

Scripta Nova

REVISTA ELECTRÓNICA DE GEOGRAFÍA
Y CIENCIAS SOCIALES

Universidad de Barcelona.
ISSN: 1138-9788
Depósito Legal: B. 21.741-98
Vol. XX, núm. 535
1 de mayo de 2016



Vulnerabilidad sobrevenida en personas en situación de dependencia en España

Yolanda María De La Fuente Robles
Universidad de Jaén
ymfuente@ujaen.es

Eva María Sotomayor Morales
Universidad de Jaén
esotoma@ujaen.es

María del Carmen Martín Cano
Universidad de Jaén-España
mmcano@ujaen.es

Vulnerabilidad sobrevenida en personas en situación de dependencia en España (Resumen)

La situación de crisis que atraviesa el Estado de Bienestar en España, coloca a determinados grupos de población en situación de vulnerabilidad e indefensión extrema, como son las personas en situación de dependencia (personas mayores y personas con discapacidad), a pesar de contar con un novedoso marco legal de aplicación en todo el territorio nacional, que venía a corregir las desigualdades territoriales.

En este artículo se analiza el proceso de disolución encubierta de un sistema de protección en un marco demográfico de máxima complicación debido a la tendencia del envejecimiento de la población en los países desarrollados, realizando una serie de propuestas con el objeto de que la nueva agenda de recortes en política social no implique retroceso en derechos cívicos y privatización de servicios públicos asistenciales, recayendo nuevamente en las mujeres la responsabilidad de ser las sustentadoras en la sombra del estado de bienestar

Palabras clave: Vulnerabilidad, Dependencia, Autonomía, Derecho Subjetivo

Strroken vulnerability in people in a dependent situation in Spain (Abstract)

Crisis situation is devastating Spanish Welfare State and placing certain population groups in a vulnerability and extreme defenselessness situation, as the case of people in a dependent

Recibido: 17 de diciembre de 2013
Devuelto para revisión: 26 de enero de 2015
Aceptado: 2 de julio de 2015/

situation (elder and disabled people), in spite of counting on an innovative legal framework with implementation in all national territory that pretended to correct regional inequalities and different protection levels. In this paper, we analyze the process of the concealed dissolution of a protection system in a demographic framework of a maximum difficulty due to the tendency towards aging in developed countries.

We carried out different proposals with the aim that the new agenda of social policy budget cuts do not imply a backward movement in civic rights and the privatization of welfare public services, women relapsing again the responsibility of being the nurturers in the shadow of the welfare state.

Key words: Vulnerability, Dependent, Autonomy, Subjective Right

La aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), supuso la irrupción de la modernidad en el marco jurídico de la protección social, e impulsó la modificación de normativas autonómicas, como ha sido el caso de las Leyes de Servicios Sociales, obligándolas a adaptarse a los tiempos y ejerciendo un papel nivelador y armonizador en todo el territorio nacional, creando un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones, que eran fruto de la década de los ochenta, se convirtió en el marco para una consolidación definitiva del cuarto pilar del Estado de Bienestar.

La política social se acerca así progresivamente a la ciudadanía mediante el proceso de descentralización competencial que ha tenido lugar en esta materia en las tres últimas décadas, lo que posibilita a las entidades autonómicas la asunción de competencias en materia de asistencia social. Una vez aprobados los estatutos de autonomía, que atribuyeron formalmente la responsabilidad en materia de servicios sociales a las comunidades autónomas, fueron surgiendo las diferentes leyes autonómicas de servicios sociales.

El primer grupo de leyes se gestó entre 1982 y 1992, siendo la primera la del País Vasco y la última la de Cantabria, iniciándose una segunda etapa en la legislación autonómica en materia de servicios sociales a partir de 2006. La aprobación de la LAPAD ha marcado un punto de inflexión en las leyes de servicios sociales, pasando a ser consideradas las de posterior aprobación como de “segunda generación”.

La LAPAD, supuso una importante transformación para la Política Social española, reconociendo la atención a las personas en situación de dependencia como un derecho subjetivo y por ende legalmente exigible, lo que supuso un avance hacia la consolidación de la defensa de los derechos sociales como derechos humanos inalienables a la condición humana. Hasta la entrada en vigor de la LAPAD en España, a diferencia de otros países europeos, no se había regulado específicamente la atención a las personas en situación de dependencia, de tal forma que por parte de las Administraciones Públicas, las necesidades de las personas mayores, y en general de los afectados por situaciones de dependencia, han sido atendidas hasta ahora, fundamentalmente, desde los ámbitos autonómico y local, y en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, en el que participa también la Administración General del Estado y dentro del ámbito estatal, los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad y para Personas Mayores. En definitiva, la aprobación de la LAPAD marcaba el camino hacia la total superación del modelo

asistencialista ligado a la insuficiencia de recursos y a la coyuntura presupuestaria, para dar paso a un modelo de protección universal situando a España entre los países más avanzados en materia de protección social a través del reconocimiento de un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía, universal y perfecto.

Sin embargo, la situación de crisis económica ha dado al traste con dicha superación demostrando que el cuarto pilar del estado de bienestar que venía a acompañar al sistema sanitario, sistema de pensiones y al sistema educativo, adolece de las garantías continuistas con la que fue creado. Pero a pesar de las coordenadas que establece la Ley, el SAAD, actualmente por los motivos anteriormente señalados, tiene muy difícil la promoción de la autonomía personal, provocando la inexistencia de calidad de vida de todas las personas implicadas, dependientes, personas cuidadoras y familias.

Los nuevos patrones sociales de la dependencia

La dependencia no es únicamente un concepto médico ni un problema de salud, sino sobre todo un problema social. La preminencia del modelo médico a la hora de afrontar tanto el envejecimiento como la discapacidad desvía la atención de la compleja naturaleza del problema y, por tanto, de las soluciones al mismo. Éstas hay que buscarlas no únicamente en las raíces de los problemas de salud sino, sobre todo, en las circunstancias sociales, económicas y físicas del entorno que habita la persona dependiente.

Normalmente se suele usar equitativamente los términos “dependencia” y “discapacidad”, cuando son dos conceptos diferentes, no obstante es cierto que la dependencia está creada por un grado alto de discapacidad. Con todo, no todas las personas con discapacidad son dependientes, ni tampoco todas las personas dependientes lo son por una discapacidad¹.

A pesar de todo, la autonomía de la persona en la toma de decisiones sobre su propia existencia constituye la meta por excelencia de todas las normativas, manifiestos y convenciones aprobadas por organismos nacionales e internacionales. Con este fin se defiende la prioridad de las políticas activas que llevan a la autosuficiencia económica y la participación en la vida de la comunidad, y el reconocimiento del protagonismo individual y colectivo en la solución de sus propios problemas.

Este compromiso social viene aguijoneado por las demandas de los propios afectados que ya no se contentan con ser pasivos receptores de políticas y programas diseñados por otros, sino que demandan convertirse en protagonistas de esos diseños y de su desarrollo posterior. No sólo se piden pensiones y prestaciones sanitarias, sino que solicitan más formación, apoyo al empleo, ayudas técnicas, servicios de asistencia a domicilio, apoyo a las familias, etc. Piden “calidad de vida” para ellos y para sus familias, lo que se traduce en la autonomía deseada. Se trata de un planteamiento más respetuoso de los derechos de las personas, a ser asumido también por el sistema educativo tanto en la formación de las personas a él confiadas como para sensibilizar a toda la sociedad sobre la necesidad de cambios sociales que posibiliten el respeto de los derechos de todas las personas, más allá de las limitaciones personales. En sociedades más accesibles y acogedoras de las personas, más allá de las limitaciones, las personas con discapacidades se desenvolverán con más libertad y autonomía²

¹ López y Ruiz, 2013, p.4

² Vega, 2007

Por todo ello, no podemos olvidar que el principal reto del estado de bienestar en las sociedades actuales es reconstruir redes de interacción social y los mecanismos de cohesión en el marco de la economía global actual, ya que para la defensa del Estado de bienestar no se puede entronizar el inmovilismo, sino que hay que transformar las instituciones para generar mayor cohesión social y hacer posible el crecimiento económico.

Este es el nuevo papel que se requiere de los poderes públicos, que sea capaz de convertirse en un estado dinamizador de la actividad económica y social para el mayor bienestar de la ciudadanía. En este sentido, si bien en el marco actual de crisis económica y ajuste fiscal se han planteado críticas y ha habido una importante ofensiva para dismantelar los sistemas de protección tradicionales, nadie ha sido capaz de ofrecer un modelo alternativo mejor. Ni los neoliberales con su estado mínimo, ni los defensores de una alternativa radical a la economía de mercado cuentan con apoyos relevantes para articular un cambio viable que mantenga la justicia y equidad social³.

Como señalaron Joan Subirats, Ricard Gomà y Joaquim Brugué en su estudio *Análisis de los factores de exclusión social*, es necesario destacar la existencia de tres mecanismos que operan, como determinantes clave de la magnitud y estructura de la exclusión en España, estos son *la fragmentación tridimensional de la sociedad*, lo que supone la transición hacia una estructura social mucho más compleja y fragmentada, caracterizada por lo menos en tres planos:

- a) la diversificación étnica derivada de emigraciones de los países empobrecidos, generadora (a falta de políticas potentes de interculturalidad) de un escenario de precarización múltiple (legal, económica, relacional y familiar) de un buen número de colectivos inmigrantes;
- b) la alteración de la pirámide de edades, con incremento de las tasas de dependencia demográfica, a menudo ligadas a estados de dependencia física; y
- c) la pluralidad de formas de convivencia familiar con incremento de la monoparentalidad en capas populares.

La erosión del modelo patriarcal, junto a la debilidad de las políticas de educación infantil y de atención a la vejez, y junto a las aún fuertes dificultades de articulación entre familia y empleo de calidad, propician nuevas dinámicas de riesgo social en amplios colectivos de mujeres, sin olvidar *El impacto sobre el empleo de la economía postindustrial y el déficit de inclusividad del Estado de Bienestar*, operando como un tercer factor clave. Y lo hace en un mínimo de dos planos. Se han ido consolidando, por una parte, *fracturas de ciudadanía* a partir del diseño poco inclusivo y en ocasiones del fracaso implementador de las principales políticas clásicas de bienestar. En definitiva, se plasma en la realidad el carácter multifactorial y multidimensional de la exclusión⁴.

En términos interpretativos, es preciso señalar la interrelación y la retroalimentación de dichos factores entre sí. Es decir, los procesos de inclusión-exclusión serán la resultante de la combinación y acumulación de determinados factores a lo largo de las trayectorias personales y vitales, marcadas, además, por la pertenencia a los colectivos estructuralmente más vulnerables, en este caso las personas en situación de dependencia. Sin olvidar, como señalaba el Libro Blanco, que la Dependencia recorre toda la estructura de edades de la población, apareciendo en cualquier momento de la vida, estando presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las

³ Fernández, 2002

⁴Subirats, Gomà y Brugué, 2005

personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de senescencia.

La atención a la dependencia en España: del asistencialismo al reconocimiento del derecho

Actualmente, en cuestión de política social, uno de los mayores retos a los que se enfrentan los países desarrollados es la atención a personas en situación de dependencia, ya que, al ser especialmente vulnerables, necesitan de una ayuda especial que les permita el pleno ejercicio de sus derechos, como así señalan las Organizaciones Comunitarias e Internacionales, a través de informes, recomendaciones y normativas⁵. Obviamente, la atención a personas dependientes no es algo nuevo, sino que se ha venido haciendo a lo largo del tiempo, ya que, la necesidad de cuidados en determinadas etapas de la vida (infancia, vejez y/o discapacidad permanente o transitoria) “forma parte de las actividades reproductivas de toda sociedad”⁶.

Ahora bien, las respuestas han tenido distintos enfoques en función del momento histórico en que se sitúan. Así, hasta fechas relativamente recientes, esta necesidad ha sido cubierta en el ámbito familiar y, ocasionalmente, por el Tercer Sector, mientras que el Estado sólo respondía de modo asistencialista en casos de extrema pobreza y/o ausencia total de redes familiares. Del mismo modo, la ubicación geográfica también tiene mucho que ver en cómo se responda a dicha necesidad, de ahí que existan, dentro del ámbito comunitario distintos modelos de atención a la dependencia.

Ciertamente, dentro del abanico de modelos de atención a la dependencia, con las pertinentes variaciones nacionales, en general, hasta principios de los años 70 del siglo pasado, en que los modelos nórdicos comienzan a dar una respuesta institucional al problema, la gestión de los cuidados a personas dependientes se ha considerado como un asunto del ámbito privado, recayendo éstos casi exclusivamente en las mujeres del entorno familiar, algo que todavía, a pesar de los avances logrados, sigue persistiendo.⁷ En este sentido, las nuevas características sociodemográficas⁸ hacen que la cuestión de la dependencia se configure como una imperante necesidad social susceptible de protección en España, pasando a ser considerado una responsabilidad socio-gubernamental.

Obviamente, todas las personas en un momento u otro de la vida somos dependientes, si bien existen colectivos con más necesidad de ayuda que otros (personas mayores, personas con discapacidad física, psíquica o funcional; personas con alguna enfermedad terminal, etc.), no es algo nuevo, de hecho, la trayectoria de políticas de discapacidad en la Unión Europea en los últimos años viene siendo intensa, ya que las mencionadas variables sitúan a la dependencia como un problema social de primera dimensión⁹.

⁵ Martín, 2013, p 185

⁶ Rodríguez, 2011, p 14.

⁷ Rodríguez, 2011

⁸ Disminución de número de hijos, incorporación de la mujer al mundo laboral, mayor esperanza de vida, cambio en los modelos familiares, etc. Para más información, véase: Berghman, 2000; Aznar, 2001; Rivera, 2001; Blasco, 2003; Mercadez y Muñoz, 2004; Kahale, 2011, Rodríguez, 2011.

⁹ Rodríguez, 2000, Molina 2006

Conceptualización

Antes de abordar el perfil demográfico de la población española en situación de dependencia, así como de las políticas llevadas a cabo para dar respuesta a sus necesidades, consideramos de rigor realizar previamente un breve repaso conceptual que nos sitúe en la materia en cuestión, ya que, a nuestro entender, cualquier análisis sobre las personas con discapacidad, dependientes o no, no está fielmente respaldado sin una clara definición y cuantificación de los conceptos empleados. Así, es importante distinguir entre las nociones de discapacidad y dependencia, de las cuales podemos encontrar un amplio abanico de definiciones, entre otras, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), de la OMS publicada en 1980:

Deficiencia: Pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía¹⁰: Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales. Discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

A raíz de esta categorización se elaboró la “Carta para los años 80”¹¹, en la cual se conjugaban las definiciones de la CIDMM con objetivos por desarrollar, ampliándose en 1983, por el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, en el siguiente programa de actuación:

Cuadro 1.
Clasificación del Programa de Acción Mundial para Personas con discapacidad (1983) en relación a las definiciones de la CIDMM

DEFICIENCIA	PREVENCIÓN Medidas para impedir que se produzcan deficiencias o que se agraven las que ya existan.
DISCAPACIDAD	REHABILITACIÓN Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales
MINUSVALÍA	EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES Proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad se hace accesible a todos. Medio físico, cultural, laboral, social, educación

Fuente: AUPA, 2005

¹⁰ Esta noción ha quedado prácticamente en desuso debido a su connotación peyorativa (menos válido o menor valía), por lo que, desde el movimiento asociativo así como desde los ámbitos públicos se ha fomentado el uso generalizado de la terminología “personas con discapacidad”.

¹¹ La Carta fue elaborada en el XIV Congreso de Rehabilitación Internacional celebrado en Winnipeg, Canadá.

Esta categorización fue modificada en 2001 a raíz de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad (CIF) realizada por la OMS.

Así, la nueva clasificación, actualmente vigente, implanta una novedosa concepción de la discapacidad en función de las limitaciones en la actividad y la participación de las personas en la sociedad. Esto es, contempla la discapacidad como “una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve”¹²

Cuadro 2.
Modificaciones definitorias (2001) en relación a la CIF.

CIDMM	DEFICIENCIAS	DISCAPACIDAD	MINUSVALÍA
CIF	DEFICIENCIAS Problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o pérdida.	LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades	RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales

Fuente: AUPA, 2005

Por ello, siguiendo a diversos autores¹³ la discapacidad la podríamos definir como la dificultad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, habituales para personas de edades y situación sociocultural parecidas, incluyendo dos vertientes: las capacidades personales y las demandas del entorno respecto a las actividades cotidianas. Respecto a la noción de dependencia, el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua la define, entre otras acepciones, como “situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. Por otro lado, el Consejo de Europa, en su recomendación No R(98)9, la define como: "Un estado en el que personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diaria”.

De este modo, en concordancia con la terminología propuesta por la CIF en relación al funcionamiento y la discapacidad de las personas con una determinada condición de salud, se podría definir dependencia como “La situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad”¹⁴ Así, la dependencia, al igual que la discapacidad, debe entenderse desde un prisma universal ya que todas las personas, como apuntábamos en un principio, en algún momento de su vida, en mayor o menor medida, pueden encontrarse en esta situación.

Más recientemente, en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se conceptualiza como “Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

¹² Querejeta, 2004, 10.

¹³ Spector y Fleishman, 1998; Puga y Abellán, 2004; Querejeta, 2004; Abellán y Esparza, 2007,

¹⁴ Querejeta, 2004, 18

Así, la dependencia se define en función de la capacidad de las personas de desenvolverse de forma autónoma en tres aspectos fundamentales de la vida cotidiana: el cuidado personal; la gestión doméstica y las relaciones sociales¹⁵. En este sentido, lo que se pretende es conocer las capacidades de las personas en situación de dependencia, de modo que, se les pueda ofrecer las ayudas y recursos necesarios que les permitan desenvolverse con la mayor autonomía posible, en todos los ámbitos de la vida¹⁶.

Tendencias demográficas

Como ya apuntáramos con anterioridad, el fenómeno de la dependencia no es algo nuevo, sino que ha existido a lo largo de la Historia. Sin embargo, la magnitud del problema ha evolucionado radicalmente en las últimas décadas, debido, en parte, al progresivo aumento de la población mayor y de la esperanza de vida, lo que hace que esta cuestión se sitúe en prioritario plano público¹⁷. Obviamente, los cambios demográficos (INE, 2010) que en España se han venido produciendo últimamente, derivan en una significativa transformación de la pirámide poblacional, que apunta, entre otros, a un progresivo e importante envejecimiento de la población. Esto conlleva a un incremento del número de personas con discapacidad ya que, como observamos en el anterior capítulo, la edad es uno de los factores determinantes en la aparición de dicho problema. Asimismo, al tiempo que se incrementa la esperanza de vida se producen sustanciales cambios sociales (incorporación de la mujer al mercado laboral, cambios en la estructura tradicional de familia, etc.), que se traducen en un aumento de demandas de protección social y atención a las personas en situación de dependencia, por lo que los objetivos de las instituciones públicas y sociales deben ajustarse a la nueva realidad.

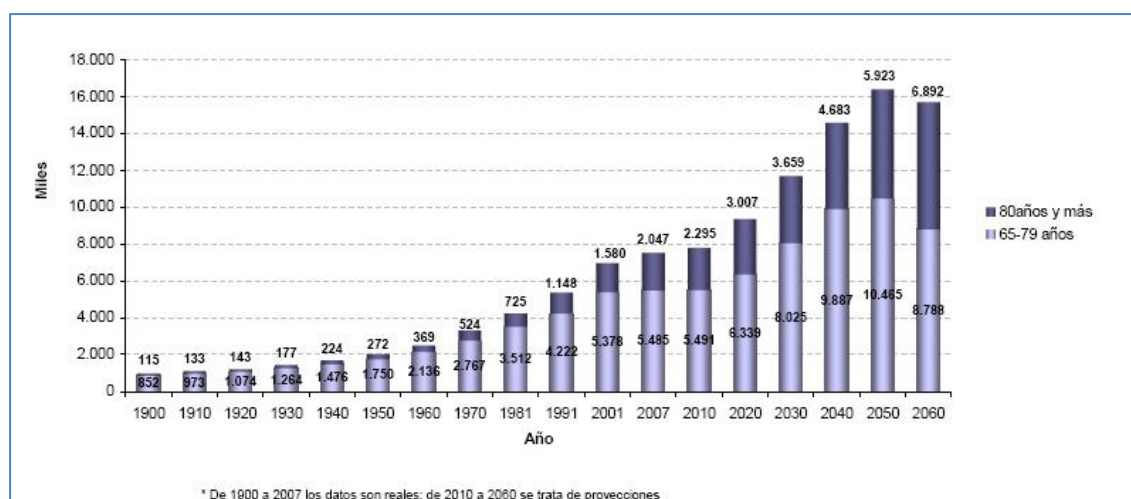
De este modo, para poder dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad, es preciso conocer cuantitativamente sus circunstancias. Por ello, en primer lugar debemos saber cuántas son, en que edades aumenta el riesgo y/o prevalencia de sufrir una discapacidad, quiénes la padecen más mujeres u hombres, etc., datos estadísticos que presentamos a continuación a través de los siguientes gráficos y tablas: A tenor de los datos reflejados en las figuras 1 y 2, las estimaciones de población española mayor de 65 años para la segunda mitad del siglo XXI, superará los 10 millones de personas, por lo que, en consecuencia, aumentará proporcionalmente el número de población dependiente como así se refleja a continuación en el cuadro 3. Este problema se agrava en función del contexto socioeconómico de incorporación de la mujer al mercado laboral en el que surge, ya que ésta ha sido la que, por la división tradicional de roles de género, se ha hecho cargo de la gestión de los cuidados, lo que supone un debilitamiento del cuidado informal dentro del entorno familiar.

¹⁵ Abellán, Esparza y Pérez, 2011,

¹⁶ Rodríguez, 2004; Börsch-Supan, 2005.

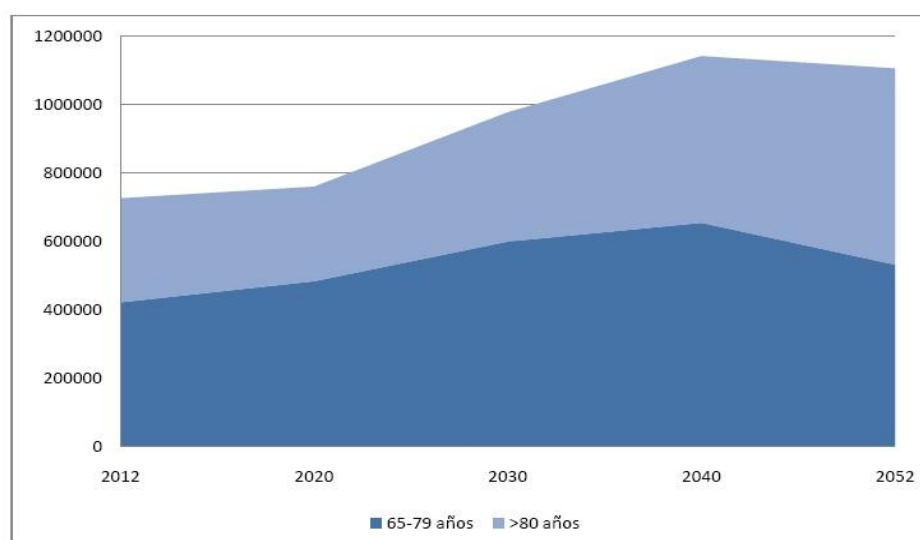
¹⁷ Serra et al, 2008.

Figura 1.
Evolución de la población mayor en España (1900-2060) (miles)



Fuente: INEM 2010, Abellán y Ayala 2012.

Figura 2.
Proyección poblacional por tramos de edad en España (2012-2052)



Los datos de 2012 son reales, a partir del 2020 son proyecciones

Fuente: Elaboración propia a raíz de los datos obtenidos del INE 2015

Cuadro 3.
Población española con alguna discapacidad o limitación por grupos de sexo y edad. (Unidades: miles de personas)

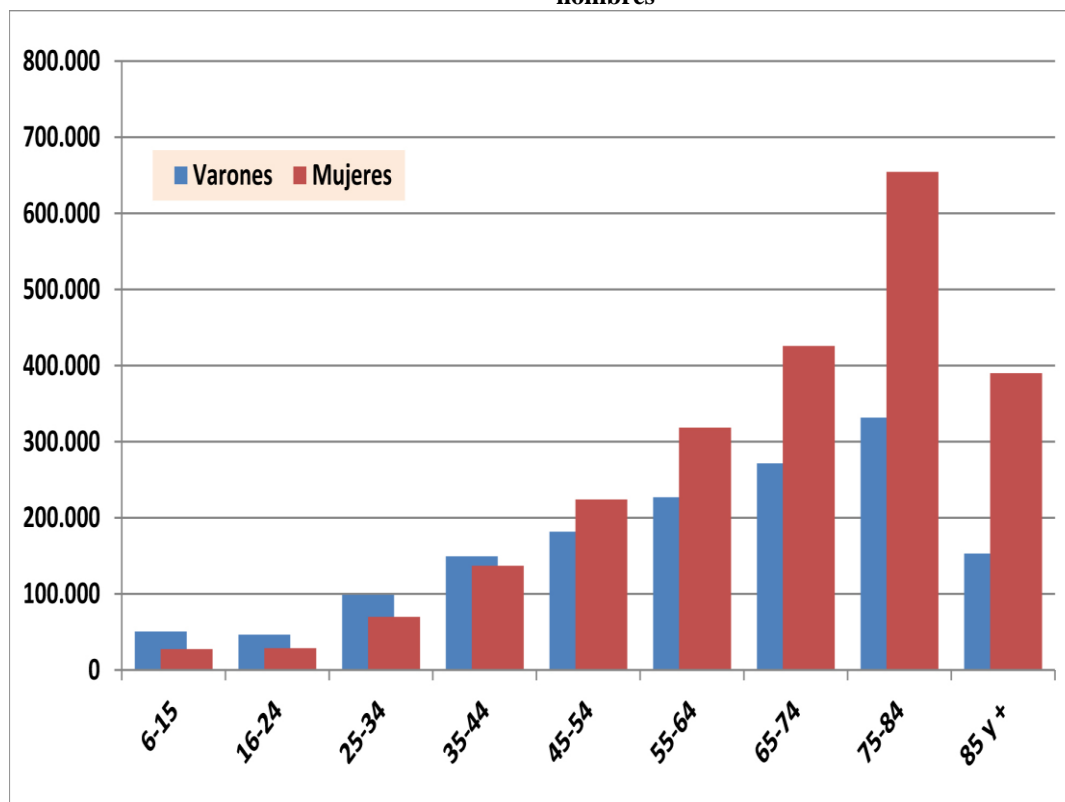
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	3.847,9	1.547,7	2.300,2
De 0 a 5 años	60,4	36,4	24,0
De 6 a 64 años	1.560,4	754,5	805,9
De 6 a 15 años	78,3	50,7	27,6
De 16 a 24 años	75,1	46,5	28,6
De 25 a 34 años	168,7	98,8	69,8

De 35 a 44 años	286,5	149,4	137,0
De 45 a 54 años	406,0	181,9	224,1
De 55 a 64 años	545,8	227,1	318,7
De 65 a 79 años	1.201,3	454,8	746,5
De 65 a 69 años	292,8	124,2	168,6
De 70 a 74 años	404,7	147,5	257,2
De 75 a 79 años	503,8	183,2	320,6
De 80 y más años	1.025,8	301,9	723,9
De 80 a 84 años	482,6	148,6	333,9
De 85 a 89 años	339,8	103,2	236,6
De 90 y más años	203,4	50,0	153,4

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008

Si los datos reflejados en el cuadro 3 los exponemos gráficamente (figura 3), podremos observar con mucha más claridad el progresivo y considerablemente aumento de las distancias entre mujeres y hombres a partir de la franja entre los 55-64 años. Lo que viene a reflejar, la importancia que la variable género tiene, sobre todo conforme avanza la edad, en el análisis de la discapacidad.

Figura 3.
Personas con discapacidad en España: comparación cuantitativa, por tramos de edad, entre mujeres y hombres



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008

Evolución de las políticas de atención a la dependencia en España

A partir de la Constitución Española de 1978, hasta la promulgación de la popularmente conocida como “Ley de Dependencia”, han sido múltiples las medidas desarrolladas para dar respuesta a las necesidades y demandas de las personas en situación de dependencia. De este

modo, el debate actual sobre la necesidad de ofrecer una atención integral a las situaciones de dependencia, no puede realizarse sin referenciar previamente la evolución normativa experimentada en las últimas décadas¹⁸.

Así, observamos que las distintas iniciativas supranacionales en relación a la dependencia, van a suponer un patrón de referencia para la España. De este modo, al tiempo que surgen las primeras declaraciones internacionales, comienza en nuestro país una interrelación con distintos países y organismos que dará lugar a un provechoso intercambio de información, criterios y experiencias en la materia, favoreciendo la evolución instrumental que se refleja en el cuadro 4.

Cuadro 4.
Instrumentos de atención a la dependencia en España: desde la Constitución del 78 a la Ley de Dependencia

1978	Constitución Española (art.2.2,14, 41, 42, 43.2, 49 y 50)
1982	Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)
1986	Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
1987	LEY 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales
1988	Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales
1990	Plan Gerontológico Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas
1994	Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
1999	Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (Art. art. 2.2, 4, 37.5 y 46.3)
2003	Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, define la contingencia de “gran invalidez”.
2006	Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

Fuente: Elaboración propia

¹⁸ Marbán 2009a,

.Como podemos observar en el cuadro 4, el marco normativo que sustentan las políticas atención a las personas con discapacidad en la España contemporánea, se conforma a través de un amplio entramado de normas que comprende prácticamente las distintas ramas del Derecho en su totalidad: civil, laboral, fiscal, penal y administrativo. Así, en cuestión de política social de atención a la dependencia, las reformas llevadas a cabo, las nuevas tendencias institucionales y las nuevas necesidades sociales, culminan en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹⁹ (en adelante, LAPAD).

A tenor de lo establecido en la CE del 78, en materia de políticas específicas de atención a las personas con discapacidad, surge la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (en adelante, LISMI), que vino a regular un amplio abanico de medidas al respecto y que serían desarrolladas posteriormente a través de la legislación estatal y autonómica correspondiente. Cabe destacar, que si bien la LISMI se declinó más hacia las políticas de integración sociolaboral y de eliminación de barreras arquitectónicas, incluye en su articulado las prestaciones económicas y ayudas a tercera persona.

A partir de la LISMI, y hasta finales de los años 80 del siglo XX, siguiendo los múltiples estudios realizados al respecto²⁰, observamos que la atención a las personas en situación de dependencia se desarrolla desde una doble vertiente:

- a) Desde el sistema de la Seguridad Social, a través de su sistema de pensiones.
- b) Desde de los Servicios Sociales, a través de un abanico de servicios que si bien van dirigidos a toda la población tienen aún un marcado carácter asistencial.

No será pues, hasta la aprobación del Plan Gerontológico en 1992, cuando comience a debatirse el impacto económico e institucional que supone el progresivo envejecimiento experimentado en la población española. Así, el Plan no sólo visibiliza los cambios sociodemográficos sino que introduce la perspectiva de género en cuanto manifiesta la carga física, emocional y de renuncia de oportunidades, que supone para las personas cuidadoras, fundamentalmente mujeres, la gestión del cuidado de personas dependientes de su núcleo familiar.

.Así, tras una dilatada etapa de debate, acuerdos sociales y demandas en seno del Pacto de Toledo (2003), y la publicación del Libro Blanco de la Dependencia en 2005, comienza un periodo de casi dos años de debate político que concluye con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) el 30 de noviembre de 2006²¹. De este modo, las personas con discapacidad adquieren un tratamiento jurídico marcado fundamentalmente en dos fechas concretas:

- a) Año 2003, surge una legislación antidiscriminatoria específica en materia de discapacidad
- b) Año 2006, aprobación de la Ley de Dependencia, con el impulso que supone para los servicios sociales de atención a la dependencia.

¹⁹ Casado 2004

²⁰ Defensor del Pueblo, 2000; Sarasa, 2003; Casado, 2004; Navarro, 2005; Fantova, 2008; Marbán, 2009b; Vilá, 2009

²¹ Rodríguez , 2011

Servicios de atención a la dependencia para generar inclusión. Prioridad de servicios formales frente a las prestaciones económicas, oportunidad de creación de empleo

Uno de los efectos más llamativos del desarrollo de los servicios, sociales es el crecimiento del empleo en servicios sociales. Desde el año 1995 hasta 2009, el empleo en servicios sociales casi se ha triplicado y hoy dos de cada cien personas ocupadas en el mercado de trabajo español están en este sector.

Se trata de un tipo de ocupación que en buena medida comparte rasgos del empleo en servicios sociales del modelo europeo. Nuestro modelo de empleo en servicios sociales es intensamente femenino en su composición; tiene una baja tasa de paro, aunque su consecución es reciente en el tiempo; presentando una elevada tasa de temporalidad en comparación con otros sectores productivos; finalmente, un cambio notable es la elevada cualificación educativa de la población ocupada en los servicios sociales con casi un 40 por ciento de personas ocupadas con educación media y superior, siendo la mitad de los ocupados personas con educación secundaria, lo que proporciona una sólida base de partida para la creación de empleo de calidad.

En la construcción de los escenarios de futuro para la política de dependencia, sobre la base de la tendencia del envejecimiento de la población en los países desarrollados, el Libro Blanco de la Dependencia estimaba que la población hasta entonces no protegida mediante recursos formales terminaría siendo cubierta por algún tipo de esquema formal de cuidados asociados a la dependencia, siguiendo un proceso global de cobertura. De esta forma, se generarían nuevos empleos en el sector y se liberaría en los hogares capacidad para el empleo en otros sectores de la economía de aquéllos de sus miembros hasta ahora ocupados en el cuidado informal de sus familiares dependientes²²

A partir de la aprobación de la ley y de la puesta en marcha del proceso de implantación del SAAD, se abrió un nuevo escenario económico y social, mediante la creación de infraestructuras y servicios, que han supuesto la asignación de un importante volumen de recursos presupuestarios adicionales de las administraciones públicas, una importante inversión por parte del sector privado, y la contribución por parte del beneficiario en el coste del servicio²³. Todo ello incide en la creación de decenas de miles de nuevos empleos directos.

Las diferentes opciones de servicios de cuidados que pueden demandar las personas ancianas dependientes, residencias, centros de día, ayuda a domicilio, teleasistencia o atención informal van a depender del grado de severidad de la dependencia que estas personas padezcan. Por otra parte, las necesidades de ofertar trabajo para cubrir estos servicios en centros o domicilios van a depender del volumen de demanda, teniendo en cuenta que una gran parte de la oferta de trabajo corresponde a cuidados realizados en el hogar, generalmente, de la persona dependiente o de sus familiares. Por ello, asimismo, es necesario caracterizar a los cuidadores informales, su probabilidad de participar en el mercado de trabajo en función de sus características y los resultados que, en términos de oferta de trabajo, podrían darse por la transformación de los cuidadores informales en formales.

²² Gómez et al, 2008

²³ Rodríguez y Jiménez 2010

Todo ello conlleva la aparición de expectativas que están afectando a las decisiones de inversión, y el surgimiento de un importante mercado de servicios de provisión pública y privada ante la fuerte demanda que se generará y la insuficiente oferta existente. Supone, además, la consolidación de un nuevo sector de actividad que puede ser motor de crecimiento económico, mejorando la competitividad de nuestro tejido productivo y con un importante impacto económico y social. Destacamos algunos de los efectos de la situación creada con la aprobación de la ley de dependencia desde un punto de vista laboral y su ejecución primando los servicios formales a las prestaciones económicas:

- La creación de empleo es, a medio y largo plazo, uno de los elementos fundamentales de la puesta en marcha de la Ley, pues, por un lado, la atención a las personas en situación de dependencia se concreta fundamentalmente en actividades de cuidados personales y, por otro, en servicios sociales, como reiteradamente señalan la Comisión Europea y otros organismos internacionales. Estos son uno de los sectores más intensivos en trabajo y constituyen uno de los yacimientos de empleo más importantes.
- La inversión en servicios sociales genera importantes retornos económicos (ahorro en prestaciones de desempleo, incremento de la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) e Impuesto de Sociedades (IS) y confirma que el gasto social contribuye de forma importante a la generación de actividad económica y de empleo.
- La optimización de recursos que se opera en la prestación de servicios de cuidado mediante infraestructuras dedicadas específicamente a ello. Por citar un ejemplo, una cama/día en el Sistema Nacional de Salud (*cure*) tiene un coste medio aproximado de quinientos euros. En el SAAD (*care*) este está entre sesenta y noventa euros según tipología y necesidades de atención. Se produce, pues, una importante mejora de la eficiencia del gasto, al reducir o hacer innecesarias las estancias de determinados pacientes en centros de alto coste por la alta cualificación de su personal y la tecnificación de sus instalaciones (hospitales), que podrían ser tratados mediante recursos alternativos.

Para los servicios sociales esta Ley representaba una magnífica oportunidad para su indispensable transformación general en un auténtico sistema de protección, además de una ocasión inmejorable para elevar sus estándares de calidad, sus equipamientos y la formación y condiciones de trabajo de sus profesionales.

Es evidente, por tanto, que el desarrollo de los servicios ligados a la respuesta a las nuevas demandas sociales comporta enormes posibilidades en materia de creación de empleo. Esta oportunidad es la que un estado dinamizador de la actividad económica y social tiene que aprovechar. La apuesta por ampliar el estado de bienestar es también una apuesta por el empleo. Es muy improbable que España pueda resolver su problema estructural de desempleo sin una expansión notable de su sistema de bienestar y, en concreto, del sector de los servicios sociales, en el que el diferencial en relación con los países más desarrollados es mayor²⁴. En definitiva, la inversión en servicios formales de atención a la dependencia redundan en el fomento de una fuente de empleo no deslocalizable de riqueza en un contexto de crisis económica y de necesidad de cambio hacia un modelo económico y social sostenible.

²⁴ Rodríguez y Jiménez, 2010:8-24

Otra oportunidad de mejora. Reforzando la coordinación sociosanitaria y la elaboración del estudio individualizado de atención

El escenario surgido tras la aprobación de la LAAD, ha supuesto un importante cambio en el contexto de la atención sociosanitaria, lo que supone una oportunidad excelente para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario. Para ello se requiere una acción decidida del sistema de salud para complementar, desde la atención sanitaria, un marco de atención a la dependencia y a las necesidades de apoyo para la autonomía personal que, sin ella, no estaría completo.

Las contribuciones que, desde el sector de la salud, pueden hacerse para afrontar los desafíos y aprovechar las oportunidades que ha abierto este nuevo escenario son: Prevención, detección precoz, atención temprana y rehabilitación y la construcción del espacio sociosanitario²⁵. Pero el problema de la falta de coordinación entre las actuaciones sanitarias y sociales es un tema que se ha situado en el primer plano de los debates sobre la atención a las personas dependientes en todo el mundo. Por ello, los autores destacan que la necesidad de establecer mecanismos de colaboración y coordinación entre los sistemas social y sanitario ha llevado a países con una larga y modélica tradición en el cuidado de las personas en situación de dependencia a plantearse una revisión en profundidad de sus sistemas de atención.

Este ha sido el caso del Reino Unido, con la creación de la “*Royal Comisión on Long Term Care*”; Francia a raíz de los desastrosos efectos de la ola de calor en el verano de 2003; Holanda, Dinamarca y Suecia también han abordado reformas en profundidad dirigidas a distribuir de una forma más racional las responsabilidades de los sistemas social y sanitario al acometer las situaciones de dependencia.

En el marco del proyecto de investigación internacional “*Proporcionar una Asistencia Sanitaria y Social Integrada a las Personas Mayores*” (PROCARE), cofinanciado por el V Programa Marco de la Unión Europea, se han analizado los modelos de atención sociosanitaria en Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido. Las principales conclusiones de esta investigación comparativa son las siguientes²⁶:

- Las reformas para integrar los servicios sanitarios y sociales deben fundamentarse en la integración de los sistemas de financiación y en la superación de las barreras institucionales entre los servicios sanitarios y de asistencia social, y entre la asistencia social y no profesional.
- El reconocimiento geriátrico y la evaluación pluridimensional son fundamentales.
- El objetivo debe ser la asistencia integrada de todos los recursos que atiendan a un mismo paciente.
- Los programas de innovación promovidos por el gobierno central pueden estimular las iniciativas privadas y locales.
- La existencia de puntos focales para asesorar, informar y ayudar es útil para apoyar a los clientes en la clarificación de sus necesidades de asistencia y para mejorar la coordinación entre las diferentes organizaciones.

²⁵ Jiménez y Zabarte, 2008

²⁶ Jiménez, 2008: 161-165

Como señala Gómez (2008), la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales para garantizar la continuidad en los cuidados requiere llegar a un consenso sobre una serie de cuestiones, entre las que se encuentran: la implantación de unas estructuras estables de coordinación, la sectorización social y sanitaria, el establecimiento de protocolos y circuitos de derivación, un sistema único de información, unos instrumentos comunes de evaluación y cambios en la cultura de la atención. En todo caso, deben considerarse prioritarios aspectos tales como: el incremento de recursos sanitarios y sociales, la formación en gerontología y geriatría de muchos profesionales que no cuentan con conocimientos específicos en las patologías específicas de estos dependientes, la dignificación de la actividad profesional relativa a la atención a las personas dependientes y la ordenación de la financiación, determinando las participaciones respectivas del sistema sanitario, de los servicios sociales y de los usuarios.

Hoy en día, las políticas sanitarias deben de centrarse no solo en curar (medicina tradicional), sino también en cuidar (medicina sociosanitaria) pero sobre todo es necesario integrar o unificar una serie de cuestiones (historia clínica, recursos y financiación) en un solo modelo de gestión. En este sentido, las principales ventajas derivadas de la integración sociosanitaria son mejorar la velocidad de respuesta a las necesidades del individuo, simplificar el proceso de toma de decisiones al estar éstas concentradas en grupos más reducidos de expertos, facilitar un uso racional de los recursos, reducir los fallos de comunicación y conseguir un aumento de la satisfacción de los usuarios²⁷.

Se ha constatado que la coordinación sociosanitaria en España es posible²⁸. Así se ha demostrado en áreas tales como la atención a las personas mayores dependientes (Extremadura, Cataluña, Navarra, Galicia y Aragón), la atención a las personas con enfermedad mental (Andalucía, Castilla y León y Madrid), y en la atención a los menores de tres años en situación de dependencia o con riesgo de padecerla (Cantabria y Andalucía). No obstante, en un sistema de gestión descentralizada como el nuestro, la construcción de la coordinación o integración de servicios puede tener una gran variabilidad. Destacan los siguientes condicionantes a tener en cuenta:

1. El aumento de la demanda de cuidados profesionales en el ámbito social y en el ámbito sanitario para hacer frente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia obliga a buscar nuevas fórmulas de abordar la respuesta sociosanitaria que, en este contexto, ocupa un lugar prioritario.
2. Identificamos la coordinación sociosanitaria como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas social y sanitario, con el fin de ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención social y sanitaria que se presentan simultáneamente en las personas en situación de dependencia”.
3. El concepto de coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar la continuidad de cuidados.
4. Existe una gran diversidad de iniciativas, documentos y planificaciones en el ámbito de la coordinación y atención sociosanitaria. En unos casos han sido promovidos desde la Administración General del Estado, en otros por las administraciones autonómicas o locales, y, en ellos, pueden haber participado o no las organizaciones sociales.

²⁷ Fernández, 2012

²⁸ Según las conclusiones de las Jornadas tituladas “Buenas prácticas en la coordinación sociosanitaria”, celebradas en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo del 6 al 8 de septiembre de 2010. Más información en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/conclusiones_uimp.pdf,

5. La no coincidencia de los mapas de recursos sociales y sanitarios es un problema que generalmente se manifiesta al analizar el modo cómo se organiza la prestación sociosanitaria.

6. El importante esfuerzo realizado en el incremento de los recursos sociosanitarios, junto a los acuerdos alcanzados y las buenas prácticas que potencian su cobertura, nos permite avanzar más y de forma global en la articulación de estrategias de coordinación que garanticen la continuidad y la calidad en los cuidados a las personas en situación de dependencia.

7. La coordinación sociosanitaria nace del reconocimiento de las competencias que tienen atribuidas, en materia sanitaria y social, las distintas administraciones públicas: estatal, autonómica y local. El principio de equidad debe presidir todas sus actuaciones. Se estima como necesidad complementaria un acuerdo de mínimos entre ellas en este ámbito de la atención sociosanitaria.

En este contexto, desde el Ministerio de Sanidad y Política Social se elaboró el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (2011). Este documento, recoge las líneas estratégicas necesarias para establecer una coordinación eficaz, todo ello implicará cambios en las organizaciones redefiniendo inicialmente, los valores que deben inspirarlos: la implementación de un sistema eficiente que asegure una adecuada atención integral, será resultado de una efectiva la coordinación entre ambos sectores y ello deberá ser asumido por parte de todos los agentes implicados en cada proyecto, cada programa y cada proceso asistencial que afecte a personas en las que coexistan enfermedades crónicas y dependencia.

En parte, muchas creencias y concepciones históricas que se arrastran han venido marcando la diferencia entre el sector social y el sanitario. Hoy día, ambos son sistemas proveedores de servicios, sujetos a derecho, que deben tender a su complementariedad para ofrecer una atención de calidad. Y es que, las diferencias tradicionales entre los distintos servicios o entre los profesionales, o el modelo de atención centrado en la intervención del episodio agudo, son unas de las principales razones por la que la integración suele fallar.²⁹

Esta es la finalidad de la implantación del modelo de coordinación sociosanitaria, el sentido último del mismo, su razón de ser. La integralidad de la atención es un concepto elaborado desde la perspectiva del paciente y parte de la necesidad de satisfacer todas las necesidades específicas del usuario.

Estas necesidades son biológicas, psico-afectivas y sociales y, por tanto, desde el punto de vista del servicio, han de atender a su variabilidad, mediante la personalización y humanización de la atención. Ello, entre otros aspectos, determinará que dicha atención pueda ser calificada como de calidad. Por tanto, el objetivo del modelo de coordinación sociosanitaria ha de ser la atención a las necesidades biopsicosociales de los individuos en función de su particular red social y de apoyo familiar. La valoración y tratamiento de dichas necesidades ha de hacerse por un equipo multidisciplinar formado por los profesionales pertinentes del sector social y del sector sanitario que determinarán qué cantidad y tipo de recursos de cada uno de los sectores hay que dedicar para proporcionarla. Todo ello se resume en una correcta atención integral donde se produzca el ensamble del equipo multidisciplinar formado por los recursos sanitarios y por los recursos sociales que al mismo tiempo que “valoren” realicen el “tratamiento”.

²⁹ Coburn, 2001, Friedman y Goes, 2001; Hawkins, 1998

El espacio sociosanitario debe organizarse, por tanto, como un área de convergencia de los servicios sociales y sanitarios; en este entorno, ambos sistemas deben encontrar fórmulas para integrar no tanto los recursos que los representan como la provisión de un paquete conjunto de servicios al usuario. Lo verdaderamente “sociosanitario” será que ambos tipos de servicios, los preste quien los preste y desde el centro o la administración que sea, interactúen en la elaboración y realización de un plan de cuidados con unos objetivos comunes, consiguiendo generar sinergias entre las dos intervenciones. Personas, garantes y prestadores son los principales agentes que intervienen en la atención a personas con dependencia del sistema de salud y del sistema de servicios sociales; tienen espacio propio, pero también comparten espacios comunes que persiguen la atención y promoción de las personas con dependencia, la mejor organización de esta atención y, por supuesto, su sostenibilidad financiera.

Crear recursos específicamente sociosanitarios (un conjunto de centros o dispositivos específicos) puede ser un buen abordaje práctico del problema y resuelve una serie de situaciones de clara necesidad. Pero no por ello hay que olvidar que el “espacio” socio-sanitario es algo más que esos nuevos recursos y que seguirá existiendo a lo largo de las dos redes. Los nuevos recursos sociosanitarios no atenderán nunca la totalidad de la demanda y siempre encontraremos ciudadanos en los recursos titulados como sociales o como sanitarios que precisarán de un servicio continuado desde el otro sector. Es por ello que la creación de un “tercer sector” entre el sanitario y el social sólo resuelve una parte del problema.³⁰

Una cuestión a resolver y no con “recortes” de derechos. La financiación del sistema

Pensar que los Servicios Sociales se puedan financiar únicamente con la aportación de las personas en situación de dependencia, es desconocer el coste de las prestaciones y sobre todo la situación económica de las personas en situación de dependencia. En lo referente al coste medio por dependiente, para el caso de la gran dependencia R.D. 614/2007 establece en su Anexo la aportación media de las administraciones públicas por beneficiario y mes.

Para determinar la evolución futura de los gastos, algunos autores³¹ toman como referencia la evolución mostrada por los precios de los servicios sociales durante los últimos años, estimando un crecimiento anual medio del coste por dependiente del 5,38%. Estimar cuál será el impacto financiero de la aplicación definitiva de la ley es una tarea considerablemente compleja, dado que entran en juego, no sólo las tendencias demográficas, sino también las condiciones de vida y de salud.

Así lo han mostrado las notables disparidades que, aún bajo diferentes escenarios, se obtienen entre las estimaciones llevadas a cabo por diferentes organismos internacionales como la OCDE o las realizadas por la Comisión Europea: desde cifras que superan ampliamente el 1% del PIB (e incluso el 2% y el 3% en el caso de la OCDE), hasta valores situados por debajo de este nivel bajo las diferentes hipótesis analizadas por la Comisión Europea. De distintas fuentes a la hora de estimar el volumen de población dependiente arroja un volumen de gasto en el sistema de atención a la dependencia en 2015 de unos 1347 millones de euros, gasto que se centra en gran medida en la atención a la gran

³⁰ Carrillo et col., 2010

³¹ Camacho, Rodríguez y Hernández, 2008

dependencia. No obstante, que a estas cifras hemos de añadir el gasto actual en dependencia, que la OCDE cifra en el 0,2% del PIB y la Comisión Europea en el 0,5%.³²

En definitiva, dadas las ya reiteradas diferencias entre resultados, se hace imprescindible profundizar en el estudio del impacto financiero de la ley de dependencia, al objeto de planificar con mayor exactitud las medidas de política económica necesarias para implementar de modo adecuado el sistema, ya que como señala Vicenç Navarro³³,

“La complejidad y carestía de estos servicios (en los que el mayor componente financiero es el de personal) hace que ningún país haya podido resolver esta situación a base del aseguramiento privado. Ni siquiera Estados Unidos lo ha podido hacer. De ahí que la financiación pública sea la medida adecuada para resolver esta situación. Las compañías de aseguramiento privado y las empresas privadas piden, por razones obvias, que el sector público absorba los casos más graves de dependencia, dejando para la privada los casos moderados y leves. Se reproduce así en los servicios sanitarios y en los servicios sociales de dependencia el famoso modelo bipolar del Estado de Bienestar en el que el sector privado atiende a los sectores menos necesitados, y el sector público atiende a los que requieren mayor atención. Es más, como la provisión de tales servicios es enormemente cara, estas compañías privadas piden subsidios públicos (bien a través de desgravaciones fiscales, bien a través de cheques de dependencia)”

Es necesario buscar fuentes de financiación que permitan una implantación seria de la ley, ya que, si no se reorganiza no va a ser sostenible como ya ha quedado constatado. En este sentido, se han planteado distintas soluciones para la reforma de la financiación del SAAD³⁴

1. En primer lugar, se propone una fórmula de financiación basada en la coparticipación pública y privada inspirada en el modelo sueco para las pensiones. Se trataría de un sistema mixto, donde una parte la aportaría el Estado y otra, gracias a cotizaciones sociales, el individuo. Se acumularía una cantidad para dependencia según los años de cotización realizados, que pueden ser flexibles. El fondo acumulado servirá para pagar los servicios que necesite. Si existe déficit en el fondo personal, se actuará como hasta ahora, vía patrimonio y prestación o pensión. Si el individuo no lo tiene por falta de recursos, el Estado lo cubre. Si existe superávit, el montante resultante se utilizará para otras personas. Asimismo, de manera complementaria, se podrán realizar aportaciones individuales y voluntarias a unos grandes seguros estatales que invierten en los mercados financieros y aseguran una rentabilidad a largo plazo, con el objeto de reducir la cuantía de la participación del beneficiario en el coste del sistema.
2. Otra opción que se plantea contempla la subida de impuestos con el incremento en un punto el IVA, como aconseja el grupo de expertos evaluadores de la ley de dependencia, o rescatar el impuesto sobre el patrimonio y destinar la recaudación íntegramente a dependencia.
3. Otra fórmula que se debate relacionada con el sector financiero y las propiedades de los usuarios, es la hipoteca inversa, que puede suponer una alternativa para ciertos casos, pero cuyo resultado final supone una disminución evidente en el patrimonio del usuario. Ciertos proyectos inspirados en ello sí podrían tener mejor cabida, con implicación de la administración local, donde se utilicen los inmuebles de los usuarios para que otras personas accedan a alquileres sociales, pero siempre con intermediación de la administración y sin la pérdida de la propiedad del inmueble.

³² OCDE, 2006

³³ Navarro, 2006

³⁴ Arizkuren, 2010

Todo se complica si hablamos de la financiación del sistema sociosanitario, hasta ahora el modelo de financiación de la dependencia es contradictorio ya que en todos los países de la UE, con matices, la asistencia sanitaria es universal y gratuita mientras que los servicios sociales se proveen bajo prueba de medios. Una persona dependiente en su proceso de atención sociosanitaria pasa por distintas fases de gratuidad y contribución al coste del servicio según se trate, por ejemplo, de servicios hospitalarios o una Residencia asistida.

Una vía de salvar esta contradicción es considerar como asistencia sociosanitaria todo aquello que tiene que ver con la recuperación, rehabilitación y soporte personal, descontando los gastos de alojamiento y comida, que necesariamente son a cuenta de los recursos (normalmente pensión) del dependiente. Esta observación no sólo define lo que es la asistencia sociosanitaria sino que también delimita su coste. Baste considerar que el gasto sociosanitario estimado en los diferentes informes y proyecciones internacionales se estima entre el 1,5 y el 2 por ciento del PIB, lo que supone un peso modesto en el conjunto del gasto en protección social hoy por hoy.

También existe acuerdo en que el seguro de dependencia además de la asistencia sociosanitaria debe incluir el apoyo al cuidador ya que los costes en que éste incurre, directos y de oportunidad, son muy elevados. Los servicios de respiro, la financiación de la carrera de seguro durante el tiempo de cuidados y la compensación económica de parte del trabajo cuidador son algunos de los instrumentos para garantizar la colaboración del cuidador informal en la tarea de atención al dependiente en su domicilio.

Finalmente, los seguros privados de dependencia, en el caso europeo, están desarrollándose lentamente y su atractivo es hoy por hoy muy limitado. Su papel tiende a ser, complementario del seguro público. La contribución del sector privado se centra, sobre todo, en la producción de servicios sanitarios y sociales bajo distintas formas de colaboración contractual)³⁵

Los efectos de la “no aplicación”

Desactivación de la creación de empleo

La correcta aplicación de la Ley hubiera contribuido a generar empleo de calidad, sobre todo dentro de los nuevos yacimientos de empleo. En la época de crisis mundial en la que nos encontramos inmersos, contar con esta posibilidad sería una medida reactiva de la economía y de forma concatenada de dotación de lo establecido en el Catálogo de Prestaciones. La atención de la dependencia es uno de los mayores yacimientos de empleo en los países avanzados, además no podemos olvidar que la calidad de atención requiere y presupone cantidad y calidad de empleo, generando cambios y potenciando la mejora de la calidad de vida de las personas con dependencia y la de sus familias.

El *Libro Blanco de la Dependencia* apuntaba a la creación de unos 300.000 empleos directos, entre los que se encontraban personal dedicado a los cuidados y atención personal (cuidadores con formación en geriatría, auxiliares de enfermería...), personal para tareas de hostelería en residencias o centros de día, personal para mantenimiento técnico de los centros y servicios, vigilantes, ordenanzas, etc., personal especializado: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc. y personal de gestión y administración de centros y programas. Y creación

³⁵ Rodríguez y Codorniú, 2002

también de 150.000 empleos indirectos, alrededor de unos 80.000 empleos procedentes del empleo sumergido e incorporación al mercado de trabajo de parte de los actuales cuidadores familiares. Lo que hubiera supuesto la creación total de unos 550.000 empleos hasta el 2010, y no los 120.000 puestos de trabajo que realmente se han generado y que han afectado al mismo tiempo a la generación de recursos en la unidad familiar repercutiendo de manera alarmante en el consumo.

Todo este retraso, ha perjudicado a un importante volumen de puestos de trabajo dirigidos a titulados superiores y profesionales cualificados, un incremento de contrataciones en los Servicios Sociales de base, comunitarios o generales (trabajadores sociales formados en la atención a la dependencia), técnicos de grado medio y superior que trabajan dentro del ámbito de los Servicios de Proximidad, especializados y no especializados.

Los servicios a personas con dependencia ofrecen una oportunidad de empleo para las personas desempleadas con mayores dificultades de inserción, colectivo con el que trabajan muchas de las entidades sociales del Tercer Sector. Aumentan las necesidades sociales en cuanto a servicios de proximidad, que pueden ser cubiertas por estas personas con especiales dificultades de inserción laboral: mujeres inmigrantes, mujeres con hijos/as y personas con discapacidad. Serán necesarias personas para cubrir la atención domiciliaria a personas dependientes, recurriendo a los cuidadores no profesionales y a los asistentes personales, y de manera muy especial, al ámbito rural. Ya que el envejecimiento de la población en el ámbito rural y la mayor disponibilidad de suelo para edificar centros de atención a la dependencia, hubieran abierto nuevas posibilidades para el desarrollo del Tercer Sector y de la Economía Social.

El impacto de la Ley en el empleo hubiera generado desarrollo económico en zonas rurales, dando lugar a la generación de nuevos consumos como: nuevas políticas de vivienda – especialmente para jóvenes- en pequeños municipios, ampliación y desarrollo de servicios sanitarios, educativos, culturales, deportivos, de ocio, etc.; creación y desarrollo de empresas de economía social y llegando hasta el último eslabón de la cadena, la creación de empresas de empleo indirecto –reformas del hogar, tecnologías del hogar, etc.-.

Además de los beneficios sociales, el SAAD hubiera supuesto una inversión eficiente, por su impacto social, económico y laboral. Además, no han desarrollado su extraordinario potencial de generación de empleo por la enorme prevalencia de las prestaciones económicas sobre los servicios y en particular por el desarrollo del servicio de ayuda a domicilio.

Desigualdad de Género

Hoy día coexisten diversos discursos en torno a cómo abordar el momento de crisis actual producido en gran medida por el cambio en las identidades femeninas, lo que habitualmente se entiende como incorporación de las mujeres al mercado laboral, el reparto social de los trabajos y la desigualdad entre mujeres y hombres. La ley no adopta una opción clara, desaprovechando la oportunidad que le dotaba el marco jurídico.

Así, recoge una pluralidad de formas para cubrir los cuidados: en entidades públicas, en el sector privado con ánimo de lucro, en el sector privado sin ánimo de lucro y en el ámbito familiar. Todas las opciones están abiertas y no se concreta el peso que tendrá cada una. Con lo cual el reparto de tareas (y de beneficios y costes) está totalmente abierto a futuras negociaciones y, a la par, se abre la posibilidad de que se produzca una consolidación de una

dualización (o polarización) social.

En todo caso, parece claro que la gran mayoría de los cuidados seguirán recayendo en manos femeninas en la medida en que no se produce una visibilización significativa de las diversas modalidades de trabajos de cuidados, y que, en sociedades donde el género funciona como variable de fuerte categorización social, a mayor invisibilidad, mayor presencia de mujeres. En todo caso, esta solución múltiple también parece casar con un proceso nítidamente perceptible de incremento de las diferencias entre las propias mujeres³⁶

La Ley de Dependencia es una ley que afecta especialmente a mujeres por dos razones, la primera, por su número, dentro de la población de mayores es mucho mayor que el de hombres, y segunda, porque son las mujeres las que fundamentalmente prestan el apoyo a las personas dependientes. El perfil de las personas cuidadoras en España, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 es: mujer, de entre 45 y 65 años de edad, con estudios primarios o equivalentes, cuya actividad económica o bien es la dedicación a las labores del hogar o están trabajando, que conviven con la persona cuidadora (79,3%) y dedican más de ocho horas al día a cuidar. Con respecto al parentesco con la persona cuidada, las cuidadoras principales suelen ser hijas (38,8%), el cónyuge (21,8%) y los hijos (10,1%), según el IMSERSO-CIS (2006), aunque estos datos solamente aluden a cuidadores/as de personas mayores.

El 54,4% de los cuidadores/as españoles/as afirman haber tenido consecuencias en su vida laboral y económica y el 63,7% ha reducido su tiempo de ocio para atender a una persona con discapacidad. Los cuidadores/as manifiestan sentir dificultades para desempeñar sus tareas y además ven deteriorada su salud y vida personal, sobretodo se ven deteriorados/as y cansados/as³⁷.

La no aplicación de la Ley ha dado lugar a que la mujer sea junto con las personas dictaminadas como sujetos de derecho de la ley y que no perciben prestación alguna; los destinatarios de una grave vulneración de derechos. Los procesos de cambio demográfico, la incorporación de la mujer al mercado laboral y la falta de políticas de conciliación de la vida personal y familiar hacen necesario no sólo el desarrollo de los servicios estrictamente vinculados a la dependencia sino de otros de carácter complementario de atención a las personas.

Hay determinadas cuestiones sobre las que es necesario incidir para lograr una sociedad más igualitaria y con una mejor gestión de los recursos disponibles. Algunas de las esferas políticas sobre las que se podría actuar serían:

- *La esfera de servicios sociales.* las políticas públicas deben fomentar actividades, por una parte de “respiro de los/as cuidadores/as” o de “cuidado para los/as cuidadores/as”, unidades de estancia diurna, centros educativos terapéuticos, etc., que permitan igualmente una mejora de las atenciones a las personas discapacitadas y simultáneamente ofrezcan facilidades en la conciliación entre la vida familiar y laboral de las personas cuidadoras, especialmente de las mujeres.
- *La esfera educativa,* aquí la formación de los/as cuidadores/as constituye un elemento esencial que puede disminuir las secuelas tanto sobre las personas cuidadoras como sobre las personas dependientes. Es necesaria la implementación de

³⁶ Pérez y Baeza, 2006

³⁷ INE, 2009,4

programas de formación de los/as cuidadores/as, no solo en lo que a cuestiones prácticas se refiere, sino también dotarlos de herramientas emocionales y habilidades personales que hagan compatible una vida saludable con la tarea de cuidar.

- *La esfera laboral*, las políticas laborales deben ir encaminadas a hacer más accesible la flexibilidad laboral a las mujeres que mayoritariamente cuidan de personas dependientes, en este sentido, habría que asegurar colectivamente una mayor oferta y calidad del trabajo afectivo, de forma que sean independientes del mercado, o que por lo menos puedan ayudar a complementar las provisiones del mercado que se utilizan y llevar a cabo un reconocimiento explícito de la tarea desarrollada por estas personas.³⁸

En resumen, la provisión de cuidados informales es una función social que actúa como un determinante que puede generar desigualdades en la salud. Las políticas dirigidas a complementar el cuidado formal e informal, y a distribuir equitativamente las cargas de cuidado en la red familiar, pueden paliar el impacto negativo en el bienestar de las personas cuidadoras³⁹

Además, es preciso evidenciar que el ser cuidador no está definido por el enfermo a quien cuida, sino que por la actividad que supone ser cuidador. Es fundamental que fruto de esa coordinación sociosanitaria prevista, el cuidador/ra informal sea tomada en cuenta como un usuario que también requiere de atención y no sólo ser visto/a como un agente colaborador para el sistema formal de salud.

Por tanto, se hace necesario que el Sistema de Salud proponga la creación de instancias que permitan a estas personas, que contribuyen silenciosamente con la salud de la comunidad, el desahogo de sus actividades, con la instauración de hospitales de día, o instituciones de cuidados de larga duración, que serán cada vez más necesarias dada la mayor esperanza de vida, con el consiguiente aumento de personas que no sólo padecen enfermedades crónicas sino que también personas más dependientes debido a la pérdida de habilidades no sólo motoras, sino que también intelectuales y que requerirán mayor cuidado y supervisión.

En todo este cambio, será fundamental planificar estrategias que permitan de manera efectiva brindar apoyos concretos no sólo a los enfermos, sino que además a las personas que por múltiples razones asumen la responsabilidad de cuidar a otros, sin tener que verse menoscabadas en su desarrollo personal y mucho menos deteriorando su estado de salud⁴⁰.

Todo este proceso de búsqueda de un nuevo paradigma en el modelo de cuidado ha sido planteado desde una doble propuesta: la socialización del cuidado y la profesionalización del cuidado. También se ha asumido que el desarrollo de estas metas no es tarea fácil, ya que se puede caer en la reproducción inconsciente del modelo patriarcal de cuidados, tal es el caso – y el peso – con el que cuenta dicho modelo en la estructura social.

Estas dos posibilidades, evidentemente, no son las únicas. El reto está en buscar más propuestas entre las administraciones públicas y los agentes que promueven este emergente sector de actividad y tener en cuenta las más viables para tratar de formalizar un posible modelo de cuidado más respetuoso con las personas que lo desempeñan –en concreto las mujeres–, sin reducir la calidad de las atenciones prestadas a las personas dependientes, y

³⁸ Domínguez-Serrano, de la Torre y Mercenaro-Gutiérrez, 2011

³⁹ Larrañaga et col. , 2008

⁴⁰ Jofré y Sanhueza, 2010

teniendo en cuenta que las personas cuidadoras constituyen los cimientos en los que – por ahora- se apoya una realidad social cada vez más evidente y en proceso necesario de cambio: el cuidado de las personas dependientes y/o en situación de falta de autonomía.⁴¹

Conclusiones

El plan de ajuste que está guiando en la actualidad la aplicación de la Ley, está abocando a la ciudadanía que se encuentra en mayor riesgo social a una situación de extrema vulnerabilidad; todo ello unido al deseo de mercantilización de los servicios sociales versus competitividad, no garantizarán de modo alguno el acceso de toda la ciudadanía a las prestaciones y Servicios Sociales, todo ello dará lugar a una ruptura total de la cohesión social, creando una distancia insalvable entre los que puedan acceder a la prestación y aquellos que no, rompiendo de manera definitiva la base del cuarto pilar del Estado de Bienestar y convirtiéndolo en la última red de un precarizado “Estado asistencial”. La nueva agenda de recortes en política social, implica retroceso en derechos cívicos y privatización de servicios públicos esenciales, eso implicaría reducir la igualdad de oportunidades y romper de manera definitiva con los principios de igualdad, universalidad y normalización.

Por todo ello, si se continúa por este camino, se optará por una activación del sistema que será soportado por la ciudadanía más desfavorecida, aquella que se encuentra en riesgo de exclusión y por la familia, y dentro de ella las mujeres de manera muy especial, aumentando por lo tanto las diferencias sociales y sobre todo los niveles de desigualdad. A la aplicación de la Ley de Dependencia le espera el endurecimiento extremo de los requisitos para acceder a los beneficios de la misma, convirtiendo de nuevo a las mujeres en las sustentadoras ocultas del estado de bienestar, produciendo ante la ciudadanía una auténtica deslegitimación del sistema, consiguiendo la no inclusión de las personas en la sociedad en términos de igualdad y no garantizando la realización de sus derechos fundamentales. De la misma manera, los Servicios Sociales dejarán de ser un sector en plena expansión, afectando de manera alarmante al crecimiento económico y a la creación de empleo.

Bibliografía

ABELLÁN, A. y AYALA, A. Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores, 2012, vol 131.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>

[11 de mayo de 2013]

ABELLÁN, A. y ESPARZA, C. ¿Qué es la dependencia? Geografía y prospectiva de la dependencia en España. *Análisis Local*, 2007, vol. 70, 1, p. 7-19

ABELLÁN, A., ESPARZA, C. y PÉREZ, J., Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. En Cuadernos de Relaciones Laborales. 2011, vol. 29, nº 1 p. 43-67

ARIZKUREN, Francisco Javier. *La financiación de la dependencia y las perspectivas de futuro de las personas mayores en Euskadi*. 2010

⁴¹ Instituto de la Mujer, 2007

<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20financiacion%20de%20la%20dependencia.pdf> [11 de mayo de 2013].

AZNAR, M. Notas sobre la protección de la dependencia en la seguridad social española. *Foro de Seguridad Social*, 2001. nº 5, p. 49 – 69.

BERGHMAN, J. Los nuevos riesgos sociales: informe de síntesis. *Foro de Seguridad Social*. 2000. nº 1., p. 11-17.

BLASCO, F., La protección de la dependencia: un seguro social en construcción. *Aranzadi Social*, 2003. nº 11, p 49.

BÖRSCH-SUPAN, A. (coord.) *Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*. Mannheim, 2005, 370 p.

CAMACHO, J. A., RODRÍGUEZ, M. y HERNÁNDEZ, M. El sistema de atención a la dependencia en España: Evaluación y comparación con otros países europeos. *Cuadernos Geográficos*, 2008, 42, p.37-52, España: Universidad de Granada.

CARRILLO RIDAO, Esteban, et all. *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Barcelona: Antares Consulting, 2010.

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

COBURN, Andrew, Models for Integrating and Managing Acute and Long-Term Care Services in Rural Areas. *Journal of Applied Gerontology*, 2001, 20: 386–408, USA: University of Minnesota.

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

DOMÍNGUEZ-SERRANO, María de los Ángeles, DE LA TORRE, Rocío y MARCENARO-GUTIÉRREZ, Oscar. Género y Cuidado: Desigualdades en la Atención a la Discapacidad. *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, 2011, nº 61, p.11-38, España: Universidad de Málaga.

FANTOVA, F. Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. En *Cuadernos de Derechos Humanos*. 2008. nº49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto.

FERNÁNDEZ RUIZ, José. Integración sociosanitaria: nuevo reto para la atención primaria. *Semergen*, vol. 38, España: El Servier, 2011.

FERNÁNDEZ GARCÍA, Tomás. Estado de Bienestar y Socialdemocracia: Ideas para el Debate. Madrid: Alianza Editorial, 2002.

FRIEDMAN, Scott y GOES, John. Why Integrated Health Networks Have Failed. *Frontiers of Health Services Management*, 2001, 17: 3–28, USA: National Institutes of Health.

GÓMEZ GARCÍA, Jesús María, PELÁEZ FERMOSE, Francisco José y GARCÍA GONZÁLEZ, Ana. Efectos sobre la generación de empleo del Sistema de Atención a la Dependencia: una estimación para Castilla y León. *Actas XVI Jornadas ASEPUMA IV Encuentro Internacional*, 2008, Vol 16, p 1-114. <http://www.uv.es/asepuma/XVI/114.pdf>. [11 de septiembre de 2013].

HAWKINS, Elizabeth. Clinical Integration across Multiple Hospitals: The Agony, the Ecstasy. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1998, 4: 16–26. USA: San Diego State University.

IMSERSO. Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005

IMSERSO. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria, 2011. http://www.msc.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf . [3 de octubre de 2013].

INSTITUTO DE LA MUJER. *Cuidados a las personas dependientes. Valoración económica*, Madrid: Ministerio de Igualdad. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) Encuesta de Empleo del Tiempo, 2002-2003. 2009. <http://www.ine.es/daco/daco42/empleo/dacoet.htm>. [8 de julio de 2013].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Proyecciones de población a largo plazo. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p270/2012-2052/10/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0> [1 de febrero de 2015].

JIMÉNEZ LARA, Antonio. Iniciativas de coordinación sociosanitaria en países desarrollados. *en Demetrio Casado (Dir.): Coordinación (gruesa y fina) en y entre los Servicios Sanitarios y Sociales*. Barcelona: Hacer Editorial.2008.

JIMÉNEZ LARA, Antonio y ZABARTE MARTÍNEZ DE AGUIRRE, M^a Eugenia. *La regulación de la prestación sociosanitaria*. Propuesta del CERMI. Madrid: CERMI, 2008

JOFRÉ ARAVENA, Viviane y SANHUEZA ALVARADO, Olivia. Evolución de la sobrecarga de cuidadores/as informales. *Ciencia y Enfermería*, 2010, XVI (3)- 111-120. Chile: Universidad de Concepción.

KAHALE, D.T. Procedimientos de evaluación de la situación de dependencia en Europa. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 2011. nº 87.

LARRAÑAGA, Isabel, et all. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 2008, vol. 22, nº 5, España: Barcelona.

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>. [10 de octubre de 2013].

LÓPEZ PÉREZ, Mercedes y RUIZ SEISDEDOS, Susana. Asistencia personal: herramienta para una vida independiente. Situación actual. Aposta. Revista de Ciencias Sociales., 2013, nº. 59, 33 págs.

<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/suruiz1pdf> [1 de diciembre de 2013]. ISSN-e 1696-7348

LÓPEZ PÉREZ, Mercedes y RUIZ SEISDEDOS, Susana. Los agentes sociales en el proceso de elaboración de la ley de dependencia. En I Congreso anual REPS: Treinta años de Estado de Bienestar en España. Logros y retos para el futuro. 2009a. Panel 3, sesión 4.

<http://www.espanet-ain.net/congreso2009/archivos/ponencias/TP03P12.pdf> [20 de noviembre de 2013].

MARBÁN, V. (2009b) La atención a la dependencia. En Reformas de las políticas de bienestar en España. Madrid: Siglo XXI, 2009b

MARTÍN CANO, María del Carmen. La transversalidad de género en las políticas públicas. Su aplicación en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Tesis doctoral dirigida por Yolanda María De La Fuente Robles y Eva María Sotomayor Morales. Jaén: Universidad de Jaén, 2013. 468 p.

MERCADER, J. y MUÑOZ A. La protección social de la dependencia. En AA.VV., Comentarios sistemático a la legislación reguladora de las pensiones. Editorial Comares, Granada. 2004.

MOLINA, C., Los nuevos Estatutos de Autonomía y el reparto constitucional de competencias en las «materias» de «empleo», «trabajo» y «protección social», Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF, nº 283, 2006, págs. 120 – 121.

NAVARRO LÓPEZ, Vicent. La situación social en España I. Biblioteca Nueva. Madrid. 2005.

NAVARRO LÓPEZ, Vicent. La atención a las personas dependientes y a los ancianos en España, 2006. En el libro Una sociedad que envejece. Fundación BSCH. Disponible en: <http://www.eumed.net/textos/>. [11 de mayo de 2013].

OCDE. Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers. *Economics Department Working Paper*, 2006, nº 447. París: OECD.

PÉREZ DE OROZCO, Amaia y BAEZA GÓMEZ, Paula. Sobre dependencia y otros cuentos. Reflexiones en torno a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. *Lan Harremanak*, 2006, 15. nº 2 (13-40). España: Universidad del País Vasco.

PUGA, M.D. y ABELLÁN, A. El proceso de discapacidad. F. Pfizer, 2004, 210 p.

QUEREJETA, M. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid, IMSERSO, 2004 p. 162.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/querejetadiscapacidad-01.pdf> [10 de octubre de 2013].

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. (Coord), El problema de la dependencia: Conceptualización y debates. En VV.AA. La protección social de la dependencia, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2000, p. 26

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio y CODORNIÚ, Julia Montserrat. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002

RODRIGUEZ CABRERO, Gregorio. Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea. Cuadernos de Relaciones Laborales. 2011. Vol. 29, nº 1, p. 13-42.

RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, Pilar. (2004): El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencia. Una visión desde el análisis de género», en Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar. Madrid. Forum de Política Feminista. 2004

RODRÍGUEZ CASTEDO, Ángel y JIMÉNEZ LARA, Antonio. La atención a la dependencia y el empleo. Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. 2010.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=57516> [3 de noviembre de 2013].

SERRA, A., et all. La cooperación público privada, la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia: Un estudio de Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco. ESADE Business School, Institut de Direcció i Gestió Pública (IDGP). Barcelona. 2008.

SUBIRATS I HUMET, Joan, GOMÀ CARMONA, Ricard y BRUGUÉ TORRUELLA, Joaquim. Análisis de los factores de exclusión social. España: Fundación BBVA. 2005.

SPECTOR, W.D.; FLEISHMAN, J.A. Combining Activities of Daily Living with Instrumental Activities of Daily Living to Measure Functional Disability. Journal of Gerontology, Social Sciences. 1998. Vol. 53B, 1, p. S46-S57

VEGA FUENTES, Armando. De la Dependencia a la Autonomía: ¿Dónde queda la educación? En Educación XXI, 2007. nº 10. Pp. 239-264. Madrid: Facultad de Educación de la UNED.

VILÁ, A. Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales. European Anti Poverty Network (EAPN). 2009. Madrid. <http://www.eapn-andalucia.org/descargas/recomendaciones/Tend%C3%A8ncies%20de%20la%20Nova%20Legislaci%C3%B3n%20de%20Serveis%20Social.pdf> [1 de diciembre de 2013].

© Copyright Yolanda María de la Fuente Robles, 2016.
© Copyright Eva María Sotomayor Robles, 2016
© Copyright: María del Carmen Martín Cano, 2016
© Copyright *Scripta Nova*, 2016.

Ficha bibliográfica:

DE LA FUENTE ROBLES, Yolanda, SOTOMAYOR MORALES, Eva M^a, MARTÍN CANO, M^a del Carmen. Vulnerabilidad sobrevenida en personas en situación de dependencia en España, *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. [En línea]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de mayo de 2016, vol. XX, n° 535. <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-535.pdf>>. ISSN: 1138-9788.