



FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: fcaser@fundacioncaser.org

web: www.fundacioncaser.es

actas de la dependencia

02

JULIO 2011

Caser
FUNDACIÓN
Para la Dependencia

COLABORAN:

Toni Rivero Fernández
Antoni Salvà Casanovas
Guillem López i Casanovas
Raúl del Pozo Rubio
Juan Carlos Campón Durán
David Cantarero Prieto
Patricia Moreno Mencía



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

ACTAS DE LA DEPENDENCIA

Depósito Legal: M-9549-2011

ISSN 2173-7142

índice

05

EL BAREMO PARA LA VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

TONI RIVERO FERNÁNDEZ

Responsable de Área de Estudios y Consultoría. Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona.

ANTONI SALVÀ CASANOVAS

Director. Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona.

29

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS PROBLEMAS DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF)
Departamento de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra.

RAÚL DEL POZO RUBIO

Centro de Investigación en Estudios Sociosanitarios (CESS-UCLM)
Dpto. de Análisis Económico y Finanzas. Universidad de Castilla La Mancha.

71

SEIS AÑOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA COORDINADA Y EFECTIVA EN EXTREMADURA

JUAN CARLOS CAMPÓN DURÁN

Director Gerente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

85

DEPENDENCIA Y EMPLEO: LAS PERSONAS CON LIMITACIONES CON INICIATIVA PROPIA PARA INTEGRARSE LABORALMENTE, A PARTIR DEL ANÁLISIS EMPÍRICO DE LA (EDAD) 2008

DAVID CANTARERO PRIETO

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria.

PATRICIA MORENO MENCÍA

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria.

EL BAREMO PARA LA VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

TONI RIVERO FERNÁNDEZ

Responsable de Área de Estudios y Consultoría.

Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona.

ANTONI SALVÀ CASANOVAS

Director.

Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Sumario

<i>Introducción.....</i>	<i>06</i>	<i>La formulación del Baremo de Valoración de Dependencia.....</i>	<i>14</i>
<i>La nueva visión de la OMS sobre la discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.....</i>	<i>06</i>	<i>La evaluación de los resultados del sistema de valoración para el acceso a la Ley 39/2006.....</i>	<i>16</i>
<i>El abordaje de la situación de dependencia.....</i>	<i>09</i>	<i>Las principales problemáticas identificadas en la valoración.....</i>	<i>21</i>
<i>Instrumentos utilizados en la práctica clínica.....</i>	<i>10</i>	<i>La revisión realizada del Baremo de Valoración de Dependencia.....</i>	<i>23</i>
<i>Instrumentos utilizados en estudios epidemiológicos o de planificación.....</i>	<i>10</i>	<i>Los trabajos de revisión.....</i>	<i>23</i>
<i>Instrumentos para determinar la elegibilidad para recibir prestaciones y servicios.....</i>	<i>11</i>	<i>El contenido de las modificaciones del BVD.....</i>	<i>24</i>
<i>La valoración de la situación oficial de dependencia en España.....</i>	<i>11</i>	<i>Los ámbitos de la valoración donde la investigación puede hacer contribuciones.....</i>	<i>26</i>
<i>La Ley 39/2006 como marco normativo básico.....</i>	<i>11</i>	<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>28</i>

INTRODUCCIÓN

La promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia ha permitido, por un lado, impulsar la protección social en este ámbito a través del reconocimiento de un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía, y, por otro lado, estimular la cobertura mediática sobre la realidad de este colectivo de población y las actuaciones públicas de apoyo en niveles que hasta muy recientemente no se habían alcanzado en nuestro país.

Pero a pesar de esta relativa novedad lo cierto es que las Administraciones Públicas, las entidades de provisión de servicios sociales y sanitarios, así como especialmente distintos colectivos profesionales y asociativos llevan un largo tiempo trabajando en este campo. Por ejemplo, en geriatría el primero de los instrumentos de valoración relativos a la situación de dependencia que ha sido más utilizado fue desarrollado en el año 1955 por la fisioterapeuta Dorothea W. Barthelen el servicio de rehabilitación del Montebello State Hospital en Baltimore (EEUU) con el objetivo de medir la independencia funcional de pacientes de 60 años y más que participaban en un programa de rehabilitación física. Desde entonces se ha desarrollado un intenso trabajo en distintas disciplinas que ha comportado la construcción de un número indeterminado, pero sin duda elevado, de instrumentos de valoración (criterios, escalas, tests, etc.) y su posterior aplicación, con mayor o menor éxito, en diferentes ámbitos.

El análisis de la literatura especializada permite concluir que en la actualidad no se dis-

pone de un instrumento que no presente limitaciones en el abordaje de la valoración de la dependencia y que prevalezca de forma generalizada sobre los restantes. Ni siquiera en el caso de los instrumentos de valoración integral como los de la familia RAI (Resident Assessment Instrument), los cuales se encuentran entre los más avanzados actualmente. La diversidad de instrumentos se explica, en parte, por estas limitaciones, en parte, por diferencias en las definiciones de dependencia y, en parte, porque su empleo responde a finalidades distintas. De manera que en función de los objetivos que motivan la necesidad de realizar una valoración de la situación de dependencia, así como de las condiciones de salud de los colectivos destinatarios se opta por un tipo de instrumento u otro entre los disponibles.

LA NUEVA VISIÓN DE LA OMS SOBRE LA DISCAPACIDAD: LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

Los primeros esfuerzos de la OMS en la clasificación de la discapacidad datan de 1980, cuando se realizó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Con la experiencia adquirida con su uso se hicieron las modificaciones que se estimaron oportunas para alcanzar la redacción de una segunda versión en el año 2001, conocida como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La CIF es un intento de homogeneizar la terminología y facilitar una clasificación del funcionamiento humano que proporcione un lenguaje común y un marco conceptual para la descripción y análisis de la discapacidad y del

Cuadro1: El concepto de discapacidad en la CIDDM y en la CIF

CIDDM	CIF
DISCAPACIDAD:	DISCAPACIDAD:
<ul style="list-style-type: none"> - Limitación para realizar actividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias en las funciones y estructuras corporales - Limitaciones para realizar actividades - Restricciones en la participación

funcionamiento humano en su conjunto. En este sentido en la CIF, el término discapacidad cambia su definición en relación a la clasificación anterior (CIDDM) pasando de referirse solamente a la limitación para realizar actividades a tener un sentido más amplio que engloba las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

La CIF se estructura en cuatro niveles de clasificación. El primer nivel, que es el menos detallado, organiza la información en 4 componentes que

corresponden a Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. En el Cuadro 2 se ofrece la lista de títulos completos que comprenden este primer nivel de clasificación. Los siguientes niveles de clasificación profundizan en estos conceptos.

La clasificación se acompaña de definiciones de cada uno de sus componentes, así como de un sistema de graduación de las situaciones que se puedan identificar en cada uno de los ámbitos. Entre estas definiciones destaca la diferenciación que se recoge entre el desempeño

- FUNCIONES CORPORALES:**
- Funciones mentales
 - Funciones sensoriales y dolor
 - Funciones de la voz y el habla
 - Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
 - Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino
 - Funciones genitourinarias y reproductoras
 - Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento
 - Funciones de la piel y estructuras relacionadas

- ESTRUCTURAS CORPORALES:**
- Estructuras del sistema nervioso
 - El ojo, el oído y estructuras relacionadas
 - Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio
 - Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico
 - Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor
 - Estructuras relacionadas con el movimiento
 - Piel y estructuras relacionadas

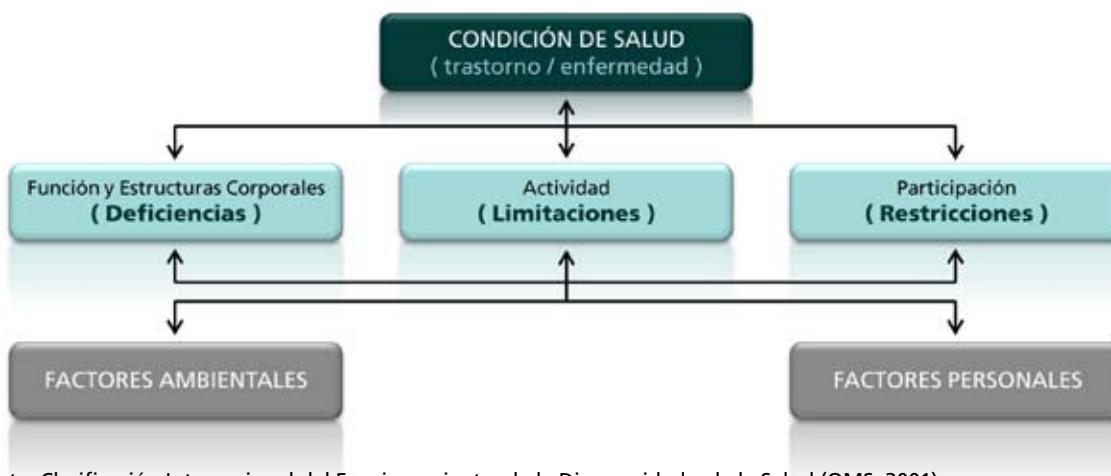


y la capacidad a la hora de describir los componentes de Actividades y participación. Así, el desempeño/realización hace referencia a lo que una persona hace en el entorno real en el que vive. En cambio, la capacidad describe el máximo nivel probable de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un entorno normalizado (el concepto de entorno normalizado es abierto, haciendo referencia a condiciones bien definidas, aunque la clasificación no las especifica). En el caso del desempeño, las características de los entornos pueden dife-

rir entre las personas, mientras que en el caso de la capacidad los entornos deben presentar características similares.

La diferenciación entre desempeño y capacidad refleja, en parte, que la CIF entiende que el funcionamiento de un individuo y su discapacidad es el resultado de la interacción de los distintos componentes de la clasificación, incluyendo las condiciones de salud y los factores contextuales, y también los factores personales (ver Ilustración 1)

Ilustración 1. Interacciones entre los componentes de la CIF



Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001).

En relación con la valoración de la dependencia, la CIF aporta una clasificación y unas definiciones consensuadas internacionalmente que parten de un modelo de comprensión multidimensional de la discapacidad. Nos permite comprender con claridad que:

- a) No siempre una persona con discapacidad tiene limitaciones en la realización de actividades.
- b) Las limitaciones en las actividades se encuentran influenciadas por el entorno en que se desenvuelve la persona, pudiendo éstas modificarse o incluso desaparecer en función de las condiciones del entorno.
- c) Las limitaciones en las actividades tienen diferentes niveles de severidad.

EL ABORDAJE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El concepto de dependencia se emplea, como ya se ha advertido, en múltiples disciplinas y contextos. Su definición presenta variaciones en cada uno de ellos, algunas muy significativas, si bien en todos los casos se tiene como denominador común para definir y valorar la situación de dependencia el hecho de que haya una dificultad para realizar determinadas actividades que comporte una necesidad de apoyo para llevarlas a cabo. En este sentido, la definición de situación de dependencia que en su día formuló el Consejo de Europa, en su recomendación N° R(98)9 de 18 de septiembre de 1998 se ha convertido en uno de los referentes más destacados para definir el concepto de dependencia, especialmente en el ámbito de las políticas sociales. Según esta recomendación del Consejo de Europa la situación de dependencia se refiere a un estado en el que las personas, por razones de falta o pérdida de autonomía

física, psicológica o intelectual, requieren asistencia o ayuda significativa para realizar sus actividades de la vida diaria.

En esta definición del Consejo de Europa se puede apreciar la estrecha relación existente entre la situación de discapacidad y de dependencia. Así, la dependencia se concibe como una situación distinta al de discapacidad pero en la cual esta se requiere como una condición necesaria para determinar su existencia. Dicho de otro modo, la dependencia implica la necesaria presencia de discapacidad, pero la discapacidad no implica por sí misma la existencia de dependencia. Así pues, una persona con discapacidad puede tener dificultades para la realización de una actividad, pero no por este motivo necesitar ayuda de otra para su realización. Además se debe tener presente la posible diferencia entre aquello que se considere como actividades de la vida diaria (AVD) y el resto de actividades humanas.

En este sentido, bajo una denominación común de AVD podemos encontrar en la literatura especializada la mención de una gran variedad de actividades. El listado varía en función de la situación y entorno en el que la definición se aplique, aunque todas las actividades tienen como elemento común que se realizan habitualmente. En algunos casos se han empleado sistemas de categorización de las AVD distinguiendo diferentes denominaciones como básicas, esenciales, instrumentales, etc. Los listados de actividades tienen un fundamento empírico y, con frecuencia, basado en el consenso profesional. En la práctica podemos encontrar algunas definiciones y/o instrumentos que únicamente tienen en cuenta unas pocas actividades, mientras que otros pueden llegar a superar el centenar. Además, se dan casos, en

que aunque las actividades incluidas puedan ser las mismas, la definición de lo que se considera capacidad, discapacidad y dependencia también puede variar de uno a otro en función de los objetivos que persigue cada una.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Desde mediados del siglo XX se empezaron a gestar escalas para determinar el impacto de las enfermedades en quienes las sufren, usualmente a partir de la observación directa. La principal función de estos instrumentos, validados en diferentes ámbitos, es valorar la carga asistencial y el consumo de recursos, así como las necesidades de rehabilitación. Igualmente su uso facilita la sistemática de la valoración y la comunicación entre profesionales (tanto a nivel asistencial como a nivel divulgativo en artículos y congresos científicos). Entre los más utilizados en nuestro entorno están el índice de Katz (continencia, bañarse, vestirse, uso del retrete, transferencias y alimentación), el índice de Barthel (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, micción y defecación, transferencias del cuerpo, deambulación, subir y bajar escaleras), el índice de Lawton (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, trabajos domésticos, lavar la ropa, usar transportes, control de medicación, planificación económica). Algunos como la Medida de Independencia Funcional (MIF) incorporan aspectos como el estado de ánimo o la situación social, mientras que otros como el Minimum Data Set del RAI forma parte de instrumentos más amplios de valoración integral, en los que estos instrumentos representan una parte importante. También se pueden utilizar para conocer las necesidades de ayuda en la planificación de altas hospitalarias. Además hay otros instrumen-

tos diseñados específicamente para la valoración de colectivos concretos como puede ser la Escala de Intensidad de Apoyos en el caso de la discapacidad intelectual o de la Escala de Evaluación de la Actividad Global en trastornos mentales graves. Aunque muchas veces puede resultar difícil distinguir entre instrumentos que evalúan la severidad de la enfermedad o de los síntomas de la misma y la dependencia propiamente dicha.

En general se puede resumir que los instrumentos clínicos de valoración de la dependencia han de reunir las siguientes características:

- Validez: capacidad de medir lo que pretende medir
- Fiabilidad: reproducibilidad del resultado obtenido si es valorado por dos observadores/as diferentes (inter observador) o por el/la mismo/a observador/a pero en momentos diferentes (intra observador).
- Sensibilidad al cambio: los instrumentos detectan aquellas situaciones en las cuales se produce una alteración del estado de la persona

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS O DE PLANIFICACIÓN

En los estudios epidemiológicos para evaluar la prevalencia de discapacidad o en los estudios para orientar la planificación de servicios se suelen utilizar algunos de los instrumentos utilizados en la práctica clínica habitual o bien se emplean una lista de actividades. En este último caso se suele preguntar el grado de dificultad para realizar una actividad en determinado contexto (sin ningún tipo de ayuda o bien con alguna ayuda técnicas como puede ser un bastón o unas gafas) y el grado en el que necesita ayuda para realizarla. En ambos casos la valora-

ción se realiza preguntando directamente a la persona entrevistada o bien, si ésta no pudiera responder, a un/a informador/a indirecto/a - que suele ser una persona del entorno familiar de la que se desea obtener información -. Los resultados obtenidos permiten conocer la situación de discapacidad o de dependencia de una población y establecer diferencias respecto a otras, (p.e: personas mayores en relación a personas jóvenes) y conocer la evolución a lo largo del tiempo, si bien su grado de comparabilidad depende en gran medida de la similitud de los métodos de evaluación utilizados. En el caso de España son referentes en este ámbito la Encuesta Nacional de Salud, que aparece periódicamente cada dos años, y las encuestas nacionales de discapacidad, que son grandes operaciones estadísticas centradas en el análisis de la salud, la discapacidad y la dependencia y cuya realización se lleva a cabo con menor periodicidad. Así la última encuesta de estas características se acometió en el año 2008 y la anterior en el año 1999 por parte del Instituto Nacional de Estadística.

INSTRUMENTOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR PRESTACIONES Y SERVICIOS

El desarrollo de políticas sociales que extienden o universalizan el acceso a determinadas prestaciones, ha generado una serie de instrumentos que tienen como objetivo identificar las características mínimas o aquellas que se puedan considerar como básicas para que los ciudadanos y ciudadanas puedan acceder a los beneficios establecidos. Estos instrumentos, a través de algoritmos de puntuación preestablecidos, cuantifican el nivel de dependencia que tiene una persona y, en función de la puntuación obtenida, la asignan a una categoría

de dependencia en función de la cual tendrá o no derecho a percibir unas determinadas ayudas. Dentro de este grupo se encuadra el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) por el que se valoran las personas según la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.

Puesto que cada instrumento tiene un objetivo diferente, cada uno de ellos tiene unas instrucciones de uso precisas y diferentes, ya que pueden valorar necesidad de ayuda de otra persona o bien discapacidad para realizar una determinada actividad o bien valorar la situación de dependencia para una actividad en una situación concreta.

LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN OFICIAL DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

En España, hasta la promulgación de la ley de la Dependencia, se empleaban diferentes baremos o procedimientos de valoración de la dependencia para el acceso a los distintos programas públicos de prestaciones y/o servicios que se han implantado en cada Comunidad Autónoma. No obstante, en el marco de las prestaciones por discapacidad de la Seguridad Social se contaba con un procedimiento de valoración común de la situación de dependencia. Para ello la persona solicitante debía acreditar encontrarse en una situación de discapacidad del 75% y, teniendo una edad comprendida entre los 18 y los 64 años, obtener 15 o más puntos en el baremo de ayuda de tercera persona, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. A partir de la promulgación de la Ley 39/2006

y la normativa relativa a los instrumentos de valoración de la situación oficial de dependencia se ha establecido una definición y procedimiento común de valoración, el cual convive con otras definiciones de dependencia en el ámbito de los programas de servicios sociales a cargo exclusivamente de las respectivas leyes de servicios sociales de las CCAA.

LA LEY 39/2006 COMO MARCO NORMATIVO BÁSICO

En el acceso a la Ley 39/2006, la valoración de la dependencia debe ajustarse a las definiciones que establece en su artículo 2, particularmente en sus tres primeros apartados donde se define autonomía, dependencia y actividades de la vida diaria, tal como recoge el siguiente cuadro.

Según estas definiciones la situación oficial de dependencia es un estado de carácter permanente. De modo que quedarán excluidas como tales aquellas personas que se encuentran en situaciones transitorias, independientemente de su severidad (por ejemplo en altas hospitalarias o en periodos de convalecencia o rehabilitación).

Así mismo, el concepto de dependencia no considera, en absoluto, el alcance de las problemáticas sociales o económicas¹ (por ejemplo, la falta de hábitos de los hombres de edad avanzada en las tareas domésticas o la escasez de recursos económicos para afrontar las necesidades de apoyos). Más allá, la dependencia se fundamenta en la existencia de condiciones de salud que afectan al funcionamiento de la

Cuadro 3: Definiciones relativas al concepto de dependencia en la Ley 39/2006

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES.

A efectos de la presente Ley, se entiende por:

1. Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

2. Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, 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.

3. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

¹ No obstante, estos factores, entre otros, se tendrán en consideración en la posterior elaboración de los planes de intervención.

persona en el desarrollo de actividades de un modo que ésta requiere de apoyos. La edad, la enfermedad o la discapacidad no determinan por sí mismas la dependencia ni tampoco el alcance de su severidad.

Por otro lado la dependencia se circunscribe, con carácter general, a las actividades básicas o tareas más elementales de la vida diaria las cuales no quedan explícitamente reguladas en la Ley 39/2006, aunque sí queda mencionado que las actividades domésticas básicas deben estar incluidas – sin menoscabo que en diferentes disciplinas estas actividades no se han considerado como básicas-.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental se considera además la autonomía personal, definida legalmente como la capacidad de tomar decisiones y desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Esto justifica que el instrumento de valoración cuente con una escala general y una específica, que considerarían la misma información salvo por el hecho que la escala específica incluye además la actividad de tomar decisiones, con su ponderación correspondiente.

Más allá, la finalidad de la valoración en el acceso a la Ley 39/2006 se limita, de acuerdo con el artículo 26, a la identificación de aquellas personas que se encuentran en una situación de dependencia moderada, dependencia grave y gran dependencia. De modo que existe una situación de dependencia de severidad inferior a las mencionadas que no obtiene un reconocimiento oficial. Por este motivo, el instrumento de valoración no deberá discriminar entre independencia y dependencia, por lo que

es un error catalogar a las personas que no alcanzan, cuando menos, el grado de dependencia moderada como personas sin dependencia o autónomas^{2,3}.

Además en la misma ley se señala que las situaciones oficiales de dependencia se clasificarán en 3 grados según la gravedad de la misma, que deberán ser divididos a su vez en dos niveles en función de la autonomía de la persona y del tipo de apoyo que esta requiera:

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

Por último, la determinación de las modalidades de intervención más adecuadas a la situación de la persona con dependencia no constituye una finalidad propia de la valoración. De acuerdo con el artículo 29 esta función corresponde a los servicios sociales del sistema público. En consecuencia, la valoración en el

² En algunas investigaciones que analizan la concordancia entre los resultados de la valoración de la Ley 39/2006 y otros instrumentos de valoración se comete el error de considerar a todas las personas que no alcanzan el grado de dependencia moderada como personas sin dependencia, lo que compromete la validez del análisis realizado.

³ De acuerdo con las definiciones legales sólo sería adecuado emplear como categoría el término de autonomía en el caso de las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, mientras que en el resto de personas lo apropiado sería el término de independencia.

acceso a la Ley 39/2009 no se ha configurado como una valoración para el diseño de un plan de asignación de servicios, ni más allá, un plan detallado de cuidados. Por el mismo motivo, la información contenida en la valoración no resulta suficiente por sí misma para el diseño de las cuantías de las prestaciones económicas, ni de los pagos a los proveedores de servicios.

En este sentido resulta clarificador subrayar que las definiciones de los grados de dependencia se decantan por criterios basados fundamentalmente en la cantidad y frecuencia de actividades que requieren apoyos, en vez de en la cantidad, frecuencia y cualidades de los apoyos que se requieren en tales actividades, lo que limita la introducción de criterios relativos a la "carga asistencial".

LA FORMULACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

El Real Decreto 504/2007 de 20 de Abril de 2007 aprobó los criterios para la valoración incluyendo los baremos que deben aplicarse en todas las Comunidades Autónomas. De acuerdo con la Ley 39/2006 se cuenta con un instrumento de valoración para las personas menores de 3 años, que se denomina la Escala de Valoración Específica, y otro para las personas de 3 y más años, que se denomina el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). En ambos casos, la valoración debe ser aplicable a todas las situaciones de dependencia y a todas las edades dentro de los parámetros establecidos.

A continuación resumimos las características principales del BVD.

La construcción de este baremo partió del análisis de la mencionada ley, así como de ex-

periencias nacionales e internacionales similares, y de las opiniones de un grupo amplio de personas expertas que participaron a través de un estudio Delphi y de diversos grupos presenciales de trabajo. Además, se llevaron a cabo diferentes estudios de campo que aportaron resultados favorables en relación a su validez de constructo y a su fiabilidad interna.

La valoración del BVD se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa del desempeño y las condiciones de salud de la persona a valorar por parte de un profesional o varios específicamente entrenados para ello. En la valoración se tendrá en cuenta el entorno real de la persona, que puede actuar tanto como un agente facilitador, como barrera. En este sentido se debe subrayar que la noción de cuestionario que se emplea en los criterios de aplicación del BVD no debe dar lugar a entender que el ejercicio de valoración equivale a la administración de un cuestionario a la persona a valorar. En todo caso la aplicación de cuestionario hace referencia a la transmisión de la información que han recopilado y contrastado los/las valoradores/as.

En el caso de la existencia de una enfermedad mental, discapacidad intelectual o alteración perceptivo-cognitiva, la valoración se hace contando con la presencia del cuidador o cuidadora habitual de la persona, y la aplicación del BVD se hará en forma de entrevista. En este sentido la entrevista de valoración no tiene por qué realizarse conjuntamente a la persona valorada y a la persona informante. Además en determinadas situaciones en que la persona valorada no pueda mantener la entrevista con los/las valoradores/as por su conducta ante extraños esta podrá sustituirse por la información aportada en el informe de salud. Aunque

se deberá siempre confirmar la presencia de la persona solicitante y entrevistar a su informante de referencia.

En los casos de enfermedad mental discapacidad intelectual o alteración perceptivo-cognitiva nunca podrá admitirse como una valoración adecuada aquella que no haya identificado y entrevistado al menos a una persona informante, además de la persona a valorar.

El BVD se basa en la valoración de la capacidad de desempeño para una serie de actividades de la vida diaria, que se define expresamente como la capacidad de la persona valorada para realizar la actividad correspondiente por sí misma sin la participación de otras personas en su entorno habitual. A su vez cada actividad se desagrega en tareas más simples que la componen de modo que se facilita la valoración y la graduación del problema en la actividad.

Para determinar la situación de dependencia en las actividades se debe de contrastar que

hay un origen ligado a una deficiencia permanente, del tipo que sea (física, mental, intelectual, sensorial), y que se requiere el apoyo de otra persona para su realización. En este sentido se ha remarcado insistentemente que la situación de dependencia no es sólo un problema de naturaleza física, sino que también puede ser un problema exclusivo de coherencia y/o de iniciativa. También la combinación de algunos o todos los tipos de problemas señalados.

Las actividades que incluye el BVD se pueden clasificar en: autocuidado, movilidad, actividades domésticas y toma de decisiones. En total son 10 actividades de la vida diaria que se amplían a 11 en el caso de personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o alteración perceptivo-cognitiva (ver Tabla 1).

Además del desempeño o no en cada tarea, el baremo también recoge el tipo de apoyo que la persona necesita en esta tarea, que queda clasificado de la siguiente manera:

Tabla 1. Actividades de la vida diaria en el BVD y los pesos asignados

Actividades	PESOS ASIGNADOS	
	ESCALA GENERAL	ESCALA ESPECÍFICA
Comer y beber	17,8	10,0
Regulación de la micción/defecación	14,8	7,0
Lavarse	8,8	8,0
Otros cuidados corporales	2,9	2,0
Vestirse	11,9	11,6
Mantenimiento de la salud	2,9	11,0
Transferencias corporales	7,4	2,0
Desplazarse dentro del hogar	12,3	12,1
Desplazarse fuera del hogar	13,2	12,9
Tareas domésticas	8,0	8,0
Tomar decisiones	n.a	15,4

- Supervisión/preparación: la persona necesita que le preparen los elementos necesarios para la realización de la actividad y/o que le hagan indicaciones o estímulos para la realización de la misma.
- Apoyo físico parcial: la persona necesita que la sustituyan parcialmente en la realización de la tarea.
- Apoyo físico máximo: la persona necesita que la sustituyan por completo en la realización de la tarea.
- Asistencia especial: la persona valorada presenta trastornos del comportamiento y/o problemas perceptivo-cognitivos que dificultan la prestación de cuidados por parte del cuidador.

De la combinación del desempeño en tareas y del grado de apoyo personal en las mismas el BVD proporciona una puntuación comprendida entre 0 y 100 puntos, determinando los diferentes grados de situación oficial de dependencia y sus niveles a partir de los 25 puntos.

Tabla 2: Puntuación del BVD para el reconocimiento de la situación oficial de dependencia

RECONOCIMIENTO SITUACIÓN OFICIAL DE DEPENDENCIA	Puntuación BVD
Grado III. Nivel 2	90 - 100
Grado III. Nivel 1	75 - 89
Grado II. Nivel 2	65 - 74
Grado II. Nivel 1	50 - 64
Grado I. Nivel 2	40 - 49
Grado I. Nivel 1	25 - 39
Sin Grado	00 - 24

LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL SISTEMA DE VALORACIÓN PARA EL ACCESO A LA LEY 39/2006

El Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia incluyó en su disposición adicional cuarta que, transcurrido el primer año de aplicación de dicho baremo, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia habría de realizar una evaluación de los resultados obtenidos, proponiendo las modificaciones que, en su caso, estimase procedentes. Dicha evaluación concluyó en la conveniencia de mejorar la objetivación de la situación de dependencia y la clasificación de sus grados y niveles.

A continuación se presentan algunos de los resultados del sistema de valoración que han servido para la evaluación inicial.

Desde la puesta en marcha de la Ley 39/2006 se han presentado en España hasta abril del 2011 un total de 1.912.137 solicitudes de valoración, habiéndose elaborado 1.722.490 dictámenes de valoración. En los dos primeros años de funcionamiento del sistema se realizó un promedio mensual de 41.473 dictámenes de valoración⁴.

No obstante, los expedientes en vigor son menos numerosos a causa de dos factores principales, en parte, porque una persona puede solicitar más de una solicitud y disponer de más de una valoración a lo largo del tiempo a causa de la revisión de su situación, sin que ello

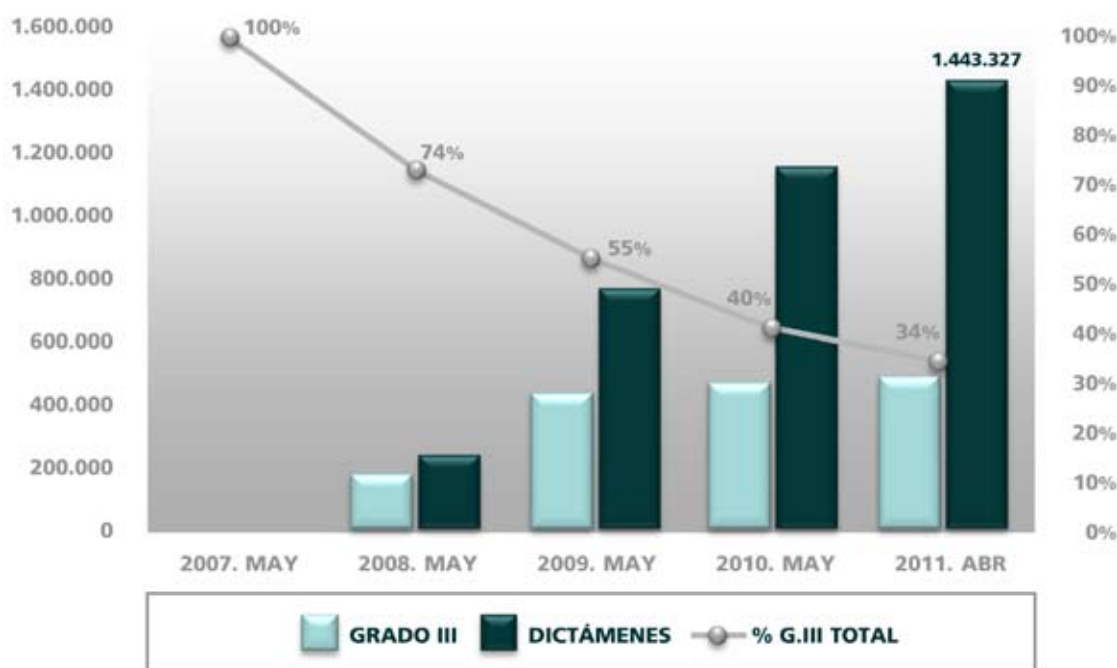
origine más de un expediente; y, en parte, porque la tasa de mortalidad entre los solicitantes y/o beneficiarios del sistema resulta significativa atendiendo a sus condiciones de salud, especialmente la relativa a la edad avanzada.

En los primeros años de funcionamiento la mayor parte de los dictámenes de valoración realizados se resolvían con el grado oficial de dependencia de mayor severidad, el grado III o gran dependencia (Ver Gráfico 1). Esta proporción se ha reducido conforme ha aumentado el número de solicitudes y se ha avanzado en el despliegue progresivo de la Ley 39/2006.

En los expedientes actualmente en vigor, el grado III representa el 34%, el grado II el 30% y el grado I el 23%. Debe ser destacado que

sólo el 13% de los dictámenes acumulados han resultado sin grado oficial de dependencia. Si estos datos se relacionan con las previsiones iniciales de las personas en situación de dependencia (ver Tabla 2) se pone de manifiesto que, por un lado, se ha reconocido a un mayor número de personas en situación de grado III del que inicialmente se esperaba; mientras que el reconocimiento de la suma de los tres grados oficiales ha alcanzado prácticamente el máximo previsto de beneficiarios; y, por otro lado, las solicitudes que han sido valoradas sin un grado oficial de dependencia se sitúan muy por debajo del escenario estimado en el Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España como personas que no alcanzaban la severidad necesaria para ser beneficiarias del sistema.

Gráfico 1: Evolución del número de dictámenes realizados y el reconocimiento del grado III. Datos acumulados desde el inicio del despliegue del SAAD en España.



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

Tabla 2: Comparación del escenario del Libro Blanco (año 2010) y la situación actual

	LIBRO BLANCO Escenario 2010		RECONOCIMIENTO 31.DIC. 2010		RECONOCIMIENTO / LIBRO BLANCO
GRADO III	223.457	18%	491.641	41%	220%
GRADO II	420.336	34%	407.992	34%	97%
GRADO I	602.636	48%	309.400	26%	51%
TOTAL	1.246.429	100%	1.209.033	100%	97%
SIN GRADO	1.771.539	59%	168.820	12%	10%
TOTAL DEPENDENCIA	3.017.968	100%	1.377.853	100%	46%

Fuente: Elaboración propia a partir del Libro Blanco de sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España y las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

Los datos evidencian que el sistema acabará teniendo más beneficiarios de los inicialmente previstos, aunque todavía no se puede asegurar si este desbordamiento se producirá con la misma intensidad en todos los grados oficiales de dependencia o bien quedará concentrado en algunos de ellos, especialmente el Grado III.

Dicho esto, la proporción del grado III en el total de dictámenes tiende a reducirse. Conforme se avanza a lo largo del tiempo y se acumulan nuevas valoraciones, se reduce el

número de solicitudes valoradas con grado III. Si se tiene en cuenta la distribución de los dictámenes realizados en el último mes, aislando de este modo el efecto acumulado durante los primeros años, la disminución del grado III es aún más intensa (ver Tabla 3). Así, en mayo de 2008 el grado III representaba el 65% de las valoraciones realizadas en aquel mes, mientras que un año más tarde ya sólo representaban el 34% y en el 2010 el 17%. Más aún en abril del 2011 la proporción ha sido del 0%, con una variación absoluta de menos 3 personas.

Tabla 3: Evolución del grado III en el total de dictámenes

	GRADO III	DICTÁMENES	% GRADO III en TOTAL
2008. MAYO	87.768	134.889	65%
2009. MAYO	70.887	208.088	34%
2010. MAYO	12.580	76.118	17%
2011. ABRIL	-3	22.909	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

Esta situación resulta en cierta medida coherente con el carácter progresivo de la implantación de la Ley 39/2006, mediante el cual primero acceden al sistema las personas con dependencia que tienen una mayor severidad. La implantación de la Ley 39/2006 finalizará entre enero de 2013, cuando podrán acceder las personas con grado I, nivel 1 –el nivel reconocido de menor severidad de la dependencia- y diciembre de 2015, cuando concluirá el periodo transitorio del actual sistema de financiación del Estado.

No obstante los datos que suministra el SAAD se han vuelto inadecuados para evaluar de forma rigurosa la evolución de los resultados de la valoración. Por un lado, la variación de la distribución total de los grados de dependencia resulta muy influenciada por la valoración acumulada en los primeros años de funcionamiento que era más numerosa y más grave en términos de severidad de la situación de dependencia que en la actualidad. Por otro lado, la determinación de la variación mensual, tal como se ha calculado en la tabla anterior, no se refiere a las altas del sistema, sino al saldo de bajas y altas del sistema, lo que contamina el análisis de lo que está sucediendo. Así pues, los datos de variación mensual mostrados correspondientes a abril del 2011 se explican como resultado de que el sistema está generando más bajas de expedientes con grado III, en principio debidos a la tasa de mortalidad de este colectivo, que altas con grado III. Siendo imposible a partir de los datos disponibles conocer lo que sucede realmente con las altas del sistema, es decir las valoraciones que se están realizando en el periodo más reciente.

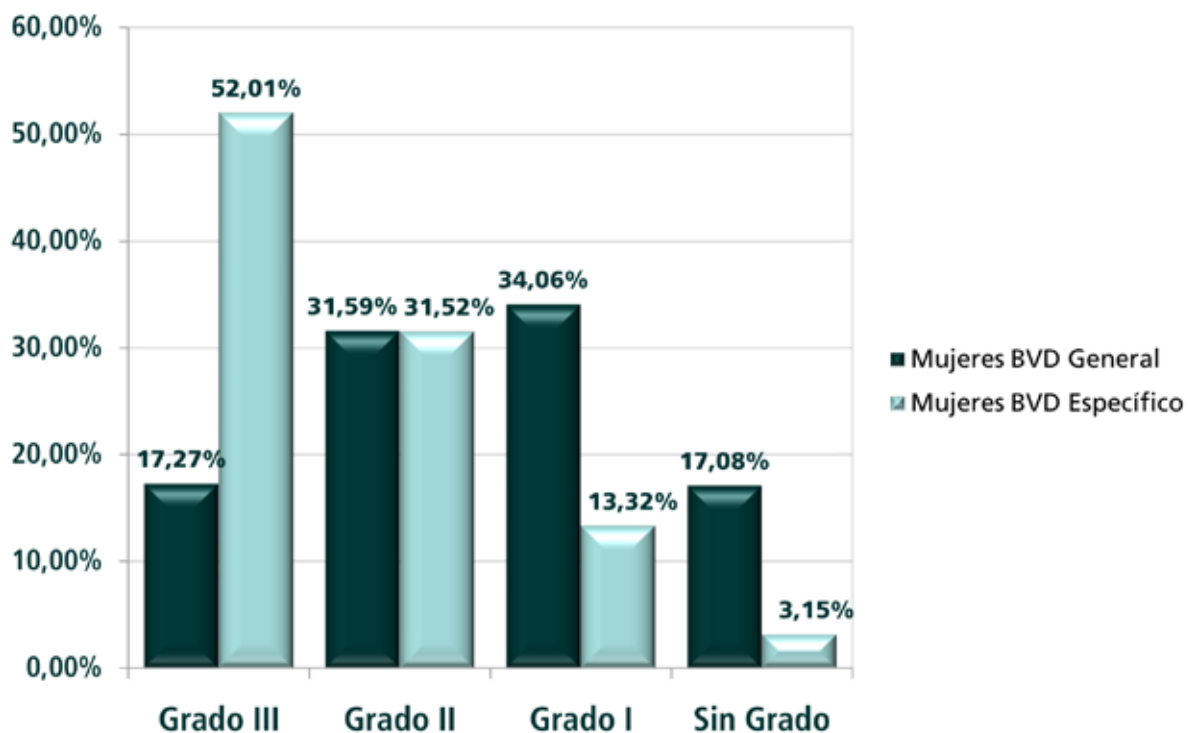
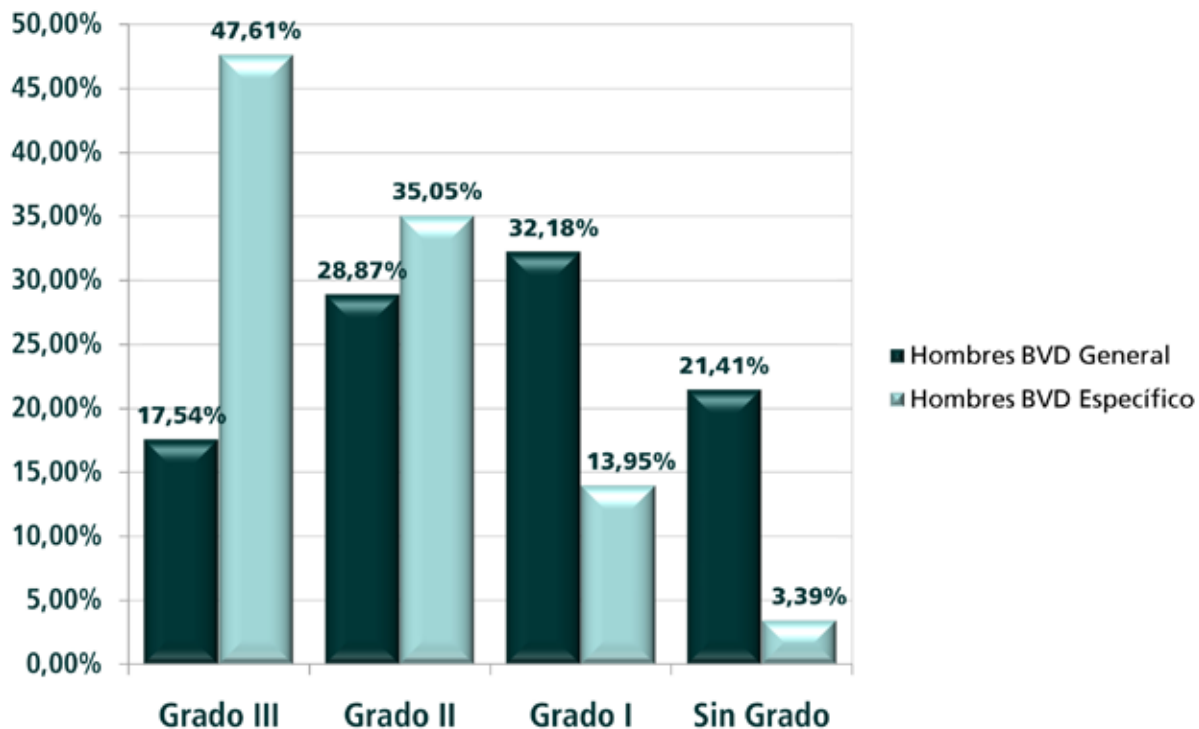
Una cuestión de interés en relación a la distribución de la severidad de los grados y niveles de la situación oficial de dependencia es la

diferenciación de resultados en función de la aplicación de la escala general y la escala específica. Recordemos que la escala específica es de aplicación cuando la persona a valorar presenta discapacidad intelectual, enfermedad mental o su capacidad perceptivo-cognitiva afectada. En estos casos se aplica un BVD que cuenta con una actividad añadida, correspondiente a la toma de decisiones, y además presenta una distribución de los pesos asignados de las tareas significativamente diferente a la escala general.

Los resultados acumulados hasta el 1 de enero de 2011 ponen de manifiesto que, por un lado, la distribución de la severidad varía en función de la escala aplicada (Ver Gráfico 2), siendo los resultados de la escala específica expresivos de una mayor severidad, concentrándose las valoraciones en los grados III (47,61% en hombres y 52,01% en mujeres), que los de la escala general (17,54% en hombres y 17,27% en mujeres); y, por otro lado, la proporción de valoraciones que no han obtenido la puntuación mínima para obtener un reconocimiento de grado oficial de dependencia resulta mayor en la escala general (21,41% en hombres y 17,08% en mujeres) que en la escala específica, siendo en este caso un porcentaje muy reducido hasta la fecha, poco más del 3%.

Las diferencias entre ambas escalas son tan importantes que de haberse obtenido la misma distribución en la escala específica que en la escala general los resultados actuales del SAAD reflejarían la mitad de casos en grado III, un número similar en el grado II y el doble de casos en el grado I, siendo éste –por cierto- un escenario muy parecido al inicialmente previsto por el Libro Blanco. No obstante, se debe tener en cuenta que los resultados de la escala específica son expresivos del reconocimiento

Gráfico 2: Distribución de los resultados de las valoraciones en España* según severidad de la situación oficial de la dependencia y escala aplicada



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

*Datos únicamente de CCAA usuarias del SISAAD

especial que la Ley 39/2006 realiza de la severidad de la situación de dependencia de los colectivos afectados por discapacidad intelectual y enfermedad mental.

Otro aspecto relevante en los resultados de la valoración corresponde a su comportamiento entre las Comunidades Autónomas, más teniendo en cuenta que son estas las gestoras de los Órganos de Valoración, excepto en el País Vasco que son las Diputaciones Forales y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla que es el IMSERSO. En primer lugar, se constatan diferencias significativas en las solicitudes y en los dictámenes por cápita. Así, Andalucía, Castilla-La Mancha y La Rioja han superado las 450 solicitudes por 10.000 habitantes, mientras que otras como las Islas Canarias, la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid, Ceuta y Melilla están por debajo de las 300 solicitudes. En segundo lugar se aprecian diferencias en la distribución de la severidad de la situación de dependencia. Así en Ceuta y Melilla, País Vasco y en Navarra la proporción del grado III en el total de dictámenes está por debajo del 30%, en otras como las Islas Canarias y Galicia se supera el 40%.

El análisis de estos datos debe hacerse de forma conjunta, ya que el despliegue de la Ley 39/2006 puede tener efectos sobre los resultados de las valoraciones realizadas. De este modo, en principio se debe esperar que las CCAA que han desplegado más la ley, es decir cuentan con más dictámenes realizados por 10.000 habitantes, deberían reflejar una menor severidad en la distribución de la situación oficial de dependencia, que se podría aproximar con la proporción de grado III sobre el total de dictámenes realizados.

Esto no siempre se produce, tal como queda ilustrado en los siguientes gráficos, observando, por ejemplo las posiciones relativas de Navarra, País Vasco, Andalucía y La Rioja. Estos resultados deben ser analizados con mayor profundidad, ajustando aquellas diferencias territoriales que sean de carácter estructural, cuando menos en lo concerniente a la tasa de envejecimiento y sobre-envejecimiento demográfico, de otras que puedan deberse al despliegue de la Ley 39/2006.

En los gráficos anteriores se ponen de manifiesto varios aspectos que deberían ser investigados con mayor profundidad que hasta ahora. En particular aportando nuevas estadísticas más detalladas. Primero, las diferencias notables que existen entre las distintas CCAA en sus posiciones relativas en relación a los resultados del despliegue de la Ley 39/2006. Segundo, las trayectorias temporales del despliegue de cada CCAA que no siempre resultan coherentes, mostrando por ejemplo aumentos significativos en determinados periodos del año de entradas de solicitudes o de la proporción del grado III sobre el total. Por último, la “resistencia” a dar por finalizado el reconocimiento de situaciones de grado III en buena parte de las CCAA después de haber transcurrido cerca de cuatro años del despliegue inicial que estuvo focalizado en dicho grado.

LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS EN LA VALORACIÓN

Los instrumentos de valoración no pueden solucionar todas las dificultades de un proceso complejo de valoración, aunque un buen planteamiento inicial en su desarrollo puede ayudar a limitar o controlar estas dificultades, en ocasiones no es suficiente y de hecho, programas con años de funcionamiento siguen sin resolver

Gráfico 3: Relación entre el despliegue del sistema de acceso y la severidad de los dictámenes de valoración. España y Comunidades Autónomas. Abril 2008.

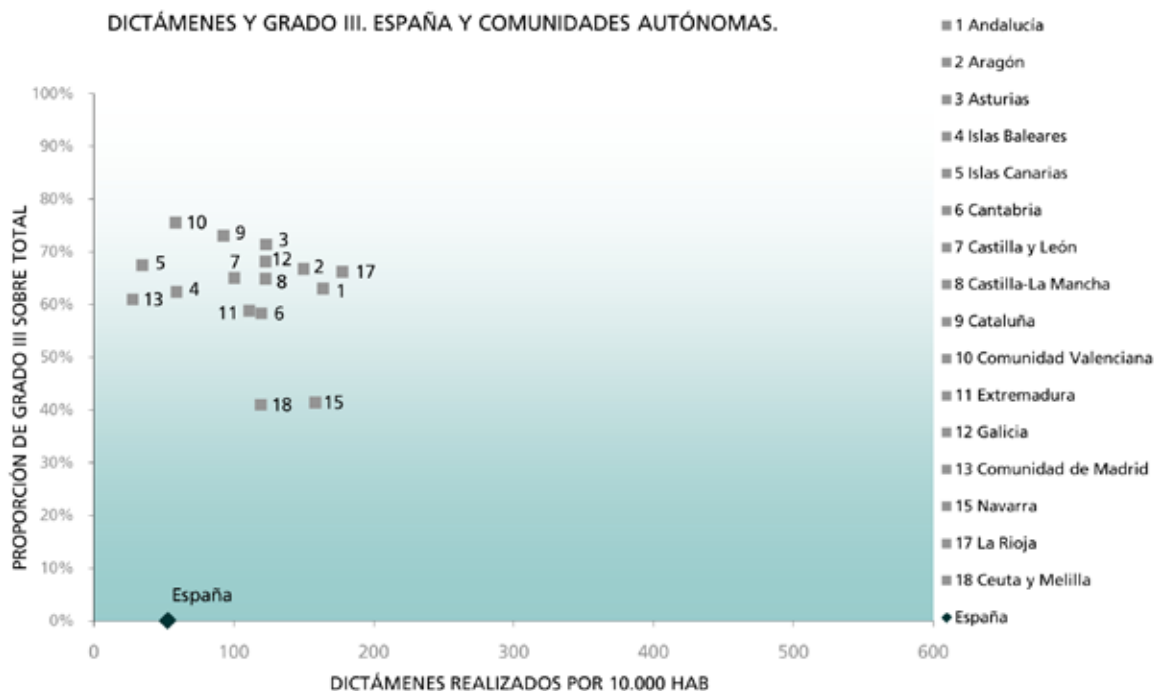
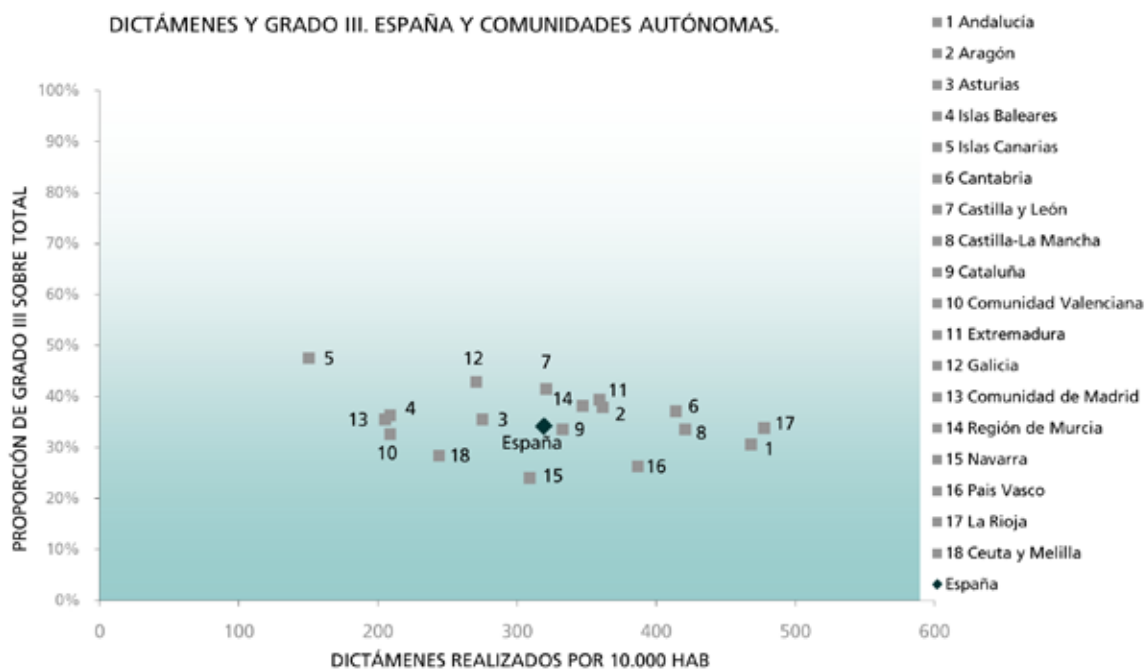


Gráfico 4: Relación entre el despliegue del sistema de acceso y la severidad de los dictámenes de valoración. España y Comunidades Autónomas. Abril 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

algunas de ellas satisfactoriamente. Para la adecuada aplicación de los baremos de valoración, tanto o más relevantes es la definición de dependencia que se utilice, como la formulación del proceso y los equipos de valoración y la determinación de la propia cartera de prestaciones.

En estos primeros años de funcionamiento del SAAD las principales problemáticas de valoración que se han identificado hasta la actualidad han consistido en:

- La insuficiente calidad de la información de salud que se aporta a la valoración, lo que ha dificultado la adecuada aplicación del BVD y ha podido facilitar la dilatación de los procesos de valoración en bastantes casos, especialmente en personas mayores de 80 años y/o personas con enfermedades mentales.

- La presencia de situaciones de valoración complejas en el marco de un procedimiento administrativo de reconocimiento oficial de derechos sociales que exige garantías probatorias. Las principales situaciones identificadas hacen referencia a la presencia de:

- o Deficiencias permanentes junto con transitorias.
- o Enfermedades que cursan en brotes.
- o Enfermedades que evolucionan con rapidez.
- o Deterioro cognitivo o demencias sin diagnosticar.

- La falta de un marco común establecido de las competencias mínimas necesarias por parte de los y las profesionales de valoración y la dotación de los equipos de valoración. Aunque se ha hecho algún avance en esta cuestión en el último año, todavía hoy no se dispone de un acuerdo sobre el perfil profesional de los

equipos que establezca lo que estos deben hacer, cómo deben realizarlo, qué deben saber y cómo pueden adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para ello.

- El limitado desarrollo de los sistemas de gestión de la calidad y la formación en los sistemas de valoración y la falta de intercambios de experiencias en estos ámbitos entre las CCAA.

- La preeminencia de las prestaciones económicas para el cuidado no profesional respecto a los servicios de apoyo, aunque se está corrigiendo en la actualidad, lo que dificulta en algunos casos la objetivación de la situación de dependencia.

LA REVISIÓN REALIZADA DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

LOS TRABAJOS DE REVISIÓN

El proceso de revisión del BVD ha comportado la realización de distintos trabajos de seguimiento, contraste y discusión de resultados.

Por un lado, se ofreció asesoramiento continuado desde el IMSERSO a los servicios técnicos de valoración de las Comunidades Autónomas para la resolución de dudas o problemas de aplicación del baremo. Complementariamente, se celebraron dos jornadas de formación sobre el mismo en la sede de IMSERSO en Madrid y además, a través del Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona, se ofreció colaboración en la formación de profesionales en todo el territorio.

Más recientemente, en enero del 2008, se constituyó la Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la Valoración de la situación de Dependencia (CTVD) con el objeto, entre

otros, de evaluar conjuntamente con las CCAA el despliegue del sistema de acceso del SAAD y la aplicación del baremo de dependencia. En el marco de esta Comisión se impulsó un grupo de trabajo permanente sobre el BVD y otro sobre la EVE, los cuales se reunieron mensualmente durante el año 2008. Ambos grupos de trabajo se centraron en el abordaje de la formulación de propuestas de mejora.

En paralelo a estas líneas de trabajo, se realizó un conjunto de estudios complementarios sobre la validación y la sensibilidad del BVD en situaciones específicas, que habían sido detectadas a priori – en el pilotaje previo a su aplicación - como especialmente difíciles: la fiabilidad interobservador, sensibilidad y especificidad en colectivos con enfermedad mental y en colectivos de niños de 3 a 6 años, así como la correspondencia en las valoraciones realizadas con la EVE y el BVD a la edad de 3 años.

Por otro lado, se llevó a cabo una monitorización del despliegue del sistema de acceso al SAAD en base a la información recabada entre las CCAA. Los datos se recogieron a través de un cuestionario dirigido a las CCAA; y, mediante la explotación de la base de datos del Sistema de Información del SAAD que contenía en aquel momento más de 200.000 valoraciones.

Fruto de todas estas actividades se recopiló abundante información sobre las principales dudas y problemas de aplicación de las escalas del baremo, así como del procedimiento a seguir en la valoración, que se producían en los distintos equipos de valoración de las Comunidades Autónomas. A través de los grupos de trabajo del BVD y la EVE de la CTVD se elaboró una propuesta técnica de mejora del baremo y de los correspondientes manuales de aplicación.

Posteriormente, la propuesta fue presentada y analizada con los órganos consultivos previstos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre y, en particular con el Consejo Nacional de Discapacidad, a través de un grupo de trabajo específico. En este proceso se incorporaron nuevas modificaciones a la propuesta inicial que finalmente configuró la propuesta aprobada en el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, publicada en la Resolución de 29 de junio de 2010 (BOE, 12 de julio).

EL CONTENIDO DE LAS MODIFICACIONES DEL BVD

Finalmente la modificación del BVD se ha publicado en su versión definitiva en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Las principales modificaciones introducidas constituyen mejoras dirigidas a:

Primero, facilitar la comprensión de los criterios generales de aplicación ajustando su redacción a los conceptos de la CIF y resaltando la necesidad de establecer la coherencia de la valoración con el informe de salud y del entorno. En este sentido se ha llevado a cabo una reordenación de los criterios y el redactado de aquellos aspectos que podían generar confusiones o ser interpretados de distinto modo. En particular se insiste en que la valoración del

desempeño en las tareas debe considerarse siempre en el marco de la consecución de la finalidad de la actividad correspondiente y sin incurrir en un grave riesgo de salud, mostrando la iniciativa, la coherencia, la orientación y el control físico suficiente para ello. Asimismo se clarifica que el carácter imprescindible de los apoyos de otras personas se determina en base a que estos resulten necesarios en la mayoría de las veces o siempre en que éstas tengan lugar.

Segundo, diferenciar el «No desempeño de la tarea», originado por la situación de dependencia respecto del debido a otras causas no puntuables. Las otras situaciones de desempeño negativo, que a efectos de valoración oficial no son dependencia, incluyen factores determinantes de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección o cualesquiera otras relacionadas con condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejoría, o bien cuando los apoyos en las tareas no sean imprescindibles en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar.

Tercero, introducir en la valoración la determinación de la frecuencia de los apoyos en caso de desempeño negativo. Con ello se persigue una mayor recopilación de información en la valoración que facilite una mejor comprensión de la situación real de dependencia de la persona valorada evitando prácticas insuficientes en este ámbito.

Cuarto, ajustar conceptualmente la definición de los tipos de apoyo de otra u otras personas, mejorando con ello la clasificación de la gravedad de las situaciones de dependencia, que se determina de acuerdo con la definición de grados y niveles previstos en el artículo 26 de la Ley. El número de apoyos dis-

ponibles se ha mantenido, en los cuatro iniciales, así como su coeficiente de ponderación, pero se han introducido modificaciones que facilitan su aplicación y, en el caso de la sustitución máxima y del apoyo especial –que son los apoyos con mayor ponderación – amplía su alcance a otras situaciones que no estaban previstas. En particular en el caso del apoyo especial que estaba limitado a las situaciones vinculadas a conductas que interferían en la prestación de apoyos se ha ampliado a condiciones excepcionales de salud que interfieren en la prestación de cualquiera de los otros apoyos establecidos.

Quinto, simplificar las tareas objeto de valoración que han resultado complejas o han presentado dificultades para la determinación del apoyo por tratarse de funciones fisiológicas. Ello, mediante su modificación o sustitución.

Sexto, aprobar las instrucciones para la aplicación homogénea del BVD a través de un manual de aplicación dirigido a profesionales. Aunque ya existía un manual de aplicación del BVD común para todos los equipos de valoración, este no había sido publicado en el Boletín Oficial del Estado, lo que generaba inquietud en las asociaciones representativas de las personas con dependencia. La publicación en el BOE del manual de aplicación, junto con la nueva versión del BVD confiere mayor seguridad jurídica sobre esta cuestión.

Por último, confirmar el resto de características del BVD tales como las actividades que comprende la valoración, la escala general y específica del BVD, los intervalos de puntuación vigentes que determinan los grados y niveles de situación oficial de dependencia, y la mayor parte de las tareas y sus coeficientes.

LOS ÁMBITOS DE LA VALORACIÓN DONDE LA INVESTIGACIÓN PUEDE HACER CONTRIBUCIONES

La investigación puede realizar importantes contribuciones para avanzar en la resolución de las principales problemáticas de la valoración de la dependencia a efectos de la Ley 39/2006. Sin embargo, no siempre será fácil identificar su relevancia, en parte, porque su impacto puede ser mediante vías indirectas; en parte, porque el marco de las investigaciones no siempre coincidirá con el marco político. Sin tener la pretensión de construir una tipología de las posibles contribuciones de la investigación en este ámbito, se formula a continuación una lista orientativa:

- Analizar los problemas de la valoración
 - o Previsión de la población con dependencia.
 - o Interpretación de las diferencias por CCAA.
 - o Identificación de las situaciones de valoración compleja.
 - o Descripción de las situaciones de elegibilidad y de no elegibilidad.
- Desarrollar herramientas y diseñar intervenciones de mejora
 - o Mejora de los informes de salud.
 - o Ajuste de los baremos y de los protocolos de valoración.
 - o Establecimiento de las competencias de los equipos de valoración.
 - o Diseño de sistemas de gestión de la calidad de las valoraciones.

Sin embargo el aprovechamiento de las contribuciones de la investigación en este ámbito debe tener presente la existencia de barreras importantes para su desarrollo que están dificultando su contribución.

En España la reflexión sobre las barreras a la contribución de la investigación debe partir de una primera consideración a propósito de la insuficiencia crónica de la financiación, pública y privada. Nuestro país no se caracteriza, precisamente, por destacar entre las economías más desarrolladas en su esfuerzo de gasto en I+D⁵. Esta situación se reproduce también en la investigación en dependencia.

Pero, además habría que considerar otros factores específicos en este ámbito, tales como:

1. La escasa tradición de la investigación en la orientación de las políticas sociales. España, a diferencia de otros países como Estados Unidos, Japón o los países nórdicos en Europa, ha desarrollado poco los programas de investigación en valoración de la dependencia. Resulta difícil hacer visible la contribución de la investigación a la resolución de problemas de las políticas públicas en este ámbito.

2. Los tiempos de la investigación no suelen coincidir con los tiempos de las políticas. Buena parte de los objetivos de la investigación precisan de proyectos a medio y largo plazo para su consecución. Además se suele requerir una cierta acumulación de evidencia para tener seguridad en los resultados. La política, en cambio, requiere soluciones aquí y ahora.

⁵ En el año 2006 el gasto español en I+D se situó en el 1,2% del PIB, mientras que la media de la OCDE fue del 2,26%. OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics. OECD 2009.

3. La ausencia de valores compartidos en la definición de dependencia por parte de todos los agentes implicados. Aquello que se entiende por dependencia varía en función del ámbito profesional o del colectivo al que se representa lo que dispersa los estudios realizados.

4. La valoración a efectos de las prestaciones públicas es más un problema político o de intereses que un problema científico o técnico. Para los defensores de una determinada posición, la información que no la apoya se convierte en un obstáculo. La investigación se juzga en función del posicionamiento individual, no de sus resultados generales.

5. La complejidad del problema de valoración. La valoración no hace referencia sólo a un problema de un colectivo concreto, sino que debe afrontar, garantizando la igualdad de trato, situaciones muy diversas de edad, enfermedad o discapacidad. Además la valoración se lleva a cabo en un proceso discontinuo, con diferentes profesionales implicados – no siempre coordinados – y sujeta a un proceso administrativo ajeno a la práctica asistencial. Así la valoración de dependencia se inicia con la elaboración del informe de salud, que suelen realizar los equipos de atención primaria – aunque pueden aportarse otros informes-

6. La multiplicidad de las Administraciones Públicas competentes. A pesar de que la Ley 39/2006 es una responsabilidad compartida por los distintos niveles competenciales de la Administración Pública, las valoraciones de dependencia son organizadas principalmente por las Comunidades Autónomas. En consecuencia, los sistemas de valoración se han configurado de formas distintas, lo que comporta también la concreción de problemáticas distintas. Por

ejemplo, los modelos de informes de salud, la formación de los equipos de valoración, el perfil profesional de los valoradores es diferente. Además las Comunidades Autónomas tienen menos tradición y menos capacidad financiera para abordar programas ambiciosos de investigación.

Atendiendo a la naturaleza de las barreras existentes se perfila la necesidad de construir un programa de apoyo a la investigación en valoración de la dependencia que suponga, por un lado, un aumento del gasto público en este ámbito, tanto a nivel estatal como de las CCAA; y, por otro lado, una mejora de la información disponible por parte de los agentes implicados. En este sentido queremos apuntar para finalizar este trabajo sobre la valoración de la situación oficial de dependencia los siguientes objetivos que deberían orientar la investigación en este ámbito en los próximos años:

- 1. Aumentar el gasto en I+D en valoración del IMSERSO y de las CCAA.**
 - a. En problemas bien definidos y concretos, atendiendo a colectivos específicos.
 - b. En intensidad suficiente para tener impacto.
 - c. En proyectos de medio y largo plazo.
- 2. Mejorar los datos disponibles sobre la actividad de valoración**
 - a. Avanzar en la publicación del fichero de microdatos de la encuesta EDAD 2008 del INE.
 - b. Establecer un Conjunto Mínimo de Base de Datos de los sistemas de valoración en España y publicar sus ficheros
- 3. Introducir en la legislación la obligación de programas de evaluación de la actividad y la calidad de las valoraciones.**

4. Impulsar la colaboración entre los equipos de investigación y los órganos de valoración.

5. Incorporar en los estudios clínicos la situación oficial de dependencia.

6. Promover la difusión de los resultados la investigación.

7. Fomentar el conocimiento y el debate sobre la situación de dependencia y su valoración entre los agentes implicados (Administración – usuarios – investigadores).

BIBLIOGRAFIA

FERRUCCI, Luigi; GURALNIK, Jack M; SIMON-SICK, Eleanor; et a. "Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process". *The Journals of Gerontology. Series A*; 1996:51A,3: 123-130.

FUNDACIÓ INSTITUT CATALÀ DEL ENVELLIMENT. Estudio del modelo de atención de las personas mayores en España. Barcelona: Edad y vida, 2004. 116.

GISPERT R, CLOT-RAZQUIN G, RIVERO A, FREITAS A, RUÍZ RAMOS M, RUIZ LUQUE C, BUSQUETS E, ARGIMON JM. "El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999" *RevEsp Salud Pública* 2008; 82(6): 653-665.

GISPERT MAGAROLAS R, CLOT-RAZQUIN G, MARCH J, FREITAS A, BUSQUETS E, RUÍZ-RAMOS M, RIVERO, T. "Prevalencia de la discapacidad en España por Comunidades Autónomas. El papel de los factores individuales y del entorno geográfico en su variabilidad". *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83: 821-834

HEFFLER S, LEVIT K, and SMITH S (2001): "Health spending growth up in 1999; Faster growth expected in the future". *HealthAffairs*. 20 (2): 193-203.

IMSERSO: Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004. 1.022.

INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999, Resultados nacionales detallados. Madrid: INE, 2002. 444.

INE. Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008, Avance de resultados. Mayo 2011 [en línea]. <http://www.ine.es/>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid. 2001

Real Decreto 504/2007 de 20 de Abril por el que se aprueba el baremo de valoración de las situaciones de dependencia.

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

RIVERO, T. "La valoración de la dependencia para el acceso a la Ley 39/2006". Referent : papers de la Fundació Unió. 2009; 7: 12-17

SALVÀ, A, ROJANO X, RIVERO T. "Las situaciones de dependencia. Su valoración, los baremos y su aplicación". *Documentación administrativa*. 2006-2007; 276-277: 663-682

RIVERO, T; SALVÀ, A "Dependencia y envejecimiento. valoración" a Puyol Antolín, Rafael; Abellán García, Antonio (coord.) *Envejecimiento y dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española* Madrid : *WorldAssistance*, 2006.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS PROBLEMAS DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF)

Departamento de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra.

RAÚL DEL POZO RUBIO

Centro de Investigación en Estudios Sociosanitarios (CESS-UCLM)

Dpto. de Análisis Económico y Finanzas. Universidad de Castilla La Mancha.

-
- Sumario**
1. Introducción
 2. La ley de dependencia
 - 2.1. *Valoración: una ley a la que pilla la crisis económica con el paso cambiado*
 3. Análisis descriptivo de la ley de dependencia:
¿qué nos dicen los datos después de tres años de aplicación de la ley?
 4. La influencia de la situación económica en la tipología de las prestaciones
 5. Conclusiones
 6. Anexo
 7. Bibliografía

Se desea dejar constancia y agradecer el apoyo financiero a la investigación de la Fundación CASER, que en conjunción con el CRES-UPF edita una Serie de Documentos de Trabajo para el Estudio de la Dependencia, de los que este texto constituyó su DT número 1 (2010).

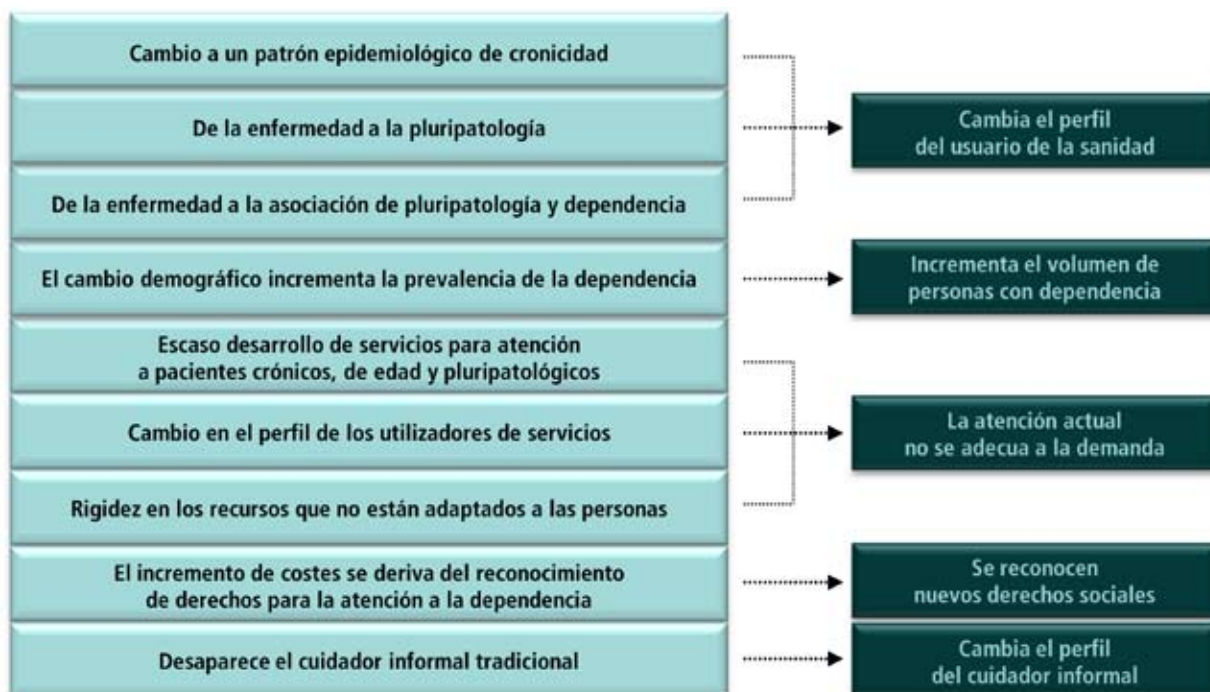
1. INTRODUCCIÓN

El cambio demográfico sin duda ha generado nuevos escenarios para la política económica en general (cambios en los patrones de generación de renta, consumo, ahorro e inversión), y en particular para la política social (quién se beneficia de qué a expensas de quién). El envejecimiento, por activo y saludable que sea, y la longevidad se traducen en ámbitos como el de sanidad y pensiones con derivadas diversas a la vista de los regímenes concretos de protección de los Estados. En concreto, con el trinomio envejecimiento, salud y dependencia es probable que aumenten las prevalencias de morbilidad absolutas, aunque quizás no relativas, a la vez que hagan variar los balances asistenciales entre tipos de cuidados, las obligaciones y los derechos y responsabilidades individuales y

colectivas. Todo ello se refleja en el gasto social en forma de prestaciones económicas y de servicios en respuesta a los compromisos que genera, en nuestro país en concreto, la entrada en vigor de la conocida como Ley de Dependencia, o para ser más precisos, la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD).

Como muestra la figura 1, se conjuga en el llamado cuarto pilar del estado del bienestar una respuesta al cambio en la composición demográfica, y en particular, el creciente peso de la población mayor de 80 años (gráfica 1), visto desde el cambio en el patrón epidemiológico de la cronicidad y la pluripatología que inciden en la discapacidad. Es la regla del 20-20: una perspectiva de población mayor de 65 años

Figura 1. Esquema de modelo causal: cambios en el perfil de la demanda sociosanitaria

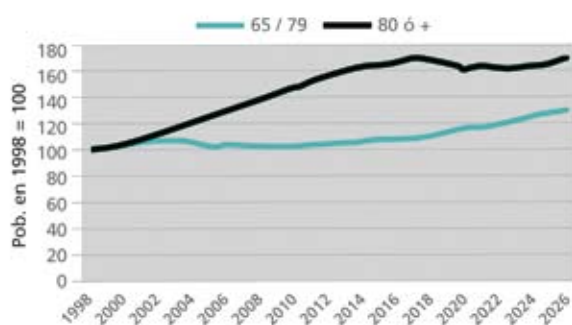


Fuente: Antares (2010)

que puede alcanzar fácilmente un 20% en el próximo futuro, un 20% de la cual es probable desarrolle un tipo u otro de problema de dependencia.

El esperado reconocimiento de la protección de dicha contingencia como derecho ciudadano ha generado una importante expectativa, ya que la actual atención no se adecua a la demanda hasta ahora aflorada, y que no se ha visto por el momento correspondida con una oferta apropiada. A su vez la reducción del compromiso familiar en el cuidado informal (MESTHENEOS Y TRIANTAFILLOU (2005)), viene a acentuar las tensiones entre expectativas y realidad e incrementar las dificultades de financiación.

Gráfica 1. Crecimiento relativo de la población mayor en España: 1998 – 2026.



Fuente: Elaboración propia.

2. LA LEY DE LA DEPENDENCIA

A todo ello intentó responder la Ley mencionada, colmando de este modo una de las mayores expectativas del desarrollo del Estado de Bienestar. Antes de comentar los aspectos económicos asociados con dicha Ley, es conveniente

describir el camino que debe recorrer una persona desde que solicita que le sea reconocido tal derecho hasta que recibe efectivamente la prestación asignada. El primer paso consiste en realizar la solicitud, bien al trabajador social de la zona, bien a la delegación de la administración pública correspondiente. Cumplimentado lo anterior, el equipo de valoración (un equipo de profesionales cuya composición varía en cada Comunidad Autónoma (CCAA); por ejemplo, en el caso de Castilla La Mancha, este equipo lo componen terapeutas ocupacionales y psicólogos) se desplaza al domicilio o lugar de residencia de la persona solicitante para ser valorada (como herramienta de valoración se utiliza el baremo¹ definido en la ley). Con la información obtenida junto a la documentación original presentada por el solicitante (informe médico y social) se completa el expediente en la aplicación informática diseñada para tal fin, en la que le es asignada a esta persona un grado y nivel de dependencia (si procede); a este periodo comprendido entre que la persona solicita ser valorada y le es reconocido un grado y nivel mediante el dictamen será denominado primer paso.

El siguiente paso lo lleva a cabo el equipo técnico (que puede ser el mismo que el equipo de valoración o no; depende de las CCAA). Este grupo, en función del grado y nivel de dependencia asignado, así como de la situación económica, demográfica y sociosanitaria, elabora un Plan de Atención Individualizado (PIA), que es una propuesta personalizada compuesta por una o varias prestaciones siendo éstas las que supuestamente mejor se adecuan a las necesidades de la persona dependiente (se suelen incluir varias opciones, e incluso, varias prestaciones simultáneas y complementarias, para que la persona dependiente tenga una oferta variada

¹ REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 96 de 21 de abril).

en la que poder elegir acorde con sus necesidades pero también con sus preferencias). En este caso, la persona dependiente puede aceptar el PIA, y elegir una de las distintas opciones ofertadas, o en caso contrario, realizar una alegación solicitando la propuesta con la prestación / prestaciones anheladas. Por último, se produce la resolución firmada por la autoridad competente, que determina la prestación (o combinación de prestaciones) definitiva para el ya beneficiario de la Ley. El último paso ya es la efectiva puesta en funcionamiento de la prestación o del mix de prestaciones asignado.

En España, el baremo de valoración de la Dependencia² permite diferenciar tres niveles:

1. **Dependencia Moderada** (Grado I): la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVBD) al menos una vez al día (nivel 1: 25-39 puntos; nivel 2: 40-49 puntos);

2. **Dependencia Severa** (Grado II): necesita ayuda para las ABVD dos o tres veces al día (nivel 1: 50-64 puntos; nivel 2: 65-74);

3. **Gran Dependencia** (Grado III): necesita ayuda para las ABVD varias veces al día (nivel 1: 75-89; nivel 2: 90-100 puntos).

Las previsiones que incluyó la memoria económica de la LAPAD (2006) invitaron al optimismo, En resumen, el impacto macroeconómico previsto con la entrada de la ley preveía la creación de 262.735 puestos de trabajo a partir

de valoraciones estandarizadas sobre cargas de trabajo estimadas (escenario 2010), más 190.000 inducidos, e incorporándose a su vez 115.000 nuevos trabajadores que migrarían de los cuidados familiares al mercado laboral. Ello debiera de suponer entorno a dos mil millones de euros anuales por retorno fiscal, como resultado de todo tipo de impuestos, cotizaciones, paro ahorrado...

Una estimación posterior de SOSVILLA (2008), sobre la base del cómputo de las tablas input-output y del modelo Hermin, revisó a la baja, en un tercio, la valoración anterior, con un retorno fiscal de dos tercios del coste previsto, y manteniendo la aceptación general de que el impulso de 0,72 Gasto público/PIB estimularía la demanda agregada en 1,56% (respecto de su no aplicación).

Muy pocas de estas previsiones se han cumplido y hoy la LAPAD está siendo cuestionada en su aplicación por las dificultades financieras que impone tanto para el Estado (Administración Central) como para las CCAA., encargadas básicamente de su implementación.

El diferencial más destacado nos lo ofrece la estimación inicial entre población de dependencia más elevada, grado III, valorada sobre la estructura poblacional del año 2007 y la observada efectivamente (beneficiarios) en el primer trimestre ya del 2010. Las observaciones doblan por CCAA. a menudo las cifras estimadas, y en

² Recientemente se ha aprobado la Resolución de 29 de junio de 2010 por el que se publica el acuerdo del Consejo Territorial sobre el baremo. Los mayores cambios respecto a los baremos de 2007: al componente de básico de vida diaria se incluye la precisión de "desempeño positivo" y "desempeño negativo"; se califica el problema de desempeño en 3 (físico, mental, ambos), se añade un ítem más en tipo de apoyo (en la aplicación de coeficientes se da la misma puntuación a "supervisión" y a "ayuda física parcial") y se incluye un nuevo apartado (frecuencia: casi nunca, algunas, bastantes, la mayoría de las veces, siempre). Además, en el manual de instrucciones el "Apoyo Especial", que antes era aplicable a las personas con enfermedad mental o problemas de conducta ya no lo es: incluye sordoceguera, obesidad mórbida y otras en que se necesiten dos personas para prestar el apoyo. Se insiste mucho en que se cuente con el informe de salud para asegurar que la dependencia no es por sobreprotección, factores culturales o no uso de ayudas técnicas y para asegurar que se trata de dependencia permanente. Se establecen criterios técnicos para la admisión a trámite de solicitudes, precisando que no se admitirán a trámite las solicitudes de personas que estén en tratamiento de quimio o radioterapia, hasta que no finalicen el tratamiento, ni a las que estén en tratamiento de rehabilitación, ni de las que estén hospitalizadas en larga estancia (en estas últimas se pueden admitir a trámite excepcionalmente las solicitudes de quienes lleven hospitalizadas más de 6 meses y necesiten prestaciones). Incluyen recomendaciones para la valoración de colectivos específicos (menores, personas con enfermedad mental, con problemas de comunicación...)

su globalidad mayor sería aún la diferencia si algunas anomalías observadas en los datos de algunas Comunidades como Madrid o Galicia se corrigieran oportunamente.

Ante esta avalancha de dictámenes, su incidencia en gasto es más bien opaca. Las estimaciones realizadas por MONTSERRAT (2009) en base a una valoración de los costes unitarios por servicio, arrojarían un coste generado para el ejercicio 2009 de más de seis mil millones de euros, duplicando la previsión hecha por la Memoria de la Ley (2006). Ello sería causado tanto por el incremento en el número de personas reconocidas como dependientes, como por los costes no contemplados en su momento relativos a los procesos de apoyo a la implantación de la Ley (valoración, sistemas de información), de dotación de infraestructuras de oferta y de no consecución de la financiación privada esperada.

Como señala MONTSERRAT (2009), el gasto real asumido por las AA.PP. es realmente difícil de conocer con precisión. El Estado ha contabilizado su contribución directa al sistema para el 2009 cifrándola en algo más de dos mil millones de euros para la parte correspondiente a nivel mínimo y al acordado (doble de la previsión realizada), y las CCAA, algo por encima de los mil seiscientos. A ello cabría añadir las aportaciones en forma de copagos de los usuarios, que son diferentes entre CCAA. y que difícilmente se estima superan el 20% del coste del sistema. La suma aproximativa anterior (cerca a los cuatro mil millones y medio de euros) se contrapone al que sería el coste de satisfacer toda la demanda reconocida (dictámenes efectuados), que de responderse según oferta prevista, a coste unitario estimado de servicios, alcanzaría la nada despreciable cifra de siete mil setecientos cincuenta millones de euros.

Tabla 1. Implementación de la Ley de Dependencia

	ESTIMACIONES		BENEFICIARIOS	
	POB. DEP. 07	GIII 2007	GIII 1-3-10	DIFERENCIA
Andalucía	202.147	34.019	116.251	82.232
Aragón	37.904	7.521	17.152	9.631
Asturias (Principado de)	36.330	6.783	10.040	3.257
Illes Balears	23.632	4.055	7.538	3.483
Canarias	39.938	6.402	11.860	5.458
Cantabria	16.695	3.248	8.264	5.016
Castilla y León	84.017	15.880	30.168	14.288
Castilla - La Mancha	57.860	10.130	25.506	15.376
Cataluña	181.617	31.550	82.601	51.051
Comunitat Valenciana	119.135	20.483	34.080	13.597
Extremadura	33.692	5.786	12.946	7.160
Galicia	91.243	16.565	30.631	14.066
Madrid (Comunidad de)	133.695	23.383	32.293	8.910
Murcia (Región de)	33.245	5.518	16.170	10.652
Navarra (Comunidad Foral de)	16.269	3.039	4.796	1.757
País Vasco	54.544	9.516	22.413	12.897
Rioja (La)	9.041	1.524	5.135	3.611
Ceuta y Melilla	2.762	509	920	411
TOTAL	1.173.764	205.915	468.764	262.853

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones de población dependiente publicadas en la resolución de 23 de mayo de 2007 por el que se aprueba el marco de colaboración interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la AGE para financiación del nivel acordado y las estadísticas oficiales del SAAD-IMSERSO.

2.1. VALORACIÓN: UNA LEY A LA QUE PILLA LA CRISIS ECONÓMICA CON EL PASO CAMBIADO

Más allá de la importancia de la LAPAD en el bienestar comunitario, su aplicación concreta ofrece algunas dudas. No se trata tanto con ello de cuestionar la hermenéutica de la Ley como el modo en que se está implantando. En resumen, puede argumentarse que se trata de una ordenación fuera de tiempo social, bajo parámetros culturales y filosóficos distintos a los actuales; por ejemplo, penalizando el ahorro para aquéllos a quienes la Ley determina un mayor copago; fuera de tiempo económico, porque se diseña desde el optimismo de una fase álgida del ciclo que tenía tanto de extraordinaria como de irreplicable, y no regulariza su sostenibilidad de acuerdo con el ciclo medio de la economía española; y en cierto modo, parece “copiar a destiempo”, al impulsar oferta burocratizada de servicios, con fuertes dosis de corporativismo público, cuando algunos países migran ya hacia presupuestos personales, más apoderamiento de sus beneficiarios, identificación de gestores de casos y combinaciones más flexibles en oferta de servicios. Así mismo, se están recuperando en determinados países (en Gran Bretaña, ya en la última etapa laborista) las posibilidades de un aseguramiento regulado³, obligatorio más allá de una cierta edad,

con elección entre agentes públicos y privados. En este marco, la prestación económica contra factura de servicios libremente elegida tiende a reencontrar su papel frente a una prestación económica incondicionada de unos pocos euros, y en prestación de servicios, las ofertas asistenciales compiten más en atraer usuarios que en arrimarse al financiador público en su búsqueda de conciertos estables a tarifas no eficientes, de coste completo, y sin apenas aportaciones de usuarios directas al proveedor⁴.

La complejidad de la Ley tiene planos competenciales, institucionales y operativos. En coordinación a la del Estado con sus entes territoriales hace falta añadirle la interna entre muchos Departamentos de Bienestar y de Salud de las CCAA. En el operativo, la gestión de la demanda presenta deficiencias en incentivos (los equipos de valoración y de asignación de prestaciones han de tener incentivos alineados, incluyendo aquí prestación otorgada y plazo de tramitación), y una mejor formación de cuidadores; en lo que se refiere a la aplicación de los baremos (poco sensible por el momento a las discapacidades cognitivas, la enfermedad mental y enfermedades que generan gran dependencia), y a la gestión de la oferta para que los criterios de acreditación sean razonables (reembolsables en tarifas), se centren en objetivos también de prevención y promoción, un mix de servicios

³ La idea de aseguramiento requiere de un cálculo actuarial de múltiples estados -en los que se pueda encontrar el individuo en diferentes momentos del tiempo-, permitiendo la transición entre ellos (en el denominado método de Sullivan, más sencillo, se requiere para el cómputo simplemente conocer las tasas de prevalencia en estado de dependencia y no dependencia para la población, por edades o grupos de edad -por ejemplo en series transversales- y utilizar las probabilidades de muerte de la población por edades, sin llegar a considerar sus cómputos actuariales). AYUSO (2010) ha calculado para España con la primera metodología y bajo supuestos específicos de evolución del coste de diferentes servicios (según observación registrada 1999-2008), con las tablas de dependencia para la población española 2010 y considerando el diferencial conocido entre mortalidad de población discapacitada y no discapacitada de EE.UU., un coste esperado para cada edad que iría desde los 25.899 euros anuales en cuidados de larga duración hasta la muerte para hombres y de 53.354 euros para mujeres que entrasen en dependencia a los 65 años; de 23.326 y 43.755 respectivamente para los dependientes entrantes con 75 años, de 18,308 y 26,207 euros para los de 85 años, etc. Para asegurar pues la dependencia de los individuos de 65 años, por ejemplo, haría falta una prima de entorno a los 2.600 euros para hombres y de unos 5.400 euros para mujeres en los 10 años anteriores (obligatorio a los 55 años) y de las mitades respectivas si se considera a los 45 años. Ello señala la dificultad de la tarea de conseguir toda la protección sólo desde el ámbito asegurador con prima obligatoria, con lo que es previsible que un mix sea necesario para la solvencia del sistema.

⁴ Un análisis detallado de los contenidos más críticos de la Ley en su aplicación se puede encontrar en el Informe de Expertos (CERVERA et al (2009)) para el Congreso de aplicación de la LAPAD y en LÓPEZ-CASASNOVAS (2009).

más diversos más en lugar de los que permite una prestación 'única', y favorecer el desarrollo de infraestructuras donde se carezca de ellas.

Estudios más recientes que evalúan dicha Ley confirman la mayoría de las críticas comentadas. Así, RODRÍGUEZ y JIMÉNEZ (2010), encuentran que "el Grado III duplica las previsiones del Libro Blanco: reconocimientos muy permisivos mediante "pasarela" y en ocasiones sin aplicación expresa y adecuada del baremo, de muchas personas que ya estaban recibiendo atención, sobre todo en centros residenciales, inflando su nivel de gravedad y logrando así mayores recursos a través del mínimo de protección garantizado proveniente de la Administración General del Estado. (...) La excesiva generosidad en esta aplicación puede hacer que una Ley que ha nacido para garantizar derechos termine siendo meramente declarativa por problemas de sostenibilidad económica". A su vez, ALBARRÁN et al (2009), analizan la aplicación del baremo para medir la dependencia de tres países (Francia, Alemania y España), y muestran cómo el español es el baremo más generoso: 163.000 personas que serían valoradas como dependientes con el baremo español no lo serían con el alemán y 463.000 no lo serían con el francés. En Alemania, con casi doble población que España y más de una década de implantación de su Ley, el número de beneficiarios se encuentra en torno a 300.000 en el grado III, 800.000 en el II y 1.155.000 en el grado I.

El Informe de Seguimiento del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DEPENDENCIA (2010)) critica como falto de toda lógica el creciente promedio de solicitudes mensuales, ya que las personas que estimaban su situación ya deberían haber solicitado su

reconocimiento en años precedentes: se está taponando el sistema más que darle pausadamente salida a las acumulaciones hasta el momento producidas. Como resultado, en la fecha comentada 252.822 personas están a la espera de ser atendidas con tiempos medios que ya superaban los 12 meses (13,5, de 7 a 14 según CCAA). Además, la tendencia a la reducción en los tiempos se había ya parado, tanto en cantidad (no baja en promedio de personas) como de tiempo de espera. A ello se añade un cierto pánico para las Administraciones gestoras de tener ya evaluados con Grado I Nivel 2 a 106.000 personas pese a no contar con la financiación adecuada. Finalmente los autores afirman que hoy 'el abuso en la prestación económica por cuidados en el entorno familiar está fuera de toda duda': se disparó en agosto del 2008 y ya no se recondujo: 410€ al mes es la mitad del coste en servicios. Sin copago para el usuario, ello resulta atractivo para ambas partes, desvirtuando el propósito inicial de la Ley. A su vez, la necesidad de inversión en servicios, parece haber quedado definitivamente fuera de horizonte de nuestras Administraciones.

Finalmente, no acertó la Ley definiendo un copago general que debiera generar un tercio del total de la financiación, a la vez que 'vendía' derechos universales sin obligaciones para la nueva forma de protección social, ni en suponer que este porcentaje debiera de replicarse para cada grado de dependencia (cuando la combinación de servicios nucleares, substantivos, frente a los periféricos casi hoteleros varían por grado y nivel) y para cada CCAA (ya que aquéllas de menor renta, para generar idéntico tercio de financiación privada, deberían de forzar superiores tasas de copago por servicios per cápita). Por lo demás, la idea natural era asociarla a la finan-

ciación del prestador, de modo complementario, y no del financiador, directamente del ciudadano que aspiraba al derecho universal de acceso gratuito que se le había dicho.

3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA LEY DE DEPENDENCIA: ¿QUÉ NOS DICEN LOS DATOS DESPUÉS DE TRES AÑOS DE APLICACIÓN DE LA LEY?

En esta segunda parte, tras describir los datos utilizados así como sus fuentes, se analiza empíricamente el funcionamiento de la Ley. La descripción de los datos se hará por grupos homogéneos de variables en cada apartado. Así, en un primer epígrafe se describe la evolución de las solicitudes, los dictámenes y las prestaciones asignadas. A continuación, se examina el peso del total de prestaciones económicas y la composición de las mismas (sean vinculadas al servicio, al cuidado familiar o a la asistencia personal). En un siguiente paso, se analiza el peso de las prestaciones en especie o de servicios que recoge la ley, para posteriormente analizar la distribución de los mismos por CCAA según se trate de ayuda a domicilio, centros de día / noche y atención residencial. Por último, se hará una breve descripción de los cuidadores profesionales que prestan su atención a las personas dependientes.

DATOS UTILIZADOS

Para la realización de este trabajo se ha elaborado una base de datos en la que se ha incluido la información publicada por el Servicio de

Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del SAAD-IMSERSO. Estos datos contienen información a partir de Julio de 2008⁵ con una publicación de frecuencia mensual. Los anteriores datos se han complementado con otras variables como la población total, población discapacitada, densidad de población, riqueza de las Comunidades autónomas o tasas de paro, entre otras. Estas series de datos han sido obtenidas de diferentes fuentes de datos, tales como el INE o del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Las cifras de dependencia recogen, entre otra información, el número de solicitudes que se han registrado, los dictámenes realizados, e información complementaria de éstos: grado y nivel reconocidos, si se ha identificado o no la prestación, en cuyo caso afirmativo se añade la prestación establecida (ya sea económica o de servicios). También se incluye el número de cuidadores profesionales existentes, así como el perfil de la persona de solicitante⁶ (según sexo y edad).

Se construyen sobre los datos anteriores un conjunto de estadísticos que sirven de contraste parcial y relativo, así como variables correlacionadas con otras externas para medir diversos efectos.

EVOLUCIÓN DE LAS SOLICITUDES

Desde su puesta en marcha, el número de las solicitudes se ha ido incrementado conforme ha ido pasando el tiempo. En un principio esto es lo esperado, ya que la implantación y aplicación de la Ley es progresiva, tal y como se recoge en la siguiente tabla.

⁵ Hay que señalar que los autores han intentado conseguir los datos desde su puesta en marcha, es decir, desde el 1 de Enero de 2007, no siendo posible su incorporación al no existir registros públicos del mismo ni estadísticas privadas, según se transmitió desde el propio IMSERSO.

⁶ Excepto esta variable, el resto de variables son segmentadas por CCAA.

Tabla 2. Año de reconocimiento de grado y nivel de dependencia

	GRADO III (gran dependencia)		GRADO II (dependencia severa)		GRADO I (dependencia moderada)	
	NIVEL 2	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 1
año	2007	2007	2008/2009	2010/2011	2012/2013	2014/2015

Fuente: Elaboración propia a partir LAPAD

Se relativizan las solicitudes sobre cuatro variables demográficas: población total, población con edad superior a los 65 años, población total discapacitada y población discapacitada con edad superior a 65 años: Respecto a la población total y con edad superior a 65 años, se trata con ello de analizar el porcentaje de estos estratos de población que presentan una necesidad de Cuidados de Larga Duración (CLD), y compararlo por CCAA; respecto a la población con discapacidad (total y mayor a 65 años), al haber sido tomados para estos ratios los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD08), sirve para contrastar la información aportada por ésta con la situación real de demanda de ser considerados personas dependientes.

RATIO SOLICITUDES / POBLACIÓN TOTAL

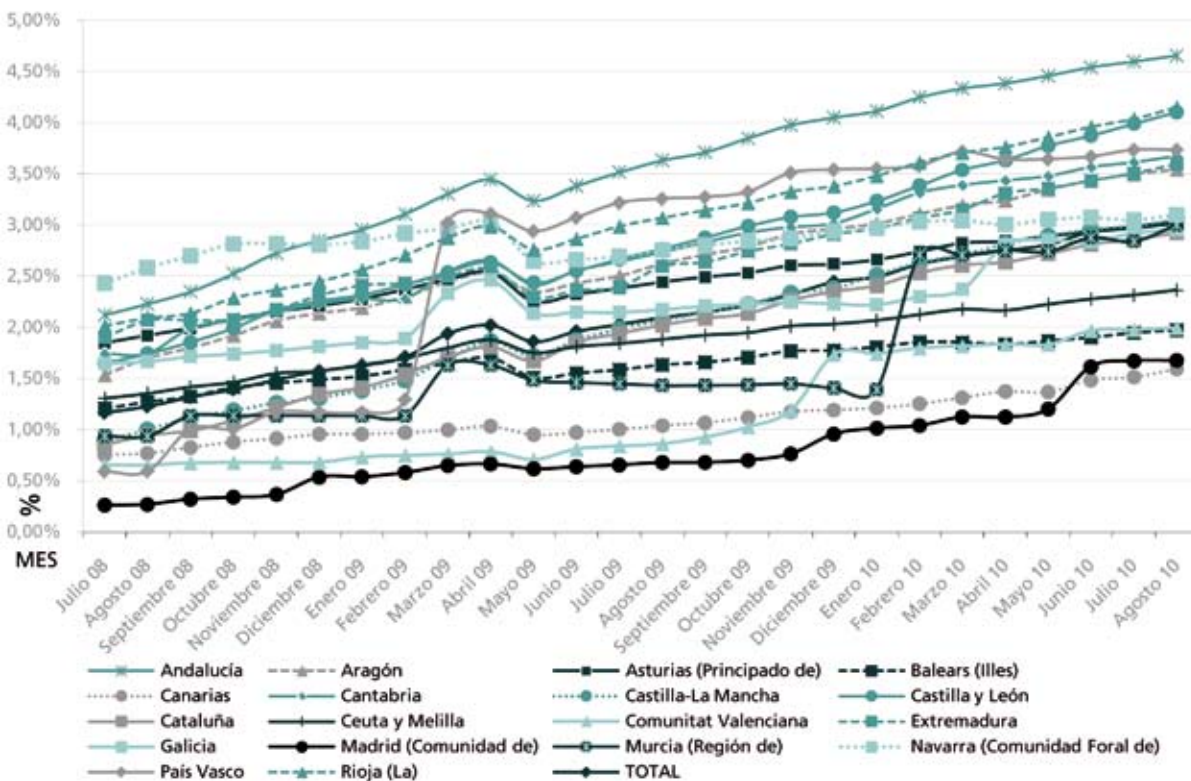
El primer ratio (expresión 1) relaciona las solicitudes realizadas acumuladas en cada periodo con el número de habitantes totales que tiene cada CCAA, y el resultado se recoge en la gráfica 2.

Se observa una tendencia creciente (en consonancia con su evolución en valores absolutos), con una pendiente más pronunciada en algunas Comunidades (Andalucía, La Rioja, Castilla León o Aragón). En cuanto al porcentaje también existen diferencias significativas: Comunidades como Andalucía, La Rioja, Castilla León o País Vasco muestran un porcentaje de solicitudes que van del 3,73% al 4,66%; mientras que otras como Madrid, Canarias, Comunidad Valenciana o Islas Baleares poseen

[1]

$$\text{Ratio Solicitudes / Población total} = \frac{\text{Solicitudes}}{\text{Población total}}$$

Gráfica 2. Ratio Solicitudes / Número de habitantes CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

porcentajes que van del 1,59% al 1,99%. El resto de Comunidades mantiene un ratio que oscila entre el 2,36% hasta el 3,5-3,6%.

RATIO SOLICITUDES / POBLACIÓN CON EDAD SUPERIOR A 65 AÑOS.

Este segundo ratio (expresión 2) relativiza las solicitudes registradas sobre la población con edad superior a 65 años, donde presumiblemente se concentra la mayor parte de las personas potencialmente dependientes como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Porcentaje de solicitudes sobre el total según grupo de edad.

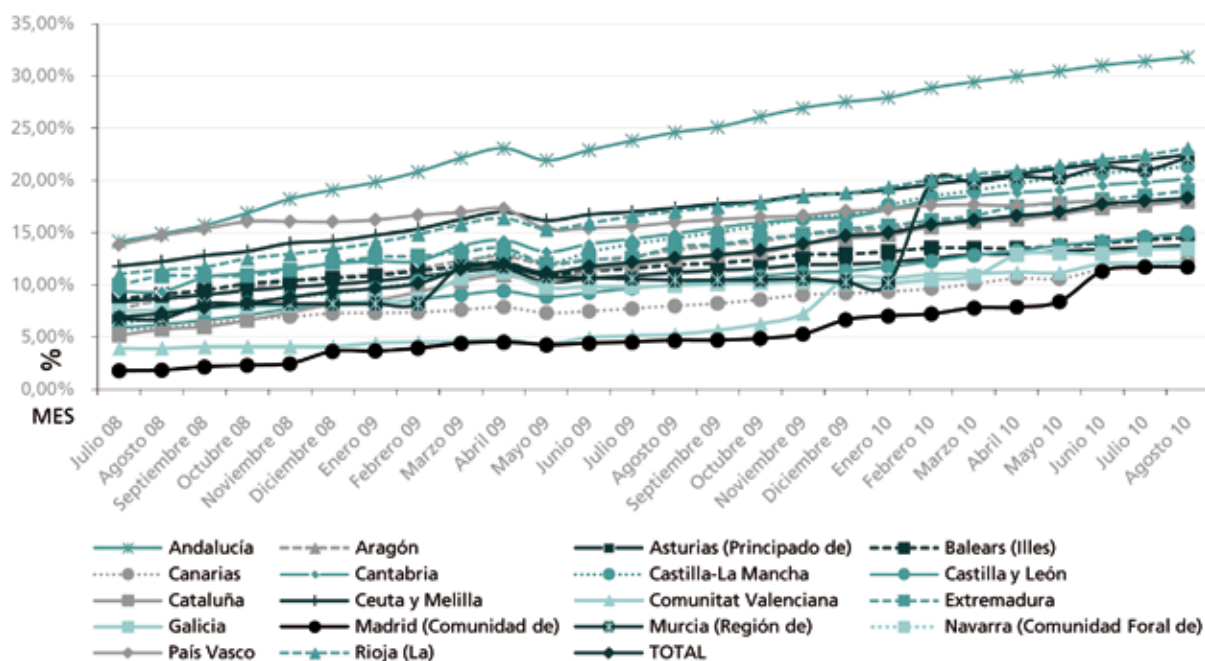
	Edad < 65 años	Edad > 65 años
PORCENTAJE	21,1%	78,9%

Casi 8 de cada 10 solicitudes se realiza por una persona con una edad superior a 65 años, y 5 de cada 10 por una persona que supera los 80 años de edad.

[2]

$$Ratio\ Solicitudes / Población > 65\ años = \frac{Solicitudes}{Población\ edad > 65\ años}$$

Gráfica 3. Ratio Solicitudes / Número de habitantes con edad superior a 65 años CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

Los porcentajes muestran una tendencia ligeramente creciente para la mayoría de las Comunidades. Destaca Andalucía con un ratio notablemente distanciado del resto (31,78%). El siguiente grupo, conformado por La Rioja, Ceuta y Melilla, Murcia o Extremadura entre otros, muestra un intervalo que va desde el 18% al 23%. En el grupo con un menor ratio encontramos Comunidades como Castilla León, Islas Baleares Galicia o Madrid, con un elenco de entre el 11% y el 15%. A nivel de España, se puede concluir que aproximadamente una de cada 5 personas (18%) españo-

las con edad superior a los 65 años de edad ha solicitado el reconocimiento de dependencia.

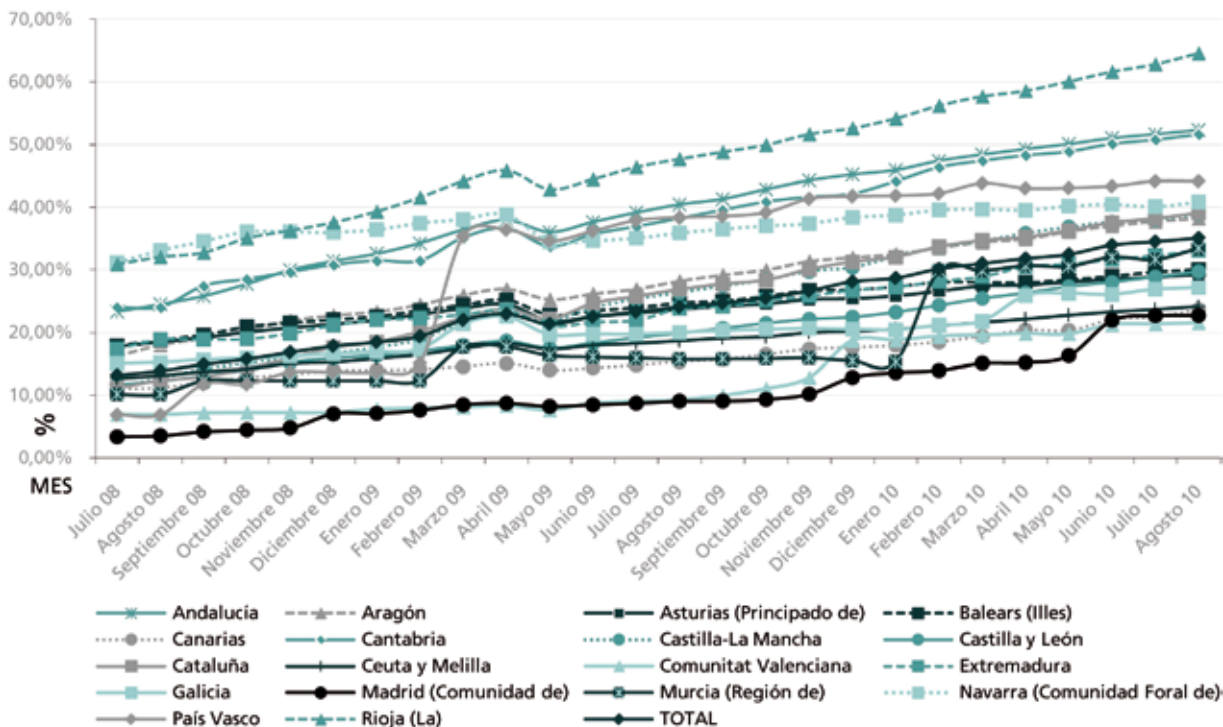
RATIO SOLICITUDES / POBLACIÓN TOTAL DISCAPACITADA

Este tercer ratio (expresión 3) compara las solicitudes registradas sobre el total de la población que padece discapacidad. El objetivo es realizar una comparación sobre los datos que ofrece la EDAD 2008 y las personas que han solicitado el reconocimiento de dependencia. Para esta comparación, en el denominador se inclu-

[3]

$$\text{Ratio Solicitudes / Poblac. total con disc.} = \frac{\text{Solicitudes}}{\text{Poblac. total que presenta alguna disc.}}$$

Gráfica 4. Ratio Solicitudes / Número de habitantes totales con discapacidad CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SAAD-IMSERSO

yen aquellas personas que poseen alguna discapacidad, tanto residentes en hogares como en centros de atención especializada. De esta manera, se pretende estudiar la existencia de desviaciones entre esta encuesta y la propia realidad, para poder conocer las posibles causas de las mismas. El resultado se recoge en la gráfica 4.

A nivel general, la tendencia es creciente en todas las Comunidades, con importantes discrepancias entre las mismas. A la cabeza se sitúa La Rioja, con un ratio del 65%. Le siguen Andalucía y Cantabria (52%), y a más distancia, País Vasco (44%) y Navarra (41%). En el extremo opuesto, se sitúan Madrid, Co-

munidad Valenciana, y Ceuta y Melilla (21%, 23% y 24%, respectivamente). El resto de Comunidades se sitúa en el intervalo 27%-39%.

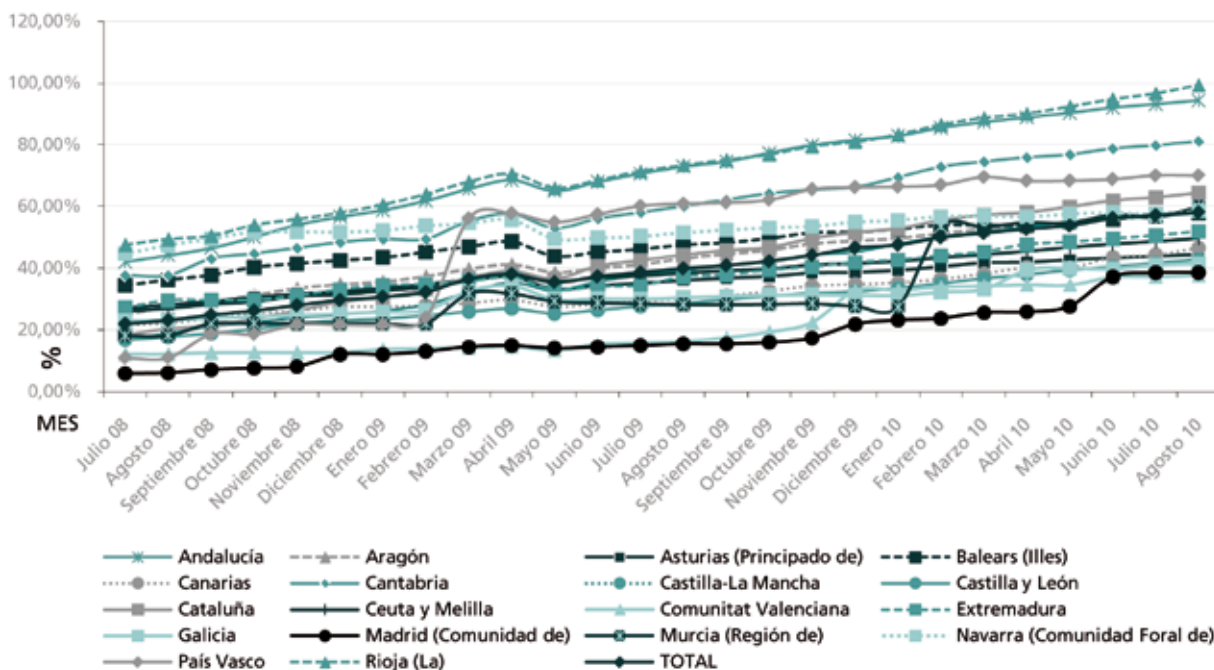
RATIO SOLICITUDES / POBLACIÓN TOTAL DISCAPACITADA CON EDAD SUPERIOR A 65 AÑOS

El último ratio (expresión 4) de este epígrafe relaciona las solicitudes registradas sobre la población total que padece alguna discapacidad y cuya edad es igual o superior a 65 años. El objetivo es similar al ratio anterior, realizar una comparación entre los datos que ofrece la

[4]

$$\text{Ratio Solicitudes / Poblac. con disc. y edad > 65 años} = \frac{\text{Solicitudes}}{\text{Poblac. con edad > 65 que presenta alguna disc.}}$$

Gráfica 5. Ratio Solicitudes / Número de habitantes con edad superior a 65 años con discapacidad CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

EDAD08 con las solicitudes que se han realizado para ser beneficiario de la ley de dependencia, pero en el segmento de población de mayor edad, que como ya se ha comentado anteriormente, es el estrato de edad más sensible para sufrir el fenómeno de la dependencia (tabla 3). El resultado se recoge en la gráfica 5.

El resultado es análogo al anterior, con la salvedad de aumentar los porcentajes del ratio, al haberse reducido el denominador de la expresión. El grueso de la muestra se encuentra en el intervalo 38%-60%, destacando las Comunidades con un ratio más elevado La Rioja, Andalucía, Cantabria y País Vasco.

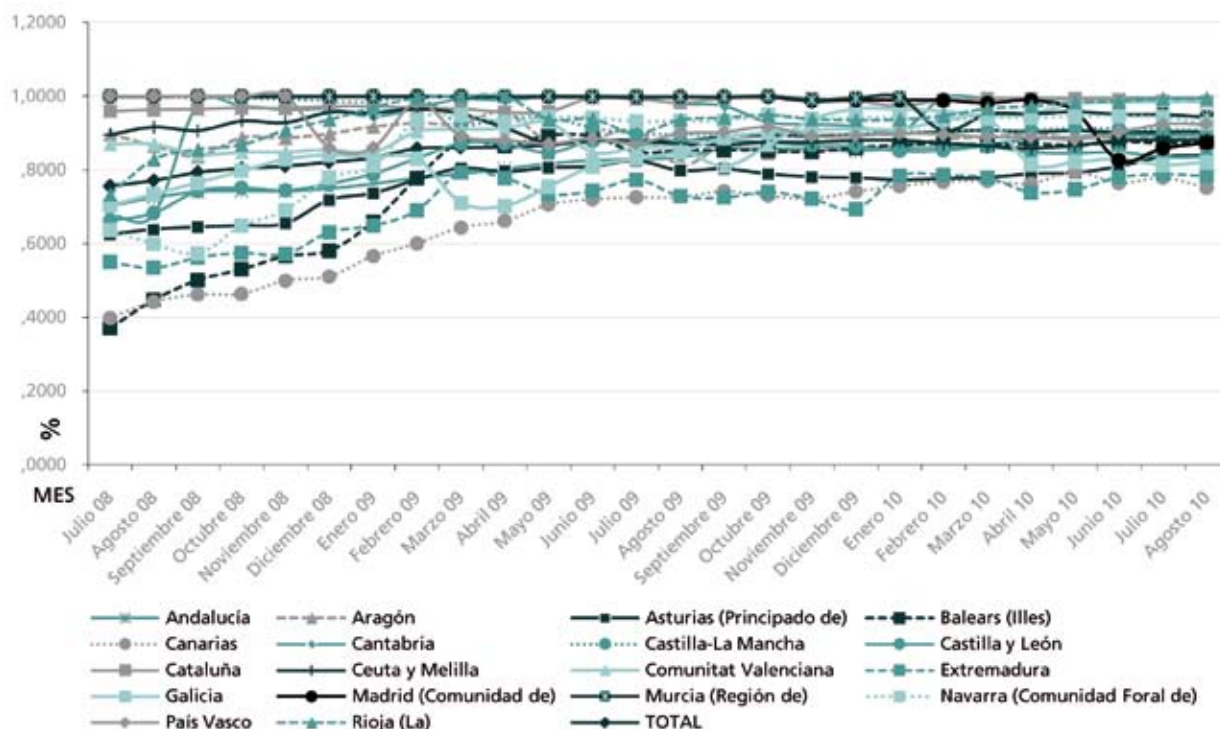
EVOLUCIÓN DE LOS DICTÁMENES

Examinadas las solicitudes, se analiza en el presente apartado la acumulación de solicitudes en el primer paso, poniendo de manifiesto el porcentaje de éstas que se encuentran pendientes de ser evaluadas, habiéndose presentado ya la solicitud y documentación requeridas. Por tanto, la interpretación de este ratio se refiere a la idea de la rapidez en la baremación de personas dependientes, o en sentido contrario, del stock acumulado de solicitudes sin valorar que tienen las Comunidades. Para ello se elabora el siguiente ratio:

[5]

$$\text{Ratio Dictámenes / Solicitudes} = \frac{\text{Dictámenes}}{\text{Solicitudes}}$$

Gráfica 6. Ratio Dictámenes / Solicitudes.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

La tendencia de este ratio es creciente conforme pasa el tiempo pero con una pendiente más elástica. Ello pone de manifiesto que las CCAA han ido reduciendo paulatinamente el stock acumulado de solicitudes pendientes de baremar, aunque también hay que señalar la existencia del porcentaje de solicitudes desestimadas (alrededor de un 8%, según IV DICTAMEN DEL OBSERVATORIO (2010)). No obstante, cabe destacar las diferencias manifestadas entre Comunidades; así, mientras que Cataluña, La Rioja o la Comunidad Valenciana están baremando prácticamente el 100% de las solicitudes, Canarias, Extremadura, Galicia o Castilla León poseen un ratio de baremación que oscila entre el 75-85%.

Se ha explorado si la causa de esta acumulación se debe a factores de población, de población discapacitada, de densidad geográfica, políticos o económicos. Para ello se ha correlacionado con otras variables, que han sido el tamaño de la Comunidad (km2) y densidad de población aproximando la ruralidad y el acceso geográfico a servicios, el color político del gobierno autonómico y en coherencia y coordinación con el español, la población total y la población mayor de 65 años, la población discapacitada total y con edad superior a 65 años. El resultado se recoge en la siguiente tabla.

Tabla 4. Correlaciones entre el ratio dictámenes / solicitudes y otras variables.

	Ratio Dictámenes / Solicitudes
Población total	-0,024
Población con edad > 65 años	0,036
Total personas discapacitadas	0,029
Personas discapacitadas > 65 años	0,031
Densidad población	0,145
Color Político	-0,084
Peso PIB de cada CCAA sobre el PIB precios mercado 2008 total España	-0,009
PIB per cápita 2008	0,307
Porcentaje de ruralidad (N>5.000 hab.)	0,073
Porcentaje de ruralidad (N>10.000 hab.)	0,267

Como se puede observar, no existe ninguna relación entre ambas variables y la acumulación de solicitudes sin dictaminar en las CCAA. salvo para su PIB per cápita o factor de ruralidad (porcentaje de pueblos con número de habitantes inferior a 10.000 personas sobre el total de pueblos), aunque la correlación no ha resultado significativa (0,202 y 0,269 respectivamente). En principio ello puede sugerir que este stock puede deberse a otras causas, como deficiencias de personal para atender solicitudes y realizar valoraciones, excesivos tiempos de trámite burocrático, excesiva demanda por parte de los individuos para ser reconocido como dependiente, o como señala EDAD Y VIDA (2010) puede deberse a las diferentes políticas de comunicación del proceso de solicitud en cada CCAA o problemas de índole informática en el proceso de introducción de datos del SISAAD.

EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES

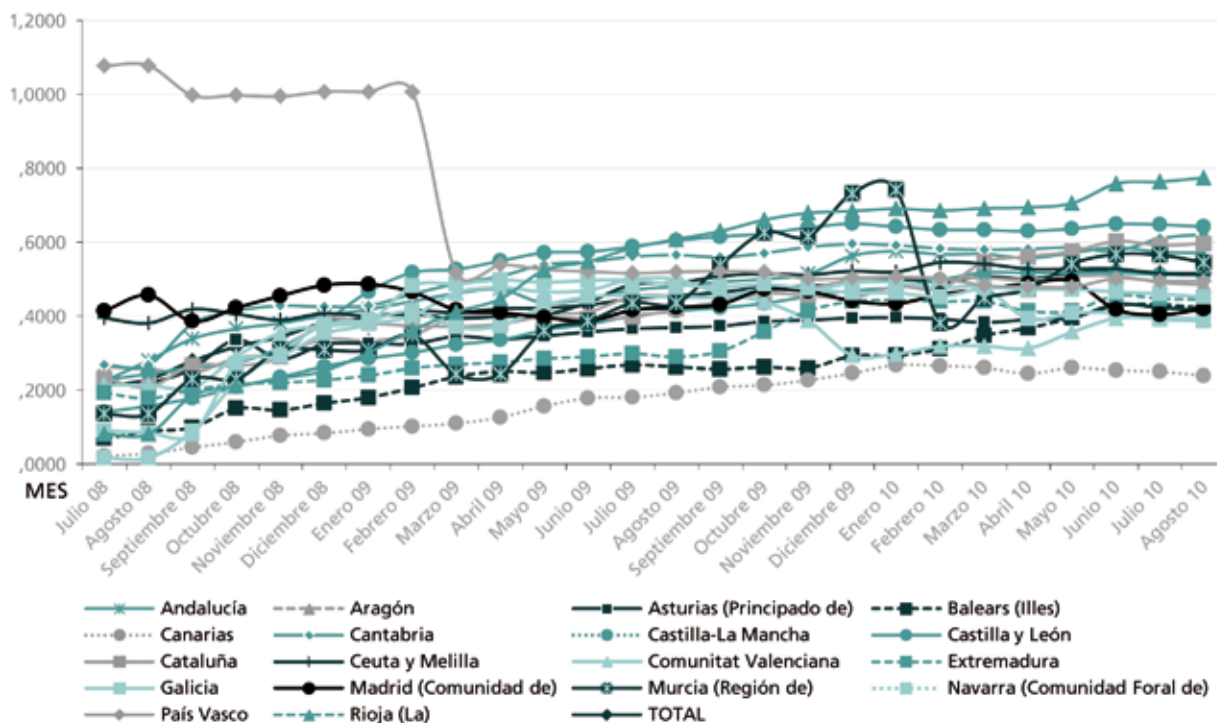
En este apartado se analiza la rapidez con la que se asignan las prestaciones una vez que ha sido determinado el grado y nivel correspondiente a cada persona dependiente; lo que se podría denominar el segundo paso.

El comportamiento de las prestaciones totales es similar al de las variables solicitudes y dictámenes, creciente en aumento en aumento progresivo, y también con notables diferencias entre Comunidades. Como se ha hecho en los apartados anteriores, para poder observar mejor su comportamiento, se ha relacionado con variables solicitudes y dictámenes. El ratio 6 relaciona las prestaciones y las solicitudes.

[6]

$$\text{Ratio Prestaciones / Solicitudes} = \frac{\text{Prestaciones}}{\text{Solicitudes}}$$

Gráfica 7. Ratio Prestaciones / Solicitudes.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

El ratio se calcula con los datos agregados en cada momento del tiempo. La interpretación de este ratio se refiere a la celeridad en la asignación de las prestaciones para la persona dependiente desde que realizó su solicitud inicial para tal fin. El resultado se recoge en la gráfica 6.

En principio, en todas las Comunidades han aumentado las prestaciones concedidas en relación a las solicitudes observadas en el periodo analizado, obviando los inicios. En algunas Comunidades este porcentaje es alto, como

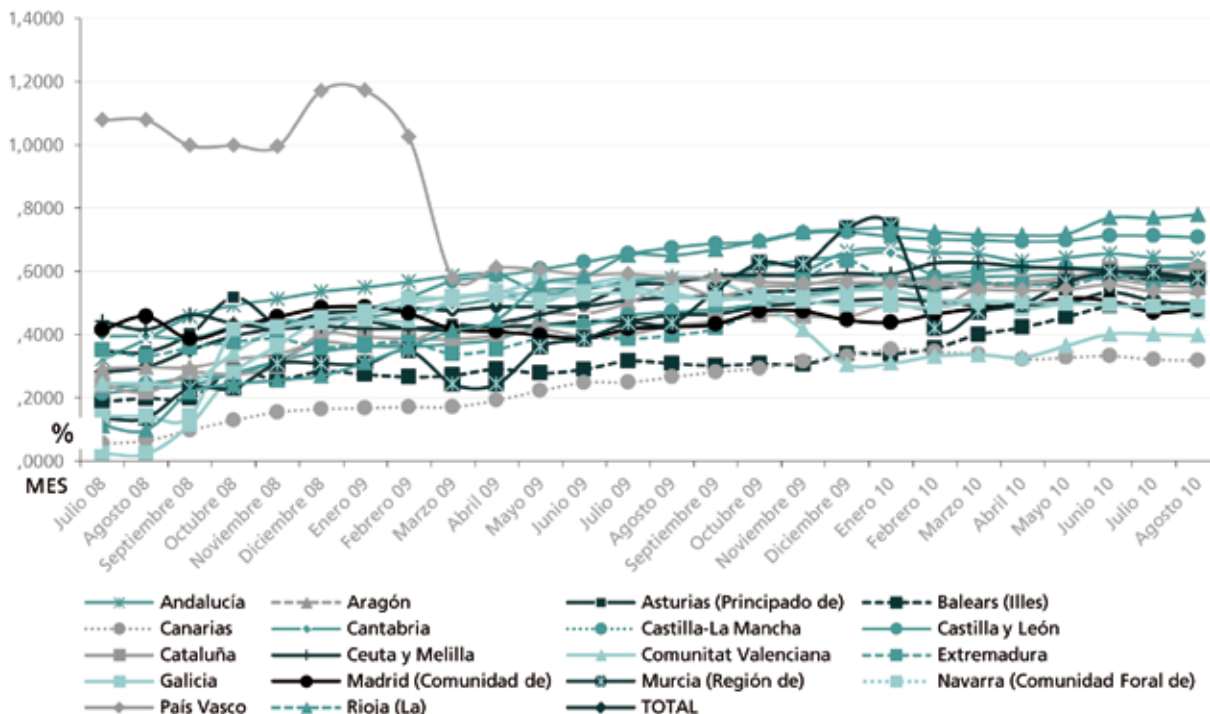
Castilla La Mancha, Cantabria o Cataluña, con un ratio del 60-65%, con La Rioja a la cabeza, cuyo ratio asciende al 77%. Por el contrario, en el lado opuesto se sitúan la Comunidad Valenciana o Galicia con porcentajes en torno al 40%, y detrás Canarias, con un ratio del 24%. El resto de Comunidades, cada una de ellas con un comportamiento evolutivo propio, obtienen porcentajes que van del 42% al 57%.

En segundo lugar, se relacionan las prestaciones con los dictámenes.

[7]

$$\text{Ratio Prestaciones / Dictámenes} = \frac{\text{Prestaciones}}{\text{Dictámenes}}$$

Gráfica 8. Ratio Prestaciones / Dictámenes



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

Se trata con ello de identificar la celeridad en la asignación de las prestaciones a cada persona dependiente en relación a la obtención de su grado y nivel, esto es, su baremación. El resultado se recoge en la gráfica 8.

En este ratio se repiten los patrones de comportamiento del anterior, con la importante salvedad de que aumenta levemente el ratio para todas las Comunidades. En principio es lo lógico, ya que el denominador del ratio se ha reducido, puesto que como se ha visto anteriormente, las personas que solicitan ser reconocidas como dependientes no son baremadas en el momento en que realizan la solicitud, sino que transcurre un periodo de tiempo (variable según cada Comunidad).

EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES PENDIENTES DE IDENTIFICAR E IDENTIFICADAS

En este epígrafe, y para complementar la información del anterior, se han construido dos nuevos ratios que muestran de manera desagregada el stock acumulado en el segundo paso (les ha sido reconocido el grado y nivel pero no la prestación). Para ello, se utiliza la variable de prestaciones pendientes de identificar y su evolución a lo largo del periodo observado. Hay que señalar que la información para realizar este ratio finaliza en Agosto de 2009, fecha a partir de la cual se suprime la variable "prestaciones pendientes de identificar". El primer ratio se define en la expresión 8.

[8]

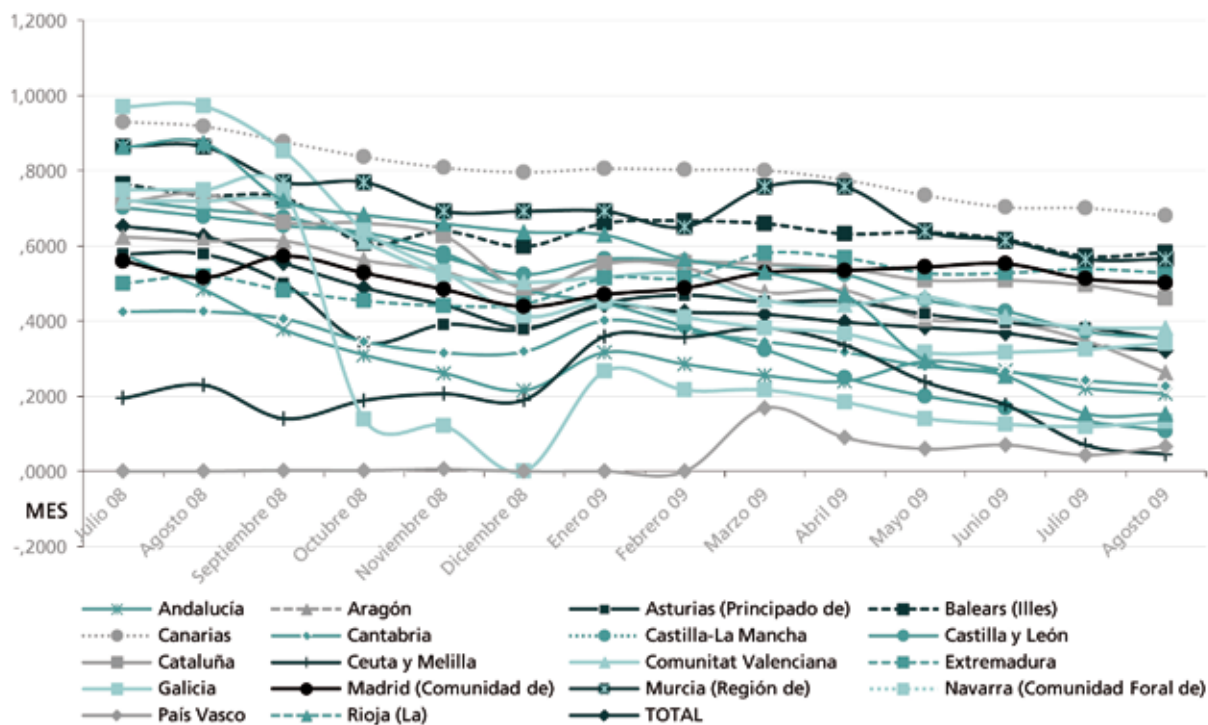
$$\text{Ratio Prestaciones ptes. Identificadas 1} = \frac{\text{Prestaciones Pendientes de Identificar PIA}}{\text{Total Prestaciones (Identificadas y ptes. identificar)}}$$

Este ratio recoge la relación de las prestaciones pendientes de identificar sobre el total de prestaciones que ya han sido asignadas y las pendientes por asignar. Así, cuanto más se aproxime el ratio a 0 significará que estas prestaciones tienen poco peso, y existe poco stock acumulado; en cambio, porcentajes superiores al 50 % ponen de manifiesto lo contrario, lo que puede ser explicado bien por falta de personal que realice esta gestión administrativa o bien por falta de recursos que impidan poder asignar las prestaciones (infraestructuras y personal para unos casos, y recursos financieros en otros). Su evolución gráfica se observa en el gráfico 9

A rasgos generales, se observa una tendencia decreciente, lo que confirma un signo positivo de la Ley ya que se está reduciendo el tiempo de espera en este segundo paso. Algunas Comunidades tienen un elevado stock acumulado (Canarias, Murcia (en contraste al ratio anterior), Islas Baleares o Madrid); en cambio, otras poseen un reducido porcentaje de este ratio (País Vasco, Navarra, Andalucía o Ceuta y Melilla).

Para complementar este ratio se relacionan las prestaciones identificadas con el total de prestaciones, según la expresión 9.

Gráfica 9. Ratio prestaciones pendientes identificar.

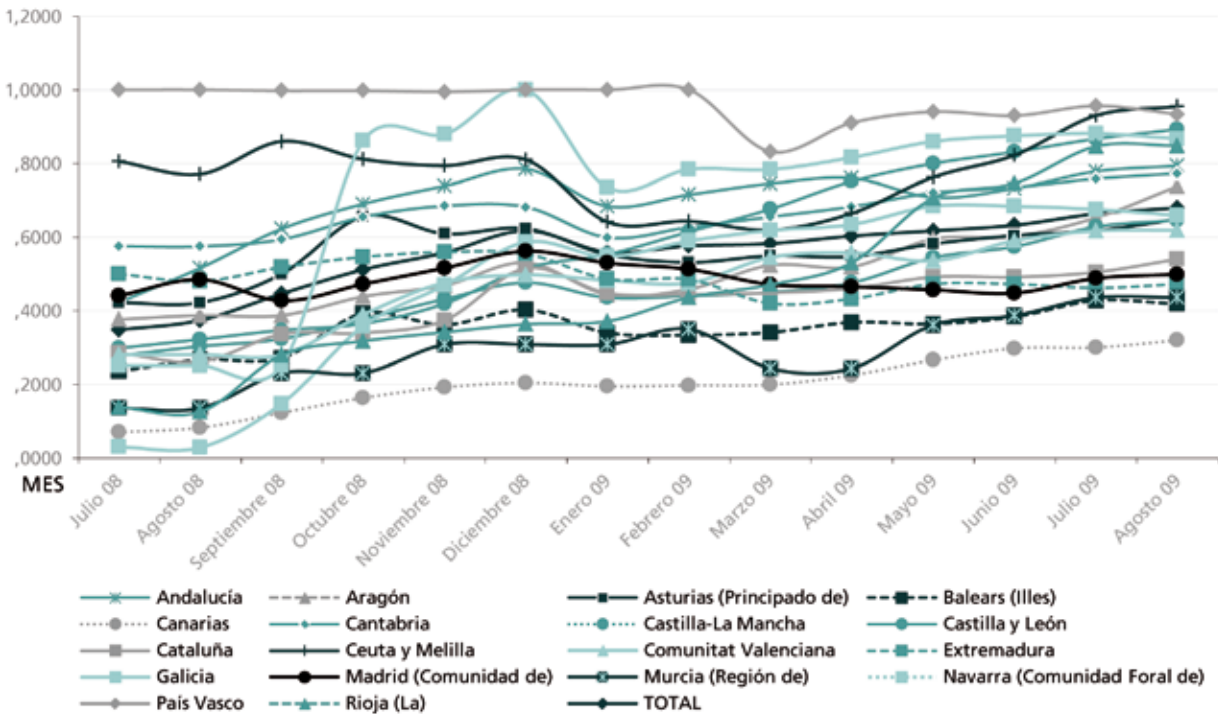


Fuente: Elaboración propia a partir de datos SAAD-IMSERSO

[9]

$$\text{Ratio Prestaciones Identificadas} = \frac{\text{Prestaciones Identificadas PIA}}{\text{Total de Prestaciones}}$$

Gráfica 10. Ratio prestaciones identificadas.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

El significado es similar al anterior: cuanto más se aproxime a 0 significará que se han asignado pocas prestaciones, y que por tanto, existe un elevado stock acumulado; en cambio, cuanto más se acerque el porcentaje a 1, mayor rapidez y ratio de asignación de prestaciones posee la Comunidad.

El rasgo esencial que muestra este gráfico es la elevada disparidad en cada Comunidad. Como denominador común, se puede observar una ligera tendencia senoidal no periódica, asimilable a un componente de estacionalidad no periódico, y distinto en cada Comunidad. El ratio es totalmente opuesto al anterior, por lo

que Canarias, Murcia o las Islas Baleares son las que poseen los ratios más bajos de prestaciones identificadas, mientras que Ceuta y Melilla, País Vasco y Castilla La Mancha muestran un elevado porcentaje de asignación de prestaciones.

Igual que se ha hecho en el caso anterior, se ha intentado analizar si la causa de esta acumulación se debe a factores de población, de población discapacitada, de densidad de población, políticos, de riqueza y de ruralidad. Para ello, se han correlacionado ambos ratios de prestaciones pendientes de identificar con estas variables, cuyo coeficiente de correlación de recoge en la siguiente tabla.

Tabla 5. Correlaciones entre el ratio prestaciones / solicitudes y otras variables.

	RATIO PRESTACIONES / SOLICITUDES
Población total	-0,053
Población con edad > 65 años	0,053
Total personas discapacitadas	0,064
Personas discapacitadas > 65 años	0,088
Densidad población	-0.076
Color Político	0,089
Peso PIB de cada CCAA sobre el PIBpm total España	-0,088
PIB per cápita 2008	0,076
Porcentaje ruralidad (N>5.000 hab.)	0,287
Porcentaje ruralidad (N>10.000 hab.)	0,275

En este caso, tampoco se aprecia ninguna relación entre los ratios de las prestaciones pendientes de identificar y el resto de variables, salvo para el índice de ruralidad, resultando significativo al 10%. Se podría decir que se tarda más tiempo en asignar las prestaciones cuanto mayor es la cantidad de pueblos pequeños que posee la Comunidad autónoma.

El resto de información sugiere la idea de que este stock puede deberse a otras causas, como deficiencias de personal para atender solicitudes y realizar valoraciones, excesivos tiempos de trámite burocrático o excesiva demanda por parte de los individuos para ser reconocido como dependiente.

NATURALEZA DE LAS PRESTACIONES: ECONÓMICAS VS. EN ESPECIE

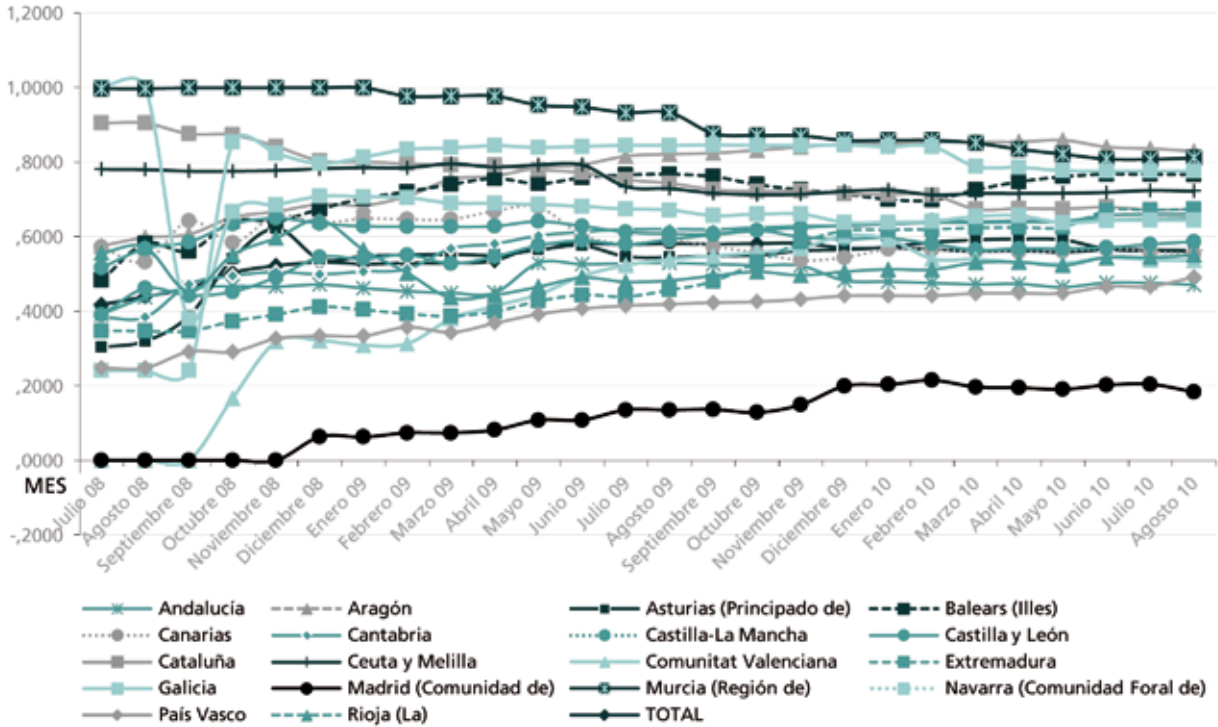
La LAPAD ofrece dos tipos de prestaciones para atención a las personas dependientes: prestaciones económicas y prestaciones de servicios. En principio, la propia Ley confiere y asigna una clara preferencia por estas últimas, atribuyéndoles a las prestaciones monetarias un carácter casi residual. Para observar el grado de cumplimiento de esta preferencia, vamos a obtener el peso de cada prestación sobre el total de prestaciones a lo largo del tiempo para las diferentes Comunidades autónomas, para el total de España y en promedio de cada CCAA.

En primer lugar, se analiza mediante el ratio 10 el peso de las prestaciones económicas, cuyo resultado se observa en la gráfica 11.

[10]

$$\text{Ratio Prestaciones Económicas} = \frac{\text{Prestaciones Económicas}}{\text{Total Prestaciones}}$$

Gráfica 11. Ratio prestaciones económicas.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

La evolución del peso de las prestaciones económicas sobre el total de prestaciones varía considerablemente de unas Comunidades a otras, aunque si exceptuamos a la Comunidad de Madrid, el denominador común del resto supone que la prestación económica juega un papel muy importante: quizá demasiado. Se observan tendencias contrarias; así, Murcia, Ceuta y Melilla, Cataluña y Galicia muestran tendencias decrecientes haciendo un mayor uso de la prestación de servicios. Por el contrario, Aragón, Islas Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana y Extremadura manifiestan tendencias opuestas, implicando

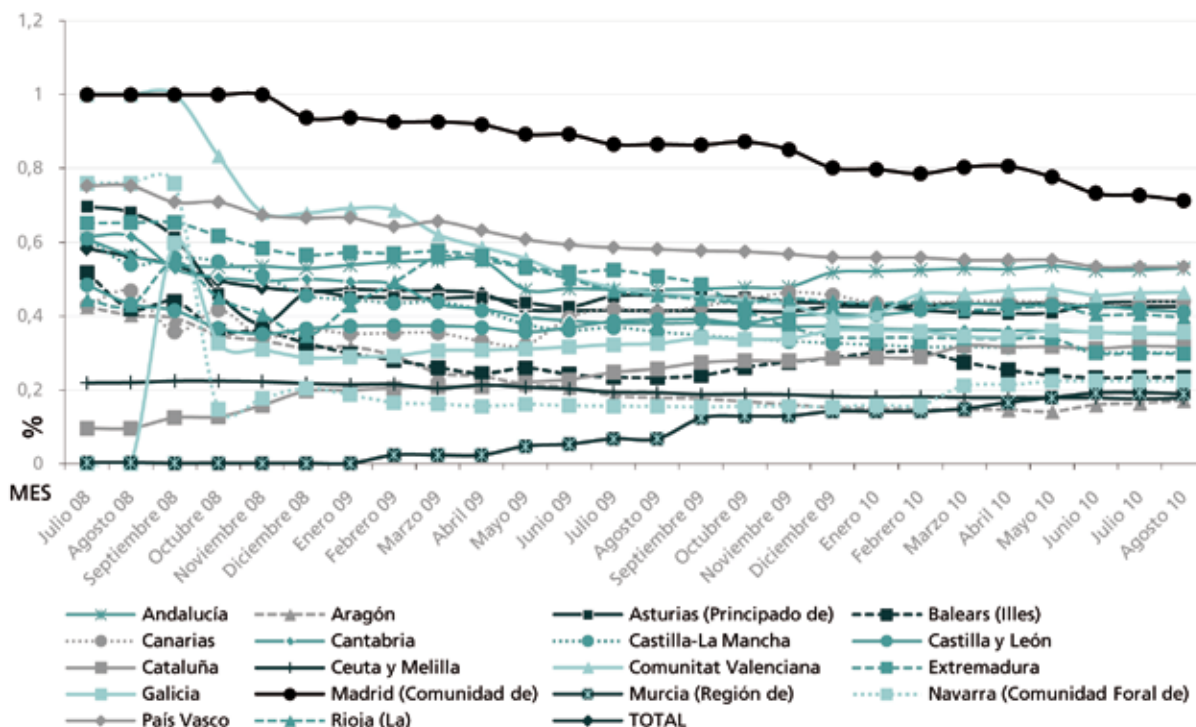
una mayor utilización de la prestación monetaria. En cualquier caso, el grueso de este ratio supone una concentración de prestaciones económicas que oscila entre el 55% y el 83% de las prestaciones totales.

Para complementar el ratio anterior se construye el siguiente ratio (expresión 11), en el que el numerador recoge las prestaciones de servicios (teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio (SAD), centros de día / noche (CDN) y atención residencial (ATRES)), y el denominador las prestaciones totales concedidas (económicas y servicios), obteniéndose la gráfica 12.

[11]

$$\text{Ratio Cartera de Servicios} = \frac{\text{Teleasistencia} + \text{SAD} + \text{CDN} + \text{ATRES}}{\text{Total Prestaciones}}$$

Gráfica 12. Ratio cartera de servicios.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SAAD-IMSERSO

Como en el caso anterior, la tendencia es dispar según cada Comunidad, aunque la tendencia general es relativamente decreciente. Destaca Madrid como la Comunidad con un mayor uso de este tipo de prestaciones, mostrando el resto de Comunidades porcentajes que van del 17% (Aragón) al 53% (Andalucía).

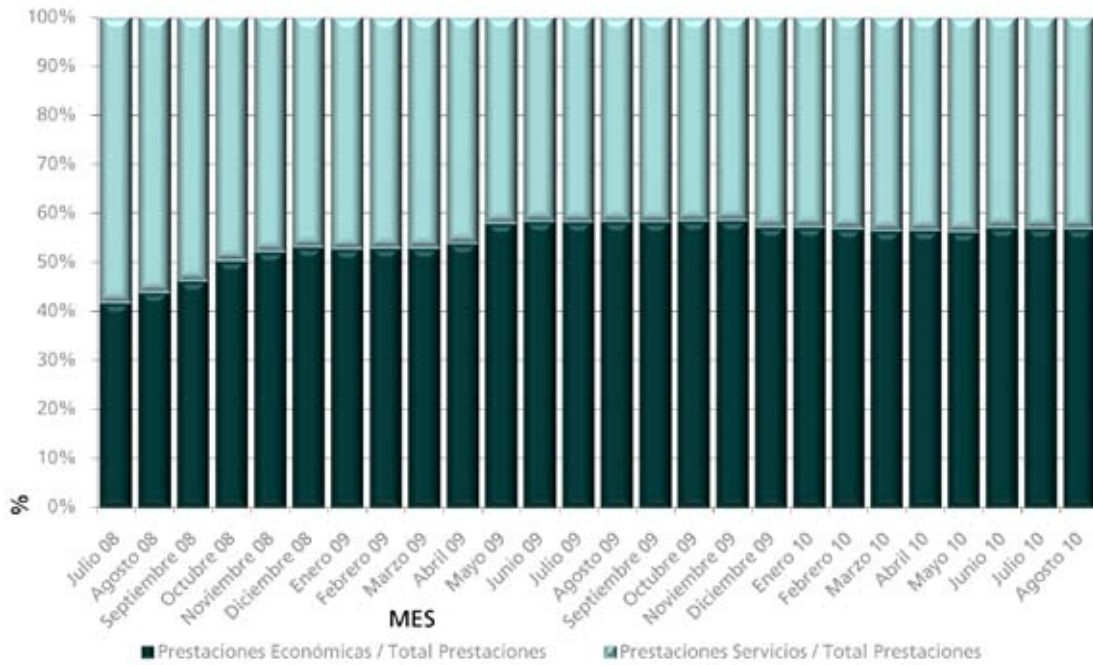
Como complemento informativo, se añaden las gráficas 13 y 14. La primera muestra la evolución de la composición de la cartera de prestaciones para el total de España y su evolución. La segunda muestra el vector medio de porcentajes de modalidades para cada Comunidad, es decir, el promedio de peso de cada prestación en el periodo observado.

La principal sugerencia que ofrece este gráfico es la de un crecimiento paulatino del peso de las prestaciones económicas (en detrimento

de las prestaciones de servicios), y que parece haberse estabilizado en porcentajes en torno al 55% (45% para prestaciones de servicios) en lo que va de año, en contraposición al objetivo de preferencia de las prestaciones de servicios (EDAD & VIDA (2010)).

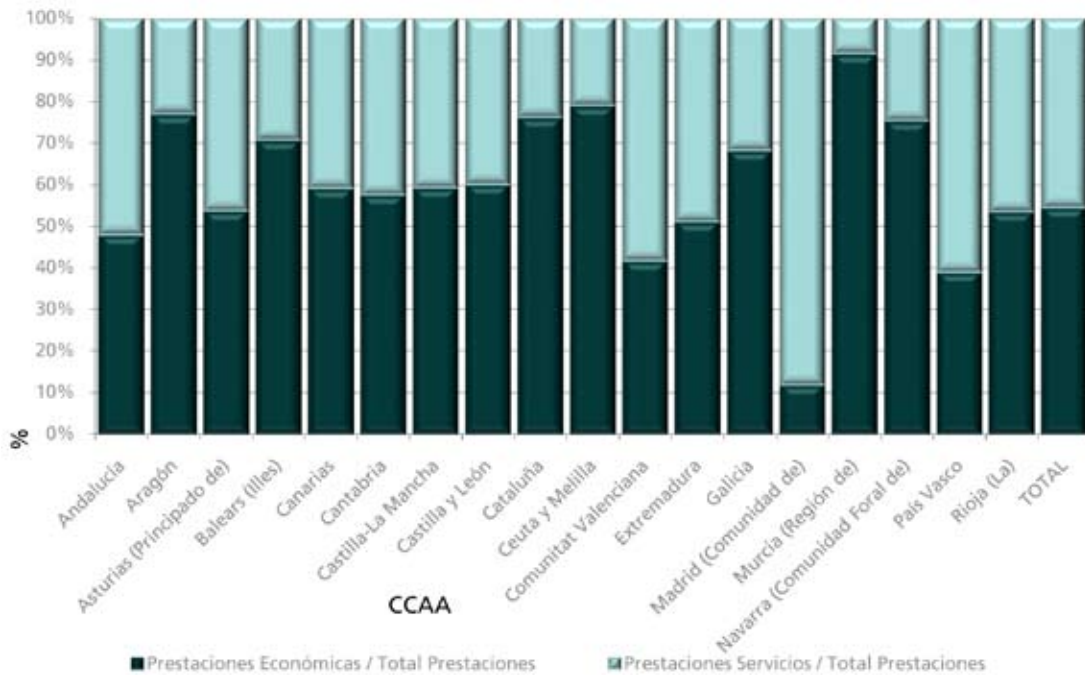
La composición de la cartera de prestaciones asignadas varía considerablemente según cada Comunidad. Murcia se sitúa a la cabeza de las Comunidades con mayor utilización de prestaciones económicas, con un ratio promedio del 92%; detrás encontramos Comunidades como Ceuta y Melilla, Aragón, Navarra, Cataluña o Islas Baleares, con porcentajes que oscilan entre el 70-77%. En el lado opuesto, las Comunidades que mayor índice de utilización de prestaciones en especie ofrecen son Madrid (87%), y tras ella País Vasco y Comunidad Valenciana, con porcentajes del 61 y 42%, respectivamente.

Gráfica 13. Evolución de la cartera de prestaciones. Total España.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

Gráfica 14. Vector medio de porcentaje de modalidades



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

COMPOSICIÓN DE LA CARTERA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS: VINCULADAS A LOS SERVICIOS, PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES Y DE ASISTENCIA PERSONAL

Los artículos 20, 21 y 22 de la LAPAD definen los tres tipos de prestaciones económicas establecidos para las personas dependientes. Se trata de la prestación económica vinculada al servicio, prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y prestación económica de asistencia personal.

Es importante analizar la relevancia que cada tipo de prestación económica tiene sobre el total de peso que suponen las prestaciones económicas. Para ello, se crean otros tres ratios:

[12]

$$\text{Peso Prest. econom. vinculada al servicio} = \frac{\text{Prest. económicas vinculadas al servicio}}{\text{Total Prestaciones económicas}}$$

[13]

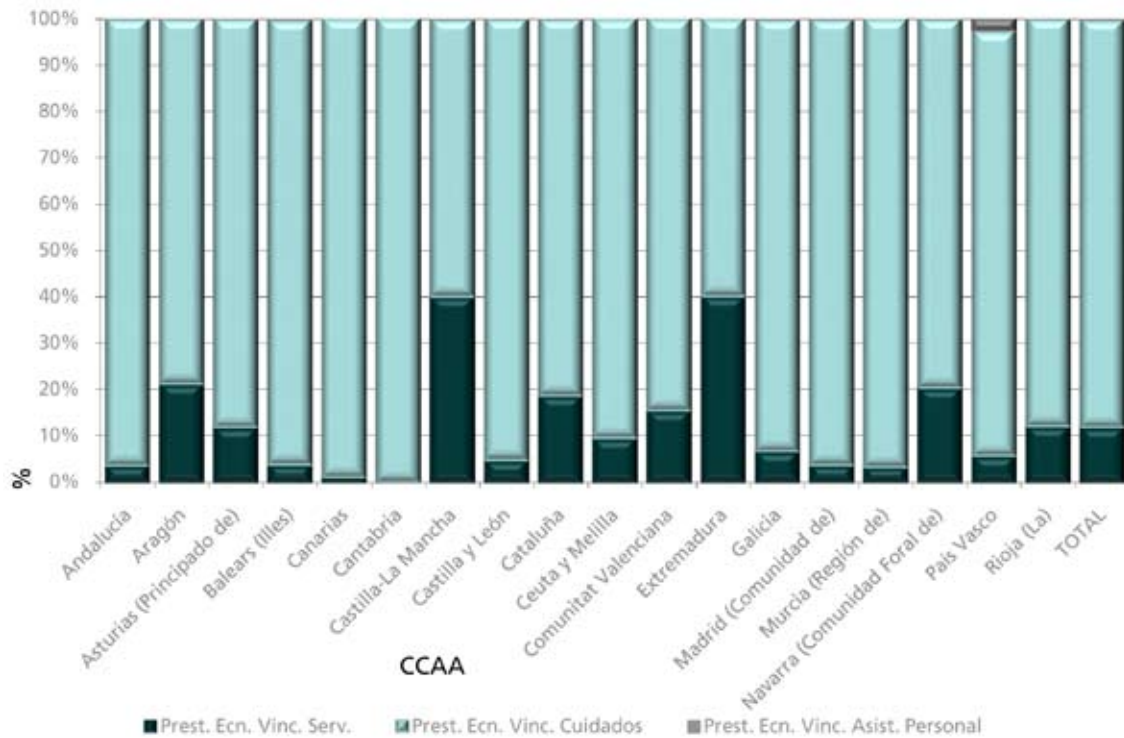
$$\text{Peso Prest. econom. cuid. entorno familiar} = \frac{\text{Prest. econom. cuidado familiar y apoyo informal}}{\text{Total Prestaciones económicas}}$$

[14]

$$\text{Peso Prest. econom. asistencia personal} = \frac{\text{Prest. económicas asistencia personal}}{\text{Total Prestaciones económicas}}$$

La representación gráfica de los tres ratios se recoge en la gráfica 15.

Gráfica 15.
Vector medio de porcentaje de modalidades de los ratios de las expresiones 12, 13 y 14.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

El gráfico 15 arroja una información abundante y relevante. En primer lugar, vuelve a verificarse la idea de la distinta aplicación de la Ley dependiendo de la Comunidad Autónoma de que se trate. Así, sólo el País Vasco utiliza, aunque en un porcentaje muy pequeño, la prestación económica vinculada a la asistencia personal (2,62%). Son las prestaciones para cuidados en el entorno familiar el tipo de prestación económica que predomina (IV DICTAMEN DEL OBSERVATORIO DE DEPENDENCIA (2010)), realizando un uso totalmente exclusivo Cantabria, y menos exclusivo, Canarias, Murcia o Islas Baleares. En el resto de Comunidades, la utilización de esta prestación es muy superior al resto de prestaciones económicas, aunque cabe destacar que Castilla La Mancha y Extremadura,

y en menor medida, Aragón, Cataluña y Navarra asignan un porcentaje considerable de prestaciones económicas vinculadas al servicio (de un 18% a un 40%).

COMPOSICIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS: SAD, CDN Y ATENCIÓN RESIDENCIAL

Los artículos 16, 17 y 18 de la LAPAD recogen los servicios de ayuda a domicilio, centros de día y noche y la atención residencial, respectivamente. En este epígrafe se va a analizar la importancia relativa que cada tipo de servicio tiene sobre el total de peso que supone la conjunción de los tres servicios. Para ello, se crean tres ratios:

[15]

$$\text{Servicio de Ayuda a Domicilio relativo} = \frac{SAD}{SAD + CDN + ATRES}$$

[16]

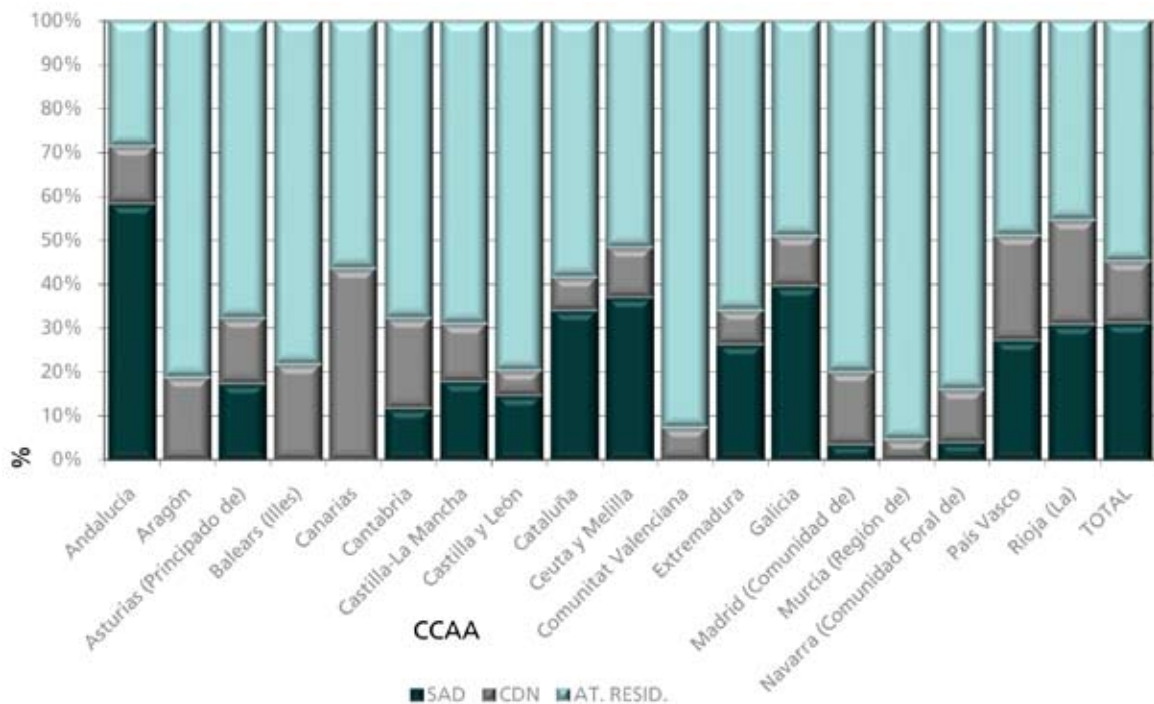
$$\text{Servicio de Centros de Día / Noche relativo} = \frac{CDN}{SAD + CDN + ATRES}$$

[17]

$$\text{Servicio de Atención Residencial relativo} = \frac{ATRES}{SAD + CDN + ATRES}$$

La representación gráfica del vector medio de porcentaje de modalidades de los tres ratios se recoge en la gráfica 16.

Gráfica 16. Vector medio de porcentaje de modalidades de los ratios SAD, CDN y ATRES.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

La información que muestra este gráfico sugiere que cada Comunidad confiere a cada tipo de servicio un peso distinto. Por ejemplo, hay algunas Comunidades que apuestan por mantener a las personas dependientes en sus casas, y para ello, recurren al servicio de ayuda a domicilio, un servicio escasamente desarrollado (IV DICTAMEN DEL OBSERVATORIO DE DEPENDENCIA (2010)); es el caso de Andalucía, Ceuta y Melilla, Galicia, Cataluña y La Rioja. Son llamativas las Comunidades de Aragón, Islas Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Murcia por no utilizar prácticamente nada este tipo de servicio. Respecto a la institucionalización, hay que diferenciar si se trata de centros de día / noche o de atención residencial. Quien más apela a los centros de día / noche es Canarias, seguida con menor peso atribuido La Rioja, País Vasco, Islas Baleares, Cantabria y Aragón; en el lado opuesto se encuentran Castilla León, Extremadura y Murcia como las Comunidades que menos utilizan este servicio. En cuanto a la atención residencial, se observa que todas las Comunidades hacen un uso muy importante de ésta: destacan por su mayor uso las Comunidades de Murcia, Comunidad Valenciana, País Vasco, Madrid, Castilla León, Aragón e Islas Baleares; como menor uso de este servicio se encuentran Andalucía, La Rioja, Galicia, País Vasco y Ceuta y Melilla.

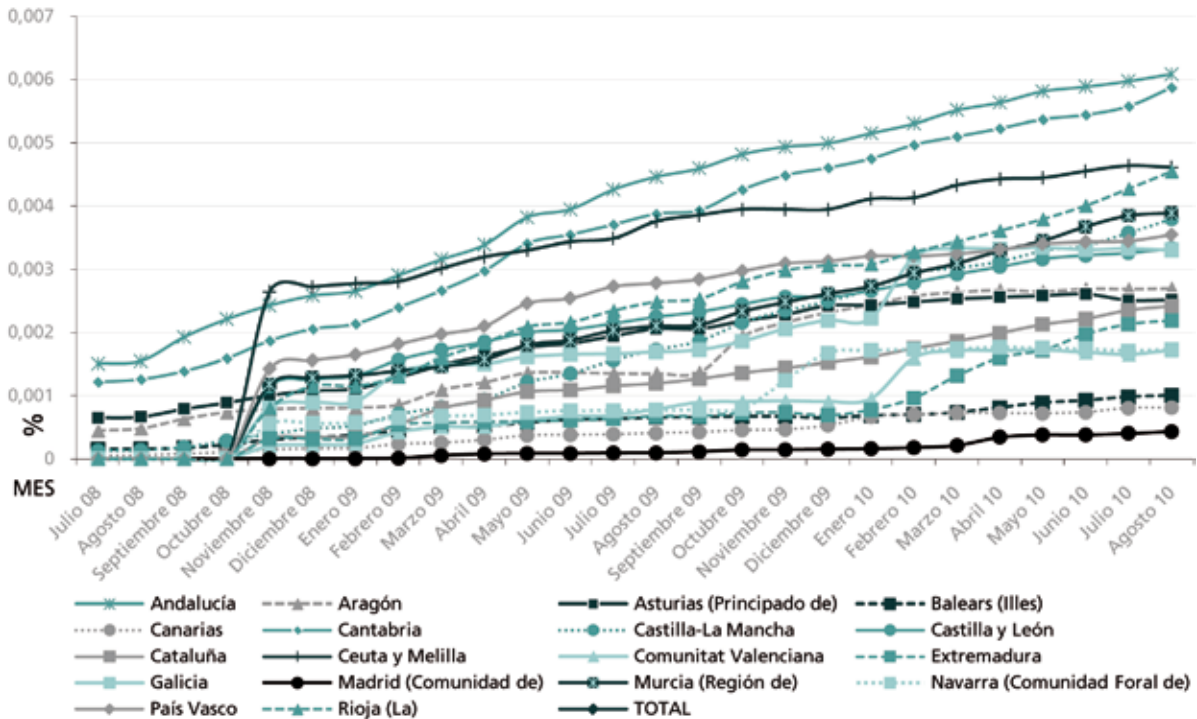
EL PAPEL DE LOS CUIDADORES

El Libro Blanco de la Dependencia recogía que con la puesta en marcha de la Ley una importante creación de empleo. Gran parte de estos puestos se refiere a personas cuyo trabajo consiste en atender y cuidar a las personas de-

pendientes. En principio, se podría pensar que sólo aquellas personas que tengan una formación correcta y adecuada son las únicas que pueden realizar estos trabajos. Sin embargo, la realidad no es así, ya que son muchas las personas sin una cualificación profesional las que están cuidando a un estrato importante de personas dependientes. En este sentido, a través del RD 615/2007, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia y la ORDEN TAS/2632/2007, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social, se define entre otras cuestiones, el cuidador no profesional, sus características o su encuadre en el sistema de Seguridad Social. Asimismo se puede diferenciar entre cuidador no profesional obligatorio, incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social y en situación asimilada al alta a través de la suscripción del convenio especial regulado en éste Real Decreto, y cuidador no profesional voluntario, que son aquéllos que cumpliendo las excepciones de ambos reglamentos y por tanto, no estando obligados a suscribir el convenio especial regulado, y por tanto, estar en situación asimilada al alta. No obstante, cabe recoger la consideración realizada por SAAD-IMRSO en la publicación de los datos sobre cuidadores, en la que explican que “el convenio voluntario no se suma por encontrarse el suscriptor o cuidador contado en el convenio obligatorio”.

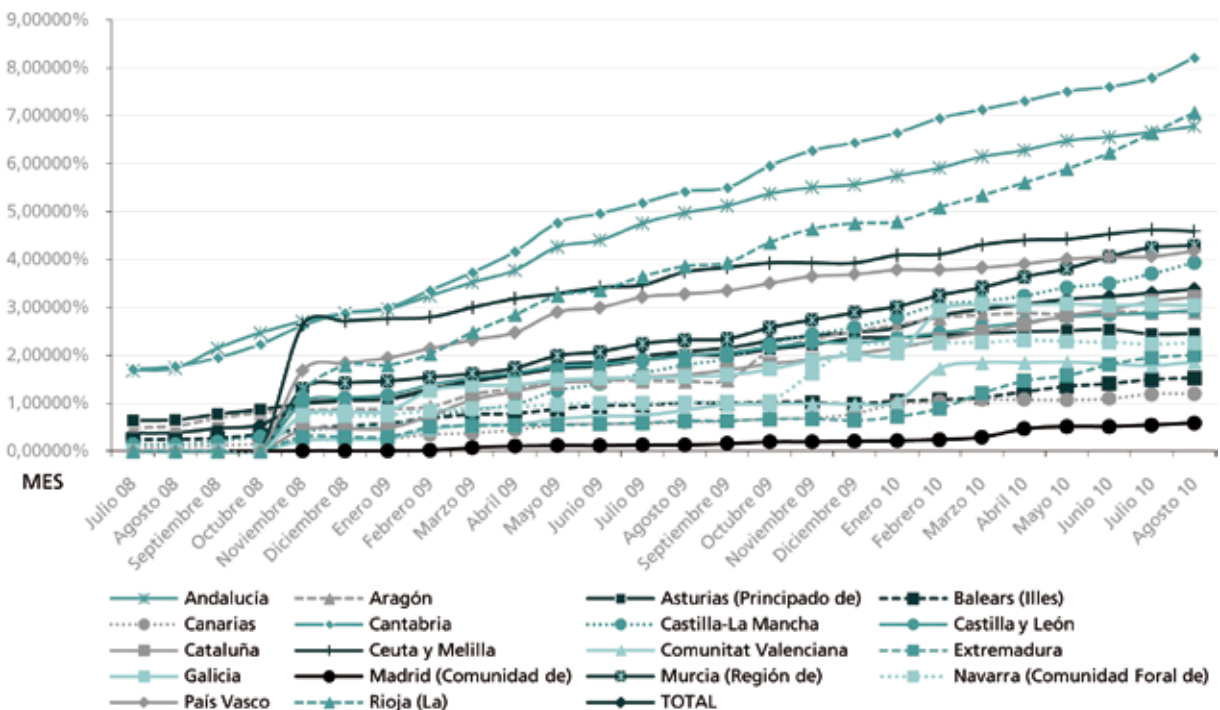
La representación gráfica del número de cuidadores no profesionales voluntarios y profesionales se muestra a continuación.

Gráfica 17. Cuidadores no profesionales voluntarios y obligatorios por población dependiente.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

Gráfica 18. Cuidadores no profesionales voluntarios y obligatorios por población total.



Fuente: Elaboración propia a partir datos SAAD-IMSERSO

Los resultados son muy similares en los dos casos. Las mayores tasas pertenecen a Andalucía, Cantabria, Ceuta y Melilla y La Rioja, con porcentajes que van del 4,18% al 8,21% cuando se relaciona con personas dependientes, y porcentajes del intervalo porcentual 0,46 a 0,61 cuando se relaciona con la población total. El resto de comunidades se sitúan en un abanico porcentual del 0,17 a 0,38 para población total y 2,00 a 4,30 para población dependiente, excepto Madrid, Canarias e Islas Baleares, que se sitúan detrás con porcentajes del 0,58 a 1,50 puntos porcentuales para población dependiente y del 0,04 a 0,10 en población total.

4. LA INFLUENCIA DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA EN LA TIPOLOGÍA DE LAS PRESTACIONES

Finalmente, se analiza de manera tentativa la influencia que diversas variables de carácter macroeconómico como el nivel de desempleo, número de desempleados sin subsidio (sobre total de desempleados) y pensionistas con pensiones mínimas (sobre el total de pensionistas) tienen sobre la variable dependiente ratio de prestaciones económicas respecto del total de prestaciones asignadas en la LAPAD, cuya información gráfica se recoge en las gráficas 13 y 14. Se trata de averiguar con ello si el creciente peso de las prestaciones económicas, contrariamente a la excepcionalidad supuesta

inicialmente por la Ley, apunta a que implícitamente éstas se hayan convertido en un sucedáneo de subsidio ante distintas situaciones de precariedad en respuesta a la difícil coyuntura económica vivida y a las diferencias entre Comunidades españolas. Se dispone para ello una base de datos de panel que cuenta con la información expuesta en el apartado 3, para 19 grupos (17 CCAA, Ceuta y Melilla y el Total Nacional) y durante 24 meses (desde Julio de 2008 hasta Junio de 2010).

Para realizar dicho análisis, se ha estimado en primer lugar un modelo de regresión lineal mediante Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) considerando como variables explicativas las tres variables de carácter económico definidas en el párrafo anterior, así como las variables dummy de las Comunidades Autónomas, esto es, una variable dummy para cada una de las CCAA (incluidas Ceuta y Melilla), a efectos de comprobar qué añade el efecto fijo Comunidad a la constante. La constante es la referencia a la ratio media de España y se entiende no perfectamente colineal al resto de dummies ya que la población (que de otro modo ponderaría las variables individuales) no se incluye como regresor. Hay que señalar que en los modelos 1, 2 y 3, tanto la variable dependiente como las variables desempleados sin subsidio ni prestación / desempleados y pensiones con garantía de mínimos / total de pensiones se introducen en el análisis como el incremento/decremento producido en cada mes y no como datos acumulados totales en cada mes.

Como se puede observar, apenas existe relación entre la variable dependiente e independientes del modelo, tal y como muestra el R2-ajustado, a lo que se añade un modelo no significativo globalmente.

A priori se podría realizar algún tipo de interpretación sobre el signo de los parámetros, pero en el caso de las variables económicas, este coeficiente está tan próximo a 0 que las interpretaciones carecen de respaldo matemático.

Tabla 6. Modelo 1. Método de estimación por MCO (con las variables dependiente prestaciones económicas / total prestaciones y explicativas de carácter económico en datos de incrementos mensuales; resto de variables explicativas como variables dicotómicas)

	B	SIG.
Tasa desempleo	-0,004891	0,790
Desempleados sin subsidio / total desempleados	0,000034	0,905
Pensiones mínimas / total de pensiones	0,000614	0,544
Andalucía	-0,121005	0,427
Aragón	0,282088	0,041 ^b
Asturias (Principado de)	0,069615	0,569
Baleares (Islas)	0,238283	0,071 ^c
Canarias	0,048669	0,778
Cantabria	0,096379	0,459
Castilla León	0,103446	0,390
Castilla-La Mancha	0,08890	0,459
Cataluña	0,155151	0,226
Ceuta y Melilla	0,216404	0,358
Comunidad Valenciana	0,046565	0,713
Extremadura	0,074328	0,640
Galicia	0,015778	0,898
Madrid (Comunidad de)	-0,342010	0,014 ^a
Murcia (Región de)	0,288452	0,029 ^b
Navarra (Comunidad Foral de)	0,229693	0,107 ^c
País Vasco	-0,139675	0,353
Rioja (La)	0,061900	0,650
Año 2008	0,029831	0,800
Año 2009	0,041700	0,479
Constante	0,590496	0,084 ^c
R-cuadrado Ajustado	0,0032	
Significatividad conjunta del modelo (Estadístico F)	0,56	

B indica el valor del coeficiente estimado para cada modelo y Sig, hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico t en cada caso, ^{a, b, c} Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

Dado que cada Comunidad tiene un importante grado de discrecionalidad en la aplicación de la LAPAD, y puesto que no todas las comunidades disponen de los mismos recursos así como no tienen que atender las mismas necesidades, se plantea repetir la estimación anterior utilizando un método de estimación alternativo, Mínimos Cuadrados Ponderados

(MCP), con el fin de comprobar si esta riqueza influye en el desarrollo de la LAPAD, es decir, si el hecho de que las CCAA dispongan de un mayor montante de recursos implica que exista un mayor número de prestaciones económicas en lugar de prestaciones en especie, ya que las primeras únicamente suponen una transferencia de renta. Véase el Modelo 2.

Tabla 7. Modelo 2. Método de estimación por MCP (con las variables dependiente prestaciones económicas / total prestaciones y explicativas de carácter económico en datos de incrementos mensuales; resto de variables explicativas como variables dicotómicas)

	B	SIG.
Tasa desempleo	-0,000964	0,856
Desempleados sin subsidio / total desempleados	0,000027	0,802
Pensiones mínimas / total de pensiones	0,000403	0,226
Andalucía	-0,141170	0,000 ^a
Aragón	0,297433	0,000 ^a
Asturias (Principado de)	0,075106	0,084 ^c
Baleares (Islas)	0,250607	0,000 ^a
Canarias	0,022642	0,639
Cantabria	0,107853	0,065 ^c
Castilla León	0,100747	0,000 ^a
Castilla-La Mancha	0,091130	0,009 ^a
Cataluña	0,165388	0,000 ^a
Ceuta y Melilla		
Comunidad Valenciana	0,042202	0,078 ^c
Extremadura	0,051981	0,367
Galicia	0,014970	0,612
Madrid (Comunidad de)	-0,327841	0,000 ^a
Murcia (Región de)	0,291335	0,000 ^a
Navarra (Comunidad Foral de)	0,247797	0,000 ^a
País Vasco	-0,118289	0,001 ^a
Rioja (La)	0,075941	0,314
Año 2008	0,069500	0,026 ^b
Año 2009	0,022152	0,103 ^c
Constante	0,530546	0,000 ^a
R-cuadrado Ajustado	0,1644	
Significatividad conjunta del modelo (Estadístico F)	39,25 ^a	

B indica el valor del coeficiente estimado para cada modelo y Sig. hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico t en cada caso. ^a ^b ^c indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

En este segundo modelo mejoran las medidas de bondad con respecto al modelo 1: el R²-ajustado aumenta hasta el 16,44% y el modelo resulta ser estadísticamente significativo a nivel global. A nivel individual, de un total de 22 coeficientes estimados (incluida la constante del modelo), 11 coeficientes han resultado estadísticamente significativos al 1%, uno al 5% y cuatro al 10%. Sin embargo, la interpretación de los coeficientes resulta similar a la del modelo 1.

Por último se han estimado dos modelos (3 y 4) con metodología de datos de panel, analizando si los efectos individuales se identifican como fijos o como aleatorios, es decir, si los efectos de las CCAA (η_i) son independientes o no de las variables explicativas X de la ecuación (el nivel de desempleo, número de desemplea-

dos sin prestación ni subsidio (sobre total de desempleados) y pensionistas con pensiones mínimas (sobre el total de pensionistas) sobre la variable explicativa prestaciones económicas / total prestaciones, según la expresión 18.

Para ello se elabora el test de Hausman, con el objetivo de comprobar si el término de error del modelo está correlacionado con las variables explicativas, en cuyo caso se puede estimar un parámetro para cada cluster interviniente en el modelo (en nuestro caso, un coeficiente para CCAA) como se observa en la ecuación 18; o si por el contrario, este término de error no está correlacionado con las variables explicativas, lo que pone de manifiesto que los efectos individuales pueden ser considerados como un componente aleatorio del término de error.

[18]

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2it} + \dots + \beta_K X_{Kit} + \eta_{it} + \varepsilon_{it}$$

Tabla 8: Estimación con metodología de datos de panel. Estimación efectos fijos y efectos aleatorios. Test de Hausman y Breusch-Pagan LM.

	MODELO 3: EFECTOS FIJOS		MODELO 4: EFECTOS ALEATORIOS	
	B	SIG.	B	SIG.
Tasa desempleo	-0,008237	0.374	-0,005287	0,418
Desempleados sin subsidio / total desempleados	0,000048	0.868	0,000039	0,891
Pensiones mínimas / total de pensiones	0,000654	0.517	0,000751	0,452
Constante	0,744569	0,000	0,698742	0,000
R-cuadrado	0,0033		0,0031	
Significatividad conjunta del modelo (Estadístico F / Estadístico X2)	0,44		1,29	
Test de Hausman (Estadístico X2)	0,8987			
Test de Breusch-Pagan LM (Estadístico X2)	25,12 ^a			

B indica el valor del coeficiente estimado para cada modelo y Sig, hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico t en cada caso, ^{a, b, c} indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente,

El test de Hausman determina que no existe suficiencia evidencia para rechazar la hipótesis nula, esto es, que no se aprecian diferencias entre los coeficientes estimados con efectos fijos y efectos aleatorios. Ello supone que ambos estimadores son consistentes, pero bajo la hipótesis nula, el más eficiente es el estimado por efectos aleatorios. Por lo tanto, los efectos individuales que tiene el modelo se identifican como aleatorios. Este resultado se ve corroborado con el obtenido en el test de Breusch-Pagan (o del Multiplicador de Lagrange), ya que el rechazo de la hipótesis nula implica que los efectos aleatorios son relevantes.

5. CONCLUSIONES

De la primera parte de este trabajo se podría concluir tentativamente que si no se procede a reprogramar la Ley, continuarán siendo notorios los déficits financieros que se van a tener que afrontar. Algunas pautas de coordinación sociosanitaria, administrativa y de gestión de la oferta y la demanda se han remarcado en diversos apartados, como vías para una mejora que coadyuve a la solvencia de la implementación concreta de la Ley. Se ha remarcado también la dificultad de fiar la solución de la protección únicamente a un futuro aseguramiento que en la medida que debiera de ser obligatorio se confunde con público y financiación impositiva. La deriva observada hacia prestaciones económicas es un antídoto en el momento presente, relativamente desordenado. Dicho reconocimiento, para que legitimara la validez de la prestación monetaria, especialmente en la presente etapa de dificultades financieras, exigiría hoy reescalar el valor monetario equivalente del baremo, de acuerdo con la disponibilidad social a financiar los ser-

vicios de dependencia y la puntuación global por CCAA. que de las valoraciones se deriven, a efectos de cerrar el presupuesto y hacer viable la financiación de la Ley.

En lo que se refiere a la parte empírica, los datos no permiten concluir pautas claras. Los datos son mensuales, limitados a un breve período de tiempo y sin referencias individuales lo que añade complejidad al análisis de las series a efectos de localizar tendencias sistémicas.

Cuando realizamos la correlación entre el stock de solicitudes sin dictaminar y los dictámenes sin prestaciones asignadas, con el resto de variables (población, densidad, color político,...) no obtenemos ningún resultado. Tranquiliza a los autores que al parecer los ratios tomados como indicadores de eficiencia en gestión (prestaciones pendientes respecto de las solicitudes), no parece ser correlaciones con el color político del gobierno de la Comunidad. Anotemos sin embargo la significativa influencia negativa de la ruralidad: cuando más rural es la Comunidad, más parece atrancada con prestaciones pendientes. Si se consideran las situaciones dictaminadas sobre las solicitudes, sí parece emerger la influencia positiva de la renta per cápita de la Comunidad, sin duda expresión de una capacidad de gestión o potencial de infraestructuras de oferta superior.

La correlación entre el ratio prestaciones económicas / total prestaciones y el nivel de desempleo, desempleados sin subsidio (sobre total de desempleados) y pensionistas con pensiones mínimas (sobre el total de pensionistas) cuando ponderamos por la riqueza de las CCAA. por su contribución al PIB, sobre la base de un modelo básico de regresión lineal, muestra un R-cuadrado de 0,3 (tablas 9 y 10 anexo, modelo 6).

De modo que ello apunta a que el 30% de las variaciones en el ratio de prestaciones económicas / total prestaciones viene explicado por las diferencias en las tres variables explicativas antes mencionadas.

El carácter espúreo de las relaciones lo parece confirmar la dilución de los efectos cuando utilizamos incrementos y tasas de variación de regresores.

A falta de la capacidad para fundamentar una mejor actitud acomodaticia de comunidades y ciudadanos expectantes de reconocimiento de derechos, está siendo la de apaciguar ánimos con prestaciones dinerarias la vía utilizada, nada más lejos de lo pretendido por la Ley. No deja en este sentido de ser curioso que por la vía de aspirar 'a lo más' nos hemos quedado en lo menos: ello se refleja en unas compensaciones incompletas y fuera de las prestaciones generales de la Seguridad Social, con todo el ruido que la transferencia autonómica ha generado, para bien y para mal, en el debate sobre la equidad y la cohesión territorial. La falta de realismo y planificación técnica en la política pública tiene estas consecuencias. De modo que para mejorar hoy el estado de cosas se requiere en nuestra opinión reorientar el gasto disponible a través de priorizar en cómo y en qué utilizar los recursos disponibles, por un lado, para ofrecer marcos estables de financiación para la acción concertada que permita mejorar la oferta de servicios, y por otro lado, redimensionar las expectativas ciudadanas acomodándolas a la riqueza y capacidad financiera del país.

Para ello hacen falta nuevos estudios basados en el análisis de datos individuales sobre perfiles patrimoniales de dependientes por edades, posibilidades de entrar en dependencia y/o

transición entre niveles y grado, con el objetivo de garantizar correctamente la cobertura de la dependencia más severa y el riesgo financieramente catastrófico para los colectivos más frágiles. Ninguna Comunidad ofrece datos al respecto por lo que no parece que esta tarea sea abordable con la premura que requiere.

6. ANEXO

Con el fin de completar el estudio empírico recogido en el apartado 4, se incluye en este anexo un análisis econométrico complementario utilizando los datos en diferentes unidades de medición a la utilizada en dicho apartado debido a la naturaleza de los mismos y a la desagregación por CCAA.

En primer lugar, se utilizan las variables expresadas en niveles, es decir, numerador y denominador de cada ratio recogen los valores absolutos acumulados en cada periodo t del tiempo, mostrando el ratio la relación existente entre ambos. Con estos datos se obtienen los modelos 5, 6, 7, 8, 9 y 10.

Los primeros modelos (5, 6 y 7) analizan la influencia de las variables macroeconómicas nivel de desempleo, número de desempleados sin subsidio (sobre total de desempleados) y pensionistas con pensiones mínimas (sobre el total de pensionistas) sobre la variable dependiente ratio de prestaciones económicas respecto del total de prestaciones asignadas en la LAPAD. Mientras que el modelo 5 ha sido estimado por MCO, el modelo 6 ha sido estimado por MCP, utilizando como variable de ponderación la riqueza de cada CCAA, siguiendo el enfoque del modelo 2. En el primer caso la estimación concluye que apenas existe relación funcional

lineal entre la variable dependiente y las variables independientes, resultando significativos los coeficientes estimados para ambas, aunque muestra un R-cuadrado corregido de 0,057. Cuando se realiza la estimación por MCP, utilizando como variable de ponderación la riqueza de la Comunidad Autónoma (representada

por PIB CCAAi / PIB TOTAL), los coeficientes de las variables siguen resultando significativos estadísticamente, y el R-cuadrado corregido mejora sustancialmente, alcanzando una cota de 0,289. Los resultados de la estimación de ambos modelos se recogen en las tablas 9 y 10.

Tabla 9. Modelos 5 y 6. Resultados estimación coeficientes

	MODELO 5: MCO		MODELO 6: MCP	
	B	SIG.	B	SIG.
Tasa desempleo	0,709	0,001 ^a	-0,209	0,441
Desempleados sin subsidio / total desempleados	-0,411	0,000 ^a	-1,648	0,000 ^a
Pensiones mínimas / total de pensiones	23,131	0,046 ^b	133,911	0,000 ^a
Constante	54,044	0,000 ^a	69,861	0,000 ^a

B indica el valor del coeficiente estimado para cada modelo y Sig, hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico t en cada caso, ^{a, b, c} Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

Tabla 10. Modelos 5 y 6. Medidas de bondad de ajuste global.

	MODELO 5: MCO	MODELO 6: MCP
	Valor	Valor
R-cuadrado	0,063	0,294
R-cuadrado corregida	0,057	0,289
Significación regresión	10,161 ^a	62,625 ^a

Significación hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico F en cada caso. ^{a, b, c} Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

Tabla 11. Modelo 7.

Estimación del modelo 6 para cada Comunidad Autónoma. Resultados de los coeficientes.

	DESEMPLEADOS SIN SUBSIDIO / TOTAL DESEMPLEADOS		PENSIONES MÍNIMAS / TOTAL PENSIONES		CONSTANTE	
	B	SIG.	B	SIG.	B	SIG.
Andalucía	0,541	0,061 ^c	1242,921	0,003 ^a	-403,026	0,008 ^a
Aragón	-1,963	0,016 ^b	573,611	0,643	-31,929	0,924
Asturias (Principado de)	1,812	0,043 ^b	4535,378	0,005 ^a	-846,467	0,007 ^a
Baleares (Islas)	0,006	0,967	1,858	0,999	69,750	0,854
Canarias	0,503	0,017 ^b	-3425,541	0,014 ^a	1195,039	0,012 ^b
Cantabria	-0,653	0,162	2824,886	0,000 ^a	-499,565	0,001 ^a
Castilla León	-2,251	0,000 ^a	1328,572	0,044 ^b	-294,299	0,165
Castilla-La Mancha	-0,203	0,226	-957,635	0,006 ^a	485,222	0,002 ^a
Cataluña	0,397	0,499	5368,020	0,009 ^a	-939,686	0,014 ^b
Ceuta y Melilla	0,039	0,827	-721,794	0,005 ^a	277,602	0,001 ^a
Comunidad Valenciana	-4,552	0,000 ^a	3494,312	0,081 ^c	-853,555	0,159
Extremadura	-1,619	0,000 ^a	1268,838	0,000 ^a	-539,326	0,000 ^a
Galicia	0,514	0,747	-860,636	0,680	342,944	0,652
Madrid (Comunidad de)	-0,471	0,613	773,615	0,701	-111,967	0,754
Murcia (Región de)	0,254	0,124	-1136,014	0,000 ^a	457,492	0,000 ^a
Navarra (Comunidad Foral de)	-1,126	0,568	-4947,563	0,015 ^b	1283,019	0,005 ^a
País Vasco	0,365	0,391	2550,358	0,000 ^a	-311,886	0,000 ^a
Rioja (La)	0,141	0,651	-684,083	0,260	241,315	0,170
Total	-0,696	0,027 ^b	1315,341	0,050 ^b	-284,637	0,124

B indica el valor del coeficiente estimado para cada modelo y Sig, hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico t en cada caso. ^a ^b ^c Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

Asimismo, y a partir del modelo 6, se ha realizado una estimación similar con la salvedad de realizar dicha estimación para cada Comunidad Autónoma y poder comparar los resultados entre territorios. Los resultados se recogen en el modelo 7 de la Tabla 11.

La conclusión principal de la estimación relativa cada CCAA se refiere a la diversidad y disparidad de los resultados. Mientras que en algunas comunidades apenas existe relación funcional (Islas Baleares, Madrid o La Rioja), en otras parece existir una relación muy importante entre las variables seleccionadas (Extremadura, Murcia, País Vasco o Ceuta y Melilla).

Tabla 12. Modelo 7.

Estimación del modelo 6 para cada Comunidad Autónoma. Medidas de ajuste global del modelo.

	R-CUADRADO	R-CUADRADO CORREGIDA	SIGNIFICACIÓN REGRESIÓN
	VALOR	VALOR	VALOR
Andalucía	0,406	0,350	7,183 ^a
Aragón	0,253	0,182	3,556 ^b
Asturias (Principado de)	0,330	0,266	5,178 ^b
Baleares (Islas)	0,000	-0,095	0,002
Canarias	0,602	0,564	15,869 ^a
Cantabria	0,528	0,483	11,753 ^a
Castilla León	0,720	0,693	26,943 ^a
Castilla-La Mancha	0,316	0,251	4,858 ^b
Cataluña	0,313	0,248	4,790 ^b
Ceuta y Melilla	0,732	0,707	28,718 ^a
Comunidad Valenciana	0,672	0,641	21,503 ^a
Extremadura	0,942	0,936	170,097 ^a
Galicia	0,082	-0,006	0,933
Madrid (Comunidad de)	0,018	-0,075	0,197
Murcia (Región de)	0,789	0,769	39,217 ^a
Navarra (Comunidad Foral de)	0,406	0,350	7,181 ^a
País Vasco	0,775	0,754	36,179 ^a
Rioja (La)	0,084	-0,004	0,959
TOTAL	0,494	0,445	10,238^a

Significación hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico F en cada caso.

^{a, b, c} Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

El siguiente modelo (modelo 8) es estimado por MCO considerando como variables explicativas únicamente las variables dummy de las Comunidades Autónomas, esto es, una variable dummy para cada una de las CCAA (incluyendo Ceuta y Melilla) a efectos de comprobar qué año de el efecto fijo comunidad a la constante, igual que el modelo 1. El modelo 9 supone la ampliación del modelo 8 al incluir como específico el factor tiempo así como las variables de carácter macroeconómico. La especificación final de am-

bos modelos se recoge en la tabla 13. Como se puede observar, no han sido incluidas en dicha especificación todas las variables introducidas en el análisis. Ello se debe a la existencia de problemas de multicolinealidad, por lo que finalmente sólo se han recogido aquellas variables que aportan contenido significativo en el modelo, y han sido excluidas aquéllas que no añaden información, es decir, que no mejoran la medida de bondad de ajuste en el modelo una vez han sido incluidas las que sí añaden información.

Tabla 13. Modelos 8 y 9. Método de estimación por MCO. Modelo 8, sólo se incluyen variables dummy de Comunidades Autónomas. Modelo 9, se incluyen variables dummy de Comunidades Autónomas, temporales y variables de carácter macroeconómico.

	MODELO 8		MODELO 9	
	B	SIG.	B	SIG
Aragón	22,1647	0,000 ^a	22,1647	0,000 ^a
Baleares	15,9585	0,000 ^a	15,9585	0,000 ^a
Cataluña	22,4787	0,000 ^a	22,4787	0,000 ^a
Ceuta y Melilla	20,8137	0,000 ^a	20,8137	0,000 ^a
Comunidad Valenciana	-13,6003	0,000 ^a	-13,6003	0,000 ^a
Galicia	14,1094	0,000 ^a	14,1094	0,000 ^a
Madrid	-43,2706	0,000 ^a	-43,2706	0,000 ^a
Murcia	38,1213	0,000 ^a	38,1213	0,000 ^a
Navarra	20,9961	0,000 ^a	20,9961	0,000 ^a
País Vasco	-16,0650	0,000 ^a	-16,0650	0,000 ^a
Año 2009			7,54125	0,000 ^a
Año 2010			8,7027	0,000 ^a
Constante	54,3118	0,000 ^a	48,3649	0,000 ^a
R-cuadrado Ajustado	0,7618		0,7921	
Significatividad conjunta del modelo	146,53 ^a		145,43 ^a	

B indica el valor del coeficiente estimado para cada modelo y Sig, hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico t en cada caso, ^{a, b, c} Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

A partir del modelo 8 podemos concluir que tanto los valores como el signo de los coeficientes estimados son dispares. De las dieciocho variables dummy introducidas inicialmente, resultan significativas y aportan contenido informativo al modelo diez Comunidades, todas significativas al 1%. Tres Comunidades presentan signo negativo, con diferente valor absoluto, mientras que siete Comunidades obtienen coeficientes con signo positivo, y de

manera similar, con diferente valor absoluto. Madrid, Murcia y Comunidad Valenciana sesgan a la baja este ratio, mientras que por el contrario, el resto de Comunidades, lo sesgan al alza.

En el modelo 9 y a partir de lo comentado para el modelo 8, se puede realizar una consideración más, relacionada con el horizonte temporal. La introducción de las variables

temporales no hace sino ratificar que conforme va pasando el tiempo y se extiende la implantación de la LAPAD, cada vez se utiliza más la prestación económica en detrimento de la prestación en especie.

Para concluir el análisis con los datos expresados en niveles, se ha utilizado metodología de datos de panel con el mismo objetivo que el apartado 4 del trabajo (modelos 3 y 4), esto es, analizar si los efectos individuales se identifican como fijos o como aleatorios.

Como se puede observar en la tabla 14, tanto la tasa de desempleo como el número de desempleados que no perciben ninguna prestación sobre el total de desempleados presentan coeficientes con signo positivo. Ello sugiere que aquellas personas que no tienen trabajo ni perciben ingresos por desempleo, si se encuentran en situación de atender a una persona dependiente (sea familiar o no), parecen mostrar una preferencia por la prestación económica antes que por la prestación en especie. El signo negativo asociado al coeficien-

Tabla 14. Modelo 10. Estimación efectos fijos

	B	SIG.
Tasa desempleo	1,924429	0,000 ^a
Desempleados sin subsidio / total desempleados	0,2389809	0,013 ^b
Pensiones mínimas / total de pensiones	-607,2703	0,001 ^a
Constante	193,9821	0,000 ^a
R-cuadrado	0,0153	
Significatividad conjunta del modelo	105,70 ^a	
Test de Hausman	14,63 ^a	

B indica el valor del coeficiente estimado para cada modelo y Sig, hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico t en cada caso, ^{a, b, c} Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente

Con este objetivo se ha estimado en primer lugar un modelo de efectos fijos, en el que se considera como tal la pertenencia de la observación a cada comunidad. Para ver si ésta era la aproximación adecuada, se estimó igualmente con efectos aleatorios, y se validó el Test de Hausman. El modelo 10 es pues la estimación por efectos fijos del modelo y resulta ser significativo globalmente. Estimado como efectos aleatorios resulta no significativo globalmente, y el test de Hausman señala que efectivamente los efectos individuales son fijos. Véase tabla 14.

te estimado de la variable pensiones mínimas respecto del total de pensiones, es indicativo quizás de que si las familias no tienen recursos para atender en el domicilio a las personas (pensiones pequeñas), a la hora de elegir la prestación por dependencia preferirán un servicio, ya sea de ayuda a domicilio o bien una institucionalización.

En último lugar se han analizado los datos disponibles en tasas de variación intermensuales, ya que la frecuencia de los mismos es mensual. En la tabla 15 se recogen los resul-

tados de la replicación de los modelos 5 y 6, utilizando las mismas variables que en éstos, pero en tasas de variación (modelos 11 y 12, respectivamente). Dichos resultados muestran que apenas existe relación entre unas y otras variables.

Ambos modelos (11 y 12) no son significativos estadísticamente a nivel global, y el R-cuadrado de ambos es prácticamente nulo. Como ya se ha comentado en las conclusiones, las relaciones encontradas en los modelos estimados con datos en niveles parecen ser espúreas, ya que tanto el análisis con datos en incrementos como en tasas apenas muestra significación estadística.

Tabla 15. Modelos 11 y 12. Resultados estimación coeficientes

	MODELO 11		MODELO 12	
	B	SIG.	B	SIG.
Tasa de variación desempleo	26,980	0,404	42,392	0,310
Tasa de variación desempleados sin subsidio / total desempleados	0,151	0,953	0,231	0,963
Tasa de variación pensiones mínimas / total de pensiones	7,221	0,068	4,134	0,268
Constante	36,705	0,813	-78,708	0,680

B indica el valor del coeficiente estimado para cada modelo y Sig, hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico t en cada caso, ^{a, b, c} Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

Tabla 16. Modelos 11 y 12. Medidas de bondad de ajuste global.

	MODELO 11	MODELO 12
	VALOR	VALOR
R-cuadrado	0,009	0,005
R-cuadrado corregida	0,002	-0,002
Significación regresión	1,296	0,724

Significación hace referencia a la probabilidad asociada al estadístico F en cada caso. ^{a, b, c} Indican el nivel de significatividad al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

7. BIBLIOGRAFÍA

ANTARES CONSULTING. “Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España”, 2010, Disponible en www.antares-consulting.com

ALBARRÁN LOZANO I, ALONSO GONZÁLEZ P y BOLANCÉ LOSILLA C. “Comparación de los

baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones”, Revista Española de Salud Pública, 83(3), 2009.

AYUSO GUTIÉRREZ M. “El coste de los cuidados de larga duración en España bajo criterios actuariales: ¿es sostenible su financiación?”, en MARTÍNEZ ALEGRÍA P y R. ARANGUREN

(directores): El Estado de Bienestar en la encrucijada, Fundación Vasco Navarra de Cajas de Ahorros, Seminario Cursos de Verano Donosti, 2010.

BALLESTER, L., FERRER, R., GONZÁLEZ, C. Y SOTO, G. "Determinants of Interest Rate Exposure of Spanish Banking Industry", Serie de documentos de trabajo del IVIE. WP- EC 2009-07.

CASADO MARÍN D. y LÓPEZ CASASNOVAS G. "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro", Barcelona, Fundación La Caixa, Colección de Estudios Sociales, nº 6, 2001.

CASADO MARÍN D., TUR PRATS A. y PUIG PEIRÓ R. "La financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia: proyecciones de gasto 2007-2015", IMSERSO, Proyecto 88/2007, 2008.

CERVERA MACIÀ M., HERCE SAN MIGUEL J. A., LÓPEZ CASASNOVAS G., RODRÍGUEZ CABRERO G. Y SOSVILLA RIVERO S. "Informe preliminar del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia", 2009, Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/>.

FUNDACIÓN EDAD & VIDA. "Balance y recomendaciones de Edad & Vida para la implantación del SAAD", 2010.

GUILLEN ESTANY M, ALBARRÁN LOZANO I, ALCAÑIZ ZANÓN M, AYUSO GUTIÉRREZ M, BLAY BERRUETA D. y MONTEVERDE VERDENELLI M. "Longevidad y dependencia en Es-

paña. Consecuencias sociales y económicas", Madrid, Fundación BBVA, 2006.

Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. BOE núm 299.

LÓPEZ CASANOVAS G. "Análisis económico de la cobertura de la dependencia: algunas reflexiones sobre las causas y consecuencias de los déficits de la regulación actual", Cuadernos Aragoneses de Economía, vol. 19, nº2, 2009.

LÓPEZ CASANOVAS G., COMAS HERRERA A., MONTEVERDE VERDENELLI M., CASADO MARIN D., CASO GARCÍA J. R. Y IBERN REGÀS P. "Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro", Barcelona, Estudios Caixa Catalunya, 2005.

MESTHENEOS E. and TRIANTAFILLOU J. "Supporting Family Carers of Older People in Europe", The Pan-European Background report. Lit Verlag. Hamburg. Germany, 2005.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia. Memoria del análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, 2006.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2005.

MONTSERRAT CODORNIÚ J. "El impacto de la ley de dependencia en las rentas de los

usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago”, Instituto de Estudios Fiscales, Documento de Trabajo 20/08, 2008.

MONTERRAT CODORNIÚ J. “La <<tercera vía de financiación>>: la contribución económica del usuario”, Presupuesto y Gasto Público, 56: 127-143, 2009.

NOVALES CINCA A. “Too much testing, poor testing: a review essay of research in empirical economics”. Departamento de Economía Cuantitativa. Universidad Complutense de Madrid, Spain, 2006.

OBSERVATORIO PARA EL DESARROLLO DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. IV Dictamen del Observatorio. Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, Asociación de directores y gerentes de servicios sociales en España, 2010, Disponible en <http://www.directoressociales.com/>.

Orden TAS/2632/2007, de 7 de septiembre, por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social.

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

Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cui-

dadadores de las personas en situación de dependencia.

Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público en España.

Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Resolución de 29 de junio 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 sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril

RODRÍGUEZ CASTEDO A. y JIMÉNEZ LARA A. “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”, Fundación Alternativas, Documento de Trabajo, 159/2010.

SOSVILLA RIVERO S. “Un Análisis Estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, Colección de Estudios Económicos, 23-08, Serie Economía Regional, Cátedra FEDEA-Caja Madrid, 2008.

SEIS AÑOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA COORDINADA Y EFECTIVA EN EXTREMADURA

JUAN CARLOS CAMPÓN DURÁN

Director Gerente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Sumario

1. INTRODUCCIÓN
2. EL PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. CONTENIDOS Y SIGNIFICACIÓN.
 - 2.1. *El modelo*
 - 2.2. *Coordinación y estructuras*
 - 2.3. *Recursos asistenciales.*
3. RESULTADOS
 - 3.1. *Actividad de las estructuras sociosanitarias*
 - 3.2. *Actividad en recursos asistenciales*
4. CONCLUSIONES

Todos sabemos que la coordinación sociosanitaria es un aspecto presente en cualquier planificación seria y consecuente para la cobertura integral de las necesidades de los ciudadanos. Entendemos que lo “sociosanitario”, aunque pueda ser entendido como un espacio nuevo o exclusivamente como una dimensión de coordinación de lo sanitario y lo social, es algo cada vez más tangible y definido en cada territorio autonómico, bien para sumarse a su filosofía de intervención o bien para denostar esta necesidad. Ante esta situación, los compromisos de las administraciones estatal y autonómica, en la mayoría de los casos, para conseguir la ansiada coordinación sociosanitaria son claros, pero desarrollados a diferentes velocidades, lo que sin duda tiene como principal consecuencia la falta de igualdad en la atención al ciudadano.

El objetivo principal de este artículo es el de desarrollar lo que ha supuesto para la Comunidad de Extremadura la implantación de “la cultura de lo Sociosanitario” a través del Plan Marco de Atención Sociosanitaria, desde la premisa de que uno de sus principales logros debe ser el optimizar y afianzar los recursos y canales de coordinación entre estructuras, sin crear dispositivos innecesarios y añadiendo solamente lo estrictamente imprescindible desde el punto de vista de la planificación y la adecuación del gasto y la inversión.

1. INTRODUCCIÓN

En Extremadura, en el año 2003 se apostó firmemente por la atención sociosanitaria creando una Dirección General con ese nombre y constituyendo los primeros pasos para la convergencia de atención a la patología y la atención a las necesidades generadas por situa-

ciones de dependencia, con el objetivo de dar valor y poder situar de una vez por todas este concepto, legalmente reconocido pero intangible hasta ese momento, tanto en el entorno sanitario como en el social.

La coordinación sociosanitaria en Extremadura, hasta esa fecha, al igual que en muchas otras partes del Estado español, ya existía en mayor o menor medida, pero no de una manera protocolizada y orientada a unos objetivos claros, sino producto de la buena voluntad y motivación profesional de quienes trabajaban tanto en el entorno sanitario como en el social y sin que supusiera un elemento de definición básico para la intervención comunitaria en estos entornos.

Consecuencia de esta organización institucional, espejo de un convencimiento político-organizativo, se definió el Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010, que ha facilitado la definición de un escenario de coordinación en el que la atención sanitaria y la atención social trabajaran de manera efectiva y eficiente, y dentro de unos perfiles de atención específicos.

Entre otras cosas, se crearon estructuras de coordinación sociosanitaria en diversos niveles de atención que consiguieron que no naciera por falta de celo, o por exceso del mismo, un tercer espacio de atención. Es decir, argumentamos que si ya existía una estructura y programas suficientes en la sanidad y en la atención social, para qué crear algo nuevo llamado “sociosanitario”. Lo que en realidad había que definir era cómo esas dos estructuras se ponían en contacto, en relación, y cómo conseguían aproximarse al objetivo común de atender las necesidades de salud y de ayuda del ciudadano.

Otros trascendentales avances vinieron a sumarse y a reforzar tanto el convencimiento como la necesidad de esta planificación. En concreto dos: la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia y la decisión de concentrar en una misma Consejería las competencias sanitarias y de atención a la dependencia.

El primero de los avances es significativo, sobre todo, por lo que supone de reconocimiento de derecho al ciudadano y por el cambio sustancial al que nos aboca en la forma de intervenir.

El segundo avance, la nueva organización de competencias en la Consejería, transforma la manera de abordar el “cuarto pilar del bienestar”. El contar con una estructura que aglutine a dos organismos de gestión: uno de atención sanitaria (el Servicio Extremeño de Salud) y otro, de promoción de la autonomía personal y atención la dependencia (Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, SEPAD), favorece y garantiza que ambas disciplinas se seguirán complementando, pero ahora mejor coordinadas bajo el mismo paraguas, la Consejería de Sanidad y Dependencia, desarrollando un verdadero **sistema integral de cuidados continuados** para el ciudadano.

Todos somos conscientes que no tener regulada una atención sanitaria implicaría desprotección de los ciudadanos, además, no tener regulada la atención social tal cual la tenemos actualmente, implicaría del mismo modo, desasistencia. Por extensión, No tener organizada

la atención sociosanitaria implica, por referirme a temas concretos, el abandono de cuestiones tan importantes como la continuidad de cuidados; conlleva desinterés por una gestión eficiente de camas hospitalarias; supone tener una visión muy parcelada de la realidad actual a la hora de atender personas en situación de dependencia, o falta de sinergias en la solución a los problemas de los ciudadanos que necesitan de ambos sistemas para su abordaje, atención a personas con discapacidad, a personas con problemas de enfermedad mental, a personas en procesos de deterioro cognitivo etc. y, sobre todo implica, tal como se deduce, desamparo para el ciudadano para ser atendido según sus necesidades.

2. EL PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. CONTENIDOS Y SIGNIFICACIÓN.

El escenario sobre el que desarrollar una planificación determina el modo en que se van a configurar las actuaciones. El diseño del Plan Marco de Atención Sociosanitaria tuvo en cuenta una serie de variables sociodemográficas y geográficas que hacen a cada territorio excepcional. La realidad extremeña en estos inicios del siglo XXI es¹:

- o 41.633 km² de superficie, con alrededor de 500 poblaciones, de las cuales solo 43 superan los cinco mil residentes, para albergar a poco más de un millón ochenta mil habitantes. Por lo tanto la dispersión nos caracteriza, con una densidad de 25,81 hab/km² y casi un 20% de mayores de 65 años, alcan-

¹ Datos obtenidos de: Encuesta Nacional de Salud, Encuesta sobre Soledad en las Personas Mayores, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud [EDDES], Conclusiones del estudio “Una nueva sociedad que envejece: Un reto de la política social. Coste y financiación en la región de Extremadura”, de la Dra. Irene Albarrán Lozano, de diciembre de 2004, “Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España” de la Fundación Instituto Catalán del Envejecimiento.

zamos la cifra de más de doscientos diez mil mayores de 65 años. En los últimos años, el grupo que más ha crecido es el de mayores de 65 años (se ha multiplicado por 6,7 en los últimos 100 años), así como el de mayores de 80 años (que se ha multiplicado por 13). En Extremadura, las personas mayores viven preferentemente en el ámbito rural (55,8% vive en municipios de menos de 10.000 habitantes) y con frecuencia viven solos (21,2% de hogares unifamiliares). El Plan de Salud de Extremadura, indica que la esperanza de vida al nacer en nuestra comunidad, 80.67 años es un indicador que está aumentando progresivamente: 84.05 años en mujeres y 78.28 en hombres.

Este es el escenario, en que además el aumento de la esperanza de vida ha derivado, entre otros motivos, de la mejora de la sanidad pública, la prevención en salud, el aumento de la calidad de vida y los avances técnicos.

2.1. EL MODELO

En Extremadura, el concepto de **Atención Socio-Sanitaria** permanece asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente dependencia y enfermedades crónicas, que tienen necesidad de cuidados personales y de cuidados sanitarios al mismo tiempo.

Trasladar esta idea al escenario descrito implica responder a 3 preguntas fundamentales:

- ¿Qué prestaciones debe ofrecer el sistema público para la atención a las necesidades sociales y sanitarias de los ciudadanos cuando

estas son coincidentes, sinérgicas e intensas?

- ¿Quién debe dispensarlas, el sistema social o el sanitario?
- ¿Cómo integrarlas en nuestros sistemas actuales?

Ante estas cuestiones, caben distintas formas de responder:

- La creación de un nuevo espacio sociosanitario, en el que tuvieran cabida aquellos ciudadanos con las necesidades de atención y cuidados descritas, e independiente de los sistemas social y sanitario.
- Incluir la atención sociosanitaria como elemento de gestión en alguno de los 2 sistemas actuales: el social o el sanitario.
- Definir las necesidades de atención a la dependencia por parte de los servicios sociales y de prestaciones sanitarias a la enfermedad por parte del sistema de salud, cada uno desde su competencia actual pero creando un espacio común de coordinación.

En Extremadura se optó por configurar un modelo basado en la última opción descrita, es decir, en la definición de un modelo de atención sociosanitaria coherente, en el que los sectores sanitario y social evalúen conjuntamente las necesidades sanitarias y sociales de sus ciudadanos, y definan las responsabilidades y competencias que cada cual debe asumir, y por tanto, los servicios a ofertar desde su sector. Los servicios sanitarios a desarrollar son competencia del sector sanitario y los de atención a la dependencia, del sector social.



Se trata de configurar el marco más eficiente y eficaz para:

- o Conseguir la máxima accesibilidad sujeta a la sostenibilidad y eficiencia en el desarrollo de recursos, sin perder de vista que la atención de los ciudadanos ha de tender a que se produzca en su medio, propiciando la atención comunitaria y evitando tanto la institucionalización como un desarrollo de recursos centralista en perjuicio de las poblaciones periféricas.
- o Garantizar la prestación de servicios desde el diseño intersectorial de procesos asistenciales contando con la participación técnica y dirección asistencial por procesos y programas de atención, coordinados en su diseño y evaluados continuamente en su cumplimiento desde el nivel central, para ser ejecutados conforme a protocolos comunes adaptados en los diferentes puntos de la región.

2.2. COORDINACIÓN Y ESTRUCTURAS

Una de las respuestas organizativas de mayor peso del Plan ha sido la creación de nuevas estructuras de coordinación en los distintos niveles requeridos. Si de lo que se trataba era de poner en relación efectiva los dos sistemas existentes, era necesario establecer los canales y los instrumentos a través de los cuales los profesionales de lo sanitario y lo social debían “participar”.

Pero además, también era necesario que la ubicación de esos profesionales en el territorio fuera racionalmente organizativa. Hasta ese momento, las equivalencias entre las áreas sanitarias y las sociales eran inexistentes y, para propiciar espacios de coordinación, era imprescindible reorganizar las zonas sociales (mucho más dispersas) en un marco equivalente al de las áreas sanitarias. Para ello, se propuso la creación de 20 zonas sociosanitarias circunscritas a las Áreas de Salud, que tomaran como

base la población mayor (principal indicador de prevalencia de necesidades en cuidados continuados) y respetando en la medida de lo posible la zonificación existente.

A raíz de la fusión de las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social en la de Sanidad y Dependencia, compuesta por el Servicio Extremeño de Salud [SES] y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia [SEPAD], se redefinieron y modificaron algunas de estas estructuras, justificando los cambios y configurando el escenario del siguiente modo:

COMISIÓN SOCIOSANITARIA COMUNITARIA.

Constituida como el primer nivel de la coordinación sociosanitaria, es la responsable de garantizar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales en el entorno inmediato del ciudadano, que vendrá definido por su lugar de residencia.

Dicha estructura la componen profesionales de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los Servicios Sociales de Base. Son los encargados de evaluar la situación de cada paciente/usuario así como de definir su plan individual de cuidados. Su funcionamiento se establece en una Guía de Funcionamiento que fue elaborada por los mismos profesionales implicados y concebida como un instrumento de apoyo y de trabajo.

COMISIÓN SOCIOSANITARIA DE ÁREA

Es la responsable de la evaluación de las experiencias, diseño de instrumentos de evaluación y aspectos generales de la coordinación sociosanitaria en el ámbito geográfico y poblacional del Área de Salud, y siempre que impliquen la puesta en marcha de las medidas diseñadas y planificadas desde la Comisión de

Asuntos Sociosanitarios. Es la que evalúa procesos y acciones de coordinación sociosanitaria para elevar necesidades y problemas a la Comisión de Asuntos Sociosanitarios, desde la que se propone y aprueban las medidas que se estimen pertinentes.

Del mismo modo, es la responsable de estudiar las necesidades de recursos sociales y sanitarios en su ámbito de actuación y de impulsar el funcionamiento eficaz de las Comisiones Sociosanitarias Comunitarias.

Está compuesta por los Gerentes de las Áreas de los sistemas de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia y por 2 profesionales de cada Gerencia.

COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIOSANITARIOS.

Es el órgano interdepartamental adscrito a las consejerías competentes en materia de atención sociosanitaria [Consejería de Sanidad y Dependencia], impulsor y dinamizador de la coordinación y organización del sistema integral de cuidados continuados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Se define como responsable de la supervisión constante del funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria, garantizando la equidad en el acceso y prestaciones de servicios al conjunto de la población susceptible de atención sociosanitaria.

Está compuesta por los Directores Generales autonómicos competentes en materia de asistencia sanitaria y atención a la dependencia, por los Jefes de los Servicios de Programas y procesos de los dos ámbitos, y por dos representantes de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

A modo de resumen:

AL INICIO DE 2005		AL INICIO DE 2009
CONSEJERÍA SANIDAD Y CONSUMO	CONSEJERÍA BIENESTAR SOCIAL	CONSEJERÍA SANIDAD Y DEPENDENCIA: - Servicio Extremeño de Salud [SES] - Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia [SEPAD]
Comisión de Seguimiento		Desaparece
Comisión Permanente Intersectorial		Comisión de Asuntos Sociosanitarios
Comisión Sociosanitaria de Zona		Comisión Sociosanitaria de Área
Comisión Comunitaria		Comisión Comunitaria

Composición de las comisiones de coordinación sociosanitaria

COMISIÓN	AYUNTAMIENTOS	CONSEJERÍA SANIDAD Y DEPENDENCIA	
		SEPAD	SES
COMUNITARIA	Trabajador Social SSB [Servicios Sociales de Base]		Enfermera y Trabajador Social
DE ÁREA		Gerentes Territoriales	Gerentes de las Áreas de Salud
ASUNTOS SOCIOSANITARIOS		Dirección Gral. de Promoción de la Aut. y Atención a la Dependencia.	Dirección Gral. Asistencia Sanitaria.

2.3. RECURSOS ASISTENCIALES

La delimitación de las competencias propias de cada sector, permite ofrecer una auténtica atención integral, resultado de la suma eficiente de servicios coordinados, que evite la duplicidad y organice en procesos intersectoriales un sistema general centrado en las necesidades tal como las vive el ciudadano.

Ese diseño intersectorial de procesos asistenciales contará con la participación técnica y dirección asistencial por procesos y programas de atención, coordinados en su diseño y evaluados continuamente en su cumplimiento desde

el nivel central, para ser ejecutados conforme a protocolos comunes adaptados en los diferentes puntos de la región. Cada proceso asistencial que se haya de implantar medirá los casos en función de tres ejes simultáneamente y de la combinación de la intensidad en cada uno de ellos, se deducirá el recurso adecuado para atender cada caso en cada momento:

- o El **GRADO DE DEPENDENCIA**: y por tanto la necesidad de cuidados personales.
- o La **NECESIDAD DE CUIDADOS** sanitarios: debido a la patología.

- o La **RED DE APOYO** de la que disponga la persona: familiares, cuidadores, posibilidades económicas...

De este modo, a título de ejemplo, el primer proceso que nace en este marco de coordinación es el Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura [PIDEX]. Esta planificación define cómo se ha de trabajar de manera integrada, integral y coordinada, en tres ámbitos de la afección cognitiva: **las demencias degenerativas, el daño cerebral sobrevenido y los déficits cognitivos en la infancia**. En estos momentos, la primera parte del plan, la referida a demencias degenerativas, es la que está implantada y definida para conseguir el principal objetivo que se marcó: mejorar la calidad de vida de los enfermos con demencia, sus familiares y cuidadores, la sociedad y los profesionales de la salud. Para ello, se elaboró *un modelo de funcionamiento* de manera paralela (actuación sociosanitaria) y seriada (dependiendo de la actuación a llevar a cabo), donde el diagnóstico, seguimiento y tratamiento clínico especializado y de calidad para toda Extremadura fuese realizado por un equipo de demencias formado por un médico especialista en Neurología y un psicólogo especialista en Neuropsicología, siendo la medicina de atención primaria fundamental en su detección, seguimiento y la responsable sanitaria primera y última del paciente; y donde la necesidad de ayuda ocasionada por la dependencia generada fuera atendida desde el ámbito de lo social, llevando el “peso” de la atención continuada —preferentemente ambulatoria— a los pacientes con demencia y a sus cuidadores.

Por otra parte, dejando al margen la atención al deterioro cognitivo y pasando a un ám-

bito más general, partimos de la base de que cada proceso asistencial contará con una serie de recursos específicos. No obstante, de la complementariedad entre los sistemas de protección social y sanitario en la atención a la situación de dependencia y enfermedad crónica, debían configurarse nuevos recursos sociosanitarios que dieran cobertura a las necesidades de atención sociosanitaria, independientemente de los ya creados en cada proceso asistencial definido. Éstos se clasifican en tres tipos básicos de recursos residenciales y asistenciales de larga duración en función de la intensidad y la continuidad de los cuidados, dos de ellos resultaron muy novedosos en nuestra comunidad Autónoma y un tercero, ya existía en el catálogo de servicios de la extinta Consejería de Bienestar Social:

- o Unidades de Cuidados Sanitarios Intensos y Continuados destinados a personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieran cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida. Son los denominados tipo 1 (T1).
- o Unidades de Atención Sanitaria Continuada a personas dependientes que requieren cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes y que necesitan cuidados o supervisión prolongada dentro de un contexto sanitario. Son los denominados tipo 2 (T2).
- o Centros de Atención a la Dependencia, destinados a personas que requieren de recursos residenciales de atención y rehabilitación de la dependencia. Son los denominados tipo 3 (T3).

3. RESULTADOS.

Se presentan en este apartado los datos recogidos en cuanto a implantación del Plan en: estructuras de coordinación y recursos sociosanitarios.

3.1. ACTIVIDAD DE LAS ESTRUCTURAS SOCIOSANITARIAS

COMISIÓN SOCIOSANITARIA COMUNITARIA.

Durante el primer año de implantación se crearon 130 comisiones Comunitarias. Cada una de ellas se correspondía con una zona de salud establecida en el mapa sanitario de Extremadura. Al ser la puerta de entrada al Sistema de Atención propuesto en el PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA su actividad inicial fue bastante significativa.

El funcionamiento de estas comisiones está recogido en un documento efectuado ad-hoc, en el que se establecían los niveles de complejidad de los casos sobre los que debían actuar y de qué manera. La actividad registrada, en los tres primeros años es la siguiente:

ACTIVIDAD	Nº
Reuniones con acta	446
Casos abordados	1.803
Promedio de casos por sesión	4,04
Promedio de casos por Comisión Comunitaria	13,86

COMISIÓN SOCIOSANITARIA DE ÁREA.

Esta Comisión, en los inicios del Plan, se denominaba "de Zona" y estaba compuesta por representantes de las Gerencia de Área correspondientes del SES y profesionales de los

Servicios Territoriales de la Consejería competente en materia de asistencia y bienestar social. Con la reestructuración de la Consejería de Sanidad y Dependencia y la entrada en vigor de la Ley 39/2006 fue reformulada tanto en su composición como en su funcionamiento, otorgándole mayor funcionalidad y territorio.

De este modo, en su día se establecieron 20 Zonas Sociosanitarias al objeto de definir la unidad territorial en materia de atención sociosanitaria. El planteamiento inicial fue que en cada zona una comisión de este nivel formada por profesionales de los ámbitos social y sanitario fuera la responsable, entre otras cosas, de resolver los casos de una complejidad determinada.

Para su definición inicial se contrataron 20 Profesionales [1 trabajador social por cada zona] que básicamente serían los receptores de esos casos para su tratamiento en comisión.

Actualmente, las Comisiones de Área son 8 y están todas creadas y en funcionamiento.

COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIOSANITARIOS.

Ha venido trabajando sistemáticamente en el desarrollo de lo establecido en el PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIO, definiendo procesos, servicios y programas. Entre otros asuntos, se relacionan una serie de temas objeto de tratamiento en este nivel de coordinación:

- Monográfico de Salud Mental.
- Plan de Rehabilitación.
- Respuestas a preguntas de distintas Comisiones Comunitarias.

- o Realización de Propuestas al Borrador de Decreto de Procedimiento de acceso al Sistema de Dependencia.
- o Proyecto Piloto de Teleasistencia avanzada.
- o Programa de Ayuda Intensiva en el Hogar en colaboración con CRUZ ROJA y Consejería de Trabajo.
- o Estudio sobre el acceso a camas T-1, T-2 y T-3 de pacientes dados de alta desde Instituciones Penitenciarias.
- o Estudio sobre la prevención de caídas en personas mayores en colaboración con la UEX
- o Elaboración del procedimiento de acceso al Programa EL EJERCICIO te CUIDA.
- o Realización de varias auditorías a Centros de Atención a la Dependencia con camas de Cuidados Sociosanitarios T-1 y T-2.
- o Adaptación del Master en Atención Sociosanitaria en personas dependientes organizado por la UEX al Modelo de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Organización de dos módulos.
- o Estudio de reconversión de plazas de Centros Residenciales de Mayores en centros T-2.
- o Atención Temprana en el contexto del Centro Extremeño de Desarrollo Infantil.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. PROCESOS ASISTENCIALES.

Como se ha dicho, la definición intersectorial de procesos asistenciales contará con la participación técnica y dirección asistencial por procesos y programas de atención, coordinados en su diseño, ejecución y evaluación desde el nivel central. Aunque no se trata de una estructura de coordinación con la entidad propia de comisión, a nivel central se define este modo de relación y correspondencia como la “dirección de orquesta” en la determinación de los procesos a establecer en el territorio. Es decir, profesionales de referencia y así designados para ello, diseñarán y ejecutarán a nivel central los diferentes procesos asistenciales, conforme a protocolos comunes y adaptados.

Un proceso asistencial de salud determinado, demencias degenerativas, por ejemplo, implica que se inicie en el Servicio Extremeño de Salud y que tenga su correspondencia en el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, siendo visible cada parte en profesionales relevantes que coordinan el diseño, ejecución y evaluación de las actuaciones.

En este sentido, desde 2005 se han llevado en este nivel de coordinación:

PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA [PIDEX] CON 7 ANEXOS:

- Guía de Práctica Clínica
- Guía de Atención Social
- Coordinación entre Equipos de Salud Mental y Consultas de Deterioro Cognitivo
- Servicio Público de Neurorehabilitación
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Pediatría
- Guía de Recursos para la Atención a Demencias Degenerativas en Extremadura.
- Problema de Conducta en las Demencias. Una guía para familiares.

RECURSOS ASISTENCIALES - RESIDENCIALES de atención sociosanitaria clasificados de mayor a menor complejidad.

- Cuidados Sanitarios Intensos y Continuos T-1. 30 plazas
- Cuidados Sanitarios a la Dependencia T-2. 150 plazas
- Cuidados a la Dependencia T-3. 778 plazas

Implantación de Tratamientos Anticoagulantes Orales 22 Centros Residenciales del SEPAD para dotar de mayor comodidad y seguridad a los residentes en este tipo de tratamientos

Elaboración de la **GUÍA FARMACOTERAPEUTICA** para CENTROS RESIDENCIALES DEL SEPAD, lo que ha supuesto mejoras en el Suministro de fármacos y seguimiento farmacoterapéutico de los residentes.

FORMACION DOLOR. Se han realizado dos ediciones para trabajadores de centros residenciales [Médicos, Enfermeros Auxiliares, Fisioterapeutas,...] En la edición del año 2010 han sido formados 298 profesionales.

FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS a los profesionales de centros residenciales y concertados con camas de cuidados sanitarios [T1].

TELEMEDICINA EN CENTROS RESIDENCIALES. Actualmente en 2 centros del SEPAD.

GUÍA EXTREMEÑA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN. Realizada por enfermeros de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Centros Residenciales del SEPAD para garantizar el mismo tipo de cuidados independiente del lugar de residencia del paciente

EL EJERCICIO TE CUIDA. Implantación del programa dirigido a la Promoción del ejercicio físico y a la Prevención de enfermedades cardiovasculares en personas mayores, en coordinación con la Universidad de Extremadura, Consejería de los Jóvenes y el Deporte, SEPAD y SES, con unos resultados muy valiosos en términos de ahorro al sistema:

- Reducción en un 29% de las consultas médicas
- Reducción del 14% de los dolores por mejora de flexibilidad y movilidad
- Reducción del 25% de las caídas [mejora equilibrio 9%].
- Mejora 13% de resistencia a la fatiga
- Reducción del consumo de medicamentos vinculados a hipertensión, ansiedad y depresión.

3.2. ACTIVIDAD EN RECURSOS ASISTENCIALES

Los tres tipos de dispositivos asistenciales definidos en Plan Marco se efectuaron según

fuera mayor o menor la carga sanitaria [Tipo 1, Tipo 2] y la atención a la dependencia [Tipo 3]. Estos dispositivos están planteados desde la oferta abierta a la adecuación de una demanda conformada por situaciones de salud con

necesidades sociosanitarias distintas. Se trata de recursos imprescindibles para garantizar la continuidad del modelo de atención diseñado.

En la actualidad existen concertadas 958 camas sociosanitarias con un coste variable según los servicios ofrecidos en cada modalidad [terapéuticos y de cuidado]:

- o 30 plazas T-1 [Cuidados Sanitarios Intensos y Continuados]:
- o 150 camas T-2 [Cuidados Sanitarios a la Dependencia]:
- o 778 camas de Atención a la Dependencia [T-3].

Se exponen los datos recogidos en la tipología de camas con mayor carga sanitaria: las Tipo 1 y las Tipo 2:

CAMAS TIPO 1 [CUIDADOS SANITARIOS INTENSOS Y CONTINUADOS. T-1]

Desde el inicio de la actividad, de junio 2005 hasta finales de 2010 se han atendido 402 pacientes que han generado 38.470 estancias, con una ocupación media del 72,15%. En el periodo de los últimos años se observa un incremento paulatino de ocupación [85%].

TOTAL CAMAS	30
TOTAL PACIENTES ATENDIDOS	402
ESTANCIA MEDIA	38 días.
ÍNDICE DE OCUPACIÓN	72%
ESTANCIAS POSIBLES	53.430
ESTANCIAS PRODUCIDAS	38.470
Procedencia 100% altas hospitalarias.	

En general, independientemente del sexo y la edad, las enfermedades más prevalentes agrupadas en una clasificación creada ad hoc fueron las de naturaleza cerebrovascular [25,4%] y las oncológicas [23,2%]. En tercer lugar, las enfermedades respiratorias fueron las que estuvieron más presentes en el motivo de ingreso.

Por otro lado, y desde el plano económico y de gestión, es donde se dan los resultados más interesantes. Se ha tomado como referencia los precios de concierto y los costes sanitarios de 2006. De esta forma, si comparamos el coste/ estancia generada en los Centros T-1 con lo que hubiese supuesto su atención en un hospital de la red pública, el resultado en términos de coste de oportunidad es más que significativo para el sistema.

ESTANCIAS T1	PRECIO MEDIO CAMA/DÍA	TOTAL
38.470	428,00 €	16.465.160,00 €
38.470	100,00 €	3.847.000,00 €
Ahorro coste oportunidad		12.618.160,00 €

CAMAS TIPO 2 [CUIDADOS SANITARIOS INTENSOS Y CONTINUADOS. T-2]

Por definición, este tipo de camas, son quizás las de mayor naturaleza sociosanitaria por excelencia, ya que surgen fruto de la coordinación intersectorial. Su gestión se realiza de forma coordinada entre el SES y el SEPAD, aunque toda la labor administrativa se realiza en este último. Desde su puesta en funcionamiento en julio 2006, se ha ido construyendo una red de centros con la distribución más homogénea posible en toda la Comunidad Autónoma.

Actualmente el número de plazas T-2 asciende a 150, si bien este número se ha conseguido

tras distintos procesos administrativos realizados conjuntamente entre el SES y el SEPAD.

Desde el inicio de la actividad, año 2006 hasta finales de 2010 se han atendido 930 pacientes que han generado 122.607 estancias, con distinta procedencia [65% hospitalaria y el resto, ingresos efectuados directamente desde el entorno comunitario].

TOTAL	150
TOTAL PACIENTES ATENDIDOS	930
ESTANCIAS POSIBLES	217.175
ESTANCIAS PRODUCIDAS	122.607
Procedencia 65% altas hospitalarias.	

En esta tipología de camas, los resultados en términos de ahorro potencial al sistema sanitario son aún más esclarecedores. Más de 45,5 millones de euros en el periodo evaluado podrían haberse destinado a otros elementos de la sanidad pública o, si me apuran, a otras actuaciones en materia distinta a la salud.

ESTANCIAS T2	PRECIO MEDIO CAMA/DÍA	TOTAL
122.607	428,00 €	52.475.796,00 €
122.607	55,00 €	6.743.385,00 €
Ahorro coste oportunidad		45.732.411,00 €

4. CONCLUSIONES.

La entrada en vigor en 2007 de los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia que marca la Ley 39/2006, vinieron a coincidir casi en el tiempo con los inicios de implantación del Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Nuevas formas de hacer las cosas con las que se estaban implantando pudieron influir en la velocidad en la que determinados resultados esperados pudieran ser visibles. Lo que estaba claro en esos momentos es que el sistema de atención sociosanitaria que se estaba articulando venía a significar todo un avance y que los pasos dados, de algún modo, se habían anticipado a lo que quedaba por venir.

La reorganización territorial, la adopción del nuevo modelo de coordinación, la optimización de los recursos planteada, la financiación... en realidad venían a preparar lo que en los años venideros se ha ido abordando para hacer accesible la atención continuada a la enfermedad crónica en todo el territorio extremeño.

Los modelos de gestión planteados en el Plan planteaban que las actuaciones llevadas a cabo debían caracterizarse por: la complementariedad entre servicios ofertados y coordinación intersectorial, el diseño de programas sociosanitarios integrales y la gestión por procesos y continuidad asistencial. Este modo de proceder, donde programas intersectoriales funcionen sobre estructuras y canales de coordinación ordenados, es lo que al fin y al cabo, consigue que resultados como los presentados nos lleven a concluir:

- o La creación de camas destinadas a cuidados sanitarios para la enfermedad crónica significa optimizar y racionalizar recursos sanitarios destinados a la enfermedad aguda.

- o La concesión de prestaciones, tanto sanitarias como de atención a la dependencia, en un procesos de enfermedad integrales organizados serán las necesarias a cada situación. Es decir, cada persona recibirá aquello que realmente precisa, con la intensidad necesaria, y con lo que ello significa en optimización del gasto.

- o Del mismo modo, tener una cartera general de recursos en la que se delimite cada tipo de dispositivo de atención, hará posible configurar un marco adecuado e imprescindible en los tiempos en lo que nos encontramos para la colaboración público privada.

Como se decía al principio, cada territorio tiene una identidad propia e idiosincrasia que impiden que determinadas políticas sean válidas en un lugar y no en otro. Los modelos de funcionamiento son extrapolables y válidos en la medida en la que se adapten a la región en la que han de ser implantados. De todas formas, esperamos que la experiencia que se lleva a cabo en Extremadura pueda ser el principio o la continuación en otras comunidades, para que la adopción de un modelo claro de atención sociosanitaria permita ofrecer a todos los ciudadanos lo que le es de derecho recibir.

DEPENDENCIA Y EMPLEO:

LAS PERSONAS CON LIMITACIONES CON INICIATIVA PROPIA PARA INTEGRARSE LABORALMENTE, A PARTIR DEL ANÁLISIS EMPÍRICO DE LA (EDAD) 2008

DAVID CANTARERO PRIETO
PATRICIA MORENO MENCÍA

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria.

Sumario

1. INTRODUCCIÓN
2. ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD Y EMPLEO. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA
3. FUENTE DE DATOS
4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO
5. METODOLOGÍA
6. RESULTADOS
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

Los autores agradecen los comentarios de un revisor anónimo para la mejora del texto presentado. Así mismo, se desea dejar constancia y agradecer el apoyo financiero a la investigación de la Fundación CASER, que en conjunción con el CRES-UPF edita una Serie de Documentos de Trabajo para el Estudio de la Dependencia, de los que este texto constituyó su DT número 2 (2010).

1. INTRODUCCIÓN

Recientemente, además de las pensiones y la sanidad, la cuestión de la atención a la dependencia se ha ido abriendo paso en el debate en torno a las consecuencias del envejecimiento demográfico sobre las políticas sociales. Es importante destacar el impacto que puede producirse hasta 2013, aproximadamente del 0,5% del PIB según el Libro Blanco de la Dependencia y el informe FEDEA.

La motivación en la elección de este tema se debe a que en los últimos decenios, las organizaciones de personas con discapacidad y sus defensores se han esforzado por lograr que la discapacidad se considere en el marco de la igualdad de derechos, y por fomentar un cambio en las oportunidades de empleo así como de integración en la sociedad y sin embargo son innumerables las barreras que se perciben en este colectivo en el acceso al mundo laboral y en la igualdad de oportunidades. La relación entre discapacidad y autoempleo, que es el objetivo de este estudio, requiere una especial atención en el contexto descrito anteriormente. El autoempleo se percibe frecuentemente como una opción arriesgada y desfavorecida de acceso al mundo laboral y que solamente se justifica ante necesidades de los empleados de cierto grado de flexibilidad, sin embargo puede plantearse como una manera de dotar de flexibilidad y cierta libertad a las personas con limitaciones.

El análisis de la situación laboral de las personas con limitaciones no es nuevo, pero sí lo es investigar qué tipos de empleos desarrollan habitualmente y con qué características se rela-

cionan. En este trabajo en particular, se estudia la relación entre discapacidad y trabajo por cuenta propia, basándonos en la explotación de la Encuesta de Discapacidades y Atención a la Dependencia 2008, que como mejora a la anterior encuesta de Discapacidad (la de 1999) incluye preguntas relacionadas con la situación laboral de las personas con discapacidad. Los estudios realizados usando la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES-1999), sugerían la necesidad de un cuestionario más amplio y especializado, lo que llevaba a los investigadores de esta materia a recurrir a ciertas preguntas incluidas en cuestionarios generales como el Panel de Hogares de la Unión Europea o al módulo especializado de la Encuesta de Población Activa correspondiente al segundo trimestre de 2002.

El artículo se estructura en cinco partes: En el siguiente apartado se plantea una revisión de la literatura relacionada con el tema del estudio, el tercer apartado se centra en una presentación de las fuentes de datos disponibles, y en concreto de la encuesta utilizada. En el siguiente apartado se hace un análisis descriptivo, para continuar con un análisis de la metodología empleada, mientras que después se presentarán los resultados obtenidos y se finaliza con las conclusiones.

2. ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD Y EMPLEO. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

El interés que ha generado el tema de la discapacidad¹ y de la dependencia², este último especialmente vinculado al proceso de enveje-

¹ Según la Organización Mundial de Salud, 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.

² Según el Libro Blanco de la Dependencia es la necesidad de ayuda o asistencia para las actividades de la vida cotidiana, o, más concretamente, un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

cimiento demográfico, está teniendo un fuerte impacto en la política social, en la prestación de servicios y en la práctica profesional.

Existen diversos estudios sobre discapacidad y dependencia a nivel internacional; entre ellos, McNeil (1997) y Puga y Abellán (2004), que constatan la existencia de correlaciones entre el padecimiento de alguna discapacidad con el género y la edad principalmente.

En cuanto a la literatura sobre la participación laboral de las personas con algún tipo de discapacidad, en los años 70 aparecen trabajos empíricos sobre el mercado laboral de Estados Unidos, propiciados por el interés por poner de manifiesto los efectos de las leyes de anti-discriminación. Posteriormente en los años 90 surgen estudios empíricos sobre la participación en el mercado de trabajo de este colectivo en Europa (caso de Malo en 2004 y Kidd, Sloane y Ferko en 2000).

El colectivo de personas con discapacidad es heterogéneo. Sus necesidades de apoyo y la intensidad de éstas varían en función de las distintas discapacidades y de las características de las personas que las padecen. Un entorno estimulante ayuda a retrasar el desarrollo de comportamientos apáticos y de dejadez. El aislamiento y la falta de incentivos, por el contrario, fomentan el deterioro y la soledad, (Ramos, 2002).

Trabajos como el de Loprest et al. (1995) mostraron como el efecto de la discapacidad sobre la participación en el mercado laboral es superior en los varones que en las mujeres mientras que según Livermore et al. (2000) en análisis de la participación de las personas con

limitaciones en el mercado de trabajo se han de tener en cuenta aspectos que afectan tanto a la oferta como a la demanda de trabajo. Por el lado de la oferta ha de considerarse que las personas con discapacidad incurren en costes extras (transporte, rehabilitación, asistencia...), además de costes directos en la búsqueda de empleo y otras circunstancias que reducen su participación laboral. Los aspectos que pueden influir sobre la reducida demanda de trabajo de este colectivo son el hecho de que la discapacidad sea percibida por el empresario como una señal de baja productividad, como el temor por incurrir en costes adicionales como puede ser cierta adaptación del puesto de trabajo.

El envejecimiento es un proceso natural inevitable, pero sí que se puede tratar de mejorar el sentimiento de bienestar en esta etapa, lo que supone una tarea costosa tanto para el individuo como para el conjunto de la sociedad. Por tanto, examinar y tener en cuenta lo común y lo específico de envejecer con discapacidad permitirá adecuar los apoyos que se faciliten desde los organismos públicos para ajustarse a las preferencias de las personas discapacitadas ancianas, ayudarles a solucionar sus problemas y cubrir sus necesidades.

Cuadro 1: Resumen de estudios previos sobre discapacidad y empleo

REFERENCIA	PAÍSES / REGIONES ANALIZADOS	PERIODO DE TIEMPO	FUENTE DE DATOS	RESULTADOS PRINCIPALES
Livermore (2000)	América	1990	Datos de sección cruzada	Aspectos que influyen en la reducida demanda de trabajo de este colectivo son el hecho de que la discapacidad se perciba como una señal de baja productividad, como el temor por incurrir en costes adicionales de la adaptación del puesto de trabajo
Kidd, Sloane y Ferko (2000)	Reino Unido	1996	Datos de sección cruzada	Sólo el 50% de la diferencia salarial entre hombres con y sin discapacidad se explica por diferencias en las características de los individuos
Shalock y Verdugo (2003)	España, EEUU, Canadá, Japón, Argentina, Perú, México, Ecuador, Uruguay, Bolivia, Chile y Colombia.	1995-2000	Datos de panel	Modelo compuesto por dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad y establecen principios para entender la calidad de vida y sugieren tres niveles que afectan la calidad de vida: micro-sistema (crecimiento personal y desarrollo de oportunidades), meso-sistema (técnicas de mejoras del programa y del entorno) y macro-sistema (políticas sociales)
Malo (2004)	España	1999	Datos de sección cruzada.	La inversión en capital humano incrementa en las mujeres un 9,2% la probabilidad de participar si tienen estudios primarios y hasta en un 14% en los varones que tienen estudios superiores
Malo y Pagán (2009)	11 países de la UE	1995-2001	Datos de panel	En la mayoría de países analizados, los trabajadores con discapacidad que no presentan limitaciones en las actividades de la vida diaria, ganan lo mismo que los que no tienen discapacidad
Vilaplana Prieto (2009)	España	2004	Datos de sección cruzada.	El envejecimiento de los cuidadores, más que el de los dependientes, provoca que la diferencia en la preferencia de atención domiciliaria respecto al salario del cuidador aumente de seis a quince puntos porcentuales
Gómez, Peláez, González y García (2009)	Castilla León	2005-2015	Datos de panel	Entre los diversos tipos de servicios sociales previstos en la Ley de Dependencia, la atención residencial y la ayuda a domicilio son los que se estima que generen mayor número de empleos netos (23.904 y 7.784)
Albarrán, Alonso y Fajardo (2009)	España	1999	Datos de sección cruzada	Existen diferencias significativas en las probabilidades de estar activos, según el sexo, estado civil, lugar de residencia y tipología de la discapacidad
Cantarero y Pascual (2009)	Países de la Unión Europea	1994-2001	Datos de panel	Existe discriminación salarial de los trabajadores con discapacidades. En 1998, la estimación media de la discriminación fue del 36,78%, aunque las diferencias más significativas se debieron al sexo
Cabral, Gomes de Menezes y Sciulli, (2009)	Portugal	1997-2002	Datos de panel	Diferencias significativas en el tiempo de estancia en el desempleo entre personas con discapacidades y sin ellas

Fuente: Elaboración propia

La estructura conceptual usada para la interpretación de los resultados se basa en el modelo neoclásico de oferta de trabajo, adaptado a las especificidades de la oferta de trabajo de las personas con discapacidad siguiendo a Livermore et al. (2000). Hay que tener en cuenta que el intercambio entre ocio y trabajo estará potencialmente influido por la disponibilidad de otras fuentes de ingresos en el caso de que el individuo no trabaje (especialmente en este caso por la percepción de prestaciones o pensiones por discapacidad) y el salario que puede percibirse si se trabaja.

La elección entre ocio y trabajo también sería diferente al tener alguna limitación ya que la discapacidad puede reducir la cantidad total de tiempo disponible, en ciertos casos se necesita más tiempo para las tareas cotidianas habituales (cuidado personal, transporte, rehabilitación, etc.), con lo que es posible que no le compense dedicar horas al trabajo teniendo en cuenta lo reducida que es su disponibilidad diaria de tiempo, incluso considerando que su productividad y su salario fuera igual a la de una persona sin discapacidad.

Uno de los conceptos clave en relación al tema de la discapacidad y la dependencia es el de la discriminación salarial, y sobre ello se han realizado estudios como el de Malo y Pagán (2009), en el que se analizan las diferencias salariales entre trabajadores no discapacitados y discapacitados a partir de datos del Panel de Hogares de la Unión Europea. Sus resultados muestran que en la mayoría de los países analizados los trabajadores con discapacidad que no presentan limitaciones en su vida diaria ganan

lo mismo que los trabajadores no discapacitados (con la excepción de los hombres británicos y las mujeres belgas y finlandesas).

Kidd, Sloane y Ferko (2000), a partir de la Labour Force Survey (LFS) de 1996, encuentran que, en el Reino Unido, sólo el 50 por ciento de la diferencia salarial entre hombres con y sin discapacidad se explica por diferencias en las características de los individuos. Los autores indican que la legislación sobre discriminación aprobada en 1996 en el Reino Unido puede disminuir la brecha salarial entre discapacitados y no discapacitados, pero no la diferencia de participación entre ambos colectivos.

En el campo de la vejez el estudio de la Calidad de Vida se centra principalmente en el análisis de las variables psicológicas e emocionales que determinan el comportamiento de estas personas. La mayor parte de las definiciones propuestas sobre la calidad de vida, aceptan una dualidad del concepto: una parte objetiva y otra subjetiva. Los indicadores objetivos asumen que la salud, el medio ambiente físico, la calidad de la vivienda y otros indicadores materiales correlacionan con la calidad de vida del individuo. El componente subjetivo de la calidad de vida incluye bienestar, felicidad y satisfacción. Los determinantes más importantes de este nivel son las relaciones sociales estables y gratificantes, el control y posibilidad de elección de su vida y la satisfacción de las necesidades individuales.

Los estudios llevados a cabo en relación a la calidad de vida³ en las personas con discapaci-

³Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas – universales – y éticas – ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales

dad se han centrado principalmente en el análisis de los factores objetivos que conducen al bienestar de estas personas y en los procesos psicológicos que ayudan a afrontar las limitaciones derivadas de la discapacidad y del proceso de envejecimiento (Schalock y Verdugo, 2003). La idea más compartida es la concepción de la calidad de vida como una satisfacción global con el propio estilo de vida y el control sobre los recursos humanos y ambientales que producen satisfacción.

También se han elaborado muchos estudios en España, analizando la Ley de Promoción a la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Resulta necesario destacar los avances en el tema de la discapacidad y la dependencia tres años después de la entrada en vigor el 1 de enero de 2007, de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Dicha Ley reconocía un nuevo derecho de ciudadanía en España (el derecho de las personas que no se pueden valer por sí mismas a ser atendidas por el Estado) y una serie de prestaciones, ofreciendo un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia.

Tres años después de la entrada en vigor de la Ley de la Dependencia, parece que los resultados obtenidos no han llegado aún al objetivo propuesto o a las esperanzas que se habían depositado en ella. Entre los principales problemas que se han planteado desde su aplicación, el sector público español debería hacer hincapié principalmente en; retraso en su implantación, lentitud y confusión del funcionamiento administrativo y mayor transparencia en el proceso.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo evaluaciones de las políticas activas de mercado de trabajo en el caso español es el proceso de descentralización que se ha producido en este ámbito durante los últimos años. En este sentido, cada CCAA dispone de las competencias necesarias para decidir qué políticas son las más adecuadas y a través de qué instrumentos deben implementarse.

Considerando la heterogeneidad de sistemas, el informe del Grupo de Expertos formado por el Gobierno para analizar el desarrollo de la ley, hace hincapié en: 1) las diferencias entre las Comunidades en los criterios para valorar los grados de dependencia; 2) el excesivo hincapié en las transferencias de fondos a las familias (para que cuiden a las personas con dependencias), en lugar de desarrollar los servicios domiciliarios y otros de carácter público; 3) la restringida definición de casos de dependencia, que no incluye las condiciones mentales; y 4) la disparidad en el desarrollo de la Ley entre las Comunidades. Por otro lado, dicho informe (Cervera et al, 2009) apunta a tres factores como causantes de la heterogeneidad y que se remiten a una única cuestión, el modelo que prima en la gestión del SAAD. 1) El grado de desarrollo previo a la aparición de la Ley de los Servicios Sociales existente en cada CCAA. 2) El modelo de intervención definitivo y adoptado para desarrollar la Ley en cada territorio. Teniendo que ver con la ejecución de procesos adecuados o de procesos innecesarios o poco ágiles. 3) La voluntad política de su extensión y aplicación.

Según los datos del SAAD (Fernández, 2009), en la aplicación de la Ley de Dependencia se aprecian desigualdades entre las CCAA.

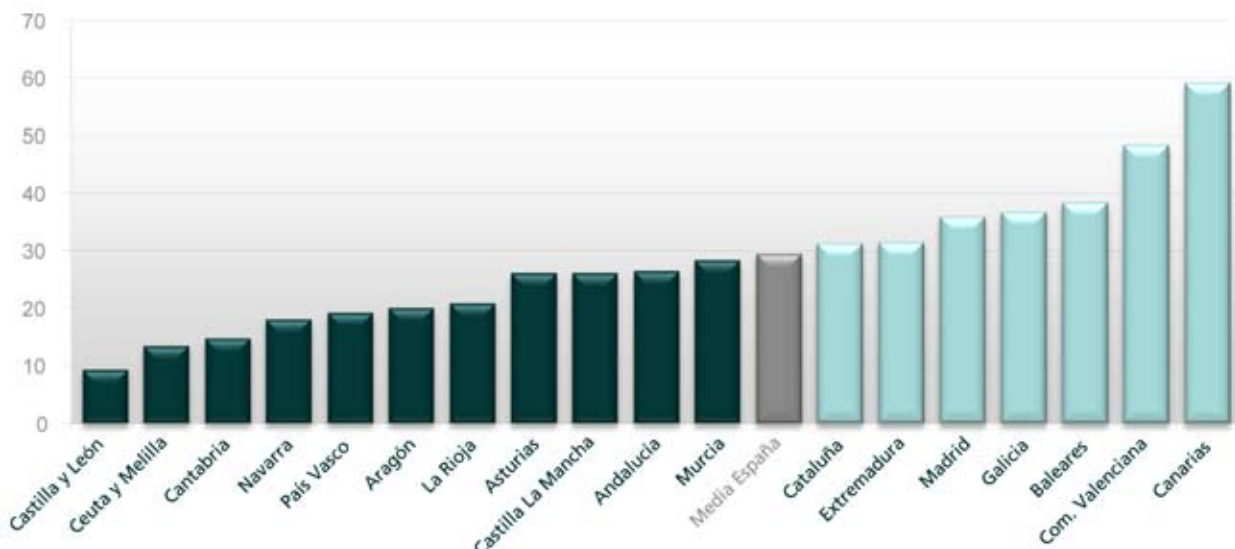
Canarias, Baleares y la Comunidad Valenciana son las que tienen más personas sin recibir la prestación, en relación a su población.

Según se aprecia en el Gráfico 1, Castilla y León⁴ es la comunidad que menos porcentaje de personas pendientes con derecho a prestación o servicio tiene, y eso que esta Comunidad, junto con Andalucía, Murcia y Galicia, son las zonas con mayor tasa de dependencia con respecto a la media española. Ceuta y Melilla y Cantabria también presentan un bajo porcentaje de beneficiarios sobre la población. En el otro extremo Canarias es la comunidad con mayor número de porcentaje de personas que esperan para poder ejercer sus derechos de prestación o servicio. El porcentaje que constituye la media de España se sitúa en el 29,4 %.

Los destinatarios y beneficiarios de la Ley no son sólo las personas en situación de dependencia. Con ellos, son también destinatarios sus familias y, especialmente, las personas que están dedicando su vida a cuidar a quienes lo necesitan, mujeres en su inmensa mayoría.

El gasto que conlleva esta Ley ha sido analizado por diversos autores, algunos han concluido que la ley no sería sostenible si no se modificaba su financiación, proponiendo decantarse por el ahorro privado, a modo de seguro. Se trataría de incentivar el ahorro específico unos cinco años antes de la jubilación, por ejemplo. Por esa vía se completaría la aportación del usuario al sistema, tal como sugiere López Casasnovas en el informe redactado por un comité de cinco expertos que han evaluado los resultados de la Ley de Depen-

Gráfico 1: Porcentaje de beneficiarios pendientes de reconocimiento de prestación sobre la población (a 1 de Junio de 2010) por Comunidades Autónomas



Fuente: El examen sobre el territorio. IMSERSO

⁴En Castilla y León las expectativas depositadas por los ciudadanos en la aprobación de esta norma todavía no se han visto satisfechas, como consecuencia de la demora que se está produciendo en el acceso a los servicios y prestaciones previstos.

dencia y califica de insostenible la aplicación del SAAD en 2009.

El diagnóstico de estos expertos, que se centra entre otras cuestiones en las insuficientes infraestructuras para atender a los dependientes y en la elevada factura que representa así como la escasa atención a los afectados.

La ley se cofinancia entre el Gobierno y las comunidades, pero se estableció un sistema de copago, para que el usuario costee una parte del servicio que recibe. En un primer momento se calculó que Gobierno, comunidades y usuarios se dividirían por igual el coste, pero, en la práctica, los dependientes no están aportando de media ese tercio previsto. Cabe considerar en este punto ciertas reflexiones importantes:

- Tres cuartas partes del gasto sanitario proceden de las patologías crónicas: mayores de 65 años y en especial los mayores de 80.
- La Atención en domicilio tiene que aumentar exponencialmente con más servicios de soporte.
- La Atención residencial atiende principalmente la alta dependencia y la dependencia severa, cuando no pueden estar en el domicilio.
- Cambios estructuras familiares.
- Ausencia de indicadores y resultados de eficacia de los cuidados informales.

Otra posibilidad consistiría en un ahorro colectivo, público y obligatorio a través de la

Seguridad Social; Una cotización social para la dependencia (Montserrat, 2009). Parece ser que el copago⁵ de los ciudadanos está castigando especialmente a las rentas medias, mientras que las más altas salen beneficiadas, porque hay un tope a la aportación del ciudadano por esta vía. Una vez se llega a ese tope, los más ricos salen ganando porque se pierde la progresividad. También se ha criticado que las comunidades más pobres tienen que aportar lo que sus ciudadanos no pueden poner, mientras que las ricas se benefician más del esfuerzo económico que hace el usuario, de rentas más altas.

EL ENVEJECIMIENTO ES UN FENÓMENO SOCIAL. LAS DISCAPACIDADES SE PRODUCEN A CUALQUIER EDAD



Fuente: Elaborado por Ana Isabel Lima. Consejo General de diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

⁵ El copago es el nombre como popularmente se conoce a la contribución económica de los usuarios cuando utilizan un servicio público y, por ello, está asociado al pago de un precio público. En el caso de la Ley de la dependencia, el concepto de copago se extiende tanto a las prestaciones en servicios como a las prestaciones en metálico. En el primer caso, el usuario paga una cuota por recibir el servicio, en el segundo caso, soporta una retención sobre el importe de la prestación estipulada. En un sistema de protección universal, la política de copagos tiene un doble objetivo, por un lado corresponsabilizar al usuario del coste de las prestaciones y por el otro, rebajar el gasto público.

OMS



3. FUENTE DE DATOS

Desde el punto de vista estadístico, la información relativa a la discapacidad se ha hecho más transparente en los últimos años. Diversas fuentes estadísticas han permitido conocer mejor cuántos son y quiénes son las personas con discapacidad en España.

Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008:

Las Encuestas sobre Discapacidades son operaciones estadísticas en forma de macro-encuestas que dan respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosos usuarios, en particular organizaciones no gubernamentales.

Estas encuestas cubren buena parte de las necesidades de información sobre los fenó-

menos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España. Se han realizado tres macro-encuestas en 1986, 1999 y 2008: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM1986), la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS1999) y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008). En su primera edición, en 1986, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías estableció la cifra de cinco millones setecientas mil personas con discapacidad en España, lo que representaba un 15% de la población total. Trece años después, la segunda oleada de la Encuesta, EDDES (1999) -y debido principalmente a un diseño más restrictivo de los criterios de identificación de la población- la cifra total de personas con discapacidad para España se situó ligeramente por encima de los tres millones y medio, es decir, un 9% de

la población. Durante los tres últimos meses de 2007 y el primer trimestre de 2008, casi 100.000 hogares en España han sido visitados por el INE (Instituto Nacional de Estadística) con motivo de la tercera edición de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008) y presenta una tasa de discapacidad menor, del 8,5% (aunque el número de personas con limitaciones ha aumentado, lo ha hecho en menor medida que el crecimiento poblacional, lo que hace que se reduzca la tasa de discapacidad). (Ver tabla 1)

La actual encuesta EDAD se ha realizado tras la publicación de la nueva clasificación (CIF, de 2001). No obstante, los responsables de EDAD decidieron dar a la encuesta una continuidad en la forma para aprovechar las anteriores y permitir las comparaciones, aunque la introducción de nuevos ítems y el difícil casamiento de unos y otros ciertamente dificulta esa tarea comparativa.

Una de las principales novedades de la Encuesta de 2008 consiste en la incorporación de la población institucionalizada lo que consti-

tuye uno de sus puntos fuertes. En la edición anterior de la Encuesta (1999), a pesar de que la prevalencia de la discapacidad en esta población se supone muy superior a la de la población residente en hogares, se prescindió de su estudio. Las razones fueron la complejidad que supone el estudio de la población institucionalizada y el escaso peso que tiene este grupo poblacional en el conjunto de la población (0,6% en el Censo de Población 2001).

La encuesta consta de dos etapas: la primera, entre noviembre de 2007 y febrero de 2008, está dirigida a personas que residen en viviendas familiares (EDAD-hogares) y la segunda, entre mayo y julio de 2008, investiga a personas residentes en determinados tipos de establecimientos colectivos, personas residentes en centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad menores de 65 años, psiquiátricos y geriátricos (EDAD-centros).

La encuesta EDAD 2008 permite el análisis de las características de las personas con discapacidad⁶y/o dependencia y la utilización de medidas políticas introducidas para promover el empleo de individuos con alguna limitación en España.

Tabla 1: Principales características de las muestras tomadas en las encuestas sobre discapacidades y atención a la dependencia de 1999 y de 2008

	EDDES 1999	EDAD 2008
Centros	-	800
Personas en centros	-	11.000
Viviendas	79.000	96.075
Personas en hogares	250.000	260.000
Personas con discapacidad	3,5 millones	3,85 millones
Tasa de discapacidad	9%	8,50%

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDES-99 y EDAD, 2008. INE

⁶ Hay que tener en cuenta que el número total de personas con discapacidad es inferior al número de discapacidades, puesto que una persona puede tener más de una discapacidad. Además, el número total de discapacidades es superior al número de deficiencias, y ello debido a que una deficiencia puede producir más de una discapacidad; y el número de personas con discapacidad es idéntico al de personas con deficiencias.

De los 22.795 individuos con limitaciones únicamente 1.632 eran trabajadores en activo. Solamente 0,8% de los encuestados dijeron haberse beneficiado de la cuota de reserva del empleo para los individuos con discapacidades en el sector público y el 0,68% si nos centramos en el sector privado. El 2,20% dijo que se había beneficiado de un contrato específico de empleo para los individuos con discapacidad, el 0,84% declaró que se beneficiaba de una

deducción en las contribuciones a la Seguridad Social para trabajadores con limitaciones y el 1,07% dijo beneficiarse de otros mecanismos para promover el empleo entre individuos con discapacidad. Por lo tanto, la incidencia de éstas iniciativas de política social es insuficiente, incluso si están disponibles, parecen jugar a papel secundario en la determinación de la probabilidad de encontrar empleo para el individuo con limitaciones. (Ver tabla 2)

Tabla 2: Principales resultados de la Encuesta EDAD 2008

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Porcentaje de trabajadores entre 16 y 65 años	32% (1.287)	22% (1.030)	27% (2.317)
¿Está trabajando o su último trabajo fue en un centro especial para trabajadores con discapacidad?	1,97% (148)	1,44% (117)	1,7% (265)
¿Está trabajando o su último trabajo fue en una entidad sin ánimo de lucro para trabajadores con discapacidad?	2,36% (177)	2,02% (164)	2,18% (341)
¿Se ha beneficiado de la cuota reservada para Personas con discapacidad en el sector público?	0,85 % (64)	0,75 % (61)	0,80% (125)
¿Se ha beneficiado de la cuota reservada para personas con discapacidad en el sector privado?	0,89 % (67)	0,48% (39)	0,68% (106)
¿Se ha beneficiado de algún contrato específico para personas con discapacidad?	2,81% (211)	1,64% (133)	2,20% (344)
¿Se ha beneficiado de algún incentivo a la contratación o deducción de la Seguridad Social?	0,92% (69)	0,77% (63)	0,84% (132)
TOTAL ENCUESTA			
Muestra total. Viviendas familiares	96.075		
Individuos con limitaciones que contestaron el cuestionario	22.795		
Individuos con limitaciones que declararon tener trabajo	1.632		
De los anteriores: ¿Cómo consiguieron el trabajo actual?	41,4% Amigos/familia; 18,7% por la empresa; 4,2% la empresa lo contrató; 2,62% servicio de empleo público; 1,15% asociación discapacidad		
Los individuos con limitaciones ¿buscan trabajo? (<65 años)	10,16 % (610)		
¿Por qué creen que no encuentran trabajo?	43,65 % (de ese 10,16 %) por su discapacidad		
¿Por qué no buscan trabajo?	23,85 % piensa que es difícil por su discapacidad; 50 % no puede trabajar		
¿Ha sentido discriminación en el trabajo por su discapacidad?	9,42 % (2.462)		
¿Ha sentido discriminación a la hora de buscar trabajo por su discapacidad?	20,8 % (2.462)		

Fuente: EDAD 2008, INE

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Uno de los derechos fundamentales de los individuos es el de tener un trabajo digno⁷, adecuado a sus habilidades y capacidades. En el caso concreto de las personas que cuentan con limitaciones en las actividades de la vida diaria, es además necesario, que esté adaptado a su situación y que se fomente la integración laboral de este colectivo en riesgo de exclusión.

Desde la aprobación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) en 1982, han ido ganando terreno los principios de previsión, tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad. Pero sobre todo, se ha consolidado la idea de que para conseguir la plena integración en la sociedad hay que alcanzar la integración en el empleo. En un estudio llevado a cabo por la OCDE en el año 2003: *"Transforming disability into ability: Policies to promote work and income security"*, referido a veinte países, una de las conclusiones más preocupantes es que entre las personas que entran en el sistema de protección por discapacidad, muy pocas vuelven al empleo. Este hecho invita a investigar sus causas y a elaborar propuestas bien fundamentadas sobre vías de "activación" de las personas que tienen reconocida una discapacidad pero que a pesar de ello están capacitadas (o pueden capacitarse) para desarrollar un empleo productivo. (Alfonso Alba y Fernando Moreno, discapacidad y mercado de trabajo).

Para facilitar la integración laboral, la ley 13/1982 establece una serie de mecanismos, como son la necesidad de que las empresas

con más de 50 trabajadores cuenten con un 2 % de los puestos de trabajo ocupados por personas discapacitadas; o la existencia de centros especiales de empleo donde se ocupa a las personas que no cuentan con la capacidad mínima necesaria para poder emplearse en puestos ordinarios de trabajo (Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre).

Las medidas de fomento del empleo por cuenta propia de las personas con discapacidad han sido transferidas a las comunidades autónomas, de forma que para conocer la existencia de posibles ayudas, es necesario acudir al departamento de empleo de la comunidad donde resida. En el supuesto en que la persona discapacitada decidiese iniciar una actividad laboral por cuenta propia, debería tenerse en cuenta la compatibilidad de las prestaciones de incapacidad permanente que estuviese percibiendo y su actividad laboral.

Es bien conocido que las personas con algún tipo de limitación o discapacidad son un grupo con alto riesgo de exclusión social y con más probabilidad de estar inactivos o desempleados que las personas sin limitaciones (Burchardt, 2000). La idea de que la discapacidad inhabilita totalmente al individuo para cualquier clase de trabajo es totalmente infundada y debe hacerse un cierto esfuerzo para emparejar sus capacidades con las oportunidades del mercado laboral. Además aumentar el número de personas con discapacidad en el mercado laboral puede suponer una buena manera de disminuir las presiones sobre la estabilidad financiera de la seguridad social y alcanzar la integración social de los individuos con limitaciones. Se debe valorar que:

⁷ Fundamental si, pero no substantivo; es decir, no es defendible ante la jurisdicción ordinaria

1) La discapacidad NO inhabilita totalmente al individuo para cualquier trabajo.

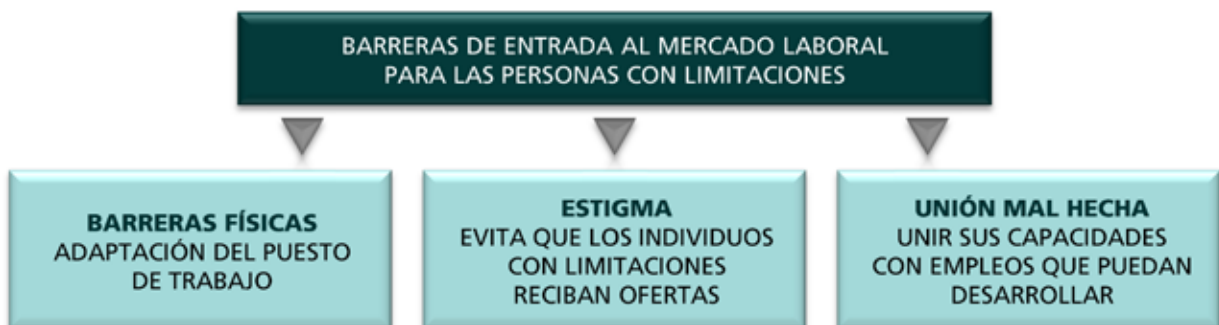
2) Esfuerzo por unir sus capacidades con las oportunidades del mercado.

3) Aumentar el número de personas con discapacidad en el mercado laboral puede disminuir las presiones sobre la estabilidad financiera de la seguridad social.

Existen múltiples barreras de entrada al mercado laboral a las que los individuos con alguna limitación deben hacer frente (cuadro 2), esto explica en cierto modo los niveles de empleo tan bajos de este colectivo:

Por otra parte, las necesidades de las personas con discapacidad varían en función de los cambios sociales y del entorno. En este sentido, la incorporación de la mujer al mercado laboral o las nuevas estructuras familiares están desequilibrando el actual sistema de apoyo informal a personas con discapacidad, basado principalmente en los cuidados familiares, especialmente a cargo de las mujeres, provocando cada vez una mayor presión sobre el sistema de asistencia social. No obstante, las personas con discapacidades no constituyen un grupo homogéneo y pueden padecer una discapacidad física, visual, auditiva, una discapacidad intelectual o un desorden mental grave.

Gráfico 2: Barreras de entrada al mercado laboral para los individuos con limitaciones



Fuente: CERMI. Informe: "Para la inclusión social, desde la discapacidad"

Tabla 3: Población con alguna discapacidad o limitación por edad y sexo. España. 2008

	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
TOTAL	3.847,9	1.547,7	2.300,2
De 0 a 5 años	60,4	36,4	24
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
De 45 a 54 años	406	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 80 y más años	1.025,8	301,9	723,9

Fuente: EDAD, 2008. INE

UNIDADES: MILES DE PERSONAS

Según la EDAD 2008, en España, de los 7,4 millones de personas mayores, 2.227.500 declararon alguna discapacidad en 2008, un 30,3 %. La tasa global de discapacidad se sitúa en 8,5 %, con una cifra absoluta de 3.847.900 personas con discapacidad, de las cuales 1.547.300 son hombres (40 %) y 2.300.500 son mujeres (60 %). (Tabla 3).

Un 82,12 % de los trabajadores con discapacidad son asalariados, siendo el segundo grupo más importante el de empresarios o autónomos sin asalariados, que representa un 9,56% del total. (Tabla 4)

De las personas con discapacidad que buscan activamente empleo, un 44,60% creen que no lo encuentran a causa de su discapacidad, mientras que un 23,07% alude a otras razones y un 20,15% señala a la dificultad de encontrar trabajo para cualquier persona con o sin discapacidad. (Tabla 5)

Puede entenderse el empleo como una pieza fundamental para conseguir la participación activa de las personas con discapacidad en la sociedad como miembros plenos de la misma y como vehículo hacia la vida autónoma.

Tabla 4: Porcentaje de trabajadores con alguna discapacidad según la actividad profesional que realizan. España. 2008

	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
Empresario/a o trabajador/a autónomo/a con asalariados/as	5,77	7,41	3,69
Empresario/a o trabajador/a autónomo/a sin asalariados/as	9,56	8,84	10,43
Ayuda familiar	0,68	0,34	1,07
Asalariado/a	82,12	81,77	82,62
Miembro de una cooperativa	0,24	0,17	0,32
Otra situación	1,08	0,93	1,28
No consta	0,54	0,51	0,59

Fuente: EDAD, 2008. INE

UNIDADES: PORCENTAJES

Tabla 5: Motivos por los que las personas con discapacidad creen que no encuentran trabajo. España. 2008

	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
Por su discapacidad	44,6	53,23	36,94
No tiene experiencia	4,53	4,15	4,86
Los estudios que tiene no le sirven para encontrar trabajo	4,16	1,54	6,39
Encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera	20,15	19,69	20,56
No tiene estudios	1,24	1,08	1,39
Otras razones	23,07	17,08	28,47
No consta	2,34	3,23	1,39

Fuente: EDAD, 2008. INE

UNIDADES: PORCENTAJES

El objetivo de este trabajo consiste en mostrar la relación existente entre discapacidad y trabajo por cuenta propia. Generalmente se asocia el autoempleo a la propiedad de un negocio, esto conlleva ciertos riesgos y requiere de una implicación absoluta de la persona lo que en muchas ocasiones le hace poco deseable. Este tipo de trabajo está asociado a menores beneficios (en lo relativo a prestaciones por desempleo, incapacidad...), así como a la inestabilidad laboral. Sin embargo, también debe valorarse positivamente la flexibilidad que ofrece este tipo de empleo y, en el tema que nos ocupa, pues proporciona a las personas con discapacidad una oportunidad para superar sus limitaciones y volver al mercado laboral.

5. METODOLOGÍA

El estudio planteado se lleva a cabo a través de los microdatos del INE de la Encuesta de Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de dependencia 2008, en lo referente al cuestionario de discapacidades. Se presenta un cuadro-resumen a continuación en el que se encuentran las variables a utilizar. Se restringe la muestra a los individuos con alguna limitación que se encontraban laboralmente en activo la semana de referencia de la encuesta, ya que el estudio que se pretende llevar a cabo se basa en los tipos de empleo más habituales.

Cuadro 3: Definición de variables

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	DEFINICIÓN de la VARIABLE
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES		
SEXO	Sexo de la persona con discapacidad	1= Varón; 0= Mujer
EDAD	Edad de la persona con discapacidad	Número
EDAD AL CUADRADO	Edad al cuadrado de la persona con discapacidad	Número
ESTUDIOS PRIMARIOS	Nivel de estudios terminados	1= Estudios de primaria; 0= Otro caso
ESTUDIOS SECUND o FP MEDIO	Nivel de estudios terminados	1= Secundaria o FP ; 0 = Otros
ESTUDIOS UNIVER. o FP SUPERIOR	Nivel de estudios terminados	1= estudios superiores; 0= Otro caso
OBESIDAD	IMC > 30 ⁸	1 = SI; 0 = NO
FACTORES DE DISCAPACIDAD		
ACUDE FRECUENTEMENTE AL MÉDICO	En los últimos 14 días ha acudido al médico	1 = SI; 0 = NO
RECIBE CUIDADOS	Recibe cuidados en el hogar	1= SI; 0= Otro caso
PROGRAMAS DE AYUDA		
PRESTACIÓN ECONÓMICA	Ha recibido en los últimos 12 meses algún tipo de prestación económica o indemnización	1= SI; 0 en otro caso
TRABAJA EN UNA ENTIDAD VINCULADA	Trabaja o trabajó en una Entidad sin ánimo de lucro vinculada al sector de la discapacidad	1= SI; 0 en otro caso
CONTRATO ESPECÍFICO	Se ha beneficiado de algún contrato específico para personas con discapacidad	1= SI; 0 en otro caso
PRESTACIÓN <5.000 Euros/año	Recibe menos de 15.000 euros anuales de prestaciones	1= SI; 0= en otro caso

Fuente: Elaboración Propia a partir de la EDAD, 2008.

⁸ El índice de masa corporal se ha calculado como el peso (Kg.) entre la estatura (cm.) al cuadrado.

Se plantea un análisis econométrico realizado a partir de observaciones individuales (microdatos). En este análisis se estiman un modelo Probit según la probabilidad de que las personas con limitaciones que trabajan lo hagan por cuenta propia, con el fin de determinar de qué manera influyen las diferentes características asociadas a capital humano, las asociadas con sus características sociodemográficas y sobre todo, las asociadas a la propia discapacidad. La variable de interés está codificada de manera binaria tomando valor 1 si el individuo desarrolla ese tipo de empleo y 0 en otro caso.

El motivo de elegir un modelo de elección discreta en este estudio radica en la utilidad de estos modelos frente a la econometría tradicional, ya que los primeros permiten la modelización de variables cualitativas, a través del uso de técnicas propias de las variables discretas. Se dice que una variable es discreta cuando está formada por un número finito de alternativas que miden cualidades. Esta característica exige la codificación como paso previo a la modelización, proceso por el cual las alternativas de las variables se transforman en códigos o valores cuánticos, susceptibles de ser modelizados utilizando técnicas econométricas.

En cuanto a los métodos de estimación, los modelos Probit y Logit producirán resultados cualitativamente similares. No obstante, los economistas tienden a usar más el modelo Probit que el Logit por dos razones. Primero, el Probit implica una variable latente continua en la cual el investigador puede estar in-

teresado. Si la variable latente es de interés entonces el modelo Probit puede ser recomendable. La otra razón por la cual el Probit es más común que el Logit entre economistas es porque el error de la variable dependiente truncada en modelos de auto-selección es generado por una distribución normal. En el caso de un número de observaciones grande y una gran concentración de estas observaciones en las colas de la distribución se recomienda el uso del modelo Logit ya que su distribución tiene más masa en las colas que la distribución normal.

Estimaremos la probabilidad de trabajar por cuenta propia como una función de las características individuales (sexo, edad, nivel educativo), si se beneficia de algún programa de ayuda a causa de su discapacidad o si acude asiduamente al médico y recibe cuidados en el hogar.

La estimación de los parámetros se realiza a partir del método de máxima verosimilitud. Este método sugiere que se elijan como estimadores los valores de los parámetros que maximicen el logaritmo de la función de verosimilitud (Maddala, 1996). La función logarítmica de verosimilitud para la observación i está dada por la expresión (1):

El estimador de máxima verosimilitud tiene propiedades asintóticas deseables. Este estimador es consistente, asintóticamente normal y asintóticamente eficiente (asintótico se refiere a las propiedades de los estimadores en muestras grandes). De manera que las propiedades

[1]

$$\lambda_i(\beta) = y_i \log(G(x_i \beta)) + (1 - y_i) \log(1 - G(x_i \beta))$$

deseables de los estimadores de Logit y Probit recaen fuertemente en que se tenga una muestra grande, (al menos 100 observaciones, como es nuestro caso). (Wooldrige, 2003)

Se trata de modelizar una variable índice, in-

observable o latente no limitada en su rango de variación, li^* . (Greene, 2003). La variable latente depende de un conjunto de variables explicativas que generan las alternativas que se dan en la realidad y que permiten expresar el modelo dicotómico como:

[2]

$$Y_i = \begin{cases} 1 & \text{si } I_i^* > 0 \text{ lo que ocurre cuando } X_i \beta + \varepsilon_i > 0 \\ 0 & \text{si } I_i^* < 0 \text{ lo que ocurre cuando } X_i \beta + \varepsilon_i < 0 \end{cases}$$

Donde el supuesto sobre la distribución de ε_i determina el tipo de modelo a estimar: si se supone una función de distribución uniforme, se utiliza el Modelo Lineal de Probabilidad truncado; si se distribuye como una normal con media cero y varianza uno, el modelo

generado será un Probit; mientras que si se supone que se distribuye como una curva logística, se trataría de un modelo Logit. Bajo este enfoque el modelo probabilístico quedaría definido por:

[3]

$$P_i = \text{Pr ob}(Y_i = 1) = \text{Pr ob}(I_i^* > 0) = \text{Pr ob}(X_i \beta + \varepsilon_i > 0) = F(X_i \beta)$$

Con el modelo así definido, la variable endógena del modelo dicotómico representa la probabilidad de ocurrencia del fenómeno analizado, siendo la probabilidad de que ocurra la opción 1 más elevada cuando mayor sea el valor de li^* .

En el caso del modelo Probit la función de distribución utilizada es la de la normal tipificada, con lo que el modelo queda especificado a través de la siguiente expresión:

[4]

$$Y_i = \int_{-\infty}^{\alpha + \beta X_i} \frac{1}{(2\pi)^{1/2}} e^{-\frac{s^2}{2}} ds + \varepsilon_i$$

Donde la variable s es una variable “muda” de integración con media cero y varianza uno. Una de las características de los modelos Probit es que los coeficientes obtenidos tras su estimación solo admiten una interpretación directa de tipo cualitativo. En otras palabras, indican si existe o no algún tipo de asociación entre los factores y la variable dependiente, así como su signo de asociación (positivo o negativo), pero no su magnitud. Sin embargo, a partir de los coeficientes estimados, es posible realizar una interpretación cuantitativa de los resultados obtenidos calculando o bien los denominados efectos medios o bien los efectos marginales⁹. De este modo se evalúa como cambia la probabilidad predicha por el modelo de que la variable dependiente tome el valor 1 al modificar el valor de la variable explicativa que estamos evaluando.

En un modelo lineal cualquiera el efecto marginal de la variable coincide con el coeficiente asociado a la variable en cuestión. Esto no sucede en los modelos no lineales (Logit y Probit) ya que dicha derivada, la cual representa el incremento en la probabilidad que se da cuando se incrementa en una unidad la variable explicativa a la que vaya referida tal efecto marginal, no solo depende del coeficiente asociado a la variable explicativa sino que también depende de la función de densidad del valor ajustado de la explicada.

Se espera que el coeficiente relacionado con el género (donde masculino es la referencia) tenga signo positivo, ya que habitualmente la mayor parte de autónomos son varones.

En cuanto a la variable de percepción de prestaciones, podríamos pensar en un signo negativo, ya que si reciben prestaciones por su incapacidad y con ello unos ingresos aceptables podrían desistir de cualquier participación laboral. Del mismo modo se puede intuir que a mayor ingreso por prestaciones, menor será la probabilidad de desarrollar un trabajo por cuenta propia. El coeficiente de la variable referente al trabajo en una entidad especializada se esperaría signo negativo en el caso de autoempleo.

La variable de formación corresponde al nivel de educación más elevado obtenido al momento de realizar la encuesta. Los niveles de formación evaluados podrían mostrarse con signo negativo a medida que aumenta la educación.

El coeficiente asociado a la edad en el caso del autoempleo podría mostrarse positivo ya que la madurez y experiencia es lo que puede incentivar la decisión de trabajo por cuenta propia.

Acudir con frecuencia a consultas médicas y recibir cuidados en el hogar nos hace esperar un signo negativo sobre la probabilidad de desarrollar autoempleo, ya que este tipo de empleo necesita un gran compromiso y atención a la actividad desarrollada.

En la tabla 6 se presentan los valores medios de las variables, en la primera fila se observa que el 17,7 % de las personas con limitaciones que trabajan son autónomos. Esta distribución de las personas con discapacidad es más alta

⁹ Se entiende por efecto marginal de una variable explicativa de un modelo cualquiera la variación experimentada por la variable explicada cuando la variable explicativa se incrementa en una unidad, es decir: la derivada de y_i con respecto de x_i .

Tabla 6: Valores medios de las variables explicativas para cada tipo de trabajo no estandarizado.

VARIABLE	AUTOEMPLEO	
	MEDIA	DESV. TÍPICA
MEDIA VARIABLE DEPENDIENTE	0,177	0,382
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES		
SEXO	0,509	0,501
EDAD	49,88	9,67
EDAD AL CUADRADO	2.582,22	953,49
ESTUDIOS PRIMARIOS	0,439	0,497
ESTUDIOS SECUND O FP MEDIO	0,401	0,491
ESTUDIOS UNIVER. O FP SUPERIOR	0,145	0,353
OBESIDAD	0,246	0,431
FACTORES DE DISCAPACIDAD		
ACUDE FRECUENTEMENTE AL MÉDICO	0,436	0,497
RECIBE CUIDADOS	0,187	0,39
PROGRAMAS DE AYUDA		
PRESTACIÓN ECONÓMICA	0,035	0,183
PRESTACIÓN <5.000 Euros/año	0,035	0,183
TRABAJA EN UNA ENTIDAD VINCULADA	0,01	0,102
CONTRATO ESPECÍFICO	0,003	0,059

Fuente: Elaboración propia

que en el caso de la fuerza de trabajo general (15,59% autónomos del total de activos).

Los encuestados están bien distribuidos a través de las diferentes categorías. Es importante reseñar que de los individuos encuestados con limitaciones y que trabajan, sólo el 6% o menos declara recibir algún tipo de prestación económica a causa de su discapacidad. Y de ellos, la mayoría que la reciben es al nivel más bajo, menos de 5.000 euros al año.

6. RESULTADOS

En este estudio se estima la relación entre discapacidad y trabajo por cuenta propia como una función de varias características

personales, de la recepción de ayudas y prestaciones y de la frecuencia con la que acuden al médico. Para el ajuste del modelo se utilizó el software Limdep con la finalidad de conocer las variables que verdaderamente hacen un aporte significativo al modelo y de esta forma establecer cuales influyen sobre la probabilidad de desarrollar autoempleo.

La tabla 7 reporta las estimaciones del modelo Probit. El valor el coeficiente para cada variable indica el aumento (signo positivo) o disminución (signo negativo) en la probabilidad de desarrollar empleo por cuenta propia cuando se presenta un cambio unitario en la variable. Además se muestran los efectos marginales de la estimación del modelo Probit de

la probabilidad de autoempleo. Los efectos marginales se interpretan en relación a la magnitud de probabilidad media de ser autónomo. De entre todas las estimaciones realizadas hemos elegido la que mejor representa al modelo, según el test del cociente de máxima verosimilitud, el criterio de información de Akaike y el porcentaje de casos bien clasificados¹¹.

Los resultados muestran que los signos de los coeficientes estimados son los correctos y sus

magnitudes razonables en los tres modelos. En cuanto a la bondad de ajuste, se medirá por el R^2 de McFaden $\rightarrow R^2$ de McFaden = $1 - \ln L(\beta MV) / \ln L(\beta R) \rightarrow$ pseudo-R² \rightarrow El estadístico pseudo-R² reporta el incremento en la verosimilitud que está explicado por las variables incluidas en el modelo.

Hay un buen ajuste del modelo y predice correctamente (82,23 %) según el porcentaje de predicción.

Tabla 7: Estimaciones Probit de los tipos de empleo no estándar incluyendo los efectos marginales¹².

VARIABLES	AUTOEMPLEO	
	COEF.	EF. MARG
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES		
SEXO	0,508***	0,035
EDAD	-0,0127	0,008
EDAD AL CUADRADO	0,0003	-0,000
ESTUDIOS PRIMARIOS	-0,627*	-0,053
ESTUDIOS SECUND O FP MEDIO	-0,741**	-0,078
ESTUDIOS UNIVER. O F.P SUPERIOR	-0,988**	-0,113
LIMITACIONES		
OBESIDAD	0,222**	0,051
FACTORES DE DISCAPACIDAD		
ACUDE FRECUENTEMENTE AL MÉDICO	-0,098	-0,021
RECIBE CUIDADOS	-0,081	-0,015
PROGRAMAS DE AYUDA		
PRESTACIÓN ECONÓMICA	-0,385**	-0,055
PRESTACIÓN <5.000 Euros/año	-0,003	-0,001
TRABAJA EN UNA ENTIDAD VINCULADA	-0,627	-0,100
CONTRATO ESPECÍFICO	-1,263***	-0,159
TAMAÑO DE LA MUESTRA	1.632	
VALOR DEL LOG. MÁXIMA VEROSIMILITUD	-704,617	

Fuente: Elaboración propia

*** Significativo al nivel 1 %; ** Significativo al nivel 5 % y * Significativo al nivel 10 %

¹¹ Se han estimado diversos modelos con distintas variables explicativas, omitiendo variables que no eran significativas, incluyendo alguna otra buscando mejores resultados, combinando las existentes...

¹² Trabajo Temporal: Se define como el trabajo desarrollado en un empleo no permanente, no indefinido. (Trabajo casual, estacional y otros tipos de contratos temporales). Trabajo a tiempo parcial: Definido usualmente como el empleo de menos de 30 horas semanales, a media jornada, jornada reducida, etc. El auto-empleo: es el trabajo por cuenta propia.

El contraste F usado en cuadrados mínimos ordinarios para contrastar la validez del modelo estimado no puede ser utilizado con Probit ni Logit pues este supone un modelo lineal. En vez del contraste F usamos el cociente de verosimilitudes logarítmicas (LR para log-likelihood ratio) el cual es:

$$\text{Estadístico: } -2 (\ln L (\beta R) - \ln L (\beta MV)) \sim \chi^2$$

Lo que muestra una buena dependencia en el modelo en términos del estadístico de cociente de verosimilitudes (LR), el estadístico chi-cuadrado es 587,20. El valor crítico de una chi-cuadrado al 5 % de significancia con 40 grados de libertad es 38,23, por lo que se rechaza la hipótesis conjunta de que los coeficientes de todas las variables explicativas son todas cero.

Por su parte, según el estadístico de multiplicadores de Lagrange (ML) no existen problemas de heterocedasticidad en los tres modelos Probit¹³. El estadístico ML es superior a 38,23, (chi-cuadrado al 5% de significancia con 40 grados de libertad), por lo tanto, se rechaza la hipótesis de heterocedasticidad.

Los estudios llevados a cabo anteriormente sobre la relación entre discapacidad y empleo apoyan la mayoría de las conclusiones a las que llegamos en este estudio, aunque con datos más recientes y para España. La mayor parte de investigaciones existentes hasta el momento sobre este tema, se han llevado a cabo a través de la EDDES-1999, El panel de hogares, la encuesta de condiciones de vida o el módulo especial de la EPA de 2002 y se

han centrado en las características sociodemográficas de los individuos con limitaciones que influyen en la probabilidad de trabajar.

Varios estudios sobre la discapacidad y empleo se han basado en las diferencias de género; atendiendo principalmente al género de

las personas con discapacidad en edad de trabajar y concluyendo que las mujeres constituían el grupo más vulnerable, encontrándose en peor situación ante el empleo que los hombres. La inactividad es uno de los graves problemas que presenta la población con discapacidad en edad de trabajar, pero que adquiere mayor desigualdad en el caso de las mujeres, ya que el 76,3% de éstas estaban inactivas frente al 59,4% de los hombres, según datos de la EDDES- 1999. Esta situación requiere atención, ya que supone que en España más de medio millón de mujeres con discapacidad en edad de trabajar no lo hacen ni buscan empleo. Otro dato a tener en cuenta es la, todavía, doble discriminación que sufren las mujeres con discapacidad, ya que a la discapacidad se le añade la discriminación de género. (Bayot, Mondéjar y Vargas, 2009)

La relación entre género y autoempleo es significativa; los varones con limitaciones tienen una probabilidad de 3 puntos porcentuales mayor que las mujeres de trabajar por cuenta propia. Esta relación se muestra consistente con la idea intuitiva de que son los varones principalmente los que se emplean por cuenta propia. En relación a la edad, el au-

¹³ En el modelo Probit es posible la existencia de heterocedasticidad, en el Logit el contraste no es adecuado.

toempleo también se muestra negativo, aunque no es significativo. La educación muestra una relación negativa con la probabilidad de desarrollar empleos como autónomos, y esta relación es más significativa a medida que aumenta el nivel de educación. El hecho de tener educación superior se muestra negativa y significativa en el caso del autoempleo. El efecto marginal nos indica que un individuo con estudios superiores tiene una probabilidad 11,3 puntos porcentuales menor de trabajar por cuenta propia que un individuo sin estudios superiores. La explicación detrás de este resultado proviene de idea preconcebida de la mayoría de la población de que el autoempleo requiere más responsabilidad, y en muchos casos peores condiciones (desempleo, bajas...), lo que propiciaría que una persona que se ha estado preparando durante años en unos estudios superiores tenga la capacidad de elegir en que se emplea y que posiblemente elija un empleo por cuenta ajena.

La probabilidad de desarrollar un trabajo por cuenta propia no se ve afectado por la naturaleza específica de la limitación del individuo. Sin embargo la obesidad es una característica que influye de forma significativa en el incremento de la probabilidad de trabajar por cuenta propia. Una persona con obesidad presenta una probabilidad de 5 puntos porcentuales mayor de desarrollar un empleo por cuenta propia. La explicación ante este resultado puede deberse a que los individuos con limitaciones que trabajan por cuenta propia desarrollen trabajos mayormente sedentarios, como pueden ser los de tipo informático o de oficina, que propicien la obesidad.

Que el individuo haya acudido últimamente al médico o que reciba cuidados, son variables

que tendrían una relación negativa con la probabilidad de trabajar por cuenta propia, por la falta de disponibilidad total ante un tipo de empleo que requiere mucha dedicación. Sin embargo, no se muestran significativas.

La relación entre el autoempleo y la recepción de ingresos de uno o varios programas de ayuda es compleja. La probabilidad de recibir algún tipo de prestación afecta de manera negativa y significativa la probabilidad de desarrollar autoempleo. De hecho, recibir alguna prestación reduce en 5 puntos porcentuales la probabilidad de autoempleo. La recepción de ingresos por prestaciones menores de 5.000 euros se relaciona de manera negativa pero no significativa con la probabilidad de trabajar por cuenta propia.

El haberse beneficiado de algún contrato específico para personas con limitaciones afecta de modo negativo a la probabilidad de trabajar por cuenta propia y de manera significativa (efecto marginal de -0,150).

Las estimaciones presentadas en la sección anterior muestran hallazgos interesantes y novedosos sobre los factores que influyen en la propensión de las personas con limitaciones de desarrollar empleos por cuenta propia.

7. CONCLUSIONES

La atención a las personas con discapacidad ha evolucionado hacia un modelo social, pero todavía queda un largo camino en el logro de la integración. La igualdad de oportunidades en el ejercicio de los derechos no es aún un hecho en nuestra sociedad.

La productividad de las personas con limitaciones se encuentra asociada a percepciones sobre sus habilidades y no a sus verdaderas capacidades para realizar determinados trabajos. Estas capacidades no están reducidas, sino que son diferentes y, por lo tanto, implican necesidades diferentes. Por eso, al definir la discapacidad, se debe apuntar a las barreras y desventajas que una persona con discapacidad debe enfrentar en el ejercicio de las tareas de su trabajo así como en su vida cotidiana.

Como conclusión a nuestra investigación llevada a cabo con los microdatos de la EDAD 2008, las estimaciones muestran hallazgos interesantes y novedosos sobre los factores que influyen en la propensión de las personas con limitaciones de desarrollar empleos por cuenta propia.

Los hombres con discapacidad son más propensos que las mujeres a desarrollar autoempleo. Por otro lado, la percepción de prestaciones por discapacidad afecta de manera negativa a la probabilidad de desarrollar un trabajo por cuenta propia, lo que puede indicar que los individuos que reciben la prestación cuentan con los ingresos necesarios para vivir y no sienten motivación por buscar trabajo, o que las prestaciones que reciben pueden ser incompatibles en ciertos casos, con este empleo. Cabe destacar la idea de que la obesidad es una característica que se relaciona positivamente con la probabilidad de trabajar por cuenta propia.

Es una realidad, a la vista de los datos, que debe incrementarse el esfuerzo por mejorar el acceso al empleo de este grupo, las empresas no sólo ignoran la valía de las personas con discapacidad, sino que tampoco son conscien-

tes de las ventajas e incentivos fiscales que podrían obtener si contrataran a estos trabajadores. La normativa concede subvenciones y ayudas a las empresas que apuestan por la eliminación de barreras o contratos a tiempo completo, entre otros beneficios.

Además debe tenerse en cuenta que las personas con limitaciones también son personas con iniciativa, que quieren integrarse en el mercado laboral también por cuenta propia. Hay mayor proporción de personas activas con limitaciones desarrollando empleos por cuenta propia que si tenemos en cuenta el total de la población activa. Todo ello implica que se deberían desarrollar planes de ayuda a emprendedores con limitaciones que quieren desarrollar su propio negocio y así crear nuevas vías de integración.

8. BIBLIOGRAFÍA

ALBA, A. y MORENO, F. "Discapacidad y Mercado de trabajo". Obra social de La Caixa, Madrid, 2004.

ALBARRÁN, I. ALONSO, P y FAJARDO, MA. "Valoración global de la discapacidad. Propuesta de un índice y su aplicación a la población española recogida en la EDDDES". Estudios de Economía Aplicada 25, 2007. Páginas 523-549.

BAYOT, A.; MONDÉJAR, J. y VARGAS, M. "Una aproximación a la situación socio-laboral de la mujer discapacitada en Castilla-La Mancha". Ensayos sobre Economía, Discapacidad y Empleo. Delta Publicaciones, Madrid, 2009. Páginas 223-246.

BURCHARDT, H. "Tiempos de Cambio: Repensar América Latina". Ediciones Boell 23, El Salvador, 2000. <http://www.boell-latinoamerica.org/>

CABRAL, J.; GOMES, A. y SCIUILLI, D. "Unemployment duration and disability: Evidence from Portugal". Ensayos sobre Economía, Discapacidad y Empleo. Delta Publicaciones, Madrid, 2009. Páginas 75-92.

CAMPIOLETTI, M; GÓMEZ, R y GUNDERSON, M. "Disabled people and non-standard work". Ensayos sobre Economía, Discapacidad y Empleo. Delta Publicaciones, Madrid, 2007. Páginas 203-221.

CANTARERO, D. y PASCUAL, M. "Disability and labour market participation in Spain: An empirical approach based on ECPH". Ensayos sobre Economía, Discapacidad y Empleo. Delta Publicaciones, Madrid, 2009. Páginas 55-74.

CERMI. Informe: "Para la inclusión social, desde la discapacidad", 2001.

CERVERA, M. et al. "Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Sanidad y Política Social", 2009.

FERNÁNDEZ, J. "El sistema de información del SAAD". Presupuesto y Gasto Público, 56/2009, 2009. Páginas 75-95.

GÓMEZ, J.; PELÁEZ, F.; GONZÁLEZ, Y. y GARCÍA, A. "El sistema de autonomía y atención

a la dependencia y el envejecimiento demográfico. Un análisis de los potenciales efectos microeconómicos sobre el empleo de Castilla y León". Ensayos sobre Economía, Discapacidad y Empleo. Delta Publicaciones, Madrid, 2009. Páginas 247-271.

GREENE, W. *Econometric Analysis*. Prentice Hall, New Jersey: Fifth Edition, 2003.

IMERSO. "Libro Blanco de la Dependencia", Tomos I y II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Encuesta de Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de dependencia. Resultados detallados. Madrid, 2008.

KIDD, M; SLOANE, P. and FERKO, I. "Disability and the labour market: an analysis of British males". *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 19, 2000. Páginas 961-981.

LIVERMORE, G; STAPLETON, D y WITTEMBURG, D. "The Economics of Policies and Programs Affecting the Employment of People with Disabilities", 2000. <http://www.ilr.cornell.edu/RRTC/papers.html>.

LÓPEZ CASASNOVAS G. "Análisis económico de la cobertura de la dependencia: algunas reflexiones sobre las causas y consecuencias de los déficits de la regulación actual". *Cuadernos Aragoneses de Economía*. Vol. 19, Nº 2, 2009. Páginas 245-283.

LOPREST, P; KALMAN, R y STEVEN, H. "Gender, Disabilities, and Employment in the Health and Retirement Study". *Journal of Human Resources*, Vol. 30., 1995. Páginas 293-318.

MADDALA, G.S. *Introducción a la Econometría*. Ed. McGraw-Hill, 1996.

MALO, M.A. "Cómo Afectan las Discapacidades a la Probabilidad de ser Activo en España, Un Análisis Empírico con Datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999", *Cuadernos de Economía*, Vol.27, 2004. Páginas 75-108.

MALO, M.A y PAGÁN, R. "Job satisfaction and disability: Lower expectations about jobs or a matter of health", *Spanish Economic Review*, 11, 2009. Páginas 51-74

MCNEIL, A.J. "Bayes estimates for immunological progression rates in HIV disease", *Statistics in Medicine*, 1997. Páginas 2.555-2.572.

MONTSERRAT, J. "La tercera vía de financiación: La contribución económica del usuario". *Agathos*, ISSN 1578-310. Nº 1, 2009. Páginas 58-59.

PUGA, M.D. y ABELLÁN, A. "El proceso de

discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud". Madrid: Fundación Pfizer, 2004.

RAMOS, F. "Envejecimiento con retraso mental, sociodemografía, desafíos, propuestas", en Pérez Gil, R. (Ed): *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*. Madrid: FEAPS, 2004. Páginas 17-77.

SCHALOCK, R.L. y VERDUGO, M.A. "The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners", Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2003.

VILAPLANA PRIETO, C. "Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia". *Revista Presupuesto y Gasto Público*, Número 3, 2009. Páginas 183-204.

WOOLDRIDGE, J. *Introducción a la Econometría*, Segunda edición, Thomson, 2003. Capítulos 13 y 14.



Para la Dependencia

