad”. VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, Documento de trabajo 3.3.
- ANTTONEM, A. y SIPILÁ, J. (1996). “European social care services: Is it possible to identify models?”. *Journal of European Social policy*, 6 (2), 87-100.
- ARMI, F., GUILLEY, E, y LALIVE, C. J.. 2008. “The interface between formal and informal support on advanced old age: a ten year study”, *International Journal of Ageing and later life*, 3 (1), 5-18.
- AYUSO, L. (2012). “Las redes personales de apoyo en la viudedad en España”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 137, 3-24.
- AYUSO, M., DEL POZO, R. y ESCRIBANO, F. (2010). “Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes”. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 84, (6), 789-798.
- BAKX, P., MEIJER, C., SCHUT, F. y VAN DOORSLAER, E. (2015). “going formal or informal , who cares? The influence of public long term care insurance” *Health econ.*, 24 (6), 631 - 643.
- BAZO, M.T. y ANZIZU, I. (2004). “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”. *REIS Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 105, 43-47.
- BENITO, D. (2013). “Despoblación, desarraigo y escuela rural: condenados a encontrarse”, *Revista Encrucijadas*” www.encrucijadas.org
- BERZUKOV, V. y FOIGT, N.A. (2005). “Longevidad centenaria en Europa”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40 (5), 300-309.
- BETTIO, F. y PLANTENKA, J. (2004). “Comparing care regimen in Europe”. *Feminist Economics*, (10), 85-113.
- BETTIO F. y VERASHCHAGINA, A. (2010). “Long – term care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries”. *Fondazione G. Brodolini (Comisión Europea)*.

- BLOMGREN, J., MARTIKAINEN, P., GRUNDY, E. y KOSKINEN, S. (2012). "Marital history 1971-91 and mortality 1991-2004 in England & Wales and Finland". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (1), 30-36.
- BOAZ, RF. Y MULLER, C.F. (1994): "Predicting the risk of permanent nursing home residence: the role of community help as indicated by family helpers and prior living arrangements", *Health Services Research.*, 29 (4), 391-414.
- BOLIN, K., LINDGREN, B. y LUNDBORG, P. (2008). "Informal and formal care among single living elderly in Europe". *Health Economy*, 17 (3), 393-409.
- BOROWIAK, E. y KOSTKA, T. (2004): "Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions", *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(3), 212-220.
- BOUMANS, J. y DEEG, DJ. (2011). "Changes in the quality of life of older people living at home: does type of care play a role?". *Tijdschrift voor gerontology en geriatrie*, 42 (4), 170-183.
- BOWLING, A., FARQUHAR, M. y BROWNE, P. (1991): "Use of services in old age: data from three surveys of elderly people", *Social and Science Medicine*, 33(6), 689-700.
- BUTLER, R. (2009). "Edadismo en Estados Unidos". *Boletín sobre el envejecimiento, Perfiles y tendencias* 40. IMSERSO.
- BUZ, J. y BUENO, B. (2006). "Las relaciones intergeneracionales". *Informe Portal Mayores*, 66. IMSERSO-CSIC.
- CABRERO, J. (2007). "Indicadores de discapacidad en la Encuesta de Discapacidades, Deficiencia y Estado de Salud". *Revista Española de Salud Pública*, 81 (2), 167-181.
- CÁMARA, A.; ZUERAS, P.; BLANES, A. y TRIAS, S. (2015). "Componentes generacionales y económicos dela discapacidad entre los mayores españoles". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 151, 23-44.
- CÁMARA, A., ZUERAS, P., TRIAS, S. y BLANES, A. (2013). "Envejecer más allá de la edad. Diferencias de género, generación y clase social en salud en la población española". *Papers de Demografia. Working-paper*.
- CARRAL, C. (2015). "La responsabilidad de cuidar a personas en situación de dependencia, una propuesta teórica para la elaboración de políticas públicas". *Encrucijadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 10, a1005.

- CARRASCO, C (2013). “El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía”. Cuaderno de Relaciones Laborales, 31, 1, 39-56.
- CASADO, D. (2000). “Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades”. Gaceta Sanitaria, 15 (2), 154-163.
- CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001). “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro”. Fundación LA CAIXA Colección Estudios Sociales, 6.
- COMAS, A. (2005). “Gasto futuro en servicios a la gente de la tercera edad con dependencia”. CAIXA CATALUNYA, Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro, 26-41.
- COMISIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA (2003). “Comunicado de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones”.
- COMISIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA (2006). “Aplicación del programa comunitario de Lisboa. Servicios sociales de interés general en la Unión Europea”.
- COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA (1998). “Recomendación (98)9 relativa a la dependencia”.
- CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE CAJAS DE AHORRO (1975). Informe Gaur sobre “La situación de los ancianos en España”.
- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA (2013). “Las condiciones de vida de la población de Ceuta 2013”. Estudios sociológicos.
- CORBETTA, P. (2003). “Metodología y técnicas de investigación social”. Mc Graw Hill. Aravaca (Madrid).
- CORRAL, J. (2006). “Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad”. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 41 (5), 255-57.
- CORSON, W.T., GRANNEMANN, N. y HOLDEN, N. (1998). “Formal community services under channelling”. Heath Services Research, 23 (1), 83-98.
- CRESPO, M. y LÓPEZ, J. (2007). “El apoyo a los cuidadores de los familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa. Cómo mantener su bienestar”. IMSERSO Colección de Estudios Serie Dependencia.
- CHAPPELL, N. y BLANDFORD, A. (1991). “Informal and formal care: exploring the complementary. Ageing and society, vol. 11, issue 3, 299-317.

- CHO, E., LEE, N.J., KIM, E.Y. y STRUMPF, N.E. (2011). "The impact of informal caregivers on depressive symptoms among older adults receiving formal health care". *Geriatric nursing*, 32(1), 18-28.
- CHOI, J., MURASHIMA, S., HORII, T., HATTORI, M., NAGATA, S. y ASAHARA, K. (2002). "Factors influencing the utilization of visiting nursing and home help services", *Japanese journal of public health*, 49(9), 948-958.
- CHRISTIANSON, J.B. (1988). "The effect of channelling on informal caregiving". *Health services research*, 3 (1), 99-117.
- DA ROIT, B., LE BIHAN, B. y ÓSTERLE, A. (2007). "Long term care policies in Italy, Austria and France: variations in cash for care schemes". *Social and Policy Administration*, 41 (6), 653-671.
- DALE, B., SAEVAREID, H.I., KIRKEVOLD, M. y SÓDERHAMN, O. (2008). "Formal and informal care in relation to activities of daily living and self perceived health among older care dependent individuals in Norway". *International Journal of older people nursing*, 3(3), 194-203.
- DAMIÁN, J., VALDERRAMA-GAMA, E., RODRÍGUEZ, F. y MARTÍN, J. M. (2004). "Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid". *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 268-274.
- DAMONTI, P. (2014). "Una mirada de género a la exclusión social". VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, Documento de trabajo 3.1.
- DAVEY, A., FEMIA, E., ZARIT, S., SHEA, D., SUNDSTRÖM, G., BERG, S., SMYER, M. y SAVLA, J. (2005). "Life on the edge: patterns of formal and informal help to older adults in the United States and Sweden". *Journal Gerontology: Social Sciences*, 60 (5), 281-288.
- DAVEY, A. y PATSIOS, D. (1999). "Formal and informal community care to older adults: comparative análisis of the United States and Great Britain". *Journal of family and economic issues*, 20 (3), 271-299.
- DE LA FUENTE, S. (2011). "Regresión logística". U.A.M.
- DEL BARRIO, E., CASTEJÓN, P., SANCHO, M., TORTOSA, M. A., SUNDSTRÖM, G. y MALMBERG, B. (2010). "La soledad de las personas mayores en España y Suecia: Contexto y cultura". *Revista de Geriatria y Gerontología*, 45 (4), 189-195.

- DEL POZO, R. y ESCRIBANO, F. (2012). "Impacto económico del cuidado informal tras la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". *Revista Española de Salud Pública*, 86, 381-392.
- DEL POZO, R., ESCRIBANO, F. y MOYA, P. (2011). "El papel del apoyo informal en las prestaciones del plan individualizado de atención: una elección condicionada para las personas dependientes". *Gaceta Sanitaria* 25 (S), 93-99.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000). "La atención socio sanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos". *Informes, Estudios y Documentos*.
- DEMAERSCHALK, M.F. y VAN DENBOER, L. E. (2013). "The influence of municipal characteristics on the use of informal home care and home care services by the elderly Flemish". *European Journal of public Health*, 23(2), 241-246.
- DENTON, M. (1997). "The linkages between informal and formal care of the elderly". *Canadian Journal on aging*, vol. 16, issue 1, 30-50.
- DÍAZ, E., LADRA, S. y ZOZAYA, N. (2009). "La creación del sistema nacional de dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales". *Laboratorio de Alternativas*, 143.
- DRAMÉ, M. *et al.* (2011). "Predictors of institution admission in the year following acute hospitalisation for elderly people". *The journal of nutrition, health & aging*, 05/2011, Volume 15, 5, 399-403.
- DURÁN, M.Á. (2011). "Las personas mayores en el medio rural y urbano". *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, 461- 494.
- DURÁN, R. (2012). "Atractivo de España para los jubilados europeos: del turismo a la gerontoinmigración". *Panorama Social*, 16, 151-165.
- DYKSTRA, P. A. (2009). "Older adults loneliness: myths and realities". *Eur. J. Ageing*, 6, 91-100.
- EDELMAN, P. y HUGHES, S. (1990). "The impact of community care on provision of informal care to homebound elderly persons", *Journal of gerontology: Social Sciences*, 45 (2), 74-84.
- EKSTROM, H., DAHLIN, I., S y ELMSTAHL, S. (2013). "Does informal support influence social participation of fractured elderly people?" *Archives of gerontology and geriatrics*, 56 (3), 457- 465.
- ELCOROARISTIZABAL, X., GÓMEZ, F., ARTAZA, I., BARROSO, J. GOICOECHEA, J., ORTIZ, V. y MARTÍNEZ, M. (2011). "Perfiles genéticos de

longevidad y envejecimiento saludable en nonagenarios”. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 46 (4), 217-222.

ELOSUA, P. (2010). “Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores”. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 45 (2), 67-71.

ESCUREDO, B. (2007). “Las políticas sociales de la dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales”. Revista Española de Investigación Social (REIS), 119/07, 65-89.

ESPARZA, C. y ABELLÁN, A. (2008). “Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008) Primeros resultados. Informe Portal Mayores, 87. IMSERSO-CSIC.

ETTNER, S. (1995). “The impact of parent care on female labor supply decisions”. Demography, 32 (1), 63-80.

FERNÁNDEZ, G. (Dir.) (2006). “El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores”. Informe Portal Mayores, 74. IMSERSO-CSIC.

FINE, M. y GLENDINNING, C. (2005). “Dependence, independence or interdependence? Revisiting the concepts of care and dependence” Ageing & Society, 25, 601-621.

FLORES, A. (2011). “La percepción de la dependencia en los ciudadanos españoles, año 2010”. Actas de la Dependencia nº 1, 92-103.

FORBES, D.A., STEWART, N., MORGAN, D., ANDERSON, M., PARENT, K. y JANSEN, BL. (2003). “Individual determinants of home-care nursing and housework assistance”, The canadian Journal nursing research, 35(4), 14-36.

FREDERIKS C.M., TEWIERIK M.J. y VAN ROSSUM, H.J. (1991). “Factors associated with differential utilization of professional care among elderly people: residents of old people’s homes compared to elderly people living at home”, Acta Hospitalia, 31(3), 33-45.

FREDERIKS C.M., TEWIERIK M.J., VISSER A.P. y STURMANS,F. (1990). “The functional status and utilization of care of elderly people living at home”. Journal of community health, 15(5), 307-317,

FRIES, J. F. (1980). “Aging, natural death and the compression of morbidity”. Bull World Health Organ, 80(3), 245–250.

FUNDACIÓN EDAD Y VIDA, Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores (2009). “Posicionamiento de Edad & Vida sobre el desarrollo de la ley de Dependencia y la implantación del SAAD”.

- GARCÍA, J. M. (2011). “Las personas mayores con dependencia en la España del siglo XXI”. *Papeles de Economía Española*, 129, 48-65.
- GARCÍA, J.M. (2014). “¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009”. *Revista Española de Investigaciones Sociales (REIS)*, 148, 39-60.
- GARCÍA, J.M. y RODRÍGUEZ, P. (2005). “Rompiendo distancias: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural”. *Revista de Geriátrica y Gerontología*, 40 (1), 22-33.
- GARCÍA, M. A. (2012). “Igualdad en el acceso y equidad en las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”. *Fundación Caser para la dependencia (Actas de la dependencia)* (4), 27-50.
- GARCÍA, P., HERNÁNDEZ, C., JIMÉNEZ, D. y OLIVA, J. (2015). “Inequity in long term care use unmet need: Two sides of the same coin”. *Journal of Health Economics*, 39, 147-158.
- GARCÍA, P., JIMÉNEZ, S., OLIVA, J. y VILAPLANA, C. (2011a). “Cuidados no profesionales y atención a la dependencia: Los cuidados informales”. *Papeles de Economía Española*, 129, 83-97.
- GARCÍA, P., JIMÉNEZ, S. y VILAPLANA, C. (2011b). “Trade off entre cuidados formales e informales en Europa”. *Documentos de trabajo CRES- Fundación Caser*, número 4, 3-26.
- GAUGLER, J, DUVAL, S., ANDERSON, K.A. y KANE, R. (2007). “Predicting nursing home admission in the U.S.: a meta- analysis”. *BMC Geriatrics*, 7:13.
- 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*, 9, 1, 27-37.
- GENÉ, J., MOLINER, C., CONTEL, J.C., TINTORÉ, I, VILLAFÁFILA, R. y SCHORLEMMER, C. (1997). “Salud y utilización de servicios en ancianos, según el nivel de convivencia”. *Gaceta Sanitaria*, 11, 214-220.
- GILES, L.C., GLONEK, GF., LUSZCZ, M.A. y ANDREWS, GR. (2005). “Effect of social Networks on ten years survival in very old australians: the australian longitudinal study of aging”. *Journal of epidemiology and community health*, 59(7), 574-579.
- GÓMEZ, F., RUIZ, L., MARTÍN, A.B., SAN JORGE, B. y LETONA, J. (1999). “Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes:

domicilio, centro de día y residencia de válidos”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34 (3), 141-149.

GONZÁLEZ, T. (2013). “Globally Interdependent Households: Irregular Migrants Employed in Domestic and Care Work in Spain”. *Irregular Migrant Domestic Workers in Europe: Who Cares?*. Publisher: Ashgate, Editors: Anna Triandafyllidou, 187-208.

GOSMAN-HEDSTRÖM, G. y CLAESSESON, L. (2005). “Gender perspective on informal care for elderly people one year after acute stroke”. *Aging clinical and experimental research*, 17(6), 479-485.

GOTT, M., BARNES, S., PAYNE, S., PARKER, C., SEAMARK, D., GARIBALLA, S. y SMALL, N. (2007): “Patient views of social service provision for older people with advanced heart failure”, *Health and social care in the community*, 15 (4), 333-342.

GRANDE, I. (2001). “Diseño de servicios para personas mayores. El caso de una residencia para la tercera edad”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36 (6), 331-339.

GRÄSSEL, E. (1998). “Home care of demented and non-demented patients. I: Utilization of professional home care services. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(1), 52-56.

GREENE, V.L. (1983). “Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community”. *Med Care*, 21 (6), 609-619.

GRUNDY, E. y READ, S. (2012). Social contacts and receipt of help among older people in England: are there benefits of having more children? *The Journals of gerontology. Serie B Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(6), 742-54.

GRUPO EXPERTOS, (2009). “Informe final para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”. Recuperado 02/04/2014, www.imserso.es.

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE INVESTIGACIÓN EUR – IN & EN (2003). “Inmigración y envejecimiento en Europa”. Universidad de Málaga.

GUILLEY, E., PIN, S., SPINI, D., DÉPINAY, CL., HERRMANN, F. y MICHEL, JP. (2005). “Association between social relationships and survival of Swiss octogenarians. A five year prospective, population based study”. *Aging clinical and experimental research*, 17(5), 419-425.

HAKENS, M.J. y KNIPSCHEER, C.P. (1988). “Attitude of the elderly concerning informal home care and policy for the aged”. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 19(4), 177-183.

- HÁMEL, K. (2016). "Making nursing homes more community-oriented: insights from an exploratory study in Germany". *Ageing and Society*, 36, 4, 673-693.
- HELLSTRÖM, Y., ANDERSSON, M. y HALLBERG, IR. (2004a): "Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/or formal helpers at home or in special accommodation", *Health Social Care in the Community*, 12 (6), 504-516.
- HELLSTRÖM, Y. y HALLBERG, IR. (2004). "Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (4), 387-395.
- HELLSTRÖM, Y., PERSSON, G. y HALLBERG, IR. (2004b). "Quality of life and symptoms among older people living at home". *Journal of advanced nursing*, 48(6), 584-593.
- HERCÉ, J. A., LABEAGA, J.M., SOSVILLA, S. y ORTEGA, C. (2006) "El sistema nacional de dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60, 167-198.
- HERLITZ, C. (1997). "Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden". *The gerontologist*, 37 (1), 117-124.
- HERNÁNDEZ, C. y JIMÉNEZ, D. (2011). "Inequity in the use of health and social care services for disabled individuals in Spain". *Gaceta Sanitaria*, 25, supl. 2 (85-92).
- HERRERA, E., MARTIN, V, BELL, E, MUÑOZ, I y SITGES, J. (2010). "Formación, empleabilidad y oportunidades de empleo". *Fundación CASER para la dependencia*, 1, 35-65.
- HOLSTTEIN, B.E., PERNILLE, E., ALMIND, G. y HOLST, E. (1990). "Which pensioners receive home help?" *Ugeskrift of Laeger*, 152 (4), 228-232.
- HOPP, F.P. (1999). "Patterns and predictors of formal and informal care among elderly persons living in board and care homes". *The gerontologist*, 39(2), 167-176.
- HOUDE, S.C., GAUTAM, R. y KAI, I. (2007) : "Long term care insurance in Japan: implications for US long term care policy", *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (1), 7-13
- HUIJSMANN, R. y DOLMANS, E.L. (1990). "The elderly and the use of home care. Past, present and future". *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 21(1), 17-25.
- IECOVICH, E. y BIDERMAN, A. (2012). "Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults". *International Psychogeriatrics*, 24(3), 439-448.

IGLESIAS, J. (2001). “La soledad de las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo”. Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO.

IGLESIAS, P., TABOADA, E., DOSIL, A. y CUBA, J. (2008). “Conocimiento y expectativas de las personas mayores sobre los servicios sociales dirigidos a este colectivo en la Comunidad Autónoma de Galicia”. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43 (6), 353-361.

ILIFFE, S., TAI, S.S., HAINES, A., GALLIVAN, S., GOLDEMBERG, E., BOOROT, A. y MORGAN, P. (1992). “Are elderly people living alone an at risk Group?”. BMJ, 305, 1001-1004.

IMSERSO (1985). “Estatuto de centros de tercera edad”. Orden de 16 de mayo de 1985 (BOE del 29).

IMSERSO (2003). “Plan de acción de acción para las personas mayores 2003 / 2007”.

IMSERSO (2004). “El libro Blanco de la Dependencia”.

IMSERSO (2005). “Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar”. Colección de Estudios. Serie dependencia.

IMSERSO (2011). “El libro blanco del envejecimiento activo”.

IMSERSO Observatorio de las Personas Mayores (2006). “El servicio de ayuda a domicilio (SAD): Su situación actual”. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias, 25.

IMSERSO Observatorio de las Personas Mayores (2007). “La atención a personas mayores en situación de dependencia en su último periodo de vida”. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias, 27

IMSERSO Observatorio de las Personas Mayores (2009). “Desarrollo de políticas sobre envejecimiento en Suecia”. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias, 37.

IMSERSO Observatorio de Personas Mayores (2010). “Las personas mayores en España. Informe 2010” Volúmenes I y II.

IMSERSO Observatorio de las Personas Mayores (2011). “Midiendo el progreso: indicadores para las residencias”. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias 49.

IMSERSO Observatorio de Personas Mayores (2012). “Las personas mayores en España. Informe 2012” Volúmenes I y II.

- JACOBS, M.T., BROESE, MI.; DE 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), 57-66.
- JANUS, A.L. y ERMISCH, J. (2015). "Who pays for home care? A study of nationally representative data on disabled older Americans". *BMC Health Services Research*, 15:301.
- JASMINE, A. (2011). "How does elderly family care evolve over time? An analysis of the care provided to the elderly by their spouse and children in the panel study of Belgian husesolds 1992-2002" *Thésés de la Faculté des Sciences économiques, sociales, politiques et de communication de la Universidad Católica de Lovaina*.
- JETTE, A.M., TENNSTEDT, S. y CRAWFORD, S. (1995). "How does formal and informal community care affect nursing home use?". *The journals of gerontologist, series B (Psychological Sciences and Social Sciences)*, 50(1), 4-12.
- JIMÉNEZ, A. y RODRÍGUEZ, A. (2012). "La economía social y la atención a la dependencia". *Fundación Alternativas, Documento de trabajo 177/2012*.
- JIMÉNEZ, M. G. (2008). "Resiliencia y vejez". *Informe Portal Mayores 80. IMSERSO-CSIC*.
- JIMÉNEZ, S. y VILAPLANA, C. (2007). "Los servicios sociales para dependientes en España. Aspectos económicos de la dependencia y del cuidado informal en España". *Capítulo VI Univ. Pompeu y Fabra*, 217 –253.
- JOHANSSON, L. y THORSLUND, M. (1992). "Care needs and sources of support in a nationwide sample of elderly in Sweden". *Zeitschrift für gerontology*, 25(1), 57-62.
- JONES, D.A. y VETTER, N.J. (1985). "Formal and informal support received by carers of elderly dependents". *British medical journal (clinical research edition)*, 291, 643-645.
- JORM, A.F., HERDERSON, S., SCOTT, R., MACKINNO, A.J., KORTEN, A.E. y CHRISTENSEN, H. (1993). "The disabled elderly living in the community: care received from family and formal services". *The medical journal of Australia*, 158(6), 383-385.
- JURADO, A. y PÉREZ, J. (2014). "Disparidades entre las Comunidades Autónomas en el periodo 2007/2012". *VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, Documento de trabajo 2.9*.
- KALWIJ, A, PAISNI, G. y WU, M. (2012). *Home care for the elderly: the role of relatives, friends and neighbors*". *Review of Economics of the Household*, 12, 2, 379-404.

KARLSSON, S., EDBERG, A.K., WESTERGREN, A. y HALLBERG, I.R. (2008): "Functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs public care only", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (1), 136-148.

KATZ, S.J., KABETO, M. y LANGA, KM. (2000). "Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States". *The journal of the American medical association*, 284(23), 3022-3027.

KEHUSMAA, S., AUTTI-RAMÖ, I., HELENIUS, H. y RISSANEN, P. (2013). "Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's age study". *BMC Health services research*, 13: 317.

KEMPER, P. (1992): "The use of formal and informal home care by the disabled elderly". *Health services research*, 27 (4): 421-451.

KENDING, H., BROWNING, C., PEDLOW, R., WELLS, Y. y THOMAS, S (2010). "Health, social and lifestyle factors in entry to residential aged care: an Australian longitudinal analysis". *Age ageing*, 39(3), 342-349.

KLIEBSCH, U., STÜRMER, T., SIEBERT, H. y BRENNER, H. (1998): "Risk factors of institutionalization in an elderly disabled population", *European Journal of public health*, volume 8 (2), 106-112.

KNIPSCHIEER, C.P., DYKSTRA, P.A., VAN TIBURG, T.G. y de JONG-GIERVELD. (1998): "Living arrangements and social networks of elders. A selection of findings from a NESTOR-Study", *Tjdschrift voor gerontology en geriatrie*, 29(3), 110-119.

KUZUYA, M., HASEGAWA, J., HIRAKAWA, Y., ENOKI, H., IZAWA, S., HIROSE, T. e IGUCHI, A. (2010). "Impact of informal care levels on discontinuation of living at home in community dwelling dependent elderly using various community-based services", *Archives of gerontology and geriatrics*, 52(2), 127-132.

KUZUYA, M., MASUDA, Y., HIRAKAWA, Y., IWATA, M., ENOKI, H., HASEGAWA, J. e IGUCHI, A. (2006). "Day care service use is associated with lower mortality in community dwelling frail older people". *Journal of American geriatrics society*, 54(9), 1364-1371.

LABEAGA, J.M. (2006). "El sistema nacional de dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo. Efectos microeconómicos del Sistema Nacional de Dependencia". *IMSERSO, Colección Estudios Serie Dependencia*, Madrid, 85-103.

LAFRENIERE, SA., CARRIÈRE, Y., MARTEL, L. y BÉLANGER, A. (2003). "Dependent seniors at home formal and informal help". *Health reports*, 14(4), 31-40.

- LAGERGREN, M. y KURUBE, N. (2014). "Provision of long-term care in relation to needs in urban and rural municipalities in Japan and Sweden". *Geriatrics and Gerontology International*, 14, 2, 315-327.
- LAXER, K., JACOBSEN, F., LLOYD, L., GOLDMANN, M., DAY, S., CHOINIÈRE, J. y VAILLANCOURT, P. (2016). "Comparing Nursing Home Assistive Personnel in Five Countries", *Ageing International*, 41, 1, 62-78.
- LEHR, U. (1999). "El envejecimiento activo. El papel del individuo y de la sociedad". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34 (6), 314-318.
- LEITNER, S. (2003). "Varieties of familialism: the caring function of the family in comparative perspective". *European Societies*, 5 (4), 353-375.
- LEÓN, M. (2011). "Ideas, políticas y realidad: análisis crítico de la ley de dependencia". *Papeles de la Economía Española*, 129, 170-181.
- LETURIA, F. J. (1999). "El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34 (2), 105-112.
- LI, L.W. (2005). "Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients". *The Gerontologist*, 45 (4), 465-473.
- LINQSON, S. (1988). "Paying informal caregivers". *Comprehensive gerontology*, 2 (3): 117-123.
- LIPPI, M. y UGOLINI, C. (2016) "Delegating home care for the elderly to external caregivers? An empirical study on Italian data" *Review of Economics of the Household*, 14 (1), 155-183.
- LITWAK, E. (1985). "Helping in the elderly: The complementary roles of informal Networks and formal Systems". Guildford Press.
- LIU, K., McBRIDE, T.D. y COUGHLIN, TA. (1990). "Costs of community care for disabled elderly persons. The policy implications". *Inquiry*, 27 (1), 61-72.
- LÓPEZ, G. (2005). "La protección pública de la dependencia: aspectos básicos para su abordaje". *Caixa Catalunya, Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*, 6-25.
- LÓPEZ, G. (2008). "Reflexiones sobre aspectos socioeconómicos de la inmigración". http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas/articles.html.
- LÓPEZ, G. (2010). "Repensar el Estado de bienestar: la sostenibilidad del bienestar intergeneracional". *Ekonomi Gerizan XVIII*.
- LÓPEZ, G. (2011a). "La ley de autonomía y dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mejor desarrollo". *Gaceta Sanitaria*, 25 (S), 125-130.

- LÓPEZ, G. (2011b). “La ley de autonomía y dependencia. Un análisis crítico y recomendaciones para mejorar su aplicación futura”. Documentos de Trabajo CRES – Fundación Caser 3.
- LÓPEZ, G. (2013). “Crisis económica, regresión en renta y desigualdades en la salud”. CRES. Universitat Pompeu Fabra.
- LÓPEZ, G., CIRERA, L. y SOLEY, M. (2012). “Análisis comparativo de los servicios de atención a la dependencia en España y Suecia”. Documentos de Trabajo CRES – Fundación Caser, 7.
- LÓPEZ, G. y DEL POZO, R. (2010). “La protección social de los problemas de dependencia en España”. Documentos de Trabajo CRES – Fundación Caser, 1.
- LÓPEZ, G. y FANER, J. (2011). “Consideraciones para la reforma y mejora de la aplicación de la ley de dependencia a partir de la observación de sistemas comparados”. Papeles de Economía Española, 129, 149-156.
- LÓPEZ, G. y MOSTERÍN, A. (2007). “Los nuevos ejes del gasto social: Hacia una visión generacional de las políticas públicas”. Departamento de Economía y Empresa Universidad Pompeu y Fabra.
- LÓPEZ, G. y SOLEY, M. (2014). “The socioeconomic determinants of health: economic growth and health in the OCDE countries during the last three decades”. International Journal of Environmental research and public health, 11, 815-829.
- LÓPEZ, J. y DIAZ, M. P. (2007). “Aspectos sociológicos del envejecimiento”. Informe Portal Mayores, 73. IMSERSO-CSIC.
- LÓPEZ, J. y DÍAZ, M. P. (2013). “La modernización social de la vejez en España”. Revista Internacional de Sociología (RIS), 71, 1, 65-89.
- LÓPEZ, M. J., ORUETA, R., GÓMEZ, S., SÁNCHEZ, A., CARMONA, J. y ALONSO, F. J. (2009). “El rolde cuidador de las personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud”. Revista clínica de Medicina de Familia, vol. 2, 7, 332-339.
- LORENZO, L. (2009). “Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones”. INE.
- LOTTMANN, R., LOWENSTEIN, A. y KATZ, R. (2013).”A german-israeli comparision of informal and formal service use among aged 75+”. Journal of cross cultural gerontology, 28(2), 121-136.

- LUPPA, M., LUCK, T., WEYEVEER, S., KÖNIG, H., BRÄHLER, E. y RIEDEL – HELLER, S. (2010). “Prediction of institucionalization in the elderly. A systematic review”. *Age Ageing*, 30 (1), 31-38.
- LYON, D. y GLUKSMANN, M. (2008). “Comparative configurations of care work across Europe” *Sociology*. 42 (1), 101-118.
- MAESTRO, I., MARTÍNEZ, J. (2003). “La pobreza humana u su feminización en España y las Comunidades Autónomas”. *REIS Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 104, 57-90.
- MARBÁN, V (2012). “Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España”. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 70, 2, 375-398.
- MARBÁN, V. y RODRÍGUEZ, G. (2013). “Sistemas mixtos de protección social. El Tercer sector en la producción del bienestar”. *Presupuesto y Gasto Público* 71/2013, 61-82.
- MARTÍN E. y ROGERO J. (2010). “El tiempo de trabajo de las cuidadoras inmigrantes de personas mayores”. *Alternativas*, 17, 181-199.
- MARTÍNEZ, I. M. (2011). “Cuatro años de la ley de dependencia: logros y retos de futuro”. *Papeles de la Economía Española*, 129, 238-243.
- MARTÍNEZ, L (2014). “Crisis en familia. Síntomas de agotamiento de la solidaridad familiar”. VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, Documento de trabajo 3.7.
- MARTÍNEZ, R. (2010). “Servicio doméstico y trabajo de cuidados hacia la privatización del cuidado familiar”. *Alternativas*, 17,157-179.
- MARTÍNEZ, R. (2014). “Los modelos territoriales de organización social de cuidados a personas mayores en los hogares”. *REIS Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 145, 99-126.
- MARTÍNEZ, R. y MARTÍNEZ, L. (2015). “Propuestas para concluir un modelo de gestión de los cuidados de larga duración basado en la equidad social, la igualdad de género y la cohesión territorial”. *Zerbitzuan*, 60, 195-198.
- MARTÍNEZ, T. y DÍAZ, B. (2009). “El desarrollo de nuevos servicios de proximidad para la atención a personas mayores que viven en zonas rurales” *Enclave rural.es*.
- MAYNOU, L., SÁEZ, M.; BACARIA, J. y LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2014) “Health inequalities in the European Union: an empirical analysis of the dynamics of regional differences”. *Universitat Pompeu Fabra Centre de Recerca en Economia I Salut*.

- MEINOW, B., KÄREHOLT, I. y LAGERGREN, M. (2005). "According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in a urban area of Sweden", *Health social care community*, 13(4), 366-377.
- MELÉNDEZ, J. C., TOMÁS, J. M. y NAVARRO, E. (2008). "Análisis del bienestar en la vejez según la edad". *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 43 (2), 90-95.
- MENTZAKIS, E., MCNAMEE, P. y RYAN, M. (2009). "Who cares and how much: exploring the determinants of co-residential informal care". *Review of economics of the Household*, vol. 7, issue 3, 283-303.
- MILLER, B. y MC FALL, S. (1991). "The effect of caregiver's burden on change in frail older persons use of formal helpers". *Journal of health and social behaviour*, 32(2), 165-179.
- MONTSERRAT, J. (2006). "El gasto en los mayores: el reto de la dependencia. *Rev. Esp. Geriatria Gerontología*, 41 (1), 39-47.
- MONTSERRAT, J. (2009). "La tercera vía de financiación: la contribución económica del usuario". *Instituto de Estudios Fiscales. Presupuesto y gasto público*, 56, 127-143.
- MONTSERRAT, J. (2011). "El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia: costes e impacto en las rentas de los usuarios". *Papeles de la economía española*, 129. Aspectos económicos y sociales de la dependencia, 195-206.
- MONTSERRAT, J. (2012). "El impacto de la ley de la dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago". *Universidad Ramón Llull*.
- MONTSERRAT, J. (2014). "El impacto de la crisis en el sistema de atención a la dependencia: ¿Hacia un cambio de modelo?". *VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*, Documento de trabajo 5.6.
- MONTSERRAT, J. (2015). "Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el sistema de autonomía y atención a la dependencia: retos del futuro". *Zerbitzuan*, 60, 9-30.
- MONTSERRAT, J. y MONTEJO, I. (2012). "El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia: análisis de las medidas introducidas en la resolución de 13/07/2012". *Fundación Caser para la dependencia (Actas de dependencia)* (6), 75-100.
- MORETÓN, M. F. (2007). "Derechos y obligaciones de los mayores en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 70,45-69.

- MOSCOVICE, I., G. DAVIDSON y D. MCCAFFREY. 1988. "Substitution of formal and informal care for the community based elderly", *Medical Care*, 26 (10), 971-981.
- MOYA, P., ESCRIBANO, F. y PARDO, I. (2014). "Estimating total informal care costs in Spain. Can formal care reduce it?" *Ageing International*, 39, 4, 403-420.
- MUÑOZ, J. (2001). "El ingreso de presuntos incapacitados en residencias". *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 36 (3), 173-174.
- MUÑOZ, A. (2013). "Eficiencia en el ámbito del sector público: modelos de calidad en el seno de la Administración Pública". *Organización y gestión eficiente ante la crisis* Universitas, 327-353.
- MURPHY, C., WHELAN, B. y NORMAN, CH. (2015). "Formal home care utilisation by older adults in Ireland: Evidence from the Irish longitudinal study of ageing (TILDA)". *Health and Social Care in the Community*, 23, 4, 408-418.
- NANDI, A., GLYMOUR, M.M. y SUBRAMANIAN, S.V. (2014). "Association among socioeconomic status, health behaviors, and all-cause mortality in the United States". *Epidemiology*, 25(2), 170-177.
- NAVARRO, A. B. y BUENO, B. (2005). "Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores". *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 40 (1), 34-43.
- NAVARRO, E., MELÉNDEZ, J. C. y TOMÁS, J. M. (2008). "Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores". *Gerokomos*, vol. 19, 2, 63-67.
- NOELKER, L.S. y BASS, D.M. (1989). "Home care for elderly persons: linkages between formal and informal caregivers", *Journal of gerontology*, 44(2), 63-70.
- NORO, A. y ARO, S. (1997). "Comparison of health and functional ability between noninstitutionalized and least dependent institutionalized elderly in Finland", *The Gerontologist*, 37(3), 374-83.
- OLIVA, J. y OSUNA, (2009). "Los costes de los cuidados informales en España". *Presupuesto y Gasto Público*, 59/2009, 163-181.
- OLIVA, J., VILAPLANA, C. y OSUNA, R. (2011). "El valor de los cuidados informales prestados en España a personas en situación de dependencia", *Instituto Estudios Fiscales, Papeles de Trabajo* 10.
- OLLONQUIST, K., AALTONEN, T., KARPI, SL., HINKKA, K. y PÖNTINEN, S.. 2008. "Network based rehabilitation increases formal support off rail elderly

- homedwelling persons in Finland: randomised controlled trial”, *Health Soc. Care Community*, 16 (2), 115-125.
- ONU (2002). “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento 2002”. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 37 (S2), 12-36.
- OMS (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”, *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 37 (S2), 74-105.
- O’SHEA, E. (2003). “La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes”, *Boletín sobre el envejecimiento Perfiles y tendencias* nº 6. IMSERSO.
- PAMPALON, R., COLVEZ, A. y BUCQUET, D. (1991). “Development of a conversión table of dependence of the aged on home aide needs”. *Revue d’Épidemiologie et de Sanité Publique*, 39(3), 263-273.
- 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” *European Journal Health Econ*, 13 (3), 327-336.
- PENNING, M.J. (2002). “Hydra revisitec: substituting formal for self and informal inhome care among older adults with disabilities”. *The gerontologist*, 42(1), 4-16.
- PENNING, M. J. y CHAPPELL, N. (1990). “Self care in relation to formal and informal care” *Ageing and society*, 10, 41-59.
- PEÑA, L. M. y OLIVA, J. (2015). “Economic valuation and determinants of informal care to people with Alzheimer’s disease”. *The European Journal of Health Economics*, 16, 5, 507-515.
- PÉREZ, C. (2008). “Técnicas de análisis multivariante de datos”. Pearson Prentice Hall
- PÉREZ, J. (2003). “Feminización de la vejez y Estado de Bienestar en España” *REIS*, 91-121.
- PÉREZ, J. (2006). “Demografía y envejecimiento”, *Informes Portal Mayores* 51, *Lecciones de Gerontología*. IMSERSO-CSIC.
- PÉREZ, J. (2013): “¿Por qué se van? Mujeres de pueblo y desarraigo en la ruralidad valenciana”, *Revista encrucijadas*. www.encrucijadas.org
- PÉREZ, M. y YANGUAS, J. J. (1998). “Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones”. *Anales de Psicología* Vol. 14, nº 1, 95-104.
- PHILLIPS, V. 1995. “Community care for severely disabled people on low incomes”, *BMJ*, 311 (7013), 1121-1123.

- PINQUART, M. y SÖRENSEN, S. (2002). "Old adults preferences for informal, formal and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States". *International Journal of aging and human development*, 54(4), 291-314.
- PUGA, D. (2005). "La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público". *Revista Española de Salud Pública* 79 (3), 327-330.
- REQUES, P. (2007). "Longevidad y territorio. Un análisis geodemográfico de la población centenaria en España". *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 43 (2), 96-105.
- REY, A. (2003). "Estudio de la intervención de la gerontología jurídica en el colectivo de las personas mayores. Incapacitación e internamiento". Tesis Doctoral: Universidad de Santiago de Compostela.
- RIBERA, J. M. (2013). "La dependencia: también un problema médico". *Fundación CASER para la dependencia* 9, 29-42.
- RIVERO, T. y SALVÁ, A. (2011). "El baremo para la valoración de las situaciones de dependencia en España". *Fundación CASER para la dependencia* (2), 5-28.
- RODRÍGUEZ, F. (2011). "Envejecer satisfactoriamente". *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 46 (1), 1-2.
- RODRÍGUEZ, G. (2002). "La protección social de la dependencia". *Boletín Informativo Trabajo Social (BITS)*, 3.
- RODRÍGUEZ, G. (2004). "Protección Social de la dependencia en España". *Fundación Alternativas, Documento de trabajo* 44/2004.
- RODRÍGUEZ, G. (2006). "Los centros de día como recurso asistencial para las personas en situación de dependencia". *Ars Medica: Revista de Humanidades* (5), 84-98.
- RODRÍGUEZ, G. (2007). "El marco institucional de la protección social de la dependencia en España". *Estudios de Economía Aplicada*, 25 (2), 343-372.
- RODRÍGUEZ, G. (2011). "Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia". *Fundación CASER para la dependencia* (1), 66-91.
- RODRÍGUEZ, G. (2014). "Transformaciones, cambios institucionales e impactos sociales en el Estado de bienestar en España (2000/2013). VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, Documento de trabajo 5.3.
- RODRÍGUEZ, G. (2015). "Avances, limitaciones y retos del Tercer Sector de Acción Social en España". *Revista Española del Tercer Sector*, 30, 75-97.

- RODRÍGUEZ, M. (2014). "Use of informal and formal care among community dwelling dependent elderly in Spain". *The European Journal of Public Health*, 24, 4, 668-673.
- RODRÍGUEZ, P. (2006a). "El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia". *Documentación Social* 141, 123-144.
- RODRÍGUEZ, P. (2006b). "El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia". Laboratorio de Alternativas (Fundación Alternativas), documento de trabajo 87/2006.
- RODRÍGUEZ, P. (2011). "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir". *Fundación CASER para la dependencia* (3), 5-40.
- RODRÍGUEZ, A. y JIMÉNEZ, A. (2010). "La atención a la dependencia y el empleo". Laboratorios de Alternativas, Documentos de trabajo 159/2010.
- RODRÍGUEZ, A., RODRÍGUEZ, E. y ÁLVAREZ, B. (2011). "Distribución territorial de la dependencia en España y Europa". *Papeles Economía Española* 129, 27-47.
- RODRÍGUEZ, P y SANCHO, M (1995). "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de la fragilidad". *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 30(3), 141-152.
- ROE, B., WHATTAM, H., YOUNG, H. y DIMOND, M. (2001). "Elders needs and experiences of receiving formal and informal care for their activities of daily living". *Journal of clinical nursing*, 10(3), 389-397.
- ROGERO, J. (2009). "Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situaciones de dependencia". *Revista Española de Salud Pública*, volumen 83, nº 3, 393-405.
- ROGERO, J. (2010). "Los tiempos del cuidado. Impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores". IMSERSO Colección Estudios Serie dependencia.
- ROGERO, J. y ROSENBERG, M. (2011). "Paid and unpaid support received by co-resident informal caregivers attending to community dwelling older adults in Spain". *European Journal of Ageing*, 8, 95-107.
- RUBIO, R. (2011). "La influencia de la soledad en las formas de vida convivencia de los mayores". *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, 527-533.
- RUIZ, N. y MOYA, L. (2012). "El cuidado informal: una visión actual", *Revista de Motivación y Emoción*. 1, 22-30.

- RUIZ, R., RAMÍREZ, R. y GÓMEZ, E. (2014). “El perfil sociológico de la exclusión social en España y su evolución”. VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, Documento de trabajo 3.9.
- SALGADO, A. y GONZÁLEZ, J. I. (1999). “Centros de día para personas mayores. Un esquema práctico sobre su funcionamiento”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34 (5), 298-304.
- SALIDO, O. (2012). “Los ciudadanos españoles ante la crisis”. Laboratorio de Alternativas, Documento Trabajo 178/2012.
- SAMUESSON, G., SUNDSTRÖM, G., DEHLIN, O. y HAGBERG, B (2003). “Formal support, mental disorders and personal characteristics: a 25 year follow up study of a total cohort of older people”. *Health and social care community*, 11(2), 95-102.
- SÁNCHEZ, J. (2012). “Atención sociosanitaria: ¿realidad o proyecto?”. *Fundación CASER para la dependencia* (4), 5-23.
- SANCHO, M., DÍAZ, R., CASTEJÓN, P. y DEL BARRIO, E. (2007). “Las personas mayores y las situaciones de dependencia”. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 70, 13-43.
- SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P. (2001). “Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro”. *Intervención Psicosocial*, vol. 10 (3), 259-275.
- SARASA, S. (2003). “Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores”. Laboratorio Alternativas Documento Trabajo 15/2003.
- SCHIPPER, L., LUIJKX, K., MEIJBOOM, B., SCHALK, R. y SCHOLS, J. (2015). "Access to long-term care: perceptions and experiences of older Dutch people", *Quality in Ageing and Older Adults*, 16, 2, 83-93.
- SCHMIDT A., WINKELMANN, J., RODRIGUES R. y LEICHSENRING, K. (2016). “Lessons for regulating informal markets and implications for quality assurance. The case of migrant care workers in Austria”. *Ageing and society*, 36, 4, 741-763.
- SIGURDADOTTIR, S.H. y KAREHOLT, I. (2014).”Informal and formal care of older people in Iceland”. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(4), 802-811.
- SIN, CH. (2006). “Expectations of support among White British and Asian-Indian older people in Britain: the interdependence of formal and informal spheres”. *Health and social care in the community*, 14(3), 215-224.

- SITGES, J. (2011). "Análisis del estado actual de la ley de dependencia". Papeles de la Economía Española, 129 (aspectos económicos y sociales de la dependencia), 224-233.
- SOLÉ, A. y CRIMMINS, E. (2014). "Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA". *Ageing and society*, 34, 3, 495-517.
- SOSVILLA, S. (2009). "Un análisis estratégico del sistema para la autonomía y atención a la dependencia". Instituto de Estudios Fiscales Presupuesto y Gasto Público, nº 55, 7-29.
- SOSVILLA, S. (2011). "La eficiencia en la dependencia: mejores prácticas y gobernanza". Papeles de la Economía Española, 129 (aspectos económicos y sociales de la dependencia), 224-233.
- SOWA, A. y STYCZYNSKA, I. (2011). "Determinants of obtaining formal and informal LTC across European countries". *CASE Network Studies and Analyses*, 431.
- STOLLER, E. P. (1983). "Parental caregiving by adult children". *Journal of marriage and the family*, 45(4), 851-858.
- STOLLER, E. P. (1990). "Males and helpers: the role of sons, relatives, and friends". *The gerontologist*, 30(2), 228-235.
- STODART, H., WHITLEY, E., HARVEY, I. y SHARP, D. (2002): "What determines the use of home care services by elderly people? Health and social care in the community, 10 (5), 348-360.
- SUNDSTRÖM, G. y L. JOHANSSON. 2005. "The changing balance of government and family in care for the elderly in Sweden and other European countries", *Australasian Journal on Ageing*, 24 (supplement), 5-11.
- SUNDSTRÖM, G., JOHANSSON, L. y HASSING LB. (2002). "The shifting balance of long-term care in Sweden". *The gerontologist*, 42 (3), 350-355.
- SZEBEHELY, M. y TRYDEGARD, GB. (2012). "Home care for older people in Sweden: a universal model in transition". *Health and Social Care in the Community*, 20, 3, 300-309.
- TENNSTEDT, S.L., SULLIVAN, L.M., MCKINLAY, J.B. y D'AGOSTINO, R.B. (1990): "How important is functional status as a predictor of service use by older people?", *Journal of aging and health*, 2 (4), 439-461.
- THORSLUND, M., NORSTRÖM, T. y WERNBERG, K. (1991). "The utilization of home help in Sweden: a multivariate analysis". *The gerontologist*, 31(1), 116-119.

- TORTOSA, M. A., FUENMAYOR, A. y GRANELL, R. (2011). “Evaluación de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana”. Informe Portal Mayores 129, IMSERSO-CSIC.
- VALERO, M.A., SÁNCHEZ, J. A., BERMEJO, A. B. (2007). “Servicios y tecnologías de teleasistencia: tendencias y retos en el hogar digital”. Círculo de Innovación en TIC.
- VAN HOUTVEN, CH. y NORTON, EC. (2004): “Informal care and health care use of older adults”, *Commons below Journal and health econocmics*, 23(6), 1159-1180.
- VETTER, N.J., LEWIS, P.A. y LLEWELLYN, L. (1992). “Supporting elderly dependent people at home”. *BMJ*, 304(6837), 1290-1292.
- VIITANEM, T. K. (2007). “Informal and formal care in Europe”. Institute for the study of labor, IZA DP, 2648.
- VILAPLANA, C. (2009). “Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia”. Instituto de Estudios Fiscales, Presupuesto y Gasto Público 56, 183-204.
- VILAPLANA, C. (2011). “El copago en las prestaciones económicas de la ley de dependencia”. Documentos de Trabajo CRES – Fundación Caser, 5.
- VILAPLANA, C. (2012). “Cómo afrontar los costes del SAAD. Análisis de las reformas en los sistemas de cuidados de largo plazo en otros países”. Fundación CASER para la dependencia, 6, 66-76.
- VILAPLANA, C., JIMÉNEZ, S. y GARCÍA, P. (2011). “Trade off between formal and informal care in Europe”. *Gaceta Sanitaria*, 25, Suppl 2: 115-124.
- VILLAGRASA, C. (2010). “Residencias y alojamientos para personas mayores en situación de dependencia”. UNED, Revista de Derecho, número 6, 2010, 579-588.
- VLACHANTONI, A., SHAW, R.J., EVANDROU, M. y FALKINGHAM, J. (2015). “The determinants of receiving social care in later life in England”. *Ageing and society*, 35 (2), 321-345.
- WALKER, A. (2002). “Futuros retos de la política social europea sobre personas mayores”. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 37 (6), 334-341.
- WILKINS, K. y PARK, E. (1998). “Home care in Canada”. *Health reports*, 10 (1), 29-37.
- WIMO, A., VON STRAUSS, E., NORDBERG, G., SASSI, F. y JOHANSSON, L. (2002). “Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden”. *Health policy*, 61(3), 255-268.

WONG, A., ELDERKAMP, R., POLDER, J. y EXEL, J (2010). “Predictors of long term care utilization by Dutch hospital patients aged 65+”. BMC Health Services Research, 10, 110.

YAMADA, Y., SIERSMA, V., AVLUND, K. y VASS, M. (2012): “Formal home help services and institutionalization”, Archives gerontology and geriatrics, 54(2), 52-56.

YORK, E. (2014) “Social Resources and Disordered Living Conditions: Evidence from a National Sample of Community-Residing Older Adults”. Res Aging. 2014 Jul; 36(4), 399–430

ZUERAS, P. (2014). “Salud, Espacios y modos de vida en la vejez”. Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona.

ZUGASTI, N. (2014). “La expansión de la exclusión social por la extensión del desempleo y la ocupación precaria”. VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, Documento de trabajo 3.6.

ZUNZUNEGUI, M. V. (2011). “Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional”. Gaceta sanitaria, 25 (S), 12-20.

VI. FUENTES ESTADÍSTICAS Y PÁGINAS WEBS

Fuentes estadísticas

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1994). Estudio CIS 2117.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (2006). Encuesta condiciones de vida de las personas mayores, Estudio 2647.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (2008). Estudio CIS 2758.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (2009). Estudio CIS 2801.

EUROSTAT: Assumptions

Expenditure on care for elderly

Expenditure on social protection

Structure Indicators

IMSERSO (2004). “Encuesta de apoyo informal a personas mayores”.

IMSERSO (2010). “Encuesta sobre personas mayores”.

IMSERSO, INE y FUNDACIÓN ONCE (1999). “Encuesta sobre discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud” (EDDES).

IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores (2000). “Las personas mayores en España. Informe 2000” Volúmenes I y II.

IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores (2002). “Las personas mayores en España. Informe 2002” Volúmenes I y II.

IMSERSO Observatorio Personas Mayores (2003). “Servicios Sociales para personas mayores en España” Boletín 8.

IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores (2004). “Las personas mayores en España. Informe 2004” Volúmenes I y II.

IMSERSO Observatorio de las Personas Mayores (2005). “Los mayores en la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999”. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias, 14.

IMSERSO Observatorio de Personas Mayores (2006). “Las personas mayores en España. Informe 2006” Volúmenes I y II.

IMSERSO Observatorio Personas Mayores (2006). “Servicios Sociales para personas mayores en España” Boletín 22.

IMSERSO Observatorio de las Personas Mayores (2006). “A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006”.

IMSERSO Observatorio Personas Mayores (2007). “Servicios Sociales para personas mayores en España” Boletín 32.

IMSERSO Observatorio de Personas Mayores (2008). “Las personas mayores en España. Informe 2008” Volúmenes I, II y III.

IMSERSO Observatorio Personas Mayores (2009). “Servicios Sociales para personas mayores en España” Boletín 43.

IMSERSO Observatorio de Personas Mayores (2010). “Las personas mayores en España. Informe 2010” Volúmenes I y II.

IMSERSO Observatorio de Personas Mayores (2012). “Las personas mayores en España. Informe 2012” Volúmenes I y II.

IMSERSO Subdirección General de Planificación Ordenación y Evaluación (2010). “Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España”.

IMSERSO Subdirección General de Planificación Ordenación y Evaluación (2011). “Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España”.

IMSERSO Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación del IMSERSO, Estadísticas del SISAAD (Sistema para la autonomía y atención a la dependencia”.

INE, INE BASE (2008). “Encuesta sobre discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de dependencia” (EDAD).

INE: Contabilidad Regional
 Demografía y Población
 Encuesta condiciones de vida
 Encuesta Población Activa
 Indicadores demográficos básicos
 Indicadores Sociales

Páginas WEBS

CSIC <http://www.csic.es>

CIS <http://www.cis.es>

EUROSTAT <http://www.eurostat.es>

IMSERSO <http://www.imserso.es>.

INE <http://www.ine.es>

VII. ACRÓNIMOS

CC.AA.- Comunidades Autónomas

CIS.- Centro de Investigaciones Sociológicas

CSIC.- Consejo Superior de Investigaciones Científicas

CTP.- Complementos de tercera persona

EDAD.- Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia

EDDES.- Encuesta sobre Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud

EPA.- Encuesta de población activa

EV.- Esperanza de vida

EVLI.- Esperanza de vida libre de incapacidad

ICT.- Indicador de cobertura total (de servicios profesionales)

IMSERSO.- Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INSERSO.- Instituto Nacional de Servicios Sociales

INE.- Instituto Nacional de Estadística

IPREM.- Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

LAPAD.- Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en
situación de dependencia

LISMI.- Ley de integración social de los minusválidos

OCDE.- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS.- Organización Mundial de la Salud

ONCE.- Organización Nacional de Ciegos Españoles

ONU.- Organización de las Naciones Unidas

O.R.- Odds ratio

PIA.- Programa individual de atención

PIB.- Producto Interior Bruto

PNCs.- Sistema de prestaciones no contributivas

SAD.- Servicio de ayuda a domicilio

TAD.- Servicio de teleasistencia domiciliaria

VIII. TABLAS

TABLA 1: ¿Cuándo se puede decir que una persona es mayor o de la tercera edad?

<i>EDAD</i>	<i>Estudio CIS 2758</i>	<i>Estudio CIS 2801</i>
60 años	11,2%	13%
65 años	16,4%	25,3%
70 años	25,1%	28,7%
75 años	11,6%	9,3%
80 años	8,2%	4,8%
No depende edad	24,9%	17,3%

Elaboración en base a datos CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIALES (CIS)

TABLA 2: % POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	13,97	20,86	20,8	14,69	11,39	18,43	21,52	19,26	16,9	16,11
2000	14,24	21,14	21,26	14,64	11,62	18,72	21,96	19,51	17,16	16,32
2001	14,6	21,41	21,97	14,64	12,06	19,13	22,68	19,73	17,34	16,37
2002	14,6	21,41	21,97	14,64	12,06	19,13	22,68	19,73	17,34	16,37
2003	14,66	21,24	22,03	14,29	12,09	19,12	22,73	19,61	17,16	16,32
2004	14,47	20,49	21,86	13,84	12,06	18,7	22,45	18,71	16,42	15,92
2005	14,47	20,49	21,86	13,84	12,06	18,7	22,45	18,71	16,42	15,92
2006	14,55	20,3	21,88	13,77	12,23	18,68	22,5	18,66	16,45	16,11
2007	14,49	20,02	21,83	13,58	12,34	18,54	22,43	18,16	16,3	16,02
2008	14,46	19,63	21,72	13,47	12,55	18,37	22,26	17,66	16,13	15,96
2009	14,64	19,54	21,81	13,53	12,8	18,37	22,36	17,54	16,2	16,17
2010	14,85	19,69	22	13,74	13,18	18,5	22,56	17,57	16,45	16,52
2011	15,12	19,91	22,33	14,01	13,59	18,73	22,83	17,64	16,77	16,88
2012	15,3	20,08	22,68	14,29	13,93	19	23,02	17,64	17,06	17,21

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	18,09	19,81	14,37	14	17,61	16,78	19,35	10,76	10,42	16,47
2000	18,47	20,3	14,59	14,21	17,82	17,25	19,56	10,86	10,45	16,74
2001	19,09	21,08	14,49	14,24	18,05	17,97	19,55	10,98	10,54	16,89
2002	19,09	21,08	14,49	14,24	18,05	17,97	19,55	10,98	10,54	17,01
2003	19,18	21,28	14,37	14,13	17,87	18,14	19,24	11,05	10,74	16,96
2004	18,93	21,22	14,06	13,75	17,45	18,14	18,37	11,23	10,71	16,8
2005	18,93	21,22	14,06	13,75	17,45	18,14	18,37	11,23	10,71	16,56
2006	19,05	21,44	14,29	13,78	17,45	18,32	18,33	11,32	10,75	16,64
2007	18,89	21,55	14,23	13,63	17,36	18,42	18,2	11,33	10,56	16,54
2008	18,78	21,62	14,19	13,49	17,2	18,5	17,9	11,3	10,42	16,44
2009	18,92	21,85	14,38	13,52	17,21	18,75	17,97	11,27	10,36	16,56
2010	19,05	22,12	14,71	13,68	17,36	19,09	18,23	11,07	10,25	16,8
2011	19,16	22,49	15,1	14	17,68	19,5	18,48	10,96	10,08	17,11
2012	19,22	22,83	15,44	14,28	17,93	19,88	18,71	10,85	9,82	17,36

Elaboración en base a INE Base (Demografía y población)

TABLA 3: % POBLACIÓN DE 80 AÑOS Y MÁS (envejecimiento del envejecimiento)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	2,9	5,05	4,84	3,63	2,5	4,57	5,48	4,53	3,92	3,45
2000	2,97	5,15	4,97	3,57	2,44	4,68	5,63	4,62	3,98	3,52
2001	3,11	5,38	5,21	3,59	2,52	4,79	5,9	4,79	4,09	3,67
2002	3,15	5,49	5,39	3,55	2,46	4,81	6,06	4,87	4,15	3,7
2003	3,22	5,64	5,63	3,57	2,5	4,94	6,26	4,98	4,22	3,79
2004	3,29	5,8	5,85	3,58	2,54	5,08	6,51	5,1	4,32	3,8
2005	3,37	5,96	6,08	3,61	2,63	5,26	6,73	5,19	4,41	3,86
2006	3,45	6,08	6,32	3,67	2,69	5,41	6,92	5,27	4,48	3,96
2007	3,53	6,17	6,56	3,67	2,7	5,57	7,13	5,33	4,62	4,07
2008	3,6	6,21	6,74	3,68	2,77	5,7	7,25	5,34	4,69	4,12
2009	3,71	6,33	6,98	3,73	2,89	5,81	7,44	5,46	4,73	4,26
2010	3,86	6,54	7,21	3,8	3,05	6,01	7,73	5,65	4,93	4,42
2011	4,02	6,77	7,51	3,92	3,21	6,26	8,02	5,87	5,11	4,64
2012	4,23	6,95	7,76	4,18	3,45	6,45	8,31	6,1	5,31	4,92

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	4,07	4,99	3,33	2,86	4,45	3,62	4,5	1,92	2,1	3,77
2000	4,22	5,09	3,39	2,87	4,54	3,71	4,61	1,93	1,96	3,84
2001	4,4	5,31	3,45	2,88	4,66	3,87	4,88	2,02	1,93	3,97
2002	4,49	5,4	3,46	2,92	4,73	4,01	4,93	2,08	2,06	4,02
2003	4,58	5,56	3,51	3	4,84	4,19	5,05	2,1	2,08	4,11
2004	4,73	5,73	3,6	3,06	4,97	4,39	5,2	2,2	2,2	4,21
2005	4,9	5,83	3,67	3,15	5,07	4,56	5,31	2,26	2,2	4,31
2006	5,05	6,06	3,78	3,23	5,19	4,75	5,42	2,26	2,37	4,42
2007	5,18	6,21	3,85	3,37	5,32	4,98	5,58	2,31	2,4	4,53
2008	5,31	6,37	3,92	3,43	5,37	5,17	5,62	2,32	2,42	4,6
2009	5,51	6,58	4,05	3,56	5,44	5,4	5,73	2,36	2,46	4,74
2010	5,72	6,79	4,2	3,68	5,54	5,62	5,92	2,38	2,51	4,9
2011	5,86	7,05	4,38	3,87	5,72	5,87	6,14	2,45	2,61	5,09
2012	6,12	7,32	4,61	4,05	5,89	6,12	6,33	2,51	2,52	5,32

TABLA 4: Discapacidad (%) en función grupos de edad en España

Grupos edad	Encuesta 1999	Encuesta 2008
Hasta 6 años	2,2	2,15
Desde 6 a 64 años	4,59	4,48
65 y más años	32,2	30,27
80 y más años	49,55	51,46
Tasa global	9	8,5

Elaboración en base a EDDDES (INE, 1999) y EDAD (INE, 2008)

TABLA 5: Grados de severidad de discapacidad realización de actividades básicas vida diaria

Grupos edad	Moderada	Severa	Total	No consta
65 y más años	12%	19%	46%	23%
Tasa global	16%	28%	23%	33%

Elaboración en base EDAD (INE), 2008

TABLA 6: Graduación de la situación de dependencia

<i>GRADOS</i>	<i>PUNTUACIÓN</i>
III (Gran dependencia)	75 a 100
II Dependencia severa	50 a 74
I (Dependencia moderada)	25 a 49
Sin dependencia	Menos de 25

Elaboración en base a LAPAD

TABLA 7: Porcentaje población 65 años / 80 años (%) Mediana/ Tasa dependencia (2012)

<i>ESTADOS</i>	<i>65 y más (%)</i>	<i>80 y más (%)</i>	<i>Mediana (años)</i>	<i>Tasa dependencia</i>
EUR 27	17,9	4,9	41,6	26,8
BÉLGICA	17,3	5,2	41	26,4
BULGARIA	18,8	4,1	42,7	27,8
CHEQUIA	16,2	3,8	40,1	23,4
DINAMARCA	17,3	4,1	40,8	26,7
ALEMANIA	20,6	5,4	45	31,2
ESTONIA	17,6	4,5	40,6	26,4
IRLANDA	11,9	2,9	35	17,9
GRECIA	19,7	5,4	42	30
ESPAÑA	17,4	5,3	40,8	25,7
FRANCIA	17,1	5,5	40,2	26,6
ITALIA	20,8	4,1	35,8	32
CHIPRE	12,8	6,2	44	18,1
LETONIA	18,6	2,9	41,8	27,6
LITUANIA	18,1	4,5	41,7	26,9
LUXEMBURGO	14	4,6	39,1	20,3
HUNGRÍA	16,9	3,9	40,8	24,6
MALTA	16,4	4,0	40,4	23,9
P. BAJOS	16,2	4,1	41,3	24,4
AUSTRIA	17,8	5	42,4	26,3
POLONIA	13,8	3,6	38,4	19,4
PORTUGAL	19	5,1	42,1	28,8
RUMANÍA	16,3	3,7	40,7	23,7
ESLOVENIA	16,8	4,3	42	24,4
ESLOVAQUIA	12,8	2,9	37,7	17,8
FILANDIA	18,1	4,9	42,2	27,7
SUECIA	18,8	5,3	40,8	29,2
REINO UNIDO	16,8	4,6	39,7	25,6
EUR- 17	18,7	5,3	42,4	28,3

Elaboración en base a EUROSTAT (Structure indicators) (consulta marzo 2014)

TABLA 8: Proyecciones esperanza de vida (masculina / femenina) U.E. (2012)

<i>ESTADOS</i>	<i>Masculina</i> <i>(2030)</i>	<i>Masculina</i> <i>(2050)</i>	<i>Femenina</i> <i>(2030)</i>	<i>Femenina</i> <i>(2050)</i>
EUR 27	-	-	-	-
BÉLGICA	80,5	83,3	85,4	87,9
BULGARIA	75,4	79,7	81,5	85
CHEQUIA	78,2	81,6	83,6	86,5
DINAMARCA	80,2	83,1	84,3	87,2
ALEMANIA	80,8	83,6	85,4	87,8
ESTONIA	75	79,6	83,6	86,6
IRLANDA	80,3	83,2	85	87,7
GRECIA	80,9	83,7	85,1	87,3
ESPAÑA	81,6	84,2	86,9	89
FRANCIA	81,1	83,9	87	89,1
ITALIA	81,8	84,3	86,6	88,8
CHIPRE	81,3	83,9	85,4	87,9
LETONIA	74	78,9	82,1	85,6
LITUANIA	73,5	78,5	82,1	85,6
LUXEMBURGO	80,9	83,6	82,4	88,3
HUNGRÍA	75,5	80	82,4	85,9
MALTA	80,8	83,6	85,3	87,8
P. BAJOS	81,5	84	85,5	88
AUSTRIA	80,7	83,5	85,6	88
POLONIA	76,4	80,6	83,5	86,6
PORTUGAL	79,9	82,9	85,1	87,5
RUMANÍA	75,3	79,8	81,6	85,1
ESLOVENIA	79,4	82,5	85,1	87,6
ESLOVAQUIA	76,2	80,3	82,7	86
FILANDIA	80	83	85,9	88,2
SUECIA	82,1	84,4	86	88,3
REINO UNIDO	81,4	84	85,4	87,9
EUR- 17	-	-	-	-

Elaboración en base EUROSTAT (Assumptions) (consulta en marzo 2014)

TABLA 9: Perfil beneficiario en situación de dependencia (31/05/2016)

<i>Grupo edad</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total</i>
Menores de 3 años	0,15%	0,34%	0,22%
3 a 18 años	2,98%	9,9%	5,35%
19 a 64 años	15,84%	35,62%	22,6%
65 y más	81,03%	54,14%	71,83%
80 y más	63,77%	35,05%	53,94%
Total	65,78%	34,22%	100%

Elaboración en base IMSERSO (Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación)

TABLA 11: Evolución preferencia cuidados familiares entre personas mayores y sociedad

Año 1993 (personas mayores)	Año 2010 (personas mayores)	Año 2010 (sociedad)
79,50%	63,50%	66%

Elaboración en base Encuesta personas mayores IMSERSO 2010

TABLA 12: Hogares donde residen cuidadores no profesionales de personas mayores / Personas mayores atendidas cuidadores informales

Encuesta	Año 1994	Año 2004	EDAD 2008
Hogares / cuidadores	4,71%	6%	-
Personas mayores atendidas cuidadores informales	1.464.299	1.226.181	1.451.826

Elaboración en base Estudio CIS 2217 / 1994 / Encuesta de apoyo informal IMSERSO 2004 / EDAD 2008.

TABLA 14: Atención de cuidados profesionales (31/12/2011)

Programa	Número plazas	Índice cobertura población 65 y más años
Centro residencial	390.343	4,66%
Centro Día	89.664	1,07%
Ayuda a domicilio	361.821	4,65%
Teleasistencia	691.355	8,42%

Elaboración en base a IMSERSO Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación

TABLA 16: Régimen de tenencia de la vivienda en España por grupos de edad

Grupos de edad	Propiedad	Alquiler (mercado)	Alquiler (inferior mercado)	Cesión gratuita
30 a 44 años	71,1%	19 %	1,8 %	8 %
45 a 64 años	82,7%	9,3%	2,7 %	5,3 %
65 y más	90,1%	2,8%	2,9%	4,1%
Total	79,2 %	12 %	2,5 %	6,3 %

Elaboración en base INE Encuesta Condiciones de Vida. (2012)

TABLA 17: Precios públicos y copago de los servicios (medias nacionales)

Servicios	Precios Públicos 2001	Precios públicos 2010	Precios públicos 2012
SAD	9,27 € / hora	13,45 €/hora	13,66 €/hora
TAD	246,41 € /año	261,47 € / año 8.942,92 € / año	287,25 € / año 8.271,70 € / año
Centro día	5.600 € / año	(dependiente)	(dependiente)
Centro residencial	12.630 € /año (no dependientes) 17.060 € / año (dependientes)	16.358 € /año (no dependientes) 18.803,68 € / año (dependientes)	19.679,70 € /año (no dependientes) 19.132,84 € / año concierto dependientes

Servicios	Copago2001	Copago2010	Copago2012
SAD	7,87%	17,7%	Sin información
TAD	*	14,82%	27,37%
Centro día	23,46%	28,92%	27,21%
Residencia	Sin información	48,73%	Sin información

Elaboración en base Informe las personas mayores en España 2002 (2001), 2010 y 2012 (31/12/2011)

TABLA 18: Simulación copago centro residencial

<i>Capacidad económica</i>	<i>Importe participación económica</i>	<i>Porcentaje de copago sobre coste total</i>	<i>Porcentaje del copago sobre la capacidad económica</i>
266,26 €/mes	165,08 €/mes	10,32%	62%
532,51 €/mes	431,33 €/mes	26,96 %	81%
1.005,54 €/mes	904,36 €/mes	56,52%	89,98%
1065,02 €/mes	963,84 €/mes	60,24	90,5%
1.597,53 €/mes	1440,00 €/mes	90%	90,14%
2.130,04 €/mes	1440,00 €/mes	90%	67,60%

Elaboración en base Acuerdo Consejo Territorial del Sistema de Dependencia de 10 de julio de 2012

TABLA 19: Simulación copago centro día

<i>Capacidad económica</i>	<i>Importe participación económica</i>	<i>Porcentaje de copago sobre coste total</i>	<i>Porcentaje del copago sobre la capacidad económica</i>
266,26 €/mes	- €/mes	- %	- %
532,51 €/mes	- €/mes	- %	- %
1.005,54 €/mes	242,31 €/mes	37,28 %	24,10 %
1065,02 €/mes	266,10 €/mes	40,94 %	24,99 %
1.597,53 €/mes	479,10 €/mes	73,71 %	29,99 %
2.130,04 €/mes	585,00 €/mes	90 %	27,46 %

Elaboración en base Acuerdo Consejo Territorial del Sistema de Dependencia de 10 de julio de 2012

TABLA 20: Simulación copago servicio ayuda a domicilio tramo 21 a 45 horas mensuales (35 horas)

<i>Capacidad económica</i>	<i>Importe participación económica</i>	<i>Porcentaje de copago sobre coste total</i>	<i>Porcentaje del copago sobre la capacidad económica (35 horas /mes)</i>
266,26 €/mes	20 €/mes	4,08 %	7,51 %
532,51 €/mes	1,4 €/hora	10 %	9,2 %
1.005,54 €/mes	6,37 €/hora	45,5%	22,17 %
1065,02 €/mes	7 €/hora	50 %	23 %
1.597,53 €/mes	12,6 €/hora	90 %	27,61 %
2.130,04 €/mes	12,6 €/hora	90%	20,7 %

Elaboración en base Acuerdo Consejo Territorial del Sistema de Dependencia de 10 de julio de 2012

TABLA 21: Simulación copago servicio ayuda a domicilio tramo 46 a 70 horas mensuales (70 horas)

<i>Capacidad económica</i>	<i>Importe participación económica</i>	<i>% copago sobre coste total</i>	<i>% copago sobre la capacidad económica (70 horas /mes)</i>
266,26 €/mes	20 €/mes	2,04 %	7,51 %
532,51 €/mes	1,17 €/hora	8,36 %	15,38 %
1.005,54 €/mes	5,31 €/hora	37,93 %	36,97 %
1065,02 €/mes	5,83 €/hora	41,64%	38,32 %
1.597,53 €/mes	10,5 €/hora	75 %	46 %
2.130,04 €/mes	12,6 €/hora	90 %	41,41 %

Elaboración en base Acuerdo Consejo Territorial del Sistema de Dependencia de 10 de julio de 2012

TABLA 22: Simulación copago servicio teleasistencia

<i>Capacidad económica</i>	<i>Importe participación económica</i>	<i>Porcentaje de copago sobre coste total</i>
266,26 €/mes	- €/mes	- %
532,51 €/mes	10,9 €/mes	50 %
1.005,54 €/mes	19,61 €/mes	90 %
1065,02 €/mes	19,61 €/mes	90 %
1.597,53 €/mes	19,61 €/mes	90 %
2.130,04 €/mes	19,61 €/mes	90%

Elaboración en base Acuerdo Consejo Territorial del Sistema de Dependencia de 10 de julio de 2012

TABLA 23: Simulación prestación vinculada al servicio (centro residencial grado III)

<i>Capacidad económica</i>	<i>Importe prestación económica</i>	<i>Porcentaje de minoración sobre precio servicio</i>
266,26 €/mes	1.434,92 €/mes (715,07 € tope)	55,31 %
532,51 €/mes	1.168,67 €/mes (715,07 € tope)	55,31 %
1.005,54 €/mes	695,64 €/mes	56,52 %
1065,02 €/mes	636,16 €/mes	60,24 %
1.597,53 €/mes	103,65 €/mes	93,52 %
2.130,04 €/mes	- €/mes	100 %

Elaboración en base Acuerdo Consejo Territorial del Sistema de Dependencia de 10 de julio de 2012

TABLA 24: Ocupación Servicios Sociales / Total

Año	Servicio Sociales	% Servicios Sociales
2008	338.500	1,9%
2009	382.700	2,4%
2010	422.800	2,7%
2011	471.000	3%
2012	465.600	3,2%
2013	425.000	3,1%
2014	420.300	3%
2015	447.600	3,1%

Elaboración en base EPA

TABLA 25: Tamaño del centro residencial

Modalidad	Porcentaje sobre total
Menor de 50 plazas	56%
50 a 100 plazas	28%
100 a 150 plazas	10%
Más de 150 plazas	6%

Elaboración en base IMSERSO (2012)

TABLA 26: Centros y plazas residenciales según titularidad (diciembre de 2011)

Tipología	Número de centros	Número de plazas	% plazas
Pública y Privada concertada	1.304	200.940	54%
Privada	4.114	171.688	46%
Total	5.418	372.628	100%

Elaboración en base a IMSERSO (Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España, diciembre 2011).

TABLA 27: ÍNDICE DE COBERTURA DE PLAZAS RESIDENCIALES (% sobre mayores de 64)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia	
1999		3,11	4,08	2,83	1,62	1,75	3,45	4,67	3,18	3,59	1,63
2000		2,51	4,17	2,96	2,67	1,7	3,84	4,74	3,55	3,64	1,91
2001		2,43	4,01	3,33	2,78	2,18	3,77	5,06	3,87	3,79	2,03
2002		2,61	4,4	3,37	2,73	2,78	3,99	5,65	5,5	3,89	1,8
2003		2,66	4,43	3,61	2,83	2,85	4,12	5,66	4,44	4,07	2,22
2004		2,68	4,47	3,93	2,73	2,68	3,95	5,66	4,73	4,2	2,38
2005		2,79	5,57	3,91	2,83	3,18	4,19	6	4,92	4,47	2,74
2006		2,71	5,62	4,05	2,84	3,21	4,29	6,29	5,71	4,48	2,93
2007		2,72	5,83	4,13	2,74	4,48	4,43	6,56	6	4,6	3,23
2008		2,93	6,1	4,44	3,26	4,29	4,53	6,8	6,39	4,69	3,23
2009		3,07	6,38	5,16	4,1	4,33	4,85	7,03	6,94	4,94	3,24
2010		2,95	6,63	6,04	4,15	4,15	4,68	7,34	6,86	4,79	3,23
2011		3,2	7,57	5,56	3,98	3,21	4,88	7,32	7,2	4,98	3,16
2012		3,43	6,69	5,84	4,42	2,99	5,51	7,42	7,35	5,02	3,07

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	2,32	1,65	2,77	1,8	4,09	2,97	4,69	1,34	3,65	2,95
2000	2,57	1,84	3,07	1,76	4,38	3,38	4,71	1,32	3,37	3,02
2001	2,83	1,85	2,79	1,72	4,66	3,29	5,03	1,29	3,28	3,08
2002	2,92	1,71	3,64	1,77	4,85	3,18	4,7	2,33	2,78	3,34
2003	3,51	1,72	4,06	1,7	4,83	3,51	4,72	2,58	2,73	3,46
2004	3,66	1,83	4,32	2,11	4,91	3,55	4,63	1,63	2,72	3,56
2005	4,11	1,98	4,81	2,37	5,28	3,71	4,95	1,62	2,8	3,86
2006	4,35	2,38	5,01	2,11	5,19	3,87	4,79	2,35	2,76	4
2007	4,55	2,39	4,89	2,88	5,28	3,81	4,76	2,2	2,74	4,14
2008	4,59	2,47	5,36	2,85	5,24	3,99	4,79	2,18	2,75	4,31
2009	5,17	2,96	5,38	2,79	6,1	4,64	5,04	2,66	4,31	4,43
2010	5,84	3,33	2,55	2,35	5,37	4,01	5,36	2,27	4,07	4,23
2011	5,62	3,41	5,62	2,41	6,07	4,59	5,61	2,23	4,01	4,69
2012	5,71	3,47	5,13	2,37	5,85	4,58	5,1	2,21	3,97	4,66

Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

TABLA 28: Centros y plazas diurnas en España según titularidad

Tipología	Número de centros	Número de plazas	% plazas
Pública	1.234	54.944	62%
Privada	1.793	33.092	38%
Total	3.027	88.036	100%

Elaboración en base a IMSERSO (Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España, diciembre 2011).

TABLA 29: ÍNDICE DE COBERTURA DE PLAZAS DE CENTROS DE DÍA (%)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	0,09	0,02	0,06	0,02	0	0	0,11	0,07	0,22	0,03
2000	0,02	0,08	0,06	0,04	0	0,22	0,13	0,1	0,21	0,04
2001	0,08	0,35	0,12	0,17	0,22	0,28	0,17	0,11	0,66	0,07
2002	0,12	0,32	0,15	0,15	0,19	0,24	0,18	0,12	0,65	0,2
2003	0,15	0,32	0,35	0,24	0,17	0,28	0,32	0,18	0,64	0,21
2004	0,33	0,35	0,37	0,24	0,22	0,35	0,35	0,24	0,95	0,25
2005	0,37	0,57	0,39	0,4	0,3	0,41	0,4	0,32	0,91	0,27
2006	0,36	0,57	0,44	0,49	0,42	0,51	0,48	0,38	0,95	0,6
2007	0,49	0,63	0,51	0,52	0,83	0,62	0,54	0,64	1	0,82
2008	0,66	0,64	0,56	0,68	0,79	0,69	0,58	0,69	1,07	0,66
2009	0,8	0,64	0,65	0,92	0,76	0,82	0,65	0,75	1,13	0,87
2010	0,82	0,81	0,68	0,93	0,73	0,88	0,7	0,87	1,17	0,93
2011	0,86	0,91	0,82	0,95	0,71	0,98	0,73	0,98	1,21	0,96
2012	0,92	0,9	0,88	1,5	0,77	1,23	0,76	1,05	1,24	1

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	0,02	0,01	0,15	0,22	0,14	0,24	0,12	0	0	0,11
2000	0,08	0,02	0,22	0,16	0,12	0,23	0,1	0	0	0,11
2001	0,35	0,05	0,22	0,18	0,32	0,39	0,31	0	0	0,24
2002	0,42	0,08	0,15	0,3	0,27	0,45	0,28	0	0	0,26
2003	0,45	0,11	0,46	0,29	0,33	0,49	0,41	0	0	0,33
2004	0,44	0,18	0,7	0,41	0,38	0,55	0,48	0,3	0,34	0,46
2005	0,54	0,26	0,94	0,5	0,5	0,68	0,5	0,3	0,35	0,54
2006	0,51	0,38	1,1	0,55	0,27	0,74	0,5	0,3	0,67	0,62
2007	0,63	0,53	1,08	0,71	0,38	0,8	0,46	0,53	0,66	0,73
2008	1,11	0,57	1,28	0,7	0,57	0,89	0,69	0,53	0,65	0,83
2009	1,1	0,63	1,29	0,67	0,64	0,91	0,73	0,46	1,03	0,89
2010	1,09	0,67	1,29	0,87	0,67	0,96	0,92	0,45	1	0,89
2011	1,3	0,85	1,51	0,64	0,75	0,93	0,92	0,44	0,99	1,01
2012	1,31	0,96	1,54	0,75	0,72	1,01	1,19	0,44	0,89	1,07

Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

TABLA 31: ÍNDICE DE COBERTURA DE USUARIOS DE SAD (% sobre mayores de 64)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	1,64	2,37	1,39	2,09	1,64	1,41	2	2,37	1,14	0,72
2000	1,63	2,38	1,57	1,8	1,59	1,52	2,04	2,55	1,17	84
2001	1,94	2,38	1,75	2,67	1,71	1,49	2,4	2,47	1,25	2,05
2002	2,9	2,65	2,48	2,7	2,09	1,45	2,87	5,18	3,48	1,76
2003	3,31	2,66	2,96	2,71	3,53	1,73	3,08	5,27	3,8	1,52
2004	3,46	3,08	3,26	2,1	2,66	1,92	3,13	4,86	3,86	1,67
2005	2,83	3,83	3,42	2,15	3,09	2,32	3,71	6,03	4,1	1,84
2006	3,26	3,67	3,95	3,13	3,06	2,86	4,13	6,37	4,08	2,38
2007	3,26	4,29	3,86	3,47	3,26	3,26	4,53	7,25	4,82	2,5
2008	3,92	4,32	4,55	3,25	3,52	3,56	4,84	7,76	4,77	2,74
2009	4,26	4,57	4,66	3	3,85	3,97	4,92	8,5	2,51	2,51
2010	4,87	5,48	4,46	3,07	3,67	4,05	4,82	8,77	5,15	2,43
2011	5,08	5,47	4,44	3,42	3,61	5,57	4,65	8,87	5,8	2,38
2012	5	5,56	4,53	2,01	3,69	4,23	4,9	5,86	5,7	2,34

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	4,28	1,07	1,81	1,31	3	2,52	2,12	2,55	3,43	1,67
2000	4,36	1,11	1,84	1,39	2,95	2,9	2,39	0,95	2,69	1,73
2001	4,69	1,29	1,79	1,56	2,91	2,73	2,7	1,7	2,76	1,98
2002	4,53	1,46	2,65	1,79	3,61	2,01	2,94	1,75	2,96	2,75
2003	7,42	1,56	2,89	1,75	3,6	2,08	2,95	2,83	3,42	3,05
2004	7,44	1,91	3,33	1,73	3,55	1,76	3,4	3,42	3,16	3,13
2005	9,59	1,99	4,86	1,82	3,61	1,91	4,46	5,53	3,25	3,5
2006	9,82	2,34	6,29	1,85	401	5,39	4,09	3,65	3,49	4,09
2007	10	2,5	6,62	2,25	3,44	5,39	4,6	4,3	3,7	4,39
2008	9,9	1,66	7,97	2,42	3,42	5,45	5,25	9,58	3,87	4,69
2009	9,8	2,11	8,1	2,61	3,46	4,6	5,95	9,09	3,93	4,78
2010	9,68	2,53	8,02	2,54	3,6	5,74	6,28	7,73	3,76	4,97
2011	5,56	2,92	6,84	2,44	3,59	4,12	5,74	7	3,84	4,88
2012	5,55	3,29	7,31	2,21	3,51	4,12	6,2	5,94	3,97	4,65

Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

TABLA 32: ÍNDICE DE COBERTURA DE USUARIOS TAD (% sobre mayores de 64)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	0,85	1,12	0,61	0,52	0,22	0,19	1,14	1,16	0,36	0,53
2000	1,54	1,13	0,73	0,44	0,21	0,19	1,48	1,71	0,31	0,51
2001	1,48	1,63	0,87	0,69	0,24	0,18	1,56	1,79	0,55	1,88
2002	2,12	1,65	1,26	0,69	0,23	0,35	2,2	2,81	0,58	1,66
2003	2,8	2,25	1,5	0,86	0,3	0,48	2,4	3,93	0,65	1,67
2004	1,78	2,67	1,76	1,91	0,62	0,47	2,54	3,92	0,79	1,87
2005	2,71	3,83	2,11	2,58	0,75	1,45	2,73	5,21	0,95	2,23
2006	3,51	4,52	2,44	3	0,97	2,82	3,01	5,74	1,28	2,88
2007	4,61	5,58	2,99	3,48	1,25	4,99	3,37	7,91	3,02	3,3
2008	5,45	5,44	3,81	3,78	1,2	5,81	3,54	8,58	4,96	3,63
2009	7,38	6,42	4,28	3,21	1,73	7,26	4,08	9,97	4,87	3,63
2010	10,01	6,89	4,54	4,1	2	6,8	4,61	11,25	7,02	4,38
2011	12,13	7,18	4,91	4,41	1,93	7,01	5,03	12,08	9,61	5,66
2012	11,94	7,07	4,82	4,03	1,84	8,18	4,22	13,13	10,53	5,88

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	0,66	0,11	0,95	0,67	2,04	1,11	0,58	1,43	1,66	0,72
2000	0,65	0,06	0,99	0,73	2,61	1,14	0,78	1,41	2,43	0,89
2001	0,64	0,27	0,96	1,11	3,41	1,11	0,78	1,38	1,85	1,12
2002	0,63	0,45	1,76	1,26	3,85	1,43	0,93	1,34	2,28	1,45
2003	0,72	0,5	2,39	1,3	4,29	1,79	1,15	1,35	2,65	1,79
2004	1,35	0,67	4,51	1,33	4,67	2,25	1,25	0,42	2,98	2,04
2005	3,41	0,93	7,12	1,7	5	2,92	1	3,13	3,6	2,84
2006	3,38	1,08	9,22	2,47	5,22	3,26	1,15	3,14	3,51	3,5
2007	2,99	1,11	10,46	2,62	5,39	3,6	1,63	4,58	3,89	4,38
2008	4,41	1,2	11,94	3,35	5,89	3,57	1,93	6,69	4,42	4,72
2009	4,58	1,25	12,7	3,62	5,79	4,2	2,23	6,71	4,32	5,79
2010	4,52	0,66	13,26	3,94	6,12	5,42	2,04	7	4,78	7,26
2011	3,31	1,22	15,42	3,67	6,1	5,51	2,42	9,04	5,73	8,13
2012	3,66	0,82	16,06	7,11	6,11	5,63	3,68	8,96	7,47	8,42

Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

**TABLA 33: ÍNDICE DE COBERTURA TOTAL BÁSICO
(IC. RESIDENCIA + IC. C. DÍA + IC. SAD)**

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	4,84	6,47	4,28	3,73	3,39	4,86	6,78	5,62	4,95	2,38
2000	4,16	6,63	4,59	4,51	3,29	5,58	6,91	6,2	5,02	2,79
2001	4,45	6,74	5,2	5,62	4,11	5,54	7,63	6,45	5,7	4,15
2002	5,63	7,37	6	5,58	5,06	5,68	8,7	10,8	8,02	3,76
2003	6,12	7,41	6,92	5,78	6,55	6,13	9,06	9,89	8,51	3,95
2004	6,47	7,9	7,56	5,07	5,56	6,22	9,14	9,83	9,01	4,3
2005	5,99	9,97	7,72	5,38	6,57	6,92	10,11	11,27	9,48	4,85
2006	6,33	9,86	8,44	6,46	6,69	7,66	10,9	12,46	9,51	5,91
2007	6,47	10,75	8,5	6,73	8,57	8,31	11,63	13,89	10,42	6,55
2008	7,51	11,06	9,55	7,19	8,6	8,78	12,22	14,84	10,53	6,63
2009	8,13	11,59	10,47	8,02	8,94	9,64	12,6	16,19	8,58	6,62
2010	8,64	12,92	11,18	8,15	8,55	9,61	12,86	16,5	11,11	6,59
2011	9,14	13,95	10,82	8,35	7,53	11,43	12,7	17,05	11,99	6,5
2012	9,35	13,15	11,25	7,93	7,45	10,97	13,08	14,26	11,96	6,45

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	6,62	2,73	4,73	3,33	7,23	5,73	6,93	3,89	7,08	4,73
2000	7,01	2,97	5,13	3,31	7,45	6,51	7,2	2,27	6,06	4,86
2001	7,87	3,19	4,8	3,46	7,89	6,41	8,04	2,99	6,04	5,3
2002	7,87	3,25	6,44	3,86	8,73	5,64	7,92	4,08	5,74	6,35
2003	11,38	3,39	7,41	3,74	8,76	6,08	8,08	5,41	6,15	6,84
2004	11,54	3,92	8,35	4,25	8,84	5,86	8,51	5,35	6,22	7,15
2005	14,24	4,23	10,61	4,69	9,39	6,3	9,91	7,45	6,4	7,9
2006	14,68	5,1	12,4	4,51	9,47	10	9,38	6,3	6,92	8,71
2007	15,18	5,42	12,59	5,84	9,1	10	9,82	7,03	7,1	9,26
2008	15,6	4,7	14,61	5,97	9,23	10,33	10,73	12,29	7,27	9,83
2009	16,07	5,7	14,77	6,07	10,2	10,15	11,72	12,21	9,27	10,1
2010	16,61	6,53	11,86	5,76	9,64	10,71	12,56	10,45	8,83	10,09
2011	12,48	7,18	13,97	5,49	10,41	9,64	12,27	9,67	8,84	10,58
2012	12,57	7,72	13,98	5,33	10,08	9,71	12,49	8,59	8,83	10,38

Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

TABLA 34: ÍNDICE DE COBERTURA PROGRAMAS DOMICILIARIOS
(% sobre mayores de 64 años)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	1,73	2,39	1,45	2,11	1,64	1,41	2,11	2,44	1,36	0,75
2000	1,65	2,46	1,63	1,84	1,59	1,74	2,17	2,65	1,38	0,88
2001	2,02	2,73	1,87	2,84	1,93	1,77	2,57	2,58	1,91	2,12
2002	3,02	2,97	2,63	2,85	2,28	1,69	3,05	5,3	4,13	1,96
2003	3,46	2,98	3,31	2,95	3,7	2,01	3,4	5,45	4,44	1,73
2004	3,79	3,43	3,63	2,34	2,88	2,27	3,48	5,1	4,81	1,92
2005	3,2	4,4	3,81	2,55	3,39	2,73	4,11	6,35	5,01	2,11
2006	3,62	4,24	4,39	3,62	3,48	3,37	4,61	6,75	5,03	2,98
2007	3,75	4,92	4,37	3,99	4,09	3,88	5,07	7,89	5,82	3,32
2008	4,58	4,96	5,11	3,93	4,31	4,25	5,42	8,45	5,84	3,4
2009	5,06	5,21	5,31	3,92	4,61	4,79	5,57	9,25	3,64	3,38
2010	5,69	6,29	5,14	4	4,4	4,93	5,52	9,64	6,32	3,36
2011	5,94	6,38	5,26	4,37	4,32	6,55	5,38	9,85	7,01	3,34
2012	5,92	6,46	5,41	3,51	4,46	5,46	8,09	6,91	6,94	3,34

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	4,3	1,08	1,96	1,53	3,14	2,76	2,24	2,55	3,43	1,78
2000	4,44	1,13	2,06	1,55	3,07	3,13	2,49	0,95	2,69	1,84
2001	5,04	1,34	2,01	1,74	3,23	3,12	3,01	1,7	2,76	2,22
2002	4,95	1,54	2,8	2,09	3,88	2,46	3,22	1,75	2,96	3,01
2003	7,87	1,67	3,35	2,04	3,93	2,57	3,36	2,83	3,42	3,38
2004	7,88	2,09	4,03	2,14	3,93	2,31	3,88	3,72	3,5	3,59
2005	10,13	2,25	5,8	2,32	4,11	2,59	4,96	5,83	3,6	4,04
2006	10,33	2,72	7,39	2,4	4,28	6,13	4,59	3,95	4,16	4,71
2007	10,63	3,03	7,7	2,96	3,82	6,19	5,06	4,83	4,36	5,12
2008	11,01	2,23	9,25	3,12	3,99	6,34	5,94	10,11	4,52	5,52
2009	10,9	2,74	9,39	3,28	4,1	5,51	6,68	9,55	4,96	5,67
2010	10,77	3,2	9,31	3,41	4,27	6,7	7,2	8,18	4,76	5,86
2011	6,86	3,77	8,35	3,08	4,34	5,05	6,66	7,44	4,83	5,89
2012	6,86	4,25	8,85	2,96	4,23	5,13	7,39	6,38	4,86	5,72

Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

TABLA 35: PRODUCTO INTERIOR BRUTO PER CÁPITA

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	10605	15154	11956	17974	14170	13444	13254	11523	17757	14029
2000	11538	16365	13081	19282	14845	14634	14164	12307	19072	15102
2001	12363	17468	14087	20301	15764	15896	15141	13138	20388	16155
2002	13206	18765	14979	20904	16550	17040	16195	13852	21409	16891
2003	14207	19884	15905	21349	17424	17971	17313	14721	22448	17571
2004	15181	21012	17001	22251	18120	19154	18515	15402	23588	18372
2005	16261	22359	18495	22334	18988	20630	19822	16359	24796	19327
2006	17318	23948	20210	24538	19923	22078	21246	17357	26351	20477
2007	18155	25599	21678	25431	20681	23552	22735	18321	27532	21255
2008	18365	26536	22350	25634	20464	23114	22538	19495	27620	21701
2009	17442	25124	21140	24169	19235	22016	21795	18407	26489	20171
2010	17193	25330	21247	23829	19345	22064	22025	18178	26521	20109
2011	17122	25318	21310	23769	19325	22055	22277	18144	26603	19869
2012	16739	24805	20862	23589	18935	21692	21994	17688	26412	19480

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	9202	11458	19673	12039	18333	17793	16500	12325	12389	14525
2000	9965	12163	21281	13132	19927	19182	17826	13331	13206	15653
2001	10670	12972	22573	14013	21045	20493	18712	14068	13868	16715
2002	11417	13824	23541	14860	22254	21703	19404	15112	14699	17650
2003	12230	14764	24579	15778	23408	23019	20584	16472	15909	18639
2004	13085	15843	25837	16583	24748	24603	21377	17674	17167	19700
2005	14231	17114	27343	17665	26351	26553	22513	18908	18604	20941
2006	15156	18517	29197	18673	28026	28710	23911	20351	20184	22335
2007	16266	19841	30533	19476	29540	30602	25110	21681	21000	23478
2008	16327	21121	30944	20340	29917	30947	26372	20989	19479	23858
2009	15859	20423	30182	19035	28682	29652	25008	20766	19115	22794
2010	15869	20603	29471	18952	28846	30101	25335	20145	18275	22695
2011	15653	20476	29576	18470	29134	30480	25537	19555	17824	22685
2012	15129	20330	28906	18027	28491	30043	25185	18833	16704	22291

Elaboración en base Contabilidad regional (1999 / 2012)

TABLA 36: ESPERANZA DE VIDA (a los 65 años)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	17,26	18,7	18,13	17,83	17,62	18,68	19,54	18,61	18,46	17,64
2000	17,68	19,35	18,47	18,3	17,93	18,93	19,95	19,15	18,98	18,22
2001	17,97	19,42	19,04	18,61	18,3	19,42	20,26	19,17	19,13	18,31
2002	17,94	19,45	18,81	18,76	18,4	19,34	20,13	19,17	19,12	18,43
2003	17,83	19,31	18,92	18,63	18,35	19,55	20,13	19,32	19	18,28
2004	18,17	19,75	19,22	19,23	18,57	19,86	20,45	19,66	19,6	18,84
2005	18,04	19,54	19,26	19,24	18,56	19,86	20,3	19,59	19,27	18,77
2006	18,74	20,05	19,69	19,55	19,13	20,12	20,89	20,11	20,02	19,39
2007	18,59	20,21	19,65	19,87	19,13	20,01	20,77	20,04	19,98	19,42
2008	18,85	20,35	19,84	19,99	19,36	20,34	20,93	20,25	20,22	19,64
2009	19,16	20,44	20,01	19,84	19,81	20,56	21,21	20,6	20,43	19,87
2010	19,45	20,75	20,23	20,22	20,3	20,92	21,44	20,97	20,74	20,14
2011	19,58	20,78	20,5	20,43	20,17	20,98	21,65	20,91	20,92	20,27
2012	19,45	20,79	20,39	20,26	20,13	20,82	21,48	20,76	20,77	20,26

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	17,99	18,83	19,17	17,38	19,07	18,77	18,85	17,49	17,7	18,33
2000	18,54	19,15	19,48	18,02	19,43	19,12	19,47	17,82	17,63	18,76
2001	18,63	19,51	19,62	18,38	19,94	19,37	19,97	17,92	18,68	19
2002	18,61	19,68	19,7	18,35	19,89	19,39	19,71	17,01	17,07	19,02
2003	18,33	19,55	19,59	18,42	19,68	19,35	19,6	17,35	16,99	18,93
2004	19,04	19,96	20,03	18,73	20,19	19,82	20,11	17,58	17,1	19,37
2005	18,61	19,97	20,11	18,62	20,12	19,71	19,99	17,22	18,03	19,25
2006	19,38	20,18	20,56	19,09	20,81	20,32	20,49	18,18	17,54	19,83
2007	19,38	20,16	20,57	19,11	20,75	20,29	20,19	17,48	18,51	19,79
2008	19,73	20,51	20,9	19,23	20,72	20,42	20,62	18,15	18,67	20,03
2009	19,67	20,55	21,18	19,36	21,08	20,63	20,93	17,9	19,59	20,25
2010	19,89	20,84	21,52	19,96	21,61	20,98	20,96	18,21	19,52	20,56
2011	20,34	20,98	21,68	20,07	21,54	21,05	21	18,73	18,4	20,7
2012	19,97	20,93	21,78	19,95	21,49	21,06	20,86	18,93	19,15	20,61

Elaboración en base a INE Indicadores demográficos básicos (1999 / 2012)

**TABLA 37: SOLEDAD PERSONAS MAYORES
(% SOBRE TOTAL MAYORES)**

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	15,73	16,39	16,82	18,28	13,63	13,65	17,97	14,88	18,51	19,21
2000	15,72	17,69	15,51	20,94	14,62	13,2	18,06	15,46	18,03	20,32
2001	16,13	18,65	16,56	19,77	13,13	14,04	17,82	16	18,18	19,47
2002	16,33	20,21	17,14	20,43	14,31	13,05	18	16,36	18,6	19,63
2003	16,44	19,19	19,46	23,25	14,33	12,87	17,93	17,97	18,4	18,97
2004	17,08	18,75	18,71	20,85	14,29	15	19,49	16,59	17,35	20,27
2005	17,93	18,57	17,93	20,89	14,11	16,72	20,76	17,23	18,8	21,29
2006	18,81	19,99	20,92	21,79	15,66	16,74	20,28	17,91	19,88	22,07
2007	18,76	21,78	21,93	22,5	16,97	16,75	20,45	18,14	19,81	21,12
2008	18,64	20,85	21,01	24,01	17,49	15,65	19,89	18,24	20,73	21,77
2009	18,89	21,17	21,31	22,54	17,01	15,7	19,14	18,97	22,2	21,51
2010	18,2	20,89	20,19	20,96	16,25	18,08	21,06	18,68	21,5	21,23

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	16,49	12,99	18,28	17,14	13,48	15,6	14,37			16,75
2000	17,07	13,23	17,65	18,59	16,33	16,42	17,84			16,99
2001	17	13,96	18,41	17,17	16,11	16,1	18,34			17,11
2002	17,45	13,73	18,76	16,34	15,24	16,09	20,11			17,38
2003	17,2	13,39	17,87	16,06	16,53	17,41	20,91			17,42
2004	17,81	14,11	18,14	18,76	16,7	18,2	19,21			17,69
2005	16,96	15,19	17,96	18,09	19,19	19,92	17,76			18,41
2006	19,15	16,37	19,24	19,61	18,88	17,61	18,88	15,48	23,38	19,23
2007	19,63	15,82	19,77	20,41	22,5	19,47	19,21	14,29	19,32	19,49
2008	19,89	15,99	19,23	21,07	19,92	20,41	18,27	12,5	19,32	19,6
2009	21,88	16,75	20,17	22,93	17,68	20,87	17,7	16,05	22,47	20,08
2010	21,81	16,55	21,26	20,8	16,88	19,79	17,64	17,55	27,03	19,88

Elaboración en base a INE Indicadores Sociales (1999 / 2010)

TABLA 38: AUSENCIA ESTUDIOS
% POBLACIÓN ANALFABETA O SIN ESTUDIOS

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	24,75	8,83	13,28	14,44	19,12	8,53	8,9	25,72	14,68	16,5
2000	24,45	10,15	14,76	14,43	19,8	7,37	8,74	26,8	14,33	17,19
2001	23,27	9,51	13,23	14,32	21,11	6,66	7,83	25,65	12,47	16,3
2002	21,47	8,75	11,59	14,04	18,05	7,18	8,14	24,42	10,55	16,48
2003	20,9	7,28	10,45	11,29	15,31	6,38	5,47	21,44	9,25	13,83
2004	19,37	6,74	9,21	11,66	15,31	6,44	5,13	20,78	9,42	13,72
2005	18,05	8,08	9,6	10,9	14,79	5,94	7,51	20,22	11,67	12,8
2006	17,06	8,45	9,37	10,99	13,9	5,59	7,94	19,28	10,53	11,05
2007	16,96	9,37	9,7	10,5	13,94	5,08	7,93	19,65	9,55	11,06
2008	16,31	8,3	7,82	9,63	13,2	3,33	8,29	19,72	10	11,48
2009	15,84	7,48	6,49	9,64	13,52	2,3	8,45	19,43	10,34	11,09
2010	15,01	6,54	6,29	10,15	14,4	2,18	7,69	17,55	9,45	10,05

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	26,41	19,76	8,24	23,57	8,8	6,22	8,61			16,8
2000	26,32	20,54	9,36	22,77	8,28	7,86	6,44			16,41
2001	25,44	19,66	8,97	20,97	6,86	6,85	3,48			15,43
2002	23,07	19,8	7,58	20,01	6,11	6,42	1,39			14,31
2003	19,8	9,85	7,12	20,23	5,92	4,63	1,11			12,22
2004	20,81	9	6,84	18,64	5,62	4,35	0,73			11,75
2005	21,72	13,94	7,74	17,16	4,9	3,96	5,38	15,99	13,58	12,42
2006	20,44	12,73	9,19	16,32	4,34	3,92	8,03	21,1	13,17	11,92
2007	19,58	12,39	8,33	16,28	4,56	4,34	6,29	21,33	19,22	11,65
2008	19,04	10,33	7,56	16,96	4,51	3,83	6,74	16,75	27,48	11,29
2009	18,07	10,18	8,21	16	4,01	3,79	5,82	16,23	27,58	11,19
2010	17,42	10,48	8,02	15,4	3,22	3,07	4,66	18,27	24,91	10,6

Elaboración en base INE Indicadores Sociales (1999 / 2010)

TABLA 39: POBLACIÓN RURAL
(% POBLACIÓN MUNICIPIOS MENOS 10.000 HABITANTES SOBRE TOTAL)

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	23,58	33,64	14,7	21,31	14,92	33,39	45,55	51,98	20,46	20,32
2000	23,56	32,67	14,6	21,42	14,31	33,5	45,33	52,18	20,61	20,05
2001	23,01	32,5	14,47	20,23	13,74	33,48	45,15	50,96	20,49	19,55
2002	22,77	32,31	14,34	19,11	13,11	33,54	44,55	50,71	19,74	18,96
2003	22,21	32,12	14,13	19,03	12,96	33,45	44,16	49,53	19,72	18,59
2004	21,97	31,92	14,05	18,94	11,85	33,56	44,46	49,71	19,68	18,33
2005	21,39	31,93	13,94	18,1	11,77	31,81	44,03	48,63	19,33	17,88
2006	21,07	32,02	13,84	16,24	11,75	31,94	44,04	47,51	19,16	17,73
2007	20,77	32,33	13,78	16,29	11,25	32,28	44,35	47,1	19,23	17,87
2008	20,38	31,7	13,68	16,27	11,11	32,5	43,89	46,7	18,62	17,4
2009	20,27	31,74	13,53	16,38	10,57	32,71	43,85	45,53	18,56	17,07
2010	20,22	31,73	13,44	16,47	10,51	32,87	43,85	45,01	18,51	17,13
2011	20,13	31,76	13,38	15,61	10,51	33,14	43,94	44,58	18,67	17,28
2012	20,09	30,7	13,3	15,61	10,43	33,28	44,14	44,39	18,7	17,84

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	56,69	34,3	5,47	8,53	48,3	18,76	40,06	0	0	24,11
2000	56,06	34,42	5,53	7,66	48,16	18,89	39,33	0	0	23,96
2001	54,98	33,81	5,53	7,57	48,09	19	39,22	0	0	23,5
2002	54,59	33,1	5,63	7,55	46,55	19,15	39,31	0	0	23,06
2003	53,9	32,58	5,94	6,68	46,65	19,29	39,24	0	0	22,68
2004	53,55	32,7	6,11	6,68	46,84	19,43	35,93	0	0	22,57
2005	52,14	33,16	6	6,63	47,06	19,56	35,95	0	0	21,93
2006	51,78	32,16	6,09	5,87	47,2	19,7	36,04	0	0	21,86
2007	52,46	32,31	6,01	5,21	46,13	19,9	36,83	0	0	21,81
2008	51,14	32,03	5,69	5,22	46,59	19,62	36,72	0	0	21,38
2009	50,76	31,37	5,78	4,53	45,32	19,74	36,71	0	0	21,14
2010	51,42	31,14	5,86	4,52	45,47	19,87	36,76	0	0	21,1
2011	51,2	30,59	5,8	3,86	45,47	19,04	36,92	0	0	20,99
2012	50,97	30,82	5,87	4,54	45,58	19,1	36,64	0	0	21,04

Elaboración en base a INE Demografía y población (1999 / 2012)

**TABLA 40: INDICADOR POBLACIÓN EXTRANJERA
(% POBLACIÓN EXTRANJERA SOBRE TOTAL)**

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	1,51	0,75	0,56	5,48	3,75	0,66	0,64	0,6	2,33	3,2
2000	1,76	1,01	0,73	6,47	4,5	0,8	0,74	0,8	2,9	3,79
2001	2,22	2,09	1,01	8,38	6,06	1,27	1,07	1,59	4,05	4,75
2002	2,84	3,62	1,38	10,88	7,76	1,91	1,72	2,7	5,87	6,96
2003	3,72	5,03	1,83	13,35	9,47	2,49	2,39	3,9	8,1	9,25
2004	4,18	6,21	2,09	13,76	9,7	2,95	2,86	4,81	9,44	10,22
2005	5,35	7,63	2,49	15,9	11,29	3,65	3,64	6,08	11,42	12,4
2006	6,13	8,25	2,81	16,76	11,7	4,2	4,21	6,87	12,81	13,9
2007	6,6	9,59	3,04	18,45	12,38	4,68	4,74	8,07	13,49	14,99
2008	7,6	11,67	3,78	20,79	13,67	5,71	6,05	10,08	14,99	16,85
2009	8,13	12,79	4,34	21,69	14,32	6,47	6,54	10,85	15,91	17,46
2010	8,41	12,85	4,55	21,9	14,51	6,62	6,62	10,94	15,95	17,48
2011	8,7	12,7	4,7	21,8	14,4	6,6	6,8	11	15,7	17,2
2012	8,8	12,8	4,7	21,7	14,7	6,6	6,8	11,1	15,7	17,2

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	0,7	0,8	2,61	1,52	1,11	0,8	1,25	4,2	2,54	1,86
2000	0,81	0,94	3,18	2,28	1,69	1,01	1,66	4,05	7,25	2,28
2001	1,08	1,21	5,69	4,66	3,5	1,31	3,03	4,33	9,54	3,33
2002	1,41	1,55	8,04	6,81	5,39	1,82	5,43	4,38	9,29	4,73
2003	1,67	1,96	10,3	8,97	6,7	2,33	7,16	4,27	9,25	6,24
2004	1,87	2,12	11,44	10,27	7,42	2,8	8,51	3,84	8,64	7,02
2005	2,34	2,51	13,09	12,35	8,41	3,43	10,32	4,03	4,41	8,46
2006	2,53	2,67	13,32	13,8	9,21	4,01	11,44	4,06	5,95	9,27
2007	2,68	2,94	14,25	14,49	9,23	4,6	11,92	3,94	7,67	10
2008	3,22	3,43	16,03	15,82	10,48	5,44	13,81	4,04	9,06	11,41
2009	3,38	3,81	16,66	16,31	11,2	6,12	14,59	4,51	10,34	12,08
2010	3,55	3,92	16,72	16,54	11,21	6,4	14,48	4,96	11,67	12,22
2011	3,8	4	16,5	16,4	11,2	6,6	14,3	6	12,8	12,2
2012	3,8	4	15,6	16,2	10,8	6,9	14,3	6,9	13,9	12,1

Elaboración en base INE Indicadores Sociales (1999 / 2012)

**TABLA 41: TAMAÑO MEDIO DOMICILIO
(NÚMERO PERSONAS HOGAR)**

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña	Valencia
1999	3,3	2,84	2,91	2,92	3,29	3,2	3,05	2,88	2,88	2,96
2000	3,26	2,77	2,92	2,8	3,21	3,18	3	2,84	2,87	2,88
2001	3,21	2,77	2,9	2,76	3,13	3,07	2,98	2,81	2,82	2,86
2002	3,15	2,71	2,83	2,78	3,1	3,07	2,96	2,77	2,8	2,81
2003	3,11	2,67	2,8	2,76	3,01	3,01	2,93	2,74	2,79	2,79
2004	3,06	2,64	2,75	2,7	2,98	2,99	2,91	2,71	2,75	2,76
2005	2,99	2,64	2,72	2,69	2,97	2,87	2,87	2,67	2,73	2,7
2006	2,94	2,61	2,61	2,65	2,91	2,77	2,61	2,85	2,68	2,67
2007	2,91	2,58	2,57	2,65	2,86	2,77	2,58	2,84	2,66	2,65
2008	2,86	2,57	2,54	2,62	2,81	2,79	2,57	2,8	2,62	2,63
2009	2,83	2,56	2,52	2,58	2,78	2,75	2,52	2,75	2,61	2,6
2010	2,83	2,56	2,53	2,59	2,75	2,66	2,5	2,72	2,62	2,59

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	España
1999	3,17	3,05	3,32	3	3	2,9			3,06	3,17
2000	3,12	3,03	3,23	2,92	2,93	2,83			3,01	3,12
2001	3,07	2,97	3,21	2,89	2,89	2,82			2,97	3,07
2002	3,04	2,93	3,2	2,9	2,86	2,78			2,93	3,04
2003	3	2,91	3,19	2,84	2,8	2,7			2,9	3
2004	2,92	2,87	3,12	2,8	2,75	2,69			2,86	2,92
2005	2,86	2,86	3,05	2,77	2,65	2,72			2,81	2,86
2006	2,8	2,8	2,99	2,72	2,59	2,63	3,17	3,29	2,76	2,8
2007	2,81	2,78	2,94	2,61	2,55	2,62	3,27	3,2	2,74	2,81
2008	2,74	2,76	2,92	2,64	2,52	2,62	3,29	3,05	2,71	2,74
2009	2,69	2,71	2,91	2,63	2,49	2,58	3,26	3,03	2,68	2,69
2010	2,67	2,69	2,9	2,61	2,48	2,55	3,28	3,05	2,67	2,67

Elaboración en base INE Indicadores Sociales (1999 / 2010)

TABLA 44. El cambio estructural del indicador de cobertura total (1999/2010)

(Efectos fijos en el tiempo)

1/1/1999	-2.250600
1/1/2000	-2.382137
1/1/2001	-1.923216
1/1/2002	-1.121383
1/1/2003	-0.472208
1/1/2004	-0.464540
1/1/2005	0,120575
1/1/2006	0.387067
1/1/2007	0.615703
1/1/2008	1.514382
1/1/2009	2.432021
1/1/2010	2.650283

Fuente: Modelo econométrico

TABLA 46 El cambio estructural: Programas domiciliarios (1999/2010)

(Efectos fijos en el tiempo)

1/1/1999	-2.232710
1/1/2000	-2.368638
1/1/2001	-1.855846
1/1/2002	-1.151278
1/1/2003	-0.421963
1/1/2004	-0.330565
1/1/2005	0.155273
1/1/2006	0.487163
1/1/2007	0.746353
1/1/2008	1.577855
1/1/2009	2.039519
1/1/2010	2.491075

Modelo econométrico programas domiciliarios

TABLA 50. EL CAMBIO ESTRUCTURAL EN EL DESARROLLO DEL SERVICIO DE TAD

(Efectos fijos en el tiempo)

1/1/1999	-1.282689
1/1/2000	-1.632851
1/1/2001	-1.580235
1/1/2002	-1.211590
1/1/2003	-0.720074
1/1/2004	-0.803385
1/1/2005	0.142641
1/1/2006	0.125232
1/1/2007	0.924536
1/1/2008	1.523771
1/1/2009	1.773522
1/1/2010	2.105500

Modelo econométrico teleasistencia

TABLA 51 PIA / edad y circunstancias personales (Servicios: 0 / Prestación económica: 1)

Variable	Significación	Coefficiente	Odds ratio
Edad	0,00		1
(80 y más)			
Edad	0,00	3,415	30,406
(menor 18)			
Edad	0,275	0,266	1,304
(18 / 64)			
Edad	0,281	0,214	1,238
(65 / 79)			
Estado	0,011		1
(casado)			
Estado	0,009	0,593	1,809
(soltero)			
Estado	0,032	0,436	1,547
(viudedad)			
Intensidad	0,00	-1,546	0,213
completa			
Soledad	0,047	0,557	1,745
Constante	0,635	-0,157	0,854

Tabla 52: PIA / Edad, entorno familiar y salud (Servicios: 0/ Prestación económica: 1)

Variable	Significación	Coficiente	Odds ratio
80 y más	0,00		1
Menor 18	0,00	3,960	52,472
18 / 64	0,017	0,624	1,866
65 / 79	0,039	0,437	1,547
Casado	0,041		1
Soltero	0,037	0,522	1,685
Viudedad	0,052	0,417	1,517
Intensidad completa	0,00	-1,224	0,294
Soledad	0,084	0,519	1,681
GRADO I	0,00		1
GRADO II	0,00	1,728	5,628
GRADO III	0,00	2,587	13,288
INTEL	0,138	- 0,255	0,775
Constante	0,00	- 2,071	0,126

Coficiente de R cuadrado de Cox y Snell (0,309), R cuadrado de Nagelkerke (0,426)

Tabla 53: PIA / Edad, entorno familiar, salud y renta (Servicios: 0/ Prestación económica: 1)

Variable	Significación	Coficiente	Odds ratio
Edad (80 y más)	0,00		1
Edad (menor 18)	0,00	4,264	71,089
Edad (18 / 64)	0,059	0,529	1,697
Edad (65 / 79)	0,052	0,416	1,516
Estado (casado)	0,104		1
Estado (soltero)	0,154	0,371	1,449
Estado (viudedad)	0,057	0,417	1,518
Intensidad completa	0,00	-1,192	0,303
Soledad	0,138	0,449	1,567
GRADO I	0,00		1
GRADO II	0,00	1,806	6,085
GRADO III	0,00	2,706	14,968
INTEL	0,164	-0,240	0,787
Mínimos	0,582	-0,12	0,886
PNC	0,014	-0,551	0,576
CTP	0,465	0,196	1,217
Constante	0,001	-1,846	0,158

Coficiente de R cuadrado de Cox y Snell (0,315), R cuadrado de Nagelkerke (0,435)

Tablas 54: PIA / Edad, entorno familiar, salud, renta y distrito (Servicios: 0/ Prestación económica: 1)

Variable	Significación	Coefficiente	Odds ratio
80 y más	0,00		1
Menor 18	0,00	4,236	69,141
18 / 64	0,073	0,507	1,660
65 / 79	0,073	0,387	1,472
Casado	0,111		1
Soltero	0,177	0,354	1,425
Viudedad	0,057	0,421	1,523
Intensidad completa	0,00	-1,176	0,308
Soledad	0,094	0,518	1,679
GRADO I	0,00		1
II	0,00	1,834	6,262
III	0,00	2,751	15,655
INTEL	0,170	-0,239	0,787
Mínimos	0,689	-0,089	0,915
PNC	0,045	-0,456	0,634
CTP	0,615	0,136	1,145
51001	0,096		1
51002	0,862	0,034	1,035
51003	0,034	0,625	1,869
51004	0,466	-0,468	0,626
51005	0,260	-0,725	0,484
Constante	0,000	-2,019	0,133

Coefficiente de R cuadrado de Cox y Snell (0,321), R cuadrado de Nagelkerke (0,442)

Tabla 55 SAD (0)

Variable	Significación	Coefficiente	Odds ratio
18/64	0,563		1
80 y más	0,514	-0,187	0,830
65/79	0,866	0,046	1,047
Soltero	0,044		1
Casado	0,063	-0,499	0,607
Viudedad	0,937	-0,149	0,976
Intensidad completa	0,000	-0,902	0,406
Soledad	0,013	0,741	2,098
GRADOIII	0,000		1
GRADOII	0,000	-0,775	0,461
GRADO I	0,000	-2,858	0,057
INTEL	0,002	-0,549	0,578
Mínimos	0,189	-0,293	0,746
PNC	0,038	-0,486	0,615
CTP	0,439	0,216	1,241
Constante	0,000	1,639	5,147

Coefficiente de R cuadrado de Cox y Snell (0,251), R cuadrado de Nagelkerke (0,344)

Tabla 56 RESIDENCIA (0)

Variable	Significación	Coefficiente	Odds ratio
Edad (80 y más)	0,016	-1,312	3,712
Estado (casado)	0,002		1
Estado (viudedad)	0,088	1,113	0,329
Estado (soltero)	0,001	2,528	0,080
GRADO III	0,516	0,295	0,745
INTEL	0,005	-1,629	5,098
Constante	0,00	-3,362	28,851

Coefficiente de R cuadrado de Cox y Snell (0,056), R cuadrado de Nagelkerke (0,178)

TABLA 57 Centro de día personas mayores (0)

Variable	Significación	Coefficiente	Odds ratio
Grado III	0,09		
Grado II	0,029	- 2,312	0,099
Grado I	0,118	- 2,293	0,101
INTEL	0,015	2,638	13,980
Constante	0,000	4,879	131,538

Coefficiente de R cuadrado de Cox y Snell (0,034), R cuadrado de Nagelkerke (0,168)

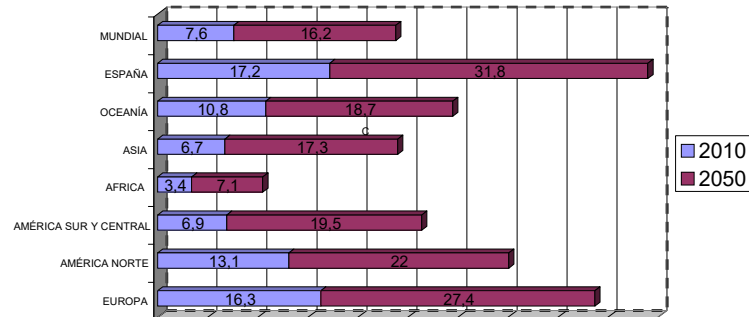
Tabla 58 Teleasistencia (0)

Variable	Significación	Coefficiente	Odds ratio
Edad (18/64)	0,12		1
Edad (80 y más)	0,005	-1,062	0,346
Edad (65/79)	0,006	-1,009	0,365
Estado (soltero)	0,703		1
Estado (casado)	0,992	0,004	1,004
Estado (viudedad)	0,546	0,222	1,249
Intensidad completa	0,003	-0,757	0,469
Soledad	0,163	0,467	1,594
GRADO III	0,544		1
GRADO II	0,767	-0,075	0,928
GRADO I	0,413	0,309	1,362
INTEL	0,001	-0,464	0,629
Constante	0,000	2,787	16,228

Coefficiente de R cuadrado de Cox y Snell (0,046), R cuadrado de Nagelkerke (0,091)

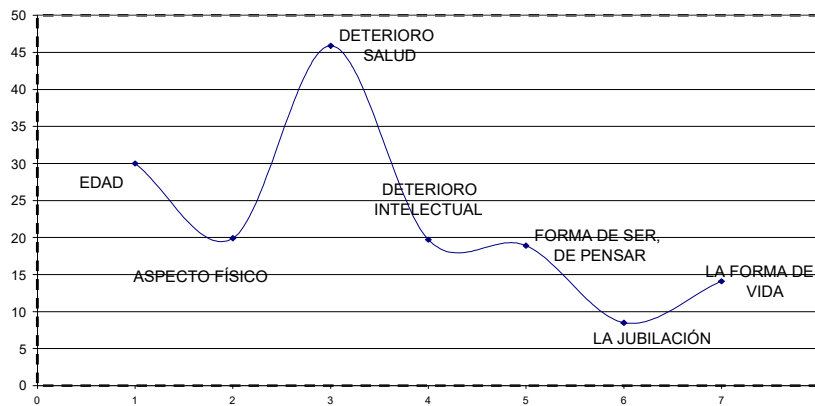
IX. GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PORCENTAJE POBLACIÓN MAYOR 2010 (65 Y MÁS)



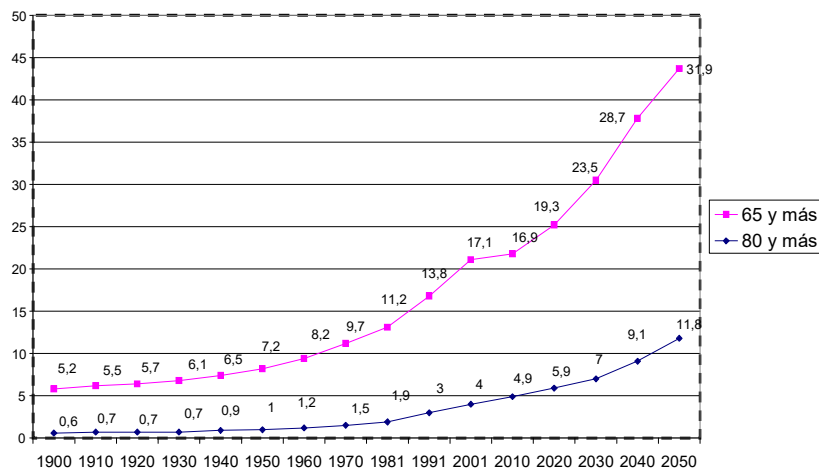
Elaboración en base ONU (IMSERO Informe Personas Mayores en España, 2010)

GRÁFICO 2: RAZONES DE ENTRADA EN LA VEJEZ



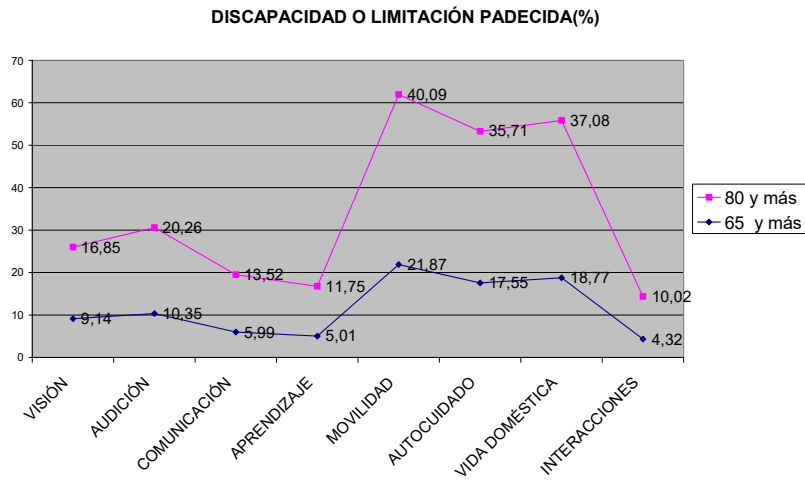
Elaboración en base Estudio CIS 2758

GRÁFICO 3: EVOLUCIÓN POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA (65 Y 80 AÑOS)



Elaboración en base IMSERSO Informe 2010 Las Personas Mayores en España

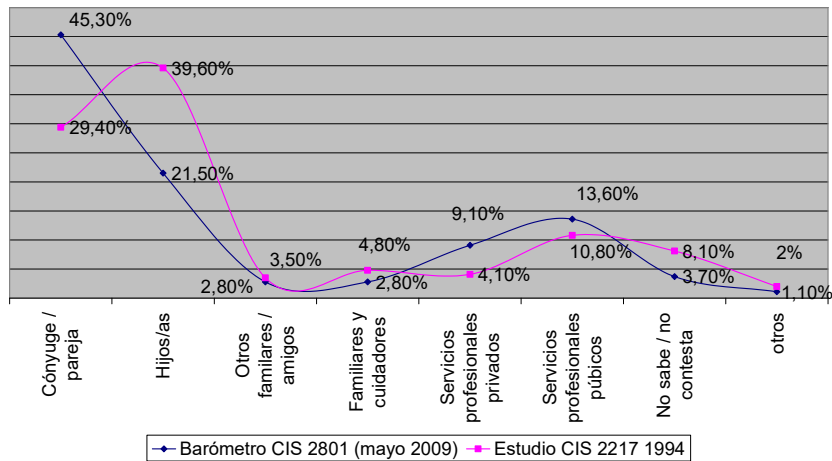
GRÁFICO 4: DISCAPACIDAD PADECIDA



Elaboración en base EDAD INE 2008.

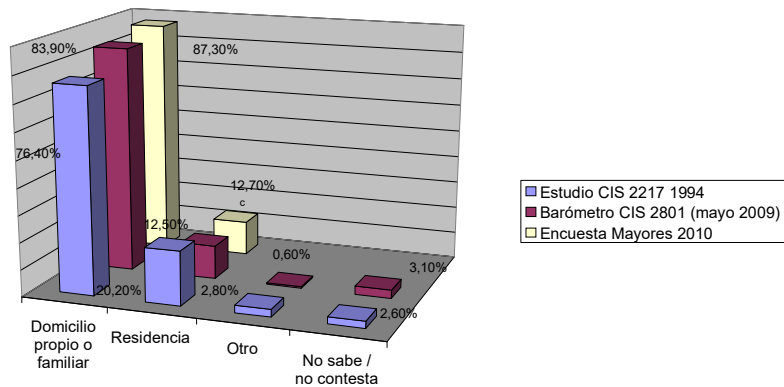
GRÁFICO 5: ¿QUIÉN DESEARÍA QUE LE CUIDARA?

¿Quién desearía que le prestara cuidados de manera principal?



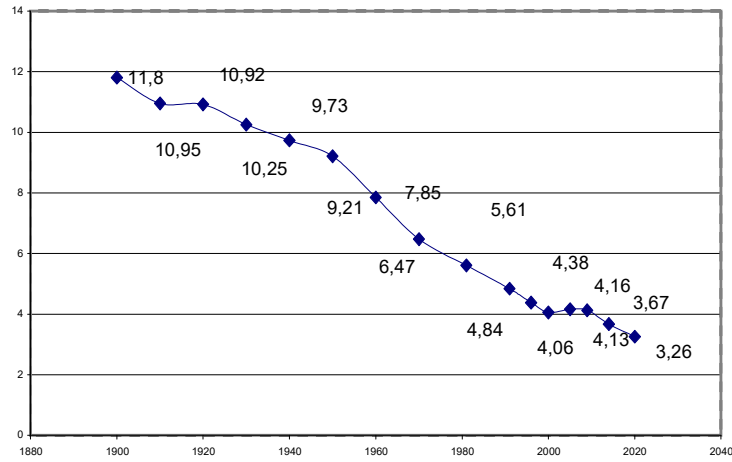
Elaboración en base Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

GRÁFICO 6: ¿DÓNDE LELE GUSTARÍA VIVIR CUANDO SEA MAYOR?



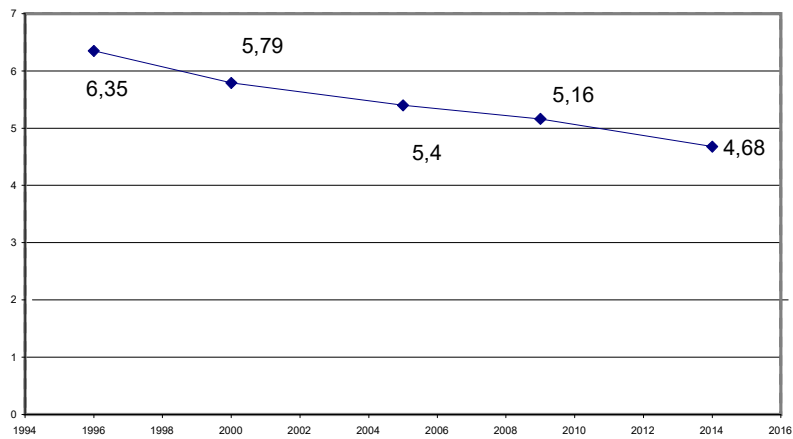
Elaboración en base Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

GRÁFICO 7: TASA DE DEPENDENCIA



Elaboración en base INE Demografía y población

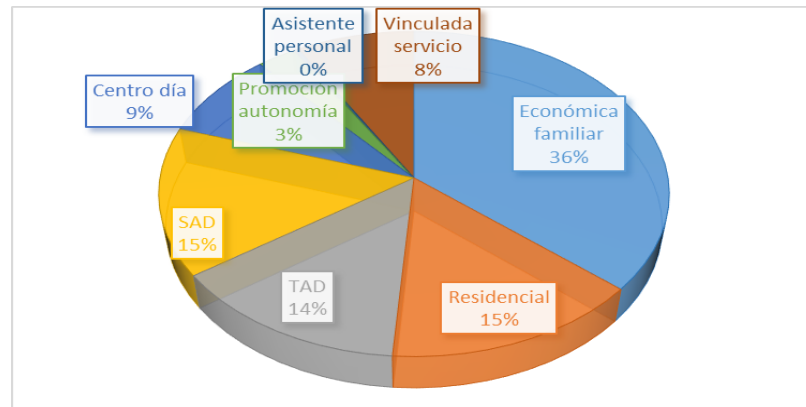
GRÁFICO 8: INDICADOR POTENCIAL CUIDADOR FAMILIAR



Elaboración en base INE Demografía y población (1996 / 2014)

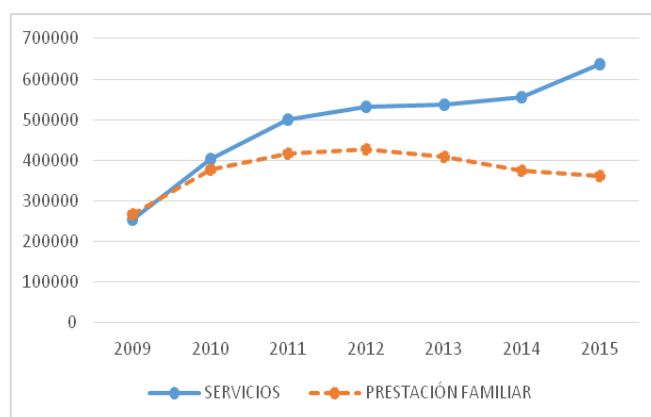
GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN PROGRAMAS SISTEMA DE DEPENDENCIA



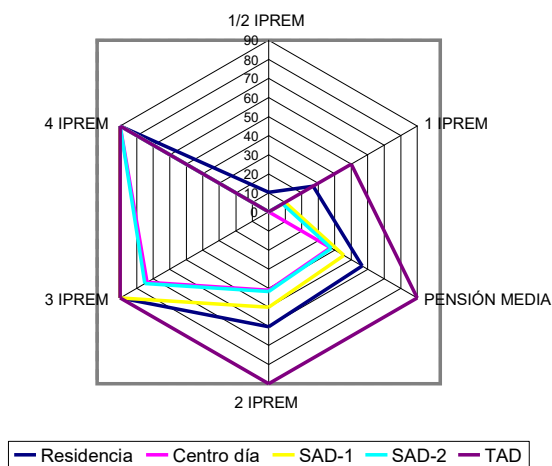
Elaboración en base IMSERSO (noviembre 2015)

GRÁFICO 10: EVOLUCIÓN LAPAD SERVICIOS PROFESIONALES / PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA CUIDADOS DEL ENTORNO FAMILIAR



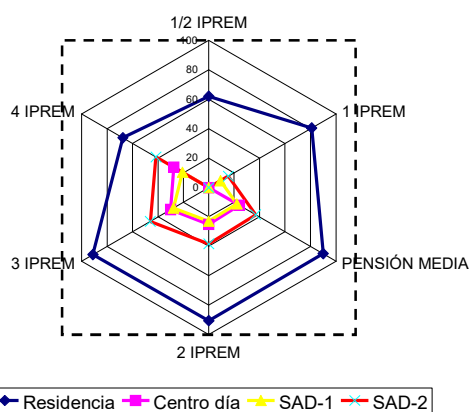
Elaboración en base IMSERSO (Datos a 31 de diciembre de cada año, excepto noviembre 2015)

GRÁFICO 11: PORCENTAJE COPAGO SOBRE COSTE TOTAL SERVICIO



Elaboración en base Acuerdo Consejo Territorial del Sistema de Dependencia de 10 de julio de 2012

GRÁFICO 12: PORCENTAJE RENTA DESTINADA AL COPAGO



Elaboración en base Acuerdo Consejo Territorial del Sistema de Dependencia de 10 de julio de 2012

GRÁFICO 14: EVOLUCIÓN PROGRAMAS DOMICILIARIOS / RESIDENCIALES (1999/2012)

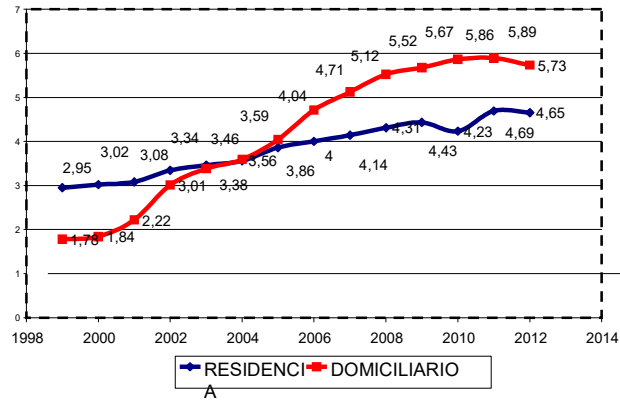
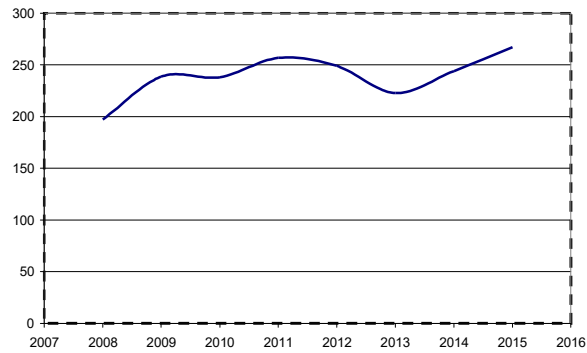
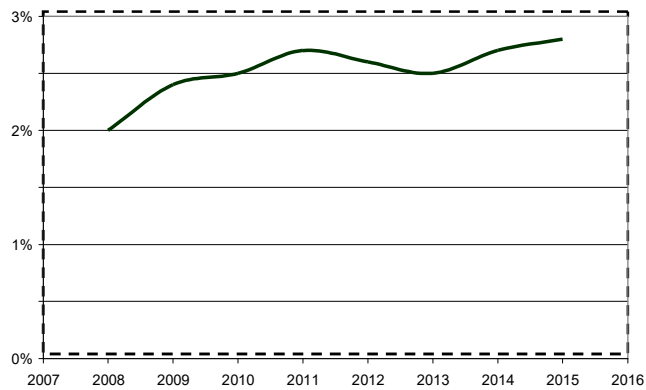


GRÁFICO 15: EVOLUCIÓN OCUPACIÓN LABORAL EN CENTROS RESIDENCIALES (MILES DE PERSONAS)



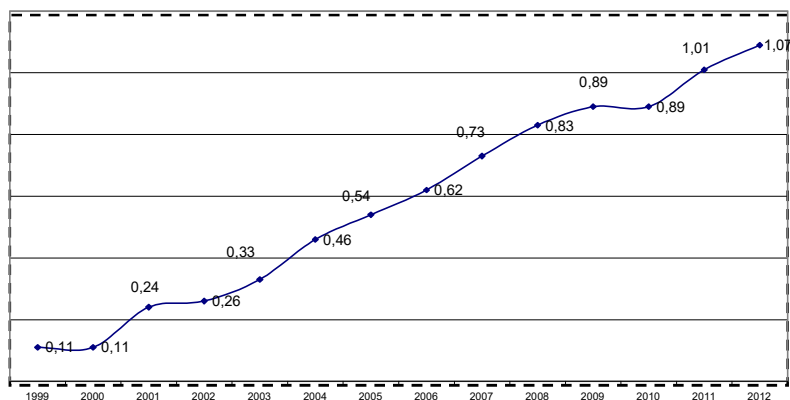
Elaboración en base a Encuesta Población Activa (EPA)

GRÁFICO 16: EMPLEO (%) RESIDENCIAL MUJERES SOBRE TOTAL ACTIVIDAD FEMENINA



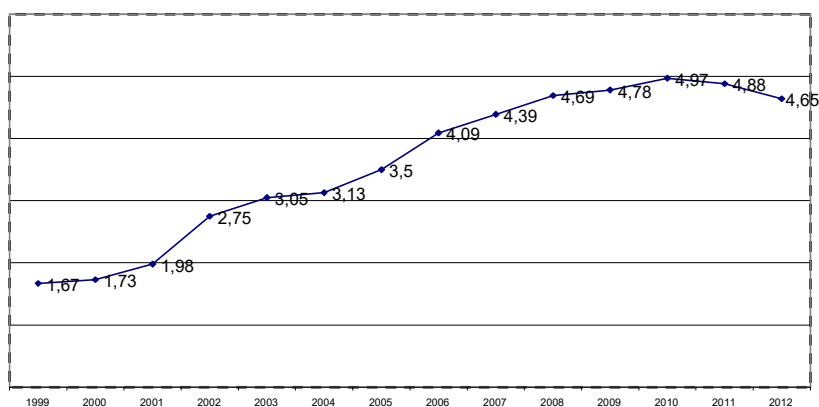
Elaboración en base a Encuesta Población Activa (EPA)

GRÁFICO 17: EVOLUCIÓN PLAZAS CENTRO DE DÍA 1999/2012



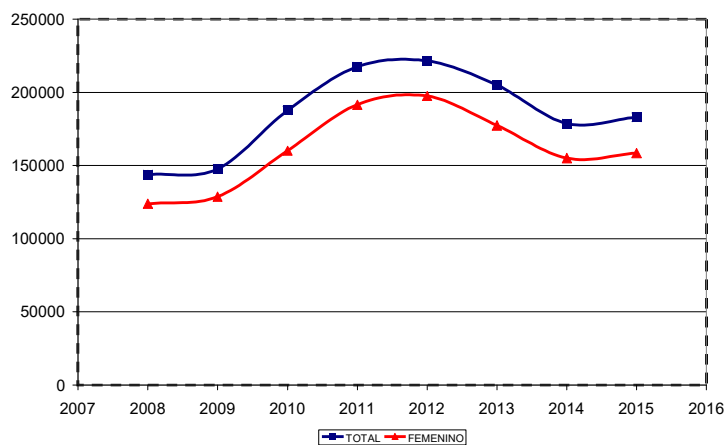
Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

GRÁFICO 18: EVOLUCIÓN SAD 1999/2012



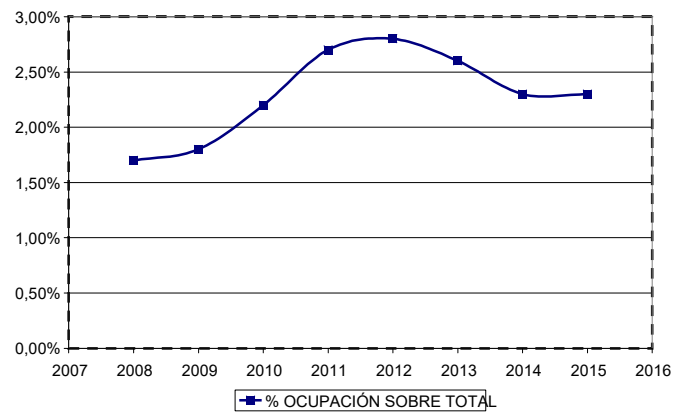
. Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

GRÁFICO 19: EVOLUCIÓN OCUPACIÓN LABORAL EN SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO



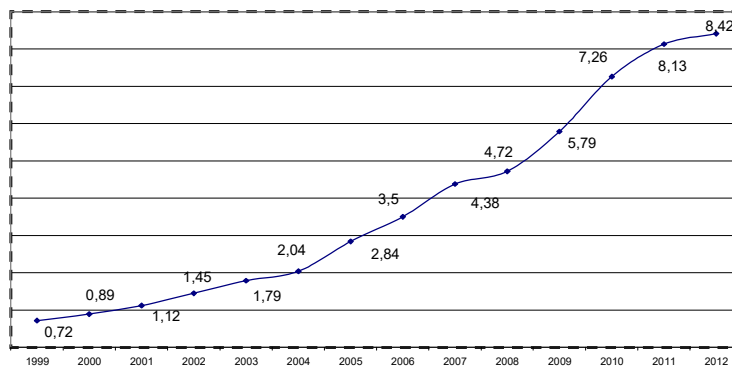
Elaboración en base a Encuesta Población Activa (EPA)

GRÁFICO 20: EMPLEO (%) MUJERES SOBRE ACTIVIDAD FEMENINA EN SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO



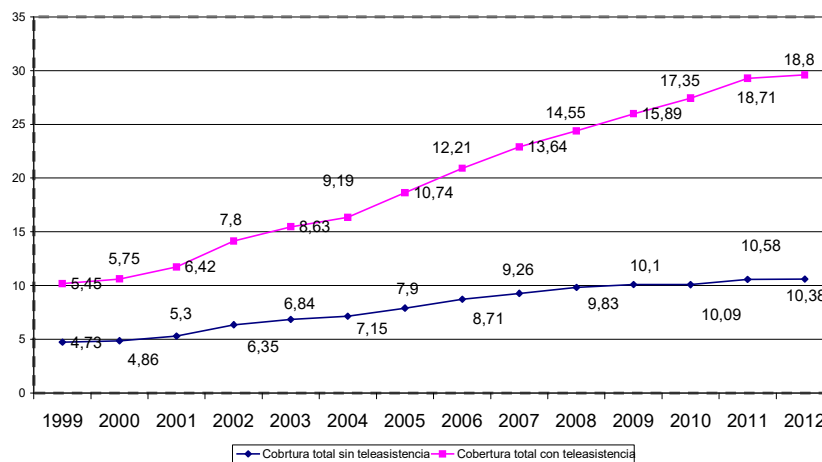
Elaboración en base a Encuesta Población Activa (EPA)

GRÁFICO 21: EVOLUCIÓN TAD 1999/2012



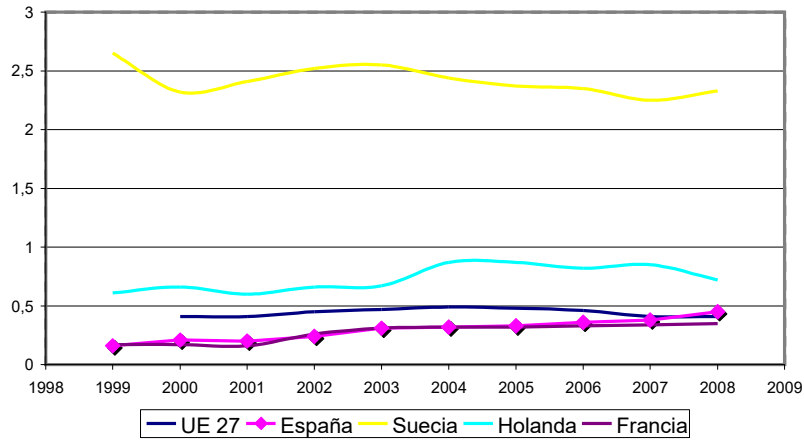
Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

GRÁFICO 22: INDICADOR COBERTURA SERVICIOS PROFESIONALES



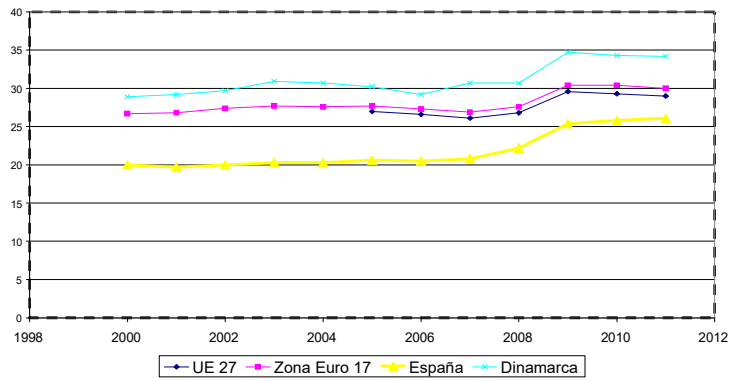
Elaboración en base IMSERSO Informes anuales Personas Mayores en España (1999 / 2012)

GRÁFICO 24: GASTOS CUIDADOS MAYORES SOBRE PIB



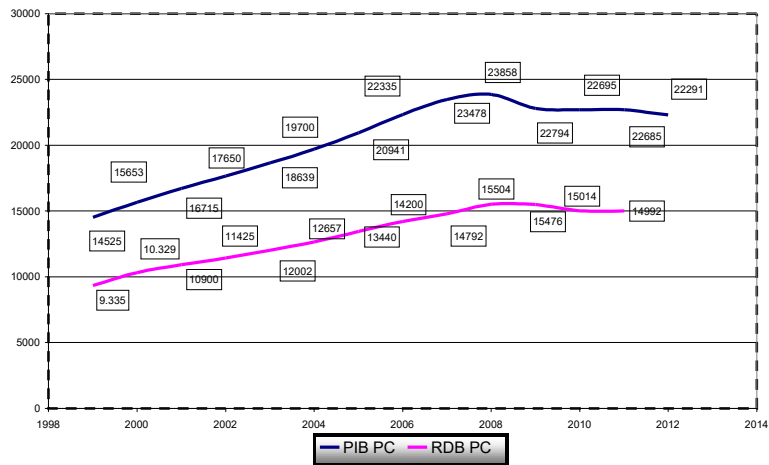
Elaboración en base Eurostat (Expenditure on care for elderly)

GRÁFICO 25: GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL (% SOBRE PIB)



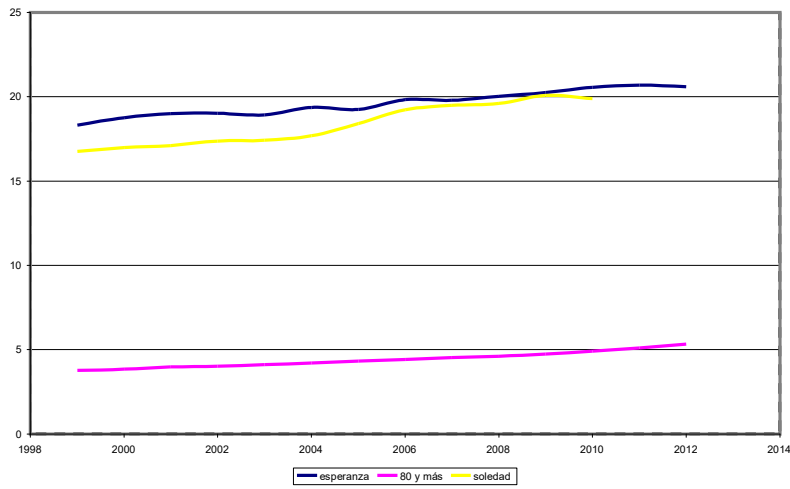
Elaboración en base Eurostat (Expenditure on social protection) (Consulta febrero 2014)

GRÁFICO 29: EVOLUCIÓN DEL PIB Y LA RENTA DISPONIBLE BRUTA PER CÁPITA



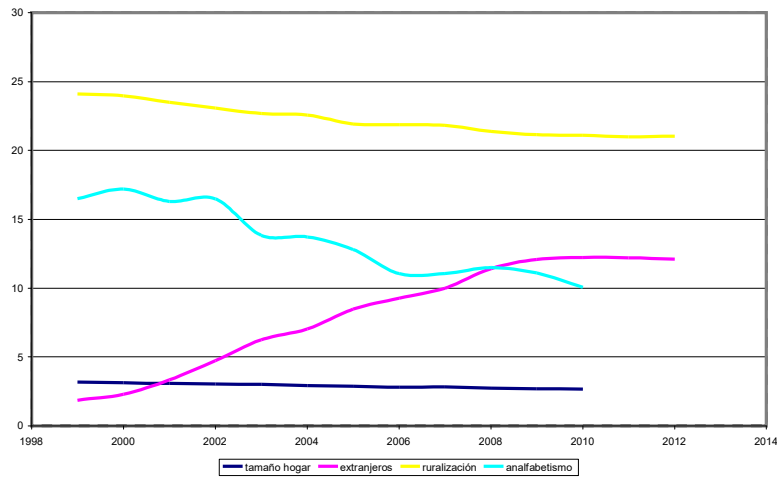
Elaboración en base INE Contabilidad Regional

GRÁFICO 30: ESPERANZA DE VIDA (AL CUMPLIR 65), ENVEJECIMIENTO DEL ENVEJECIMIENTO Y SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES



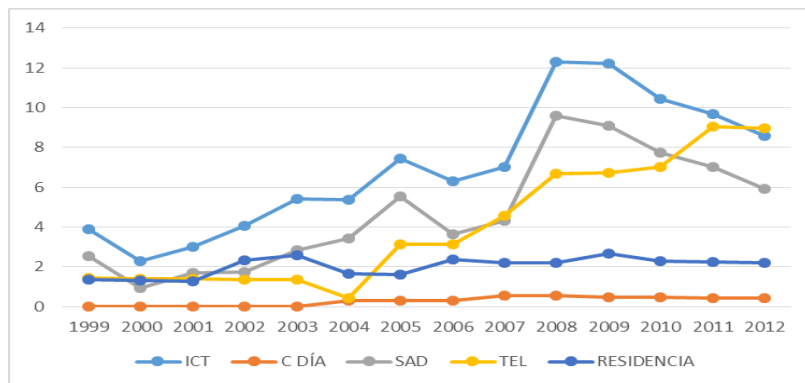
Elaboración en base INE Demografía y Población / Análisis Sociales

GRÁFICO 31: TAMAÑO HOGAR, PORCENTAJE DE EXTRANJEROS, POBLACIÓN RURAL Y AUSENCIA DE ESTUDIOS EN ESPAÑA



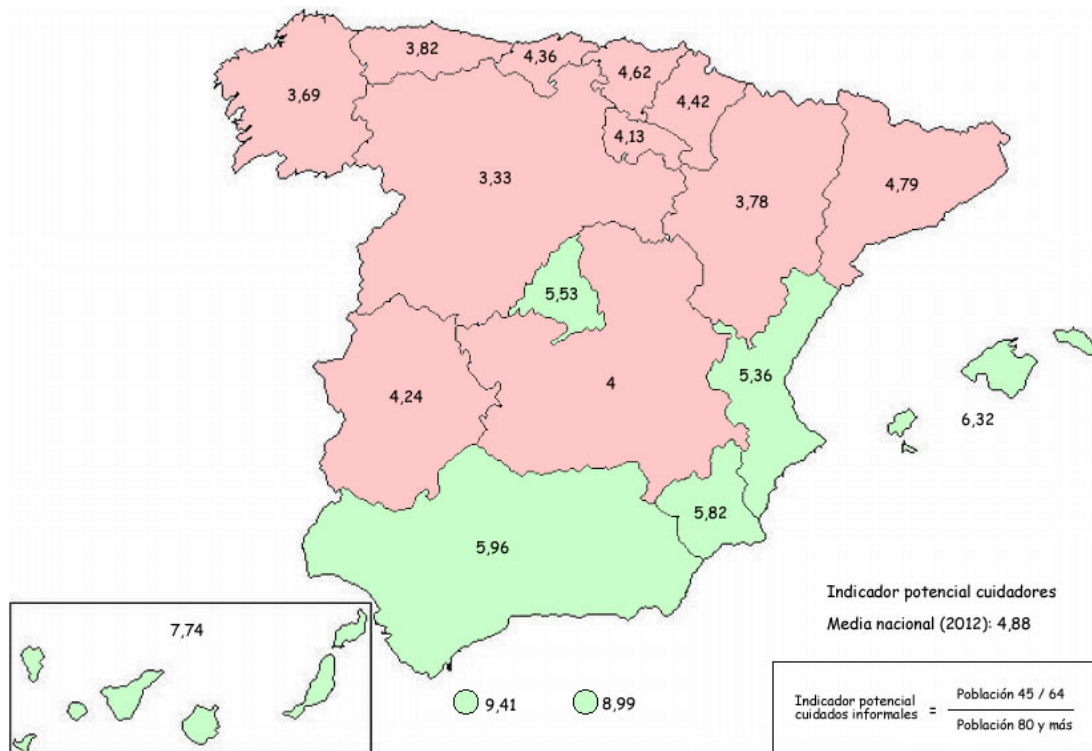
Elaboración en base INE Demografía y Población / Indicadores Sociales

GRÁFICO 32: EVOLUCIÓN ICT, RESIDENCIA, CENTRO DÍA, SAD Y TAD CEUTA



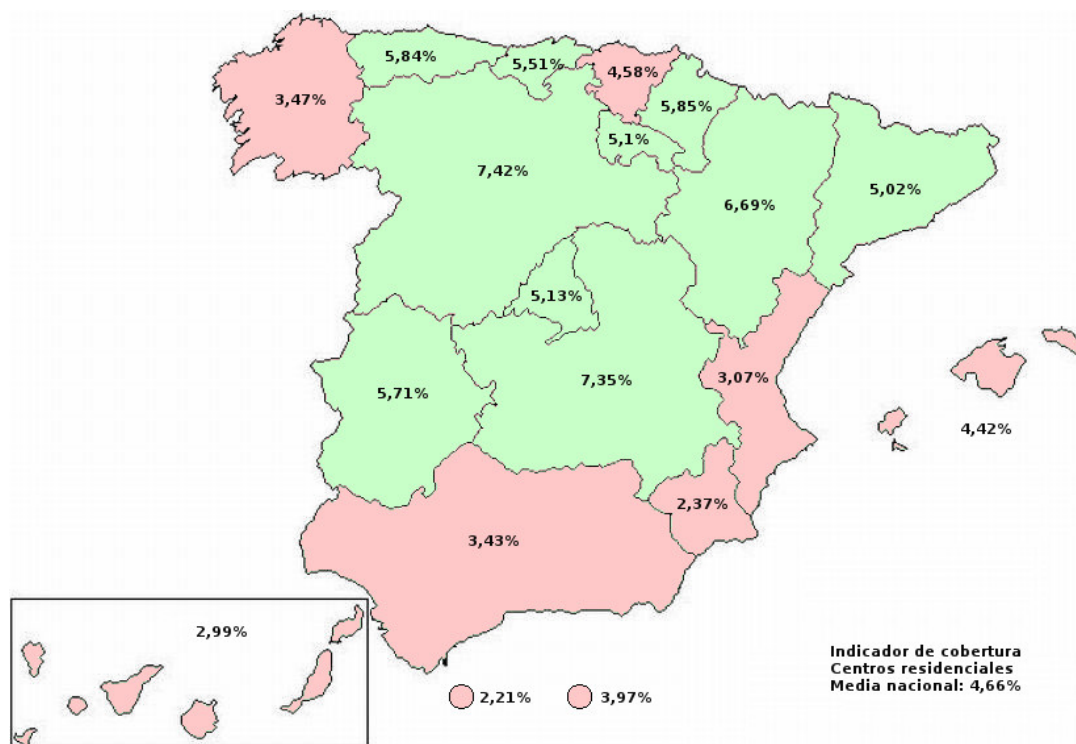
Elaboración en base Informes 2000 / 2012 Las Personas Mayores en España

MAPA 3: INDICADOR POTENCIAL CUIDADORES INFORMALES



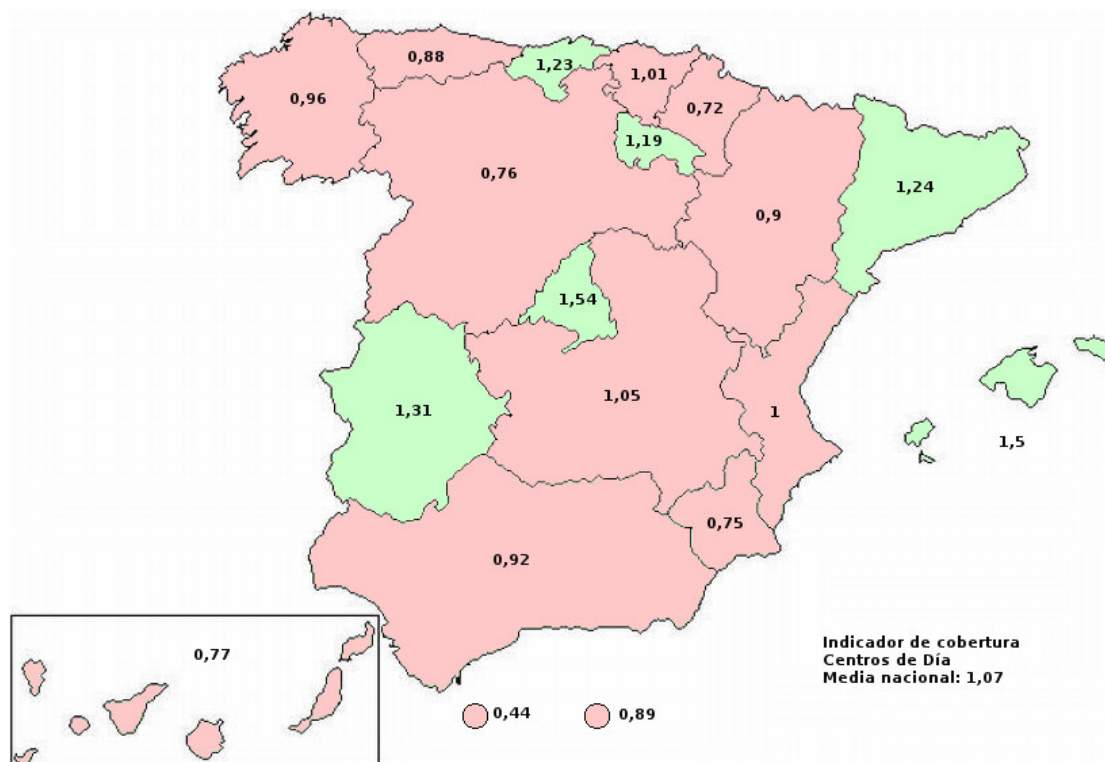
Elaboración en base a INE (2012)

MAPA 4: Indicador cobertura plazas residenciales para mayores España por CC. AA.



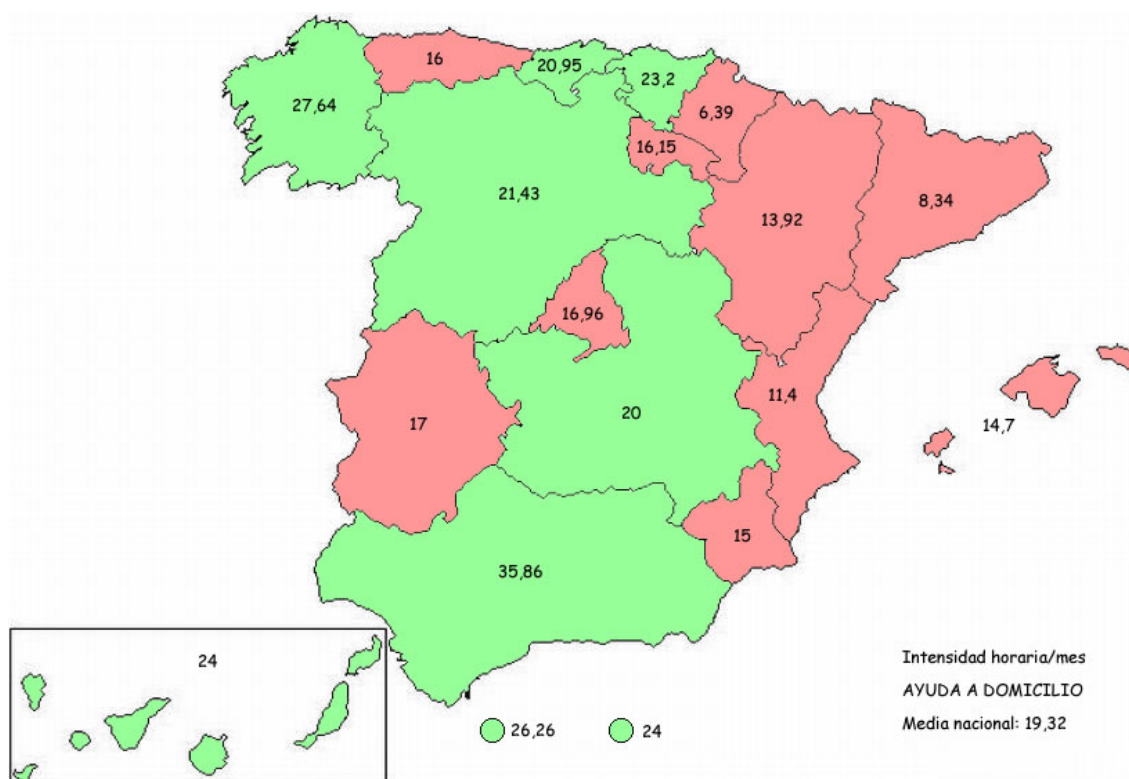
Elaboración en base a IMSERSO / INE (2012)

MAPA 5: Indicador cobertura plazas centro día para mayores en España por CC. AA.



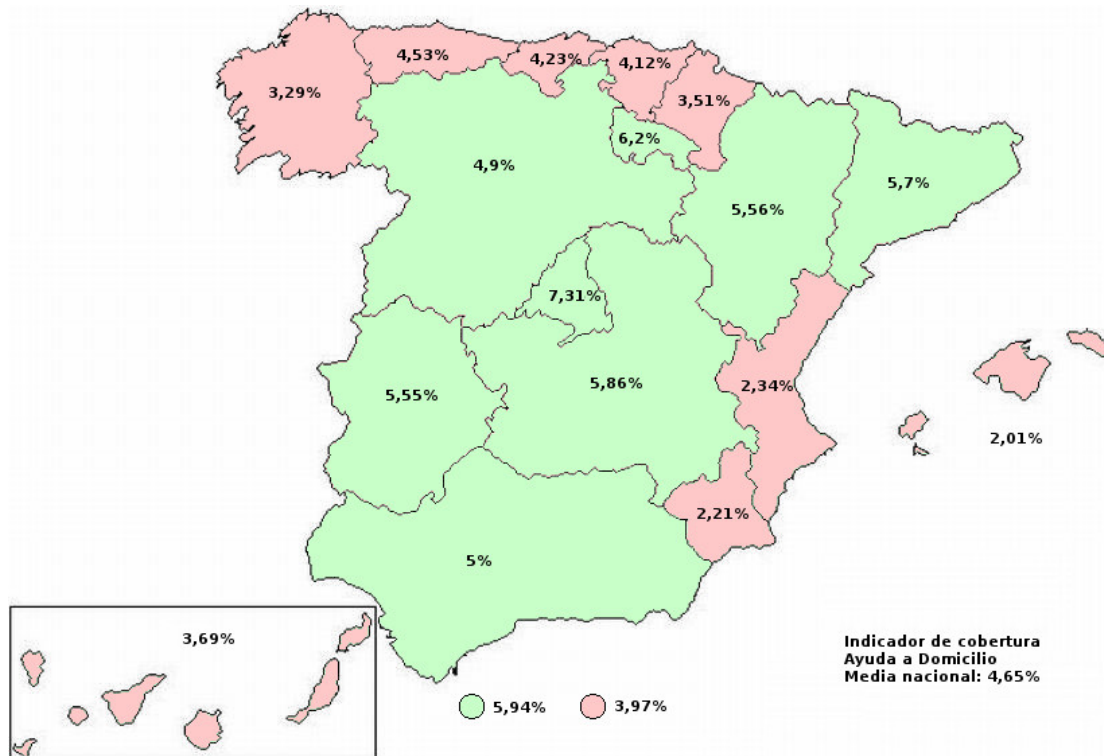
Elaboración en base a IMSERSO / INE (2012)

MAPA 6: Indicador intensidad ayuda a domicilio para mayores en España por CC. AA.



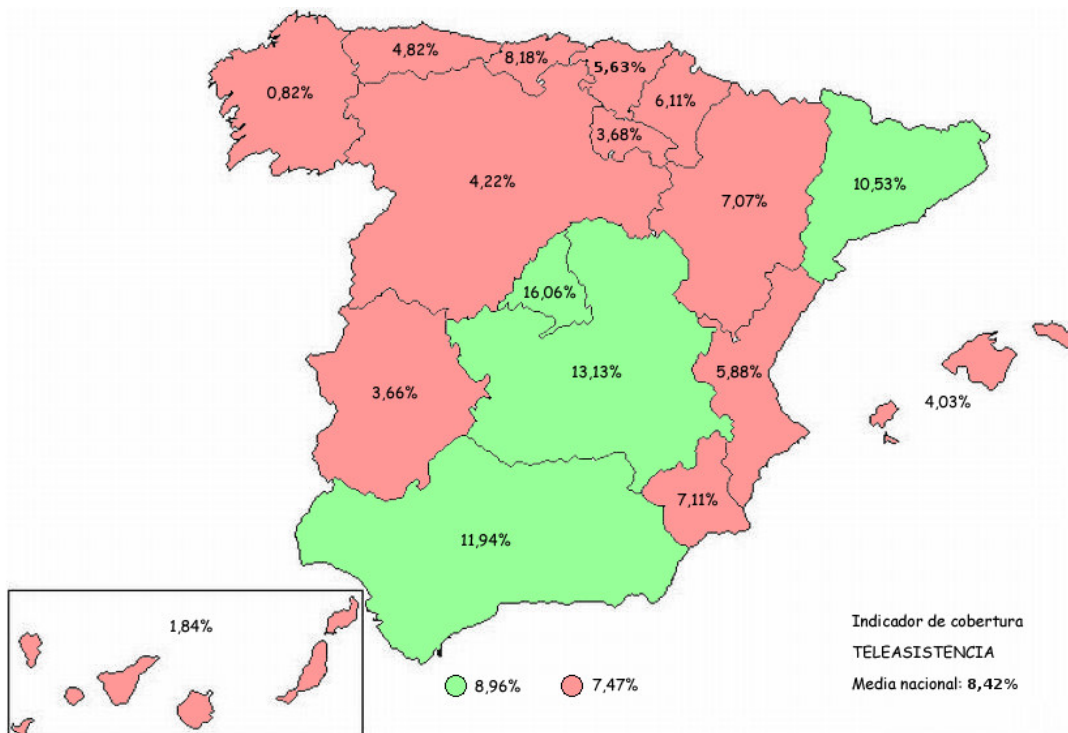
Elaboración en base a IMSERSO (2012)

MAPA 7: Indicador cobertura ayuda a domicilio para mayores en España por CC. AA.



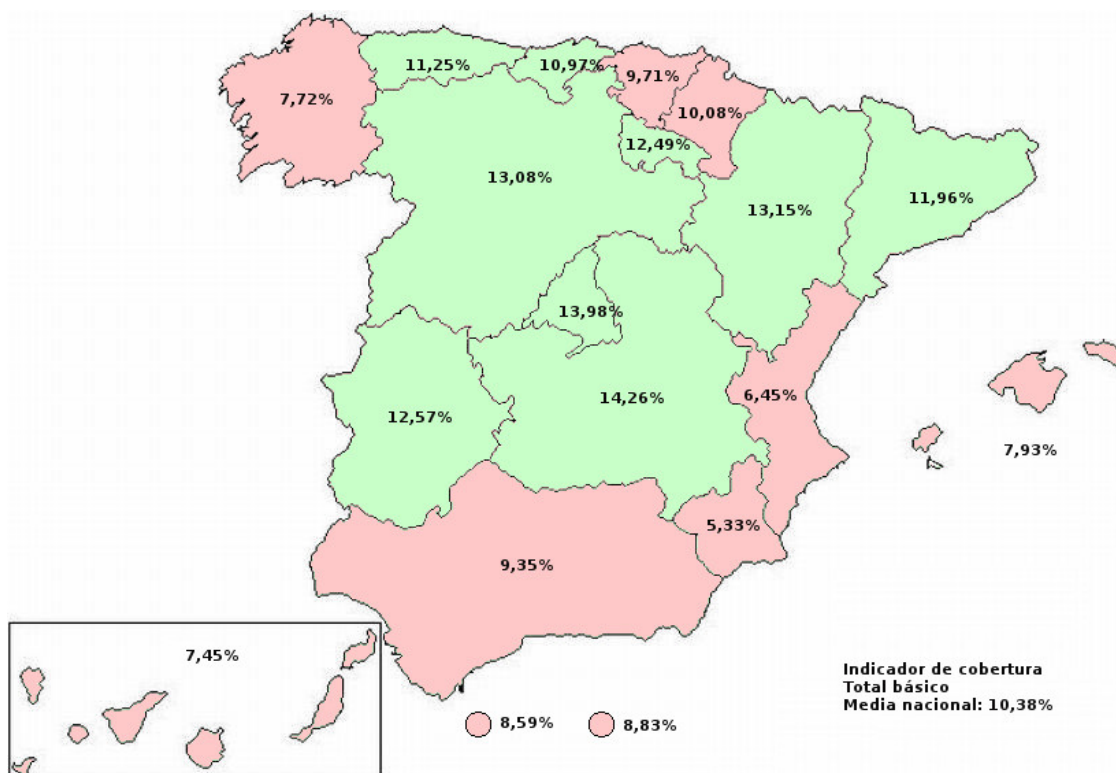
Elaboración en base a IMSERSO / INE (2012)

MAPA 8: Indicador cobertura teleasistencia para mayores en España por CC. AA.



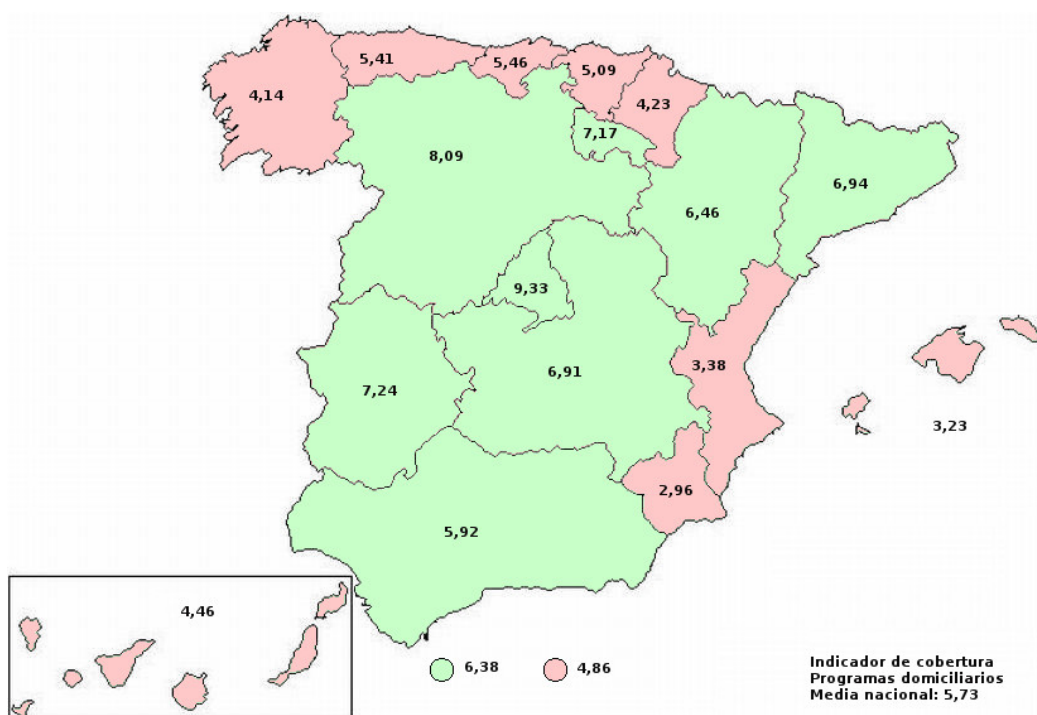
Elaboración en base a IMSERSO / INE (2012)

MAPA 9: Indicador cobertura de atención profesional para mayores en España por CC. AA.



Elaboración en base a IMSERSO / INE (2012)

MAPA 10: Indicador cobertura de programas domiciliarios para mayores en España por CC. AA.



Elaboración en base a IMSERSO / INE (2012)