

Colaboran:

Antonio Jiménez Lara

Enrique Martín-Serrano Jiménez

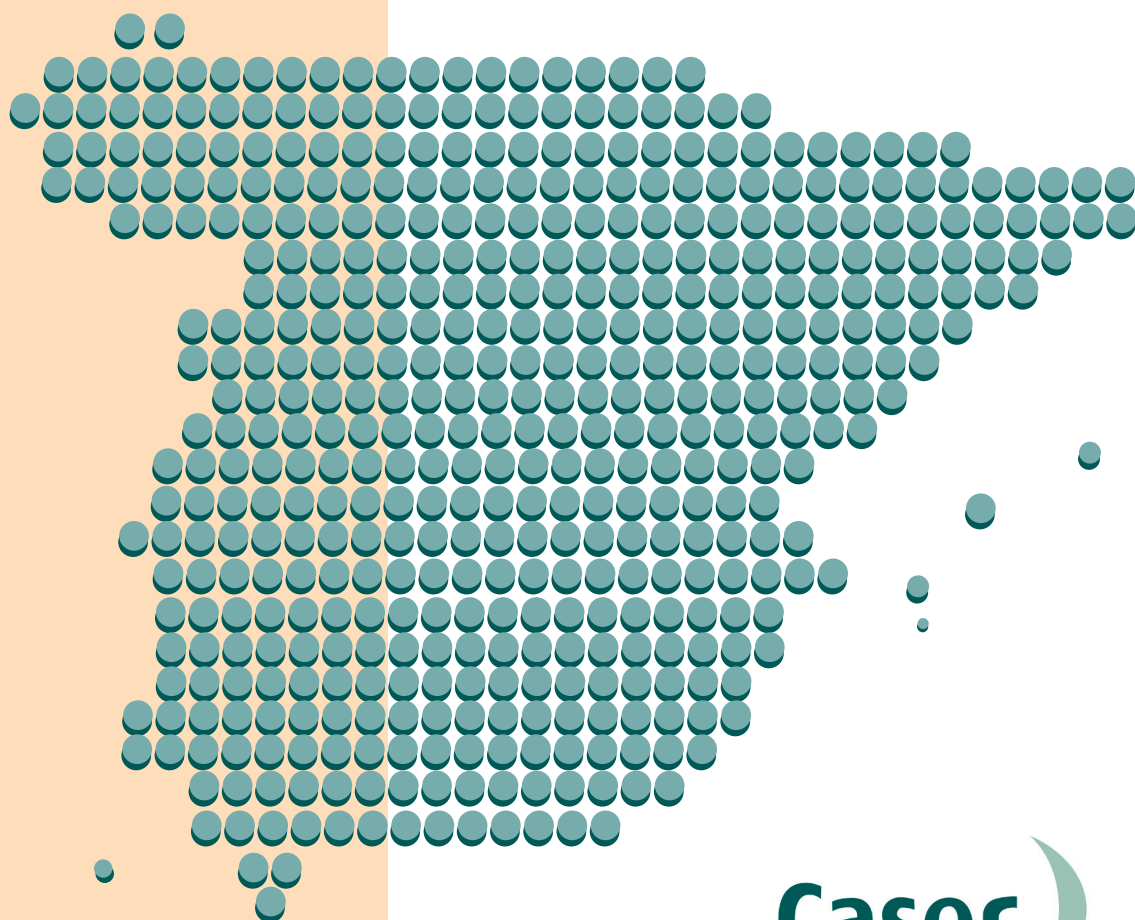
Antonio J. Illana Conde

Mayte Sancho Castiello

Pura Díaz Veiga

Antonio Flores Alba

actas de la dependencia



Para la Dependencia

En este Número de la Revista presentamos cinco temas de investigación y análisis, que a nuestro juicio constituyen hoy aspectos importantes del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y de los servicios y prestaciones que lo configuran.

Lo iniciamos con un estudio sobre la evolución de la población con dependencia y las tendencias de futuro. A los casi diez años de la elaboración de las proyecciones del Libro Blanco que sirvieron de base para las estimaciones económicas del primer proyecto de Ley, corregido durante la tramitación parlamentaria para hacerlo más extensivo, la Fundación CASER ha considerado necesario encargar a quien trabajó aquellas previsiones, el sociólogo Antonio Jiménez Lara, miembro también del Consejo de Redacción de esta revista, un nuevo estudio en el que con los datos reales de aplicación del baremo vigente y las nuevas encuestas de población del INE nos ofreciera su visión sobre las cifras de población con dependencia. Tras examinar otras estimaciones y proyecciones alternativas, se presentan en este artículo los resultados de una estimación actualizada de la población con dependencia en España, realizada a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 y del baremo de valoración de las situaciones de dependencia aprobado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, y proyecciones de la evolución de esta población para el período 2020-2030.

La creación de empleo fue uno de los aspectos que motivaron la puesta en marcha del Sistema, basado en promover de forma prioritaria la atención mediante servicios profesionales, como garantía de calidad en la atención y una oportunidad para incentivar la actividad económica. Siete años después de su puesta en marcha es preciso conocer si se han cumplido las expectativas. Para ello, Enrique Martín, profesor del Departamento de Derecho del Trabajo en la Universidad Complutense y miembro en representación de CC.OO. del Comité Consultivo del Sistema, responde a las siguientes preguntas ¿se han cumplido las expectativas?, ¿el Sistema de Dependencia ha sido capaz realmente de crear empleo?, ¿verdaderamente se puede vincular calidad en la atención y calidad en el empleo?, ¿dónde residen hoy los riesgos del sistema?, ¿tiene futuro el sistema de dependencia tal y como fue diseñado?

Completamos la investigación que la Revista ha venido realizando en los últimos números sobre los derechos de las personas mayores, iniciado con el artículo del Fiscal del Tribunal Supremo, Coordinador de los servicios de protección de las personas con discapacidad, en el Número 9 sobre garantías de los derechos, que continuó en el Número 10 con Bioética y protección jurídica de Antonio Martínez Maroto y que culmina en esta edición con un artículo de Antonio Illana Conde, abogado y

ex juez de lo Penal, sobre las instituciones de protección jurídica desde los ámbitos civil, patrimonial, penal y administrativo, desarrollando en qué medida dichas instituciones sirven para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situaciones de mayor vulnerabilidad.

La atención centrada en la persona ha sido uno de los temas que ha merecido una atención especial de la Revista. Consideramos que representa un avance muy importante en la calidad de la atención a las personas con dependencia, fundamentalmente cuando estas son atendidas de forma institucionalizada en centros residenciales. En el Número 3 ya incorporábamos un artículo de Pilar Rodríguez sobre “un nuevo modelo de alojamientos: Las residencias donde nos gustaría vivir”, en el Número 8 Teresa Martínez desarrollaba cuáles eran las claves para avanzar en la atención centrada en la persona. Hoy presentamos una aplicación práctica del modelo, el proyecto Etxean Ondo (en casa o como en casa) en el que el Gobierno Vasco, a través de su Departamento de Empleo y Políticas Sociales y en colaboración con la Fundación Instituto Gerontológico Matía, ha asumido este reto innovador.

Finalmente abordamos los resultados del estudio sociológico sobre la percepción de los ciudadanos de la problemática de la dependencia, que la Fundación CASER ha venido desarrollando anualmente en sucesivas oleadas desde que se aprobó la Ley. En varias ocasiones hemos hecho alusión a esta encuesta, hoy el Director General de la empresa que ha realizado los trabajos de campo nos presenta este informe con los resultados del fenómeno de la dependencia, de los servicios que se prestan y de las personas que se benefician de ellos.

Aprovecho la oportunidad que me brinda este espacio para despedirme de mi responsabilidad de Director de la Revista, la salud lo requiere. Han pasado cuatro años desde que el Director de la Fundación, Juan Sitges, me propuso lanzar una revista científica cuatrimestral sobre la dependencia, espero haber cubierto las expectativas de quien tuvo la idea, pero sobre todo de los lectores. Confío en que hayan encontrado de interés los temas que hemos desarrollado, que les hayan sido de utilidad o sencillamente satisfecho su curiosidad. Mi agradecimiento especial para los autores que han participado en los sucesivos números.

Pablo Cobo

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter
Ángel Expósito Mora
Amando de Miguel Rodríguez
Julio Sánchez Fierro
Gregorio Rodríguez Cabrero
Antonio Jiménez Lara
Pablo Cobo Gálvez

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Pablo Cobo Gálvez

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

05

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: RETOS Y TENDENCIAS.

ANTONIO JIMÉNEZ LARA

Sociólogo.

29

¿ES TODAVÍA POSIBLE UN SISTEMA DE DEPENDENCIA COMO MOTOR ECONÓMICO Y DE EMPLEO?

ENRIQUE MARTÍN-SERRANO JIMÉNEZ

Sociólogo.

Miembro del Comité Consultivo del SAAD en representación de CC.OO.

Profesor colaborador de la Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Derecho del Trabajo y Seguridad Social).

57

LA PROTECCIÓN DE LOS MAYORES EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD.

ANTONIO J. ILLANA CONDE

Abogado socio del Bufete Luna y Asociados (Granada).

Ex Juez de lo Penal.

83

APLICACIONES PRÁCTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS PERSONAS EN ÁMBITOS RESIDENCIALES. EL PROYECTO ETXEAN ONDO.

MAYTE SANCHO CASTIELLO

Directora científica del Instituto Gerontológico Matía.

PURA DÍAZ VEIGA

Investigadora coordinadora del proyecto Etxean Ondo residencias. Instituto Gerontológico Matía.

103

LA PERCEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LOS CIUDADANOS ESPAÑOLES. ACTUALIZACIÓN AÑO 2012.

ANTONIO FLORES ALBA

Director General de Front&Query.

115

DOCUMENTOS DE INTERÉS.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: RETOS Y TENDENCIAS

ANTONIO JIMÉNEZ LARA
Sociólogo

Sumario

1. LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DEL LIBRO BLANCO.
2. OTRAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA.
3. ESTIMACIÓN ACTUALIZADA DE LA POBLACIÓN CON DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y PROYECCIONES PARA EL PERÍODO 2020-2030.
4. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, estimación de la población en situación de dependencia, proyecciones de población.

RESUMEN

El Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (2005) recogía una estimación y unas proyecciones de la población en situación de dependencia que sirvieron de base para elaborar la memoria económica de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. A casi diez años de la elaboración de esas proyecciones, ha quedado claro que subestimaron la cifra global de personas en situación de dependencia y la severidad de las situaciones de dependencia. Tras examinar otras estimaciones y proyecciones alternativas, se presentan en este artículo los resultados de una estimación actualizada de la población con dependencia en España, realizada a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 y del baremo de valoración de las situaciones de dependencia aprobado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, y proyecciones de la evolución de esta población para el período 2020-2030.

KEYWORDS

Dependency, estimate of population with dependence, population projections.

ABSTRACT

The White Paper on the care of persons with dependence in Spain (2005) included estimates and projections of the population in a situation of dependence that were the basis for preparing the financial report of the Personal Autonomy and Dependent Care Law (39/2006). After almost ten years of developing these estimates and projections, it has become clear that underestimated the overall number of people in situations of dependency and severity of dependency situations. After examining other estimates and projections, this paper presents the results of an updated estimate of population with dependence in Spain, made from the Survey of Disability, Personal Autonomy and Dependency 2008 and the scale of assessment of dependency situations approved by Royal Decree 174/2011, and projections of the evolution of this population for the period 2020-2030.

1. LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DEL LIBRO BLANCO.

El Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (MTAS, 2005) recogía, en su capítulo primero, una estimación de partida, referida a 1999, del número de personas con dependencia, elaborada a partir de los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, EDDDES 99 (INE, 2002), corregidos al alza para incluir a las personas con dependencia no residentes en domicilios familiares. La estimación incluía una desagregación de las personas en situación de dependencia por grado de severidad. Esta desagregación contemplaba, en coherencia con la propuesta de graduación de la dependencia que se formulaba en el propio Libro Blanco, los tres grados siguientes:

- **Dependencia moderada (Grado 1):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- **Dependencia severa (Grado 2):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- **Gran dependencia (Grado 3):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

La estimación de base del número de personas con dependencia se hizo, como ya se ha apuntado, a partir de la EDDDES 99, y en concreto teniendo en cuenta las personas que habían declarado una discapacidad severa o total para alguna de las siguientes actividades básicas de la vida diaria:

- **Actividades relativas al cuidado personal:**
 - Asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto.
 - Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio.
 - Vestirse, desvestirse y arreglarse.
 - Comer y beber.
- **Movilidad en el hogar:**
 - Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo.
 - Levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado.
 - Desplazarse dentro del hogar.
- **Funcionamiento mental básico:**
 - Reconocer personas y objetos y orientarse.
 - Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

Para distribuir la población con dependencia estimada por grados de severidad, se elaboró un indicador sintético de la necesidad de ayuda que tenía en cuenta el número de actividades básicas de la vida diaria afectadas y el grado de discapacidad para cada una de ellas, incluyendo no sólo las discapacidades severas o totales, sino también las moderadas:

- Por cada actividad respecto de la cual la persona presentaba una discapacidad moderada se asignó un punto.
- Por cada actividad respecto de la cual la persona presentaba una discapacidad severa, se asignaron dos puntos.
- Por cada actividad respecto de la cual la persona presentaba una discapacidad total, se asignaron tres puntos.

La puntuación máxima posible eran 27 puntos (discapacidad total para las nueve actividades) y la mínima 2 puntos (discapacidad severa para una sola actividad). A partir de estas puntuaciones, la población estimada en situación de dependencia se distribuyó por grados de dependencia de acuerdo a los siguientes criterios:

- Grado 3 (gran dependencia): más de 15 puntos.
- Grado 2 (dependencia severa): entre 7 y 15 puntos.
- Grado 1 (dependencia moderada): menos de 7 puntos.

Según esta estimación, el número de personas en situación de dependencia en 1999 ascendía a 960 mil personas, de las que algo más de 141 mil (el 14,7%) tendrían una necesidad de ayuda continua y generalizada, por lo que podrían encuadrarse dentro de la gran dependencia o de grado 3; algo más de 304 mil (un 31,7%) tendrían una necesidad de ayuda intensa y frecuente, pero no requerirían la presencia permanente de un cuidador, por lo que podrían encuadrarse en la dependencia severa o de grado 2, y algo más de 514 mil (el 53,6% restante) tendrían una dependencia moderada, y podrán encuadrarse por tanto dentro del grado 1.

Tabla 1. Estimación del número de personas en situación de dependencia distribuido por grados de necesidad de cuidados según el Libro Blanco (España, 1999).

GRADOS	En domicilios familiares (EDDES 99)	En residencias (estimación)	Total	Proporciones
3 (Gran dependencia)	121.109	20.300	141.409	14,7%
2 (Dependencia severa)	262.485	41.600	304.085	31,7%
1 (Dependencia moderada)	476.296	38.100	514.396	53,6%
Total	859.890	100.000	959.890	100,0%

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

Las estimaciones así realizadas fueron sometidas a diversos ensayos de coherencia, para comprobar la adecuación del mecanismo de estimación empleado para segmentar a la población dependiente según grados de necesidad de cuidados. Por una parte se tuvieron en cuenta criterios de coherencia interna, a través del análisis de la relación entre el grado de dependencia y otras variables contempladas en la EDDDES 99 con las que, en principio, el grado de dependencia debería correlacionarse, como el número de horas semanales de atención prestadas por el cuidador principal (mayor cuanto más alto sea el grado de dependencia) o la edad media de la población incluida en cada grupo (que, en principio, también debería ser más elevada en el caso de los grados de dependencia más avanzados, dado que la dependencia aparece, muchas veces, de forma gradual y va acentuándose con el tiempo). Por otra, se aplicó un criterio de coherencia externa, comparando la prevalencia global y la distribución

porcentual por grados de dependencia de la estimación con los datos del sistema alemán en 2003.

También se incluyó en el Libro Blanco una previsión de la evolución de la población con dependencia durante el período 2005 – 2020, realizada teniendo en cuenta las proyecciones de población del INE y aplicando una hipótesis de reducción paulatina de la prevalencia de las situaciones de dependencia. De acuerdo con estas previsiones, el número de personas en situación de dependencia, que en 2005 sería de 1,125 millones, iría ascendiendo paulatinamente hasta alcanzar la cifra de 1,496 millones en 2020. La distribución por grados iría evolucionando también de forma paulatina, incrementándose poco a poco el porcentaje de personas con gran dependencia y dependencia severa (grados 3 y 2), y disminuyendo, en consecuencia, el de personas con dependencia moderada (grado 1).

Tabla 2. Proyección del número personas en situación de dependencia por grados de necesidad de cuidados según el Libro Blanco (España, 2005-2020).

GRADOS	2005	2010	2015	2020
3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226
Porcentajes				
3 (Gran dependencia)	17,3%	17,9%	18,4%	18,6%
2 (Dependencia severa)	32,9%	33,7%	34,4%	34,8%
1 (Dependencia moderada)	49,8%	48,3%	47,2%	46,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

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

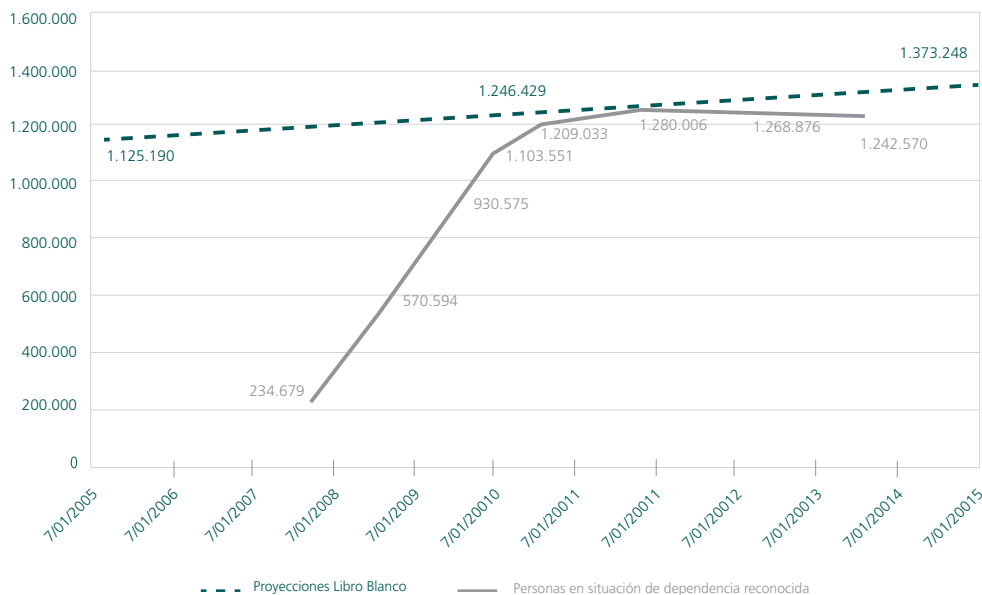
Como se advertía en el propio Libro Blanco, tanto la cifra global de personas en situación de dependencia como su desagregación por grados eran estimaciones que, aunque razonables y necesarias para establecer la previsión de los recursos que sería necesario movilizar para dar una respuesta adecuada a la dependencia en España, debían ser consideradas con cautela, por las importantes dificultades existentes para estimar a priori, de una forma fiable, la población que finalmente podría resultar declarada como dependiente y su distribución por grados, debido, por una parte, a que en el momento en que se realizaron las proyecciones todavía no se conocía ni la definición exacta de dependencia que se adoptaría en la futura ley ni, por supuesto, el baremo conforme al cual se realizarían las valoraciones de las situaciones de dependencia, y, por otra, a que los datos en los que se basó la estimación procedían de una encuesta que recogía una autovaloración de las dificultades que quienes habían contestado experimentaban para realizar las actividades cotidianas, y esa es una situación bastante diferente a la que se plantea cuando la valoración es realizada por un equipo multiprofesional que examina pormenorizadamente y con un protocolo previamente establecido la situación de la persona.

Además, hay que tener en cuenta que durante la tramitación parlamentaria de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante, LAPAD) se aprobaron enmiendas que ampliaban el ámbito de protección incorporando nuevas situaciones no previstas en el proyecto. La modificación más significativa en este sentido fue la ampliación del concepto de dependencia, que inicialmente se definía como la ne-

cesidad de atención o ayudas importantes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y que pasó a contemplar también la necesidad de apoyos para la promoción de la autonomía personal (Sánchez Fierro y Cobo Gálvez, 2013: 9).

La comparación de las proyecciones de población en situación de dependencia del Libro Blanco con la población efectivamente reconocida como dependiente desde que entró en vigor la LAPAD (Gráfico 1) muestra que alrededor de enero de 2012 el número de personas que en ese momento tenían reconocida una situación de dependencia (1,28 millones) coincidió con la previsión formulada en las proyecciones. Como puede apreciarse en el gráfico, la población con grado de dependencia reconocido, tras haber mantenido un ritmo muy elevado de crecimiento en los años 2008 y 2009, había moderado ese ritmo a mediados de 2010 y durante 2011, y precisamente a partir de enero de 2012 comenzó a decrecer. Hay que tener en cuenta que a finales de diciembre de 2011 se aprobó un conjunto de medidas de ajuste presupuestario entre las que se incluyó una moratoria en la aplicación de la LAPAD que retrasaba en un año la incorporación de los dependientes moderados, moratoria que posteriormente fue extendida hasta julio de 2015. Sin esa moratoria, que desincentiva las solicitudes de valoración por parte de las personas en situación de dependencia moderada, es muy probable que las cifras de personas con situación de dependencia reconocida hubiesen superado con creces las proyecciones del Libro Blanco a partir de enero de 2012, máxime cuando en ese momento había alrededor de 109 mil solicitudes pendientes de valoración.

Gráfico 1. Evolución del número de personas con situación de dependencia reconocida en comparación con las previsiones del Libro Blanco.



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España, e Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (mayo de 2008 - marzo de 2014). Informes estadísticos y de gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

A la vista de estos datos, cabe afirmar que la proyección de la población en situación de dependencia que realizó el Libro Blanco subestimaba la realidad en lo que se refiere a las cifras globales, y que si dicha proyección no ha sido rebasada es solo debido a que existen personas pendientes de valoración y a la moratoria que ha retrasado la fecha de efectividad del derecho a las prestaciones para las personas en situación de dependencia moderada. Es necesario hacer notar, por otra parte, que la desagregación por grados de dependencia que se incluía en esa proyección también ha subestimado la severidad de las situaciones de dependencia. De hecho, en julio de 2010, el número de personas con dependencia reconocida de grado 3 (482.122) duplicaba con creces las previsiones del Libro Blanco para ese año (223.457), mientras que el número de per-

sonas con dependencia reconocida de grado 2 (360.976) y de grado 1 (260.453) quedaban por debajo de esas previsiones. Aunque la diferencia en el caso de las personas con dependencia de grado 1 puede responder al hecho de que el acceso al derecho a las prestaciones de ese grupo no se iba a comenzar a producir, de acuerdo con el calendario de implantación inicialmente aprobado, hasta enero de 2011, lo cierto es que la distribución de la población dependiente efectivamente reconocida por grados era muy diferente a la prevista.

Tabla 3. Diferencia entre las personas con discapacidad efectivamente reconocida y las proyecciones del Libro Blanco por grados de necesidad de cuidados (España, 2010).

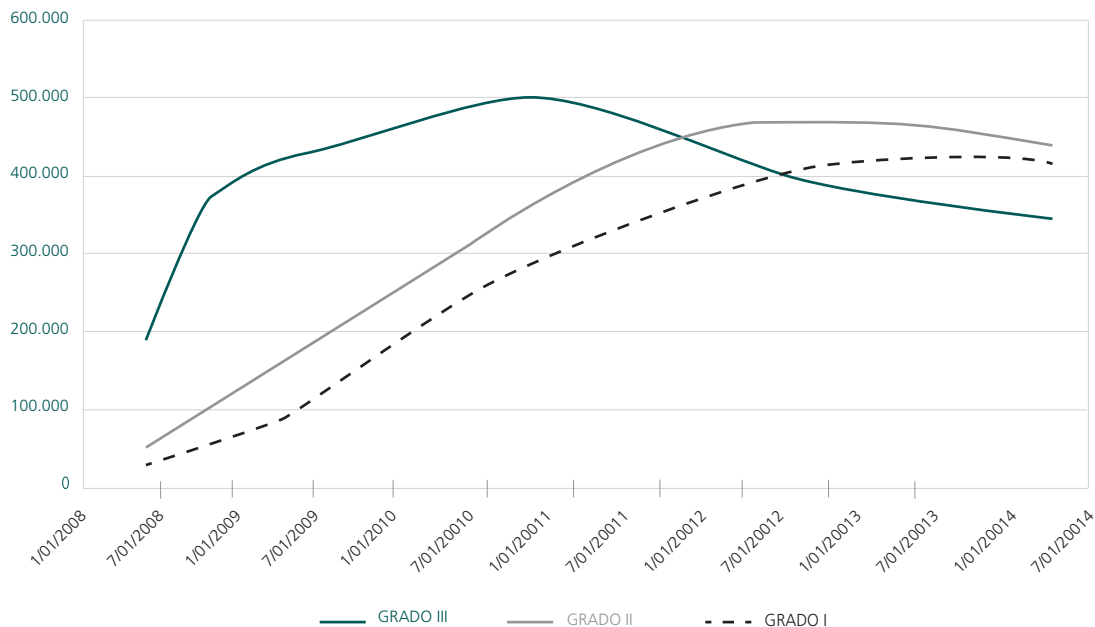
GRADOS	Proyecciones del Libro Blanco para 2010		Personas con dependencia reconocida a 1/7/2010		Diferencia respecto a las proyecciones	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
3 (Gran dependencia)	223.457	17,9%	482.122	43,7%	258.665	25,8%
2 (Dependencia severa)	420.336	33,7%	360.976	32,7%	-59.360	-1,0%
1 (Dependencia moderada)	602.636	48,3%	260.453	23,6%	-342.183	-24,7%
Total	1.246.429	100%	1.103.551	100%	-142.878	0,0%

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España, e Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2010). Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 1 de julio de 2010.

Como apuntábamos entonces (Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010: 32) una de las razones de esa diferencia es que en los primeros años de aplicación de la LAPAD se realizaron reconocimientos de grado 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), lo que permitía recibir mayores recursos provenientes de la Administración General del Estado a través del nivel mínimo de protección garantiza-

do para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado y nivel de su dependencia. El hecho de que los profesionales encargados de la aplicación del baremo tuviesen perfiles muy diferentes y careciesen en muchos casos de experiencia previa en tareas de valoración también ha podido influir en los resultados de las valoraciones y, específicamente, en la tendencia a encuadrar a los valorados en los grados más altos (Sánchez Fierro y Cobo Gálvez, 2013: 14).

Gráfico 2. Evolución del número de personas con situación de dependencia reconocida por grados, mayo 2008-marzo 2014.

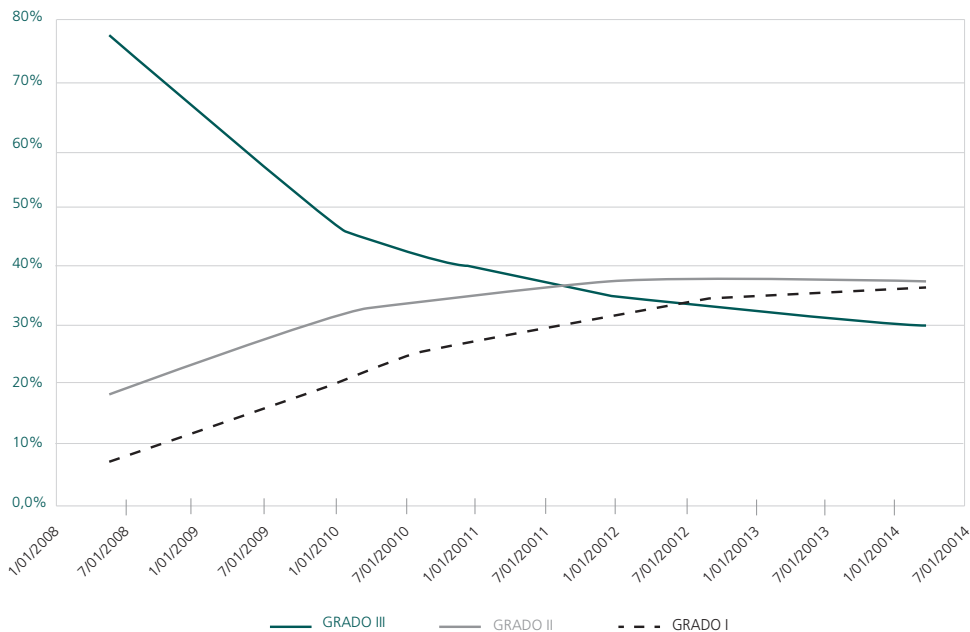


Fuente: IMSERSO (mayo de 2008 - marzo de 2014). Informes estadísticos y de gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Como puede apreciarse en el Gráfico 2, el número de personas con dependencia reconocida de grado 3 ha venido disminuyendo de forma constante desde principios de 2011. El número de personas con dependencia de grado 2 también ha comenzado a disminuir, aunque lo ha hecho más tardíamente (desde principios de 2012) y en menor medida. El número de personas con dependencia de grado 1, tras haber ralentizado su crecimiento durante 2012, se ha mantenido estable en los últimos meses. Como resultado de estas tendencias, se ha ido produciendo una recomposición de la estructura por grados de la población en situación de dependencia, en la que poco a poco va disminuyendo la proporción de personas con grado 3 y aumentando la de personas con grado 1 (Gráfico 3), lo que es, sin duda, más lógico y acorde con la experiencia de otros países de nuestro

entorno, como Alemania, que usan desde hace varios años instrumentos de valoración similares al nuestro y que establecen el umbral de entrada en función de la cantidad y/o del tipo de ayuda que precisan las personas dependientes. Cuando finalice la moratoria que impide actualmente a las personas en situación de dependencia moderada acceder a las prestaciones, cabe esperar que tanto el número absoluto como el porcentaje de personas con dependencia reconocida de grado 1 vuelva a incrementarse. En lo que respecta a los grados 2 y 3, es previsible que el número absoluto se mantenga o vaya disminuyendo ligeramente, y que su peso proporcional se reduzca.

Gráfico 3. Evolución de la proporción de personas con situación de dependencia reconocida de cada grado, mayo 2008-marzo 2014.



Fuente: IMSERSO (mayo de 2008 - marzo de 2014). Informes estadísticos y de gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

2. OTRAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA.

Como ya se ha indicado, las estimaciones del Libro Blanco se basaban en los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 99), y no contemplaban todas las particularidades del marco legal definido por la LAPAD y sus normas de desarrollo, pues se realizaron unos años antes de que este marco legal fuese establecido. Con posterioridad a la aprobación de la LAPAD, algunos autores han propuesto otras estimaciones y proyecciones de la población dependiente. Entre ellas cabe destacar las realizadas por Irene Albarrán Lozano y Pablo Alonso González (Albarrán y Alonso, 2009), basadas también en la EDDES 99, pero que adaptaban el modelo de estimación al baremo de valoración

de la dependencia aprobado por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, y las realizadas un año después por Cristina Vilaplana Prieto (Vilaplana Prieto, 2010), que ya se basaban en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD 2008).

Las estimaciones de Albarrán y Alonso, que fueron publicadas en la revista chilena Estudios de Economía, parten de una cifra base de 776.475 personas en situación asimilable a la dependencia protegible en 1999 (inferior en más de 183 mil personas a la estimación base del Libro Blanco). En cuanto a la distribución por grados, aproximadamente la mitad de las personas en situación de dependencia tendrían, según esta estimación, una dependencia moderada, mientras que la otra mitad se repartiría, prácticamente a partes iguales, entre la dependencia severa y la gran dependencia.

Tabla 4. Estimación del número de personas en situación de dependencia por grados y sexo en 1999, según Albarrán y Alonso (2009).

GRADOS	Hombres	Mujeres	Total	Proporción de personas en cada grado
3 (Gran dependencia)	71.402	129.215	200.617	25,8%
2 (Dependencia severa)	76.149	115.632	191.781	24,7%
1 (Dependencia moderada)	127.276	256.801	384.077	49,5%
Total	274.827	501.648	776.475	100,0%

Fuente: Albarrán Lozano, Irene y Alonso González, Pablo (2009): "La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado". Estudios de Economía, Vol. 36 nº 2, diciembre 2009.

Albarrán y Alonso incluyen en su artículo unas previsiones de la evolución de la población con dependencia hasta 2050 basadas en la aplicación de las tasas de dependencia obtenidas en su estimación a las proyecciones de población a largo plazo del INE para el período 2002-2060 (INE, 2005), en los dos escenarios contemplados por el INE para dichas proyeccio-

nes. Estos dos escenarios difieren en las hipótesis sobre la evolución de las entradas netas de extranjeros en España: mientras que en el primer escenario (Proyección 1) se estiman entradas anuales de en torno a un cuarto de millón de personas, en el segundo el flujo anual de entrada se estima en algo más de cien mil personas (Proyección 2).

Tabla 5. Proyecciones del número de personas en situación de dependencia para el período 1999-2020, según Albarrán y Alonso (2009).

PROYECCIÓN	1999 (dato base)	2005	2010	2015	2020
P1 (con alta inmigración)	776.475	822.679	889.664	958.730	1.022.498
P2 (con inmigración moderada)	776.475	814.903	875.978	940.869	1.000.131

Fuente: Albarrán Lozano, Irene y Alonso González, Pablo (2009): "La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado". Estudios de Economía, Vol. 36 nº 2, diciembre 2009.

Las estimaciones de Vilaplana Prieto, elaboradas a principios de 2009 y que fueron publicadas en la revista Hacienda Pública Española en el número correspondiente al tercer trimestre de 2010, parten, como ya se ha indicado, de la aplicación de los criterios de valoración de la dependencia establecidos en 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 LAPAD, a la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD 2008). La estimación resultante arroja la cifra de 1.185.630 personas en situación de depen-

dencia en 2008, bastante cercana a la prevista en el Libro Blanco para 2010 (1.246.429 personas) y prácticamente igual a la que las proyecciones del Libro Blanco ofrecerían, si se hiciese un cálculo por interpolación, para principios de 2008 (1.183.000 personas). La distribución por grados de dependencia, sin embargo, difiere bastante de la estimada por el Libro Blanco, ya que eleva la proporción de las personas con gran dependencia al 31,1%, con una cifra absoluta de 369.147 personas, muy cercana a la que las estadísticas del SAAD reflejaban a 1 de enero de 2009 (369.408).

Tabla 6. Estimación del número de personas en situación de dependencia por grados y sexo en 2008, según Vilaplana Prieto (2010).

GRADOS	Hombres	Mujeres	Total	Proporción de personas en cada grado
3 (Gran dependencia)	148.508	220.639	369.147	31,1%
2 (Dependencia severa)	90.841	203.079	293.921	24,8%
1 (Dependencia moderada)	156.089	366.473	522.562	44,1%
Total	395.438	790.191	1.185.630	100,0%

Fuente: Vilaplana Prieto, Cristina (2010). Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. Hacienda Pública Española, 194 (3/2010).

Vilaplana Prieto incluye también en su artículo unas proyecciones para los años 2009-2019, basadas en las proyecciones demográficas a corto plazo del INE para ese periodo (INE, 2009), de acuerdo con cinco hipótesis diferentes de evolución de las tasas específicas de dependencia por sexo y grupo de edad. La primera de esas hipótesis contempla tasas de prevalencia constantes en el período, mientras que las restantes hipótesis hacen una predicción de la evolución de las tasas de prevalencia

basándose en las variaciones observadas en el número de personas dependientes estimado por la EDDES 99 y la EDAD 2008, con diferentes criterios de identificación de estas personas. Según cuál de las hipótesis se considere, las proyecciones para 2019 varían entre un mínimo de 1.285.742 personas (hipótesis 5, en la que se toma como referencia la evolución entre 1999 y 2008 del número de personas con discapacidades para las actividades de la vida diaria) y un máximo de 1.367.156 (hipótesis 4,

en la que se toma como referencia la evolución entre 1999 y 2008 del número de personas con dependencia, distribuyendo la tasa de variación para cada grado de dependencia en

forma proporcional al peso de cada sexo y cada intervalo de edad en cada uno de los grados de dependencia).

Tabla 7. Proyecciones del número de personas en situación de dependencia para el período 2009-2019, según Vilaplana Prieto (2010).

HIPÓTESIS	2009	2015	2019
Hipótesis 1	1.183.313	1.262.786	1.308.390
Hipótesis 2	1.184.477	1.288.069	1.351.324
Hipótesis 3	1.181.935	1.253.209	1.293.521
Hipótesis 4	1.186.897	1.295.127	1.367.156
Hipótesis 5	1.180.845	1.247.112	1.285.742

Fuente: Vilaplana Prieto, Cristina (2010). Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. Hacienda Pública Española, 194 (3/2010).

La presunción en la que se basan las hipótesis 2 a 5 de Villaplana (que las tasas de dependencia evolucionarán en el futuro siguiendo la tendencia que se observa al comparar las estimaciones de la población dependiente realizadas a partir de la EDDDES 99 con las realizadas a partir de la EDAD 2008) es bastante discutible, pues en sentido estricto los datos de ambas encuestas no son comparables, y las diferencias observadas responden más a los cambios metodológicos entre una y otra que a una evolución real de la prevalencia de las situaciones de dependencia entre el momento en que una y otra encuestas se realizaron. Además, el algoritmo utilizado para el cálculo de las tasas de prevalencia en cada período, al considerar de forma independiente la evolución del número de personas encuadradas en cada grado

de dependencia en las estimaciones realizadas a partir de las dos encuestas referidas, es muy sensible a posibles errores de estimación en la distribución por grados de dependencia.

Además de las estimaciones y proyecciones de la población en situación de dependencia contenidas en el Libro Blanco, Albarrán y Alonso y Vilaplana Prieto, antes comentados, se han realizado muchas otras estimaciones, entre las que destacan las efectuadas por Pérez Díaz (1998), Morán Aláez (1999), Rodríguez Cabrero y otros (2005), Casado (2006), y Pickard y otros (2007). Las fuentes para estas estimaciones han sido diversas: Pérez Díaz se basó en los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1986; Morán Aláez, en la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta sobre

Apoyo Informal a las Personas Mayores del IM-SERSO; Rodríguez Cabrero, en la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 99), Casado en la ya citada EDDES 99 y el Registro de Solicitud Única (RSU) de la Consejería de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña, y Pickard en la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE). Todos estos ejercicios de estimación de la población dependiente se han realizado, pues, a partir de los datos aportados por encuestas de discapacidades o de salud, y solo en el caso del elaborado por Casado se ha recurrido también a un registro administrativo, el RSU, que es una base de datos de las personas que han solicitado alguno de los servicios sociales públicos para personas dependientes ofertados en Cataluña, principalmente residencias y centros de día.

3. ESTIMACIÓN ACTUALIZADA DE LA POBLACIÓN CON DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y PROYECCIONES PARA EL PERÍODO 2020-2030.

En el momento actual, a más de siete años de la entrada en vigor de la LAPAD y con unas cifras de personas en situación de dependencia formalmente reconocida que tienden a la baja, cabe preguntarse si tiene sentido volver a abordar un ejercicio de estimación y proyección de la población con dependencia, máxime cuando existen, como se ha puesto de relieve en los apartados anteriores, bastantes trabajos similares, algunos de ellos, como el de Vilaplana Prieto, relativamente recientes y basados en una fuente de datos (la EDAD 08) que es la que hoy por hoy parece más adecuada para este fin. De hecho, cuando acepté el encargo de redactar este artículo, esa fue la primera cuestión

que me planteé, y he de confesar que sobre ella he reflexionado bastante. Sin haber llegado a resolver totalmente mis dudas al respecto, he concluido que sí tiene sentido hacerlo, por las siguientes razones:

- Aunque la fuente para la estimación sería la misma que utilizó Vilaplana Prieto, existe una nueva versión del baremo de valoración de la situación de dependencia, aprobada por Real Decreto 174/2011, que introduce modificaciones que pueden influir en los resultados de la estimación.
- La evolución a la baja que se observa en las cifras de personas con situación de dependencia formalmente reconocida responde más a razones ligadas a la aplicación de la LAPAD (modificaciones en el baremo de valoración de las situaciones de dependencia; dilatados tiempos de espera en los procesos de valoración, que mantienen a muchas personas que han solicitado ser valoradas pendientes de reconocimiento; moratoria en la incorporación de las personas con dependencia moderada) que a un descenso real del número de personas cuya situación objetiva ameritaría el reconocimiento de la situación de dependencia. Estas mismas razones influyen también en la distribución por grados de la población en situación de dependencia oficialmente reconocida, que debido sobre todo a la moratoria en la incorporación de las personas con dependencia moderada, no refleja aún de forma fiel la composición real de la población en situación objetiva de dependencia.
- Las perspectivas de evolución demográfica, y en concreto las relativas al envejecimiento de la población, se han visto sensiblemente

modificadas por la evolución reciente de los saldos migratorios y de la fecundidad. Las proyecciones de población del INE a largo y corto plazo más recientes, publicadas respectivamente en diciembre de 2012 (INE, 2012) y noviembre de 2013 (INE, 2013), que recogen esos cambios, pueden servir de base para realizar unas proyecciones de la evolución de la población dependiente más ajustadas.

No parece, por todo ello, inoportuno plantear una estimación de la población en situación de dependencia que permita formarse una idea clara y cabal de cuál es la cobertura real que tiene actualmente el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y realizar, a partir de esa estimación, unas proyecciones que hagan posible conocer la posible evolución de la población en situación de dependencia en los próximos años y prepararse para afrontar los retos derivados de esa evolución.

Como señalaba Pérez Díaz (1998:1), aunque la fiabilidad de las proyecciones demográficas es dudosa, su utilidad está fuera de toda duda. Es necesario tener en cuenta que, como cualquier otro ejercicio de prospectiva, las proyecciones proporcionan información no sobre lo que ocurrirá, sino sobre lo que podría llegar a ocurrir en el caso de que se cumpliesen ciertos supuestos. Las proyecciones permiten concretar unos escenarios plausibles y anticipar sus consecuencias, plantearse la posibilidad y la conveniencia de introducir cambios que modifiquen esos escenarios y sus consecuencias esperadas o, simplemente, estar preparados para afrontarlas.

En efecto, el objetivo de la prospectiva no consiste en predecir el futuro y desvelar-

lo como si fuera algo prefabricado, algo que “está escrito” y que inevitablemente sucederá. Por el contrario, la prospectiva parte de la idea de que el futuro es algo que se construye en el presente, y trata de ayudarnos a llevar a cabo esa construcción identificando los diferentes futuros posibles y dándonos claves para que podamos orientar nuestra acción a hacer realidad los futuros deseables. El objetivo de la prospectiva es, pues, hacer posible que nos anticipemos al cambio, de modo que no solo nos encuentre preparados, sino que podamos influir en él para que nos sea favorable.

La estimación y las proyecciones que se presentan en las páginas siguientes se ha realizado tomando como referencia los datos de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, que han sido explotados teniendo en cuenta el baremo de valoración de las situaciones de dependencia aprobado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero. La estimación de base, referida al año 2008, se ha actualizado a fecha 1 de enero de 2014, aplicando las tasas específicas de dependencia por grado, sexo y grupo quinquenal de edad a la población calculada para esa fecha en la Proyección de la población de España a corto plazo 2013-2023, y se ha proyectado para los años 2020, 2025 y 2030, utilizando como referente la población calculada a 1 de enero de cada uno de esos años en la Proyección de la población de España a largo plazo 2012-2052. Se ha asumido la hipótesis de que las tasas específicas de prevalencia de las situaciones de dependencia por grado, sexo y grupo de edad se mantendrán constantes durante el período, por lo que las variaciones (que, como se verá, son bastante importantes) en el número absoluto y en la tasa global de prevalencia de las situaciones de

dependencia a lo largo del período considerado se deben, únicamente, al efecto derivado del cambio esperado en el número total de personas residentes en España y, sobre todo, en la estructura por edades de esta población.

Tanto la estimación como las proyecciones se refieren a personas en situación de dependencia de seis y más años residentes en España, y tienen en cuenta tanto a quienes viven en domicilios particulares (hogares) como a quienes lo hacen en centros (residencias de mayores, hospitales geriátricos o psiquiátricos y centros residenciales para personas con discapacidad). No se han incluido los menores de seis años por las dificultades para establecer una correspon-

dencia entre la información que proporciona el cuestionario de limitaciones de la EDAD 2008 y el baremo de valoración de la dependencia o la escala de valoración específica para los menores de tres años.

Las variables que se han tenido en cuenta para determinar, a partir de la información proporcionada por la EDAD 2008, la existencia de una situación de dependencia protegible por la LAPAD y para asignar un grado de dependencia son las que se reflejan en la Tabla 8, en la que también se recoge la correspondencia entre estas variables y las actividades contempladas en la escala general del baremo de valoración de las situaciones de dependencia.

Tabla 8. Correspondencia entre las actividades contempladas en la escala general del BVD y las variables de la EDAD 2008 utilizadas para determinar la existencia de una situación de dependencia y para asignar un grado de dependencia.

Actividades contempladas en la escala general del BVD	Variables de la EDAD 2008	
	Código	Descripción
Comer y beber	AUT_33_1	Tiene dificultad importante para llevar a cabo las tareas de comer o beber sin ayudas y sin supervisión
	AUT_33_2	Nivel de dificultad para comer y beber
Higiene personal relacionada con la micción y la defecación	AUT_29_1	Tiene dificultad importante para controlar las necesidades o realizar las actividades relacionadas con la micción sin ayudas y sin supervisión
	AUT_33_2	Nivel de dificultad para realizar las actividades relacionadas con la micción
	AUT_30_1	Tiene dificultad importante para controlar las necesidades o realizar las actividades relacionadas con la defecación sin ayudas y sin supervisión
	AUT_30_2	Nivel de dificultad para realizar las actividades relacionadas con la defecación
Lavarse	AUT_27_1	Tiene dificultad importante para lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo sin ayudas y sin supervisión
	AUT_27_2	Nivel de dificultad para lavarse y secarse las diferentes partes del cuerpo
Realizar otros cuidados personales	AUT_28_1	Tiene dificultad importante para realizar los cuidados básicos del cuerpo sin ayudas y sin supervisión
	AUT_28_2	Nivel de dificultad para realizar los cuidados básicos del cuerpo
Vestirse	AUT_32_1	Tiene dificultad importante para vestirse o desvestirse sin ayudas y sin supervisión
	AUT_32_2	Nivel de dificultad para vestirse o desvestirse
Mantenimiento de la salud	AUT_34_1	Tiene dificultad importante para cumplir las prescripciones médicas sin ayudas y sin supervisión
	AUT_34_2	Nivel de dificultad para cumplir las prescripciones médicas
	AUT_35_1	Tiene dificultad importante para evitar situaciones de peligro en la vida diaria sin ayudas y sin supervisión
	AUT_35_2	Nivel de dificultad para evitar situaciones de peligro
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	AUT_18_1	Tiene dificultad importante para cambiar de postura sin ayudas y sin supervisión
	AUT_18_2	Nivel de dificultad para cambiar de postura
	AUT_19_1	Tiene dificultad importante para mantener el cuerpo en la misma posición sin ayudas y sin supervisión
	AUT_19_2	Nivel de dificultad para mantener el cuerpo en la misma posición
Desplazarse dentro del hogar	AUT_20_1	Tiene dificultad importante para andar o moverse dentro de su vivienda sin ayudas y sin supervisión
	AUT_20_2	Nivel de dificultad para andar o moverse dentro de su vivienda
Desplazarse fuera del hogar	AUT_21_1	Tiene dificultad importante para andar o moverse fuera de su vivienda sin ayudas y sin supervisión
	AUT_21_2	Nivel de dificultad para andar o moverse fuera de su vivienda
Realizar tareas domésticas	AUT_36_1	Tiene dificultad importante para organizar, hacer y trasladar las compras de la vida cotidiana sin ayudas y sin supervisión
	AUT_36_2	Nivel de dificultad para hacer las compras
	AUT_37_1	Tiene dificultad importante para preparar comidas sin ayudas y sin supervisión
	AUT_37_2	Nivel de dificultad para preparar comidas
	AUT_38_1	Tiene dificultad importante para ocuparse de las tareas de la casa sin ayudas y sin supervisión
	AUT_38_2	Nivel de dificultad para ocuparse de las tareas de la casa

Las variables se han ponderado de acuerdo con la escala de pesos de la escala general del BVD, teniendo en cuenta la edad de las personas y estableciendo una correspondencia entre los niveles de dificultad registrados en la EDAD 2008 y los coeficientes del tipo de apoyo de otra u otras personas que se requiere en relación con cada una de ellas, a fin de obtener una puntuación asimilable a la que resultaría de aplicar el BVD. En el caso de personas con discapacidades intelectuales o derivadas de enfermedades o trastornos mentales, se ha introducido un factor de corrección de la puntuación obtenida que pretende simular el efecto

de tener en cuenta la actividad de “tomar decisiones” incluida en la tabla de pesos de la escala específica del BVD.

Los resultados de la estimación se recogen en la Tabla 9. De acuerdo con ellos, el número de personas en situación de dependencia en 2008 superaría los 1,4 millones de personas, de las que más de dos tercios (el 67,6%) serían mujeres. Aproximadamente el 26% de las personas en situación de dependencia tendrían una gran dependencia (grado 3), el 29% una dependencia severa (grado 2) y el 45% restante, una dependencia moderada (grado 1).

Tabla 9. Estimación del número de personas de 6 y más años en situación de dependencia por grados y sexo en 2008.

Grado de dependencia	Hombres	Mujeres	TOTAL
Personas de 6 y más años en situación de dependencia residentes en hogares			
Grado 3 (Gran dependencia)	93.390	192.495	285.885
Grado 2 (Dependencia severa)	107.110	241.594	348.704
Grado1 (Dependencia moderada)	196.072	386.733	582.805
Total	396.572	820.822	1.217.394
Personas de 6 y más años en situación de dependencia residentes en centros			
Grado 3 (Gran dependencia)	21.144	59.645	80.789
Grado 2 (Dependencia severa)	19.040	41.602	60.642
Grado1 (Dependencia moderada)	22.036	35.679	57.715
Total	62.220	136.926	199.146
TOTAL PERSONAS DE 6 Y MÁS AÑOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
Grado 3 (Gran dependencia)	114.534	252.140	366.674
Grado 2 (Dependencia severa)	126.150	283.196	409.346
Grado1 (Dependencia moderada)	218.108	422.412	640.520
Total	458.792	957.748	1.416.540

Fuente: Elaboración propia, obtenida aplicando a los datos de la EDAD 2008 los criterios del baremo de valoración de las situaciones de dependencia aprobado por RD 174/2011.

La actualización de esa estimación a 1 de enero de 2014 arroja, para esa fecha, una cifra cercana a 1,65 millones de personas en situación de dependencia. Ese importante incremento se debe al efecto combinado del crecimiento experimentado por la población española entre

2008 y 2014 (de 45,7 a 46,5 millones de personas) y del envejecimiento de la misma (la proporción de población de 65 y más años sobre el total ha pasado del 16,4% al 18,1%, y la de población de 80 y más años, del 4,5% al 5,7%).

Tabla 10. Actualización de la estimación del número de personas de 6 y más años en situación de dependencia por grados y sexo a 1 de enero de 2014.

Grado de dependencia	Hombres	Mujeres	TOTAL
Grado 3 (Gran dependencia)	134.972	307.101	442.072
Grado 2 (Dependencia severa)	146.482	330.991	477.473
Grado 1 (Dependencia moderada)	246.849	480.007	726.857
Total	528.303	1.118.099	1.646.402

Fuente: Elaboración propia. Los resultados obtenidos aplicando a los datos de la EDAD 2008 los criterios del baremo de valoración de las situaciones de dependencia aprobado por RD 174/2011 se han actualizado teniendo en cuenta la variación de la estructura y tamaño de la población total entre 2008 y 2014.

La población en situación de dependencia seguirá aumentando a fuerte ritmo en los próximos años, como muestra la proyección que se recoge en la Tabla 11. En 2020 superará los 1,8 millones de personas, en 2025 se situará cerca de los dos millones y en 2030 habrá sobrepasado la cifra de 2,14 millones. Estos incrementos

se deberán al envejecimiento poblacional, que contrarrestará con creces la caída global de población que se prevé para ese período (ver Tabla 12).

Tabla 11. Proyección del número de personas de 6 y más años en situación de dependencia por grados y sexo para el período 2020-2030.

Grado de dependencia	2020	2025	2030
Hombres			
Grado 3 (Gran dependencia)	153.319	169.663	187.666
Grado 2 (Dependencia severa)	162.068	177.205	194.446
Grado1 (Dependencia moderada)	264.442	284.272	306.859
Total Hombres	579.829	631.139	688.971
Mujeres			
Grado 3 (Gran dependencia)	346.087	382.191	421.957
Grado 2 (Dependencia severa)	360.643	390.245	425.784
Grado1 (Dependencia moderada)	520.140	560.769	607.640
Total Mujeres	1.226.870	136.926	1.455.382
TOTAL			
Grado 3 (Gran dependencia)	499.406	551.854	609.623
Grado 2 (Dependencia severa)	522.712	567.450	620.231
Grado1 (Dependencia moderada)	784.582	845.041	914.499
Total ambos sexos	1.806.700	1.964.344	2.144.352

Fuente: Elaboración propia. Los resultados obtenidos aplicando a los datos de la EDAD 2008 los criterios del baremo de valoración de las situaciones de dependencia aprobado por RD 174/2011 se han proyectado teniendo en cuenta la estructura y tamaño de la población calculada para 2020, 2025 y 2030 en la Proyección de la población de España a largo plazo (2012-2052).

Tabla 12. Escenario demográfico 2008-2030.

	2008	2014	2020	2025	2030
Población total (millones)	45,67	46,46	45,31	44,67	44,05
Proporción 65 y más	16,4%	18,1%	20,2%	22,6%	25,7%
Proporción 80 y más	4,5%	5,7%	6,3%	6,9%	8,0%

Fuente: INE. Los datos para 2008 proceden de las Estimaciones Intercensales de Población. Los de 2014, de la Proyección de la población de España a corto plazo (2013-2023). Los de los años 2020, 2025 y 2030, de la Proyección de la población de España a largo plazo (2012-2052). Los datos se refieren a 1 de enero de cada año.

Los resultados de la estimación realizada muestran que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia deberá hacer un importante esfuerzo para dar cobertura a todas las personas en situación de dependencia. Si se tienen en cuenta no solo las personas en situación de dependencia moderada que aún no se han incorporado al sistema por las sucesivas moratorias que han ido retrasando la fecha de efectividad de su derecho a las prestaciones

del sistema, sino también las personas en situación de dependencia severa o gran dependencia que se encuentran aún a la espera de valoración o de concesión de prestaciones, puede concluirse que, a fecha 1 de enero de 2014, el déficit de cobertura era de aproximadamente 110 mil personas con gran dependencia, 100 mil personas con dependencia severa y cerca de 680 mil personas con dependencia moderada (Tabla 13).

Tabla 13. Estimación del número de personas en situación de dependencia en comparación con el número de personas valoradas y del número de personas con prestaciones concedidas (Datos a 1 de enero de 2014).

Grado de dependencia	Estimación del número de personas en situación de dependencia	Personas valoradas con grado de dependencia	Personas con prestaciones concedidas	Diferencia entre nº de personas con prestaciones y la estimación de personas en situación de dependencia
Grado 3 (Gran dependencia)	442.072	373.169	331.459	-110.613
Grado 2 (Dependencia severa)	477.473	449.605	374.617	-102.856
Grado 1 (Dependencia moderada)	726.857	419.796	47.766	-679.091
TOTAL PERSONAS en situación de dependencia	1.646.402	1.242.570	753.842	-892.560

Fuente: Elaboración propia. Los datos de personas valoradas y de personas con prestaciones concedidas proceden de la información estadística del SAAD a 31 de diciembre de 2013.

Además, ese esfuerzo deberá sostenerse e incrementarse en el tiempo para dar respuesta al importante crecimiento que experimentará la

población en situación de dependencia en los próximos años.

4. BIBLIOGRAFÍA.

ABELLÁN, A. y PUGA, M. D. (2004), "Una estimación de la dependencia en España", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(5): 301-303.

ALBARRÁN LOZANO, Irene y ALONSO GONZÁLEZ, Pablo (2009): "La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado". *Estudios de Economía*, Vol. 36 nº 2, diciembre 2009, pp. 127-163.

CASADO MARÍN, David. (2006), *Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico*. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Barcelona: Elsevier Masson.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2002): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados (CD-ROM)*. INE, Madrid.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2005): *Proyecciones de población a largo plazo. Periodo 2002-2060 (resultados nacionales) y periodo 2002-2017 (resultados por Comunidades Autónomas y provincias)*.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2009): *Proyección de la Población de España a Corto Plazo (2009-2019)*.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2012): *Proyección de la Población de España a Largo Plazo (2012-2052)*.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2013): *Proyección de la Población de España a Corto Plazo (2013-2023)*.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, MTAS (2005): *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: MTAS.

MORÁN ALÁEZ, Enrique (1999): "Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas", en RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (Coord.): *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO, págs. 111-162.

PÉREZ DÍAZ, Julio (1998): *Proyección de personas dependientes al horizonte 2021*, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics.

PICKARD, L., et al. (2007): *Modelling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050*, *Journal of European Social Policy*, 17(1): 33-48.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio et al. (2005), *Un modelo de gestión de la dependencia aplicable a España*, Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares. Documento de Trabajo.

RODRÍGUEZ CASTEDO, Ángel y JIMÉNEZ LARA, Antonio (2010): La atención a la dependencia y el empleo. Madrid: Fundación Alternativas. Documentos de Trabajo del Laboratorio Alternativas, nº 159/2010.

SÁNCHEZ FIERRO, Julio César, y COBO GÁLVEZ, Pablo (2013): "Las reformas de la valoración de las situaciones de dependencia: perspectivas de futuro", Actas de la Dependencia, nº 7.

VILAPLANA PRIETO, Cristina (2010): Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. Hacienda Pública Española, 194 (3/2010), pp. 125-175.

¿ES TODAVÍA POSIBLE UN SISTEMA DE DEPENDENCIA COMO MOTOR ECONÓMICO Y DE EMPLEO?

ENRIQUE MARTÍN-SERRANO JIMÉNEZ

Sociólogo

Miembro del Comité Consultivo del SAAD en representación de CC.OO.
Profesor colaborador de la Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Derecho del Trabajo y Seguridad Social)

Sumario

1. LA IMPORTANCIA DEL EMPLEO DE CALIDAD EN LA LEY DE DEPENDENCIA.
2. ¿HA GENERADO EMPLEO EL SISTEMA DE DEPENDENCIA?
3. EL IMPACTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADO FAMILIAR.
4. EL EMPLEO GENERADO.
5. LA CALIDAD DEL EMPLEO.
6. EL RETO DE LA CUALIFICACIÓN.
7. CONCLUSIONES.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, empleo, calidad, servicios sociales, cualificación.

RESUMEN

La puesta en marcha de la Ley de Dependencia supuso un cambio cualitativo en la forma de entender las fórmulas de protección social en nuestro país. Una de sus principales virtudes fue la de que promocionar de forma prioritaria la atención mediante servicios profesionales, entendiendo que éstos son garantía de calidad en la atención y una oportunidad como motor de actividad económica y de creación de empleo. Una forma novedosa de concebir protección social y creación de empleo de calidad.

Pero, siete años después de su puesta en marcha ¿se han cumplido las expectativas?, ¿el Sistema de Dependencia ha sido capaz realmente de crear empleo?, ¿verdaderamente se puede vincular calidad en la atención y calidad en el empleo?, ¿dónde residen hoy los riesgos del sistema?, ¿tiene futuro el sistema de dependencia tal y como fue diseñado?

KEYWORDS

Dependency, jobs, quality, social services, qualification.

ABSTRACT

The implementation of the Dependency Law meant a qualitative change in the way we understand social protection models in our country. One of its main virtues was that of mainly promoting care by professional services, understanding that these guarantee quality in care and are an opportunity as an engine of economic activity and job creation. A novel way of thinking about social protection and the creation of quality jobs.

But seven years after its launch? Have the expectations been met? Has the Dependency System really been able to create jobs? Can we really link care quality to quality of employment? Where are the system's risks? Does the dependency system have a future in the way it was designed?

1. LA IMPORTANCIA DEL EMPLEO DE CALIDAD EN LA LEY DE DEPENDENCIA.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, para la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia tiene como objetivo desarrollar un nuevo ámbito público en la protección social de personas que precisan la ayuda de un tercero para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Establece, además, como novedad respecto de otros ámbitos de protección, que ésta debe ofrecerse preferentemente a través de servicios profesionales.

El hecho de que la conocida como Ley de Dependencia haya apostado estratégicamente por la atención en base a servicios profesionales supone la consideración de que son éstos quienes en mejor medida son capaces de garantizar una atención de calidad a las personas en situación de dependencia y, a la postre, permite utilizar la inversión pública realizada en su sostenimiento como motor de actividad económica y creación de empleo. Ambas cuestiones, atención profesional de calidad y activación económica y empleo, están presentes a lo largo de todo el texto legal de manera interconectada.

También se puede señalar entre los objetivos de la norma la necesidad de adaptar las estructuras de protección social a las nuevas demandas sociales, no sólo para atender el relativamente novedoso fenómeno de la dependencia asociado a la creciente longevidad que presenta nuestra sociedad, sino también a la forma misma de atenderlo ya que la respuesta tradicional que se venía dando resulta insostenible en el medio y largo plazo. En el mismo preámbulo de la Ley 39/2006 encontramos esta

reflexión cuando se afirma que “los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan”. O dicho, de otro modo, el Sistema de Dependencia tiene también como función la de generar una red pública de atención que prevenga la situación que generará en las próximas décadas la desaparición de la red familiar que hasta ahora se venía haciendo cargo de la atención a personas dependientes. Es un hecho que los cambios socioeconómicos que se han producido hacen que la actual generación que sirve como red familiar de atención será probablemente la última que podrá ejercer como tal y cuando la generación del baby-boom comience a entrar en una edad avanzada sus hijos no podrán reproducir el modelo de atención familiar que ha venido dándose hasta ahora para atender las situaciones de dependencia. Si llegado ese momento no hay una red de atención profesional desarrollada volveremos a vivir situaciones de desatención como las que se vivieron en los momentos previos a la aprobación de la Ley de Dependencia.

En este contexto, la Ley de Dependencia apuesta porque esta nueva red de protección sea pública y se articule en base a servicios profesionales, para lo que se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Otra de las innovaciones que aporta la Ley 39/2006 radica en la importancia que otorga a la hora de asegurar que la calidad de la atención

tenga un papel estratégico la calidad del empleo de los profesionales que prestan dichos servicios. Concretamente, en su artículo 35 la norma pone en relación directa la calidad de los servicios con la calidad del empleo de los profesionales que los prestan, y confiere a los poderes públicos la obligación de velar por la calidad de este empleo.

Esta referencia sería simplemente retórica si no estuviese acompañada de otros mandatos legales que tienen por objeto “traducir” a hechos prácticos la referencia genérica de lo que debe ser entendido por “empleo de calidad”, que a la postre significa “atención de calidad”. En este sentido, la propia norma enumera qué aspectos prácticos han de tenerse en cuenta en este proceso, y a modo de escalera va estableciendo peldaño a peldaño qué elementos han de irse integrando progresivamente en los desarrollos normativos y reglamentarios de la Ley.

El primero de estos peldaños está recogido en el artículo 34.2, cuando mandata a las administraciones competentes, tanto central como autonómicas, a acordar los criterios comunes que han de regir en todo el Estado a la hora de acreditar las empresas y entidades tanto públicas como privadas que quieran prestar servicios de atención a la dependencia, entre los que se establecen requisitos en materia de empleo. Este mandato se concretó en el Acuerdo de Consejo Territorial del SAAD *sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* de fecha 27 de noviembre de 2008 (BOE 17 de diciembre de 2008).

No debemos olvidar que el citado acuerdo no fue sencillo de alcanzar. Por dos veces (5 de

mayo de 2007 y 23 de julio de 2008) se llevaron a votación en el Consejo Territorial sendas propuestas que fueron rechazadas, en algunos casos por negarse algunas administraciones autonómicas a ceder parcelas de su marco competencial, en otros por utilizarse electoralmente esta materia, las más de las veces porque asumir un acuerdo de estas características suponía en la práctica incrementar notablemente los recursos financieros que requiere la atención de calidad.

Entre los elementos más destacables que aporta el mencionado acuerdo a la calidad del empleo-atención de los servicios profesionales podemos señalar las siguientes:

1. Nueva tipología de centros residenciales y Centros de día, atendiendo al perfil del usuario (mayores dependientes, discapacidad física y discapacidad intelectual), con lo que se reducía la heterogeneidad de tipologías que hasta ese momento se había venido produciendo.
2. Definición de Ratios de plantilla mínimas exigibles atendiendo a los distintos tipos de centro residencial y el grado de dependencia de los usuarios; lo que además de redundar en la calidad de la atención ha supuesto un incremento en el volumen de empleo generado.
3. Definición de Ratios de atención directa mínimas exigibles para la categoría profesional de Cuidador, Gerocultor o similar, atendiendo a los distintos tipos de centro residencial y el grado de dependencia de los usuarios.
4. Definición de la cualificación que deben tener los trabajadores que prestan los servicios;

establecida a través de titulaciones específicas y/o certificados de profesionalidad correspondientes.

5. Definición de porcentajes de plantilla debidamente cualificados para cada uno de los tipos de centro residencial; estableciendo el requisito de que al menos el 35% de las plantillas se encontraran debidamente cualificadas en 2011 y el 100% en el año 2015.

6. Compromiso de acordar a futuro Criterios adicionales de calidad del empleo, así como extenderlos a otros servicios como los que se prestan sin alojamiento que, dada su baja implantación en aquel momento, se optó por regular en una segunda etapa cuando su nivel de cobertura estuviese más asentado.

Aunque es innegable que todos los poderes públicos se implicaron en mayor o menor medida en el esfuerzo por regular esta cuestión, como señala el hecho de que estemos hablando de un acuerdo de Consejo Territorial lo que precisa el voto favorable de la administración central y la mayoría de Comunidades Autónomas, lamentablemente su desarrollo no ha tenido el mismo nivel de interés por ninguno de ellos.

Hasta ahora sólo siete Comunidades Autónomas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Canarias, Castilla-La Mancha y Galicia) además de Ceuta y Melilla han transpuesto los criterios de acreditación a sus respectivas normativas autonómicas.

Y, del mismo modo, el Estado central muestra

un claro desapego a ejercer un papel de liderazgo político en la implantación del SAAD al renunciar a la utilización de los diferentes instrumentos político-administrativos que tiene a su alcance para “fomentar” el interés de las administraciones autonómicas en esta cuestión. Cabría, por ejemplo, explorar las posibilidades que el ahora suspendido artículo 10 de la Ley de Dependencia abre a la hora de establecer esta materia dentro de los convenios de cooperación interadministrativa entre Estado y Comunidades Autónomas o incentivar la rápida transposición de los contenidos de los acuerdos de Consejo Territorial que se consideren estratégicos al acceso a determinadas líneas de recursos en el marco del nivel acordado de financiación, suspendido en la actualidad.

Comoquiera que sea, la Ley de Dependencia y sus posteriores desarrollos normativos establece un modelo muy concreto de atención a la dependencia basada en servicios profesionales concebidos no sólo como una mera técnica de protección sino como un motor en sí mismo de actividad económica y creación de empleo de calidad que, es evidente, exigen de una apuesta política decidida y sostenida en el tiempo que no siempre se está dando.

2. ¿HA GENERADO EMPLEO EL SISTEMA DE DEPENDENCIA?

Desde la puesta en marcha práctica del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en 2007 podemos distinguir dos etapas claramente diferenciadas en cuanto a la cantidad del empleo¹ generado se refiere.

¹ Lamentablemente no existe ningún epígrafe administrativo exclusivo que identifique las actividades que cabe considerar propias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Sin embargo el Código Nacional de Actividades Económicas (CNAE) permite acercarnos enormemente a los servicios sociales que cabría considerar dentro de su ámbito de actuación utilizando sus Divisiones 87 correspondiente a Asistencia en establecimientos residenciales y 88 Actividades de servicios sociales sin alojamiento. En este trabajo se utilizan ambas referencias a partir de los microdatos de la Encuesta de Población Activa que realiza trimestralmente el Instituto Nacional de Estadística...

Pese a que formalmente la implantación de las prestaciones del SAAD comenzaron a partir del mes de abril de 2007, tomaremos como primera referencia para el estudio de la evolución del empleo el comienzo del año siguiente ya que en sus primeros meses la puesta en marcha de la cobertura del sistema fue bastante desigual entre Comunidades Autónomas.

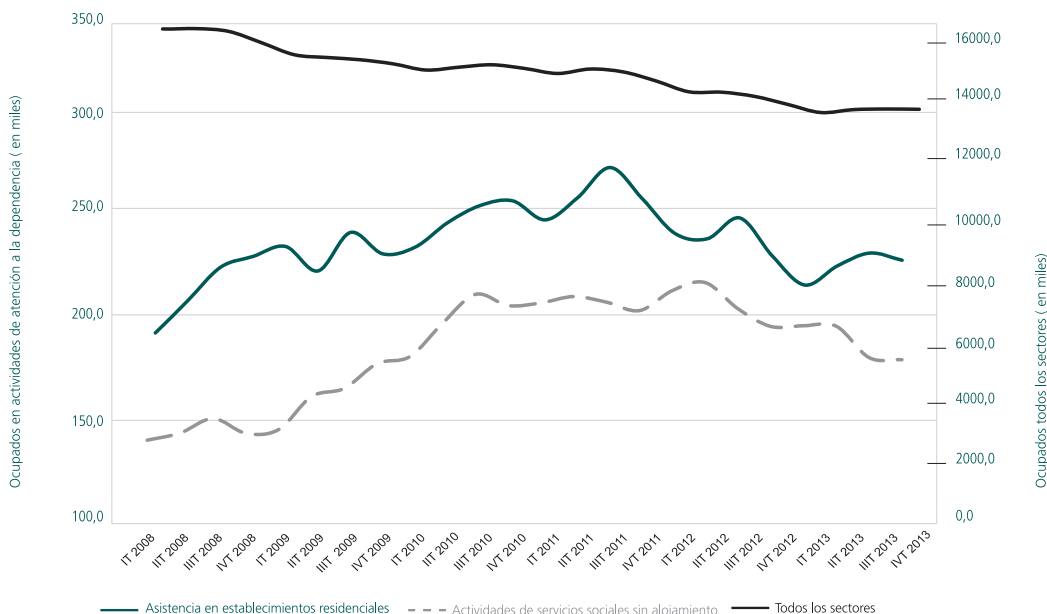
De este modo, entre 2008² y 2011 se aprecia un importante crecimiento en el empleo asalariado en las dos ramas de actividad asociadas a los servicios de atención a la dependencia para, a partir de ese momento, experimentar un abrupto descenso que aún no ha finalizado.

Destaca el hecho de que precisamente la primera etapa de creación de empleo neto se ha dado en el escenario de crisis económica

especialmente agudo en el que la tendencia general de la economía española ha sido la de destrucción masiva de empleo, lo cual confiere a las políticas públicas llevadas a cabo en relación con la implantación del sistema de dependencia una valoración especialmente exitosa, aún teniendo en cuenta que el resultado final todavía queda lejos de las expectativas iniciales.

Por su parte, también llama la atención el hecho de que en la segunda etapa la pérdida de empleo en las actividades dedicadas a la atención a la dependencia tampoco se haya ajustado a la tendencia general que mostraba el conjunto de la economía, lo que vuelve a reafirmarnos en la estrecha relación que en este punto existe entre las decisiones políticas asociadas a la implantación del sistema de dependencia y sus resultados socio-económicos.

Evolución del empleo en los Servicios de atención a la Dependencia



Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

² Puesto que la base estadística utilizada del estudio es la Encuesta de Población Activa, se utiliza una explotación propia de microdatos de dicha encuesta tomados sobre la referencia de la CNAE 2009 de forma que permite un valoración comparable de ese ejercicio en adelante, si bien para garantizar una secuencia más amplia que permita medir mejor el empleo generado desde el primer ejercicio de implantación generalizada del SAAD se toman los datos de 2008 utilizando para ello el sistema de pasarelas de CNAE que en su día estableció el Instituto Nacional de Estadística.

En la primera etapa mencionada, la generación total de empleo registrada en ambas ramas de actividad fue del entorno de los 167.000 empleos netos. En concreto, entre el primer trimestre de 2008 y el tercer trimestre de 2011 el empleo registrado en establecimientos residenciales pasó de cerca de 189.000 asalariados a algo más 275.000 lo que significa un aumento ligeramente superior a 86.000 trabajadores en esta rama de actividad. Por su parte, en el caso de las actividades de servicios sociales sin alojamiento, se pasó de cerca de 142.000 trabajadores en el primer trimestre de 2008 a unos 223.000 en el segundo trimestre de 2012, momento de mayor empleo registrado en esta rama de actividad, lo que supone un incremento neto de algo más de 81.000 personas asalariadas. En ambos casos el crecimiento en el volumen de empleo generado rondaron el 50% de las plantillas que inicialmente conformaban estos sectores de actividad, en concreto los establecimientos residenciales crecieron en un 45% y los servicios sociales sin alojamiento en un 57%.

El momento de mayor empleo registrado en las ramas asociadas a la atención a la dependencia, en el entorno al tercer trimestre de 2011, el sector daba empleo a algo más de 488.000 personas, de las que unas 275.000 lo hacían en establecimientos residenciales y las 213.000 restantes en actividades de servicios sin alojamiento.

Sin embargo, desde ese momento en adelante el sistema comenzó a registrar una paulatina y sostenida pérdida de empleo. De modo que en la actualidad, según los últimos datos publicados por el INE, podemos afirmar que entre 2012 y 2013 se ha perdido la mitad del empleo que llegó a generarse en la primera etapa de

implantación del sistema y la tendencia es a profundizar la pérdida de empleo. En la actualidad, los servicios residenciales dan trabajo a cerca de 227.000 trabajadores mientras que los servicios sociales sin alojamiento hacen lo propio con algo más de 183.000 asalariados, cifras similares a las que se registraban en 2010 transcurridos apenas 2 años de la puesta en marcha del SAAD.

La principal causa para explicar este comportamiento del empleo está en las sucesivas decisiones políticas que los responsables de los gobiernos estatales y autonómicos de cada momento han decidido adoptar sobre el proceso de implantación del SAAD.

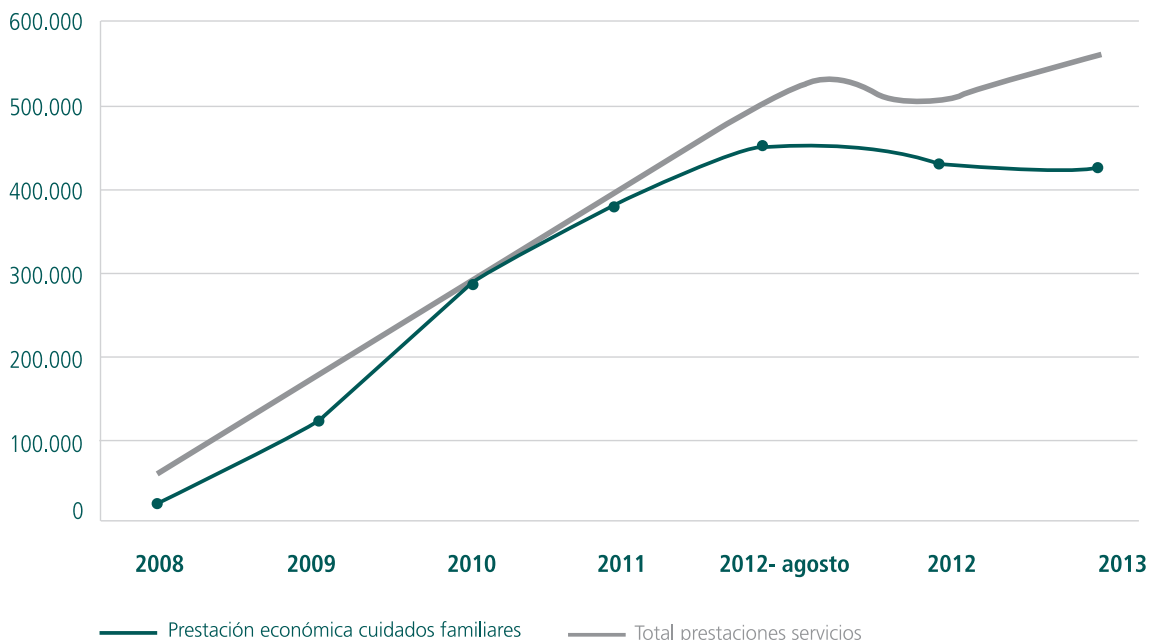
En la primera etapa el sistema partió de una decidida y compartida apuesta por su puesta en marcha. Si bien es cierto que no estuvo exenta de intensas polémicas entre el gobierno central y varios gobiernos autonómicos, finalmente la casi totalidad de responsables políticos de ambas administraciones se sumaron a la decisión de realizar una apuesta decidida por la implementación del catálogo de prestaciones y, pese a que muy pronto comenzaron a vivirse momentos económicamente delicados como consecuencia de la crisis, en los primeros años se aprecia un indudable y muy importante aumento de la cobertura que ofrecía el SAAD.

Entre 2008 y mediados de 2012 el número de personas en situación de dependencia atendidas por alguna prestación del sistema se incrementó hasta alcanzar los 780.536 beneficiarios. El mes de agosto de 2012 fue precisamente el momento en el que el SAAD registró su máxima cobertura. Cada uno de estos beneficiarios puede ser atendido mediante una o más prestaciones del catálogo, por lo que en la práctica

el número de prestaciones reconocidas fue de 981.012, lo que equivale a que cada beneficia-

rio ha tenido en media 1,24 prestaciones.

Evolución número prestaciones SAAD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISAAD.

Sin embargo a partir del mes de agosto de 2012 el nivel de cobertura del sistema de dependencia cae abruptamente como consecuencia de la aplicación práctica de las reformas legales aprobadas por el gobierno central en el Real Decreto Ley 20/2012³ que, en esencia, establecía una reducción de las intensidades de buena parte de las prestaciones (principalmente en el número de horas de atención del servicio de ayuda a domicilio y la cuantía de las prestaciones económicas de cuidado familiar); modificaba la categorización utilizada para medir la gravedad de las situaciones de dependencia manteniendo los grados pero suprimiendo los niveles lo que, unido a lo anterior, abre la puerta a una revisión de los Programas Individuales de Atención (PIA) de cada beneficiario con el objeto de reducir las

prestaciones efectivas a las que tiene derecho; reducía las cuantías económicas destinadas al nivel mínimo de financiación del sistema e intentaba paliar una parte de esta merma de financiación pública con un incremento de los niveles de copago de los beneficiarios. Todo ello debe entenderse unido al efecto derivado del Real Decreto Ley 20/2011⁴ que imponía una moratoria en la entrada en vigor del calendario original de coberturas de los dependientes moderados y leves previsto en la Ley de dependencia y que, aunque en un primer momento no tuvo un impacto inmediato sobre los resultados del SAAD debido al elevado número de personas con derecho reconocido pero en lista de espera de realizarles el PIA, sin duda comenzará a tenerlo una vez se haya reducido dicha lista de espera.

³ Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

⁴ Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.

La justificación última de esta reforma ha sido la de utilizar la reducción de la financiación pública que hasta ahora tenía el SAAD para ayudar a reducir el déficit público del conjunto del Estado. La aplicación práctica de todas las medidas antes descritas ha supuesto que el Estado central ha pasado de transferir una financiación anual del entorno de 2.000 millones de euros en el año 2010 (cuando se financiaban un total de 560.350 prestaciones) a transferir 1.246 millones de euros en 2013 (cuando se han financiado 959.903 prestaciones).

La adopción de estas medidas por parte del gobierno central y el hecho de que casi todas las Comunidades Autónomas se hayan sumado a esta línea de recorte en prestaciones, bien por convencimiento o por cualquier otra causa, ha supuesto una quiebra evidente en la orientación original que se había dado en los primeros años de implantación del Sistema de Dependencia, y necesariamente ello ha contribuido a una reducción significativa del nivel de cobertura del sistema, del número de prestaciones de servicios y la intensidad de las mismas y, por extensión, de la actividad económica y el empleo asociado a ello.

Respecto del comportamiento que ha registrado el empleo atendiendo a la prestación de servicio profesional concreta que lo ha generado también se aprecian elementos que vienen a reforzar la línea de tendencia que hemos visto.

3. EL IMPACTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADO FAMILIAR.

Pero con carácter previo conviene que nos detengamos un momento a estudiar el efecto que el elevado volumen de prestaciones eco-

nómicas de cuidado familiar reconocidas ha tenido a la hora de explicar el incumplimiento de las previsiones de generación de empleo que originalmente se habían hecho.

Pese a que la Ley 39/2006 establecía este tipo de prestaciones como "excepcionales", ya hemos visto que en la práctica no han sido tales. En una primera etapa, entre 2008 y 2010, la atención que ofrecía el Sistema de Dependencia se dio a partes iguales mediante prestaciones de servicios profesionales y prestaciones económicas, tal y como hemos visto en el gráfico anterior. Y no fue hasta el año 2011 cuando comienzan a operarse sobre el sistema algunos cambios de tendencia a este respecto y el total de prestaciones de servicios comienza a despegarse ligeramente del de prestaciones económicas de cuidado familiar, si bien todavía presentan un volumen elevadísimo. Indudablemente el hecho de que la mitad de las prestaciones que se hayan reconocido hayan sido de este tipo necesariamente ha limitado la capacidad de generación de empleo que inicialmente se previó para el SAAD y que en el Libro Blanco de la Dependencia se cuantificó en 300.000 nuevos empleos una vez estuviese totalmente implantado el sistema.

Son varias las causas que pueden ayudar a explicar el elevado número de prestaciones económicas de cuidado familiar y probablemente sea la conjunción de todas ellas las que lo hagan de forma integral.

De un lado opera el hecho sociológico de que actualmente subsiste aún una cierta demanda social de este tipo de prestaciones. Antes de la puesta en marcha de la cobertura pública que ofrece el SAAD este ámbito de protección social venía siendo cubierto en gran medida por

la acción solidaria de las familias y especialmente de las mujeres de una cierta edad que en buena parte de los casos se encontraban fuera del mercado laboral y desde sus respectivos roles de madres, hijas, esposas, etc. se han venido ocupando de sus familiares en situación de dependencia. La existencia de esta red familiar, el fuerte condicionamiento cultural que todavía existe y la ausencia de una red suficiente de servicios profesionales que sirvan de verdadera alternativa coadyuvan a mantener esta situación que la propia Ley 39/2006 tiene como objetivo modificar.

De otro lado han operado elementos que tienen que ver con la oferta de este tipo de prestaciones desde las administraciones públicas. En gran medida movidas por el evidente diferencial de costes que existe entre una prestación económica (tres veces más barata) que un servicio profesional, no pocas administraciones han utilizado diversos métodos (ausencia de una oferta suficiente de red de servicios profesionales, regulaciones del copago que disuadían de la solicitud de servicios, etc.) que en la práctica han permitido extender su utilización mucho más allá de lo que podría considerarse como algo "excepcional".

En este sentido también ha operado el propio modelo de financiación. Recordemos que la principal fuente de financiación del sistema habilitada desde el Estado central es la que se transfiere en concepto de nivel mínimo de fi-

nanciación, y ésta se establecía como una cuantía fija por grado de dependencia reconocido a cada beneficiario atendido, sin tener en cuenta el diferencial de costes que existe entre un tipo de prestaciones y otros. Ello ha supuesto en la práctica que el diferencial de entre las cuantías que debían aportar a partes iguales la administración central y autonómicas, más la aportación del usuario en forma de copago, y el coste efectivo de las prestaciones corría a cargo de la Comunidad Autónoma, responsable en última instancia del reconocimiento de la prestación. Esta situación ha llevado a la paradoja de que las administraciones que han apostado por una protección ajustada al mandato de la Ley 39/2006, en base prioritariamente a servicios profesionales, se veían "peor tratadas" en términos de financiación que aquellas otras que lo han basado prioritariamente sobre prestaciones económicas de cuidado familiar. Si además tenemos en cuenta que las cuantías transferidas en concepto de nivel mínimo por el Estado central más la aportación media del usuario en forma de copago cubría la mayoría del coste originado por una prestación económica de cuidado familiar, en algunos casos estamos hablando de que este tipo de prestaciones se han estado reconociendo con un coste efectivo casi inexistente para algunas administraciones autonómicas. No obstante, este sistema de financiación del nivel mínimo ha sido modificado en este punto desde 2014⁵, si bien las modificaciones operadas son aún demasiado limitadas y, además, se verán especialmente atenuadas por

⁵ El RD 1050/2013 por el que se regula el nivel mínimo de financiación del SAAD establece que las cuantías que el Estado central transfiera en este concepto a partir de 2014 en adelante se calcularán en un 90% por una cuantía fija determinada en función del grado de dependencia reconocido al beneficiario efectivamente atendido, y el 10% restante se calculará en función del volumen general que sobre el total de prestaciones reconocidas por una administración autonómica suponga las prestaciones de servicios; estos porcentajes irán reduciéndose y aumentándose respectivamente a razón de un 10% en cada ejercicio, de modo que, por ejemplo, en 2015 la cuantía fija supondrá el 80% y la variable el 20%, y así sucesivamente hasta que en 2017 la cuantía fija se sitúe en el 60% y la variable en el 40%. Sin embargo, esta nueva, aún corrigiendo en parte la deficiencias que el anterior sistema tenía, no termina de resolverlas ya que no estamos ante un verdadero sistema que tenga en cuenta el diferencial de costes de la prestación efectiva que recibe el beneficiario, sino tan sólo una referencia genérica que se establece sobre el volumen global de servicios reconocidos en un territorio dado.

la reducción generalizada de las cuantías desde el año 2012, por lo que no es previsible que este cambio termine suponiendo un cambio sustancial de la situación que hemos descrito.

4. EL EMPLEO GENERADO.

Con carácter previo al análisis cuantitativo del empleo que se ha podido generar alrededor de los servicios de atención a la dependencia debemos señalar que en el ya citado Acuerdo de Consejo Territorial de noviembre de 2008 para la acreditación de centros y servicios de atención a la dependencia se establece como requisito a exigir a las entidades que prestan este tipo de servicios el cumplimiento

de unas ratios mínimas de plantilla, lo que sin duda ha ayudado a la creación de empleo que hemos mencionado.

En concreto el requisito se establece para los servicios de centro residencial y su concreción varía en función de la tipología del centro y del grado de dependencia de los usuarios del mismo. Así, se establece un doble requisito: de un lado ratio global en la que se debe computar toda la plantilla de los centros, y otra ratio específica para las categoría de cuidador, gerocultor o similar que son sobre las que se asienta la atención directa, según se muestra en los cuadros siguientes:

Ratios globales de plantilla exigibles en 2011

Tipología de centro	Media	Ratio global exigible a partir de 2011 exigible Grado II	Ratio global exigible a partir de 2011 exigible Grado III
Residencia Mayores dependientes	0,41	0,45	0,47
Centro de día y de noche Mayores de...	0,23	0,23	0,24
Residencia P. discapacidad física	0,57	0,61	0,64
Residencia P. discapacidad intelectual...	0,52	0,60	0,63
Centro de día y de noche p. d. física	0,28	0,29	0,30
Centro de día y de noche p. d. intelectual	0,29	0,30	0,32

Ratios específicos para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar

Tipología de centro	Ratio exigible a partir de 2011 para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar GRADO II	Ratio exigible a partir de 2011 para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar GRADO III
Residencia Mayores dependientes	0,27	0,28
Centro de día y de noche Mayores de...	0,14	0,15
Residencia P. discapacidad física	0,42	0,44
Residencia P. discapacidad intelectual...	0,42	0,44
Centro de día y de noche p. d. física	0,12	0,13
Centro de día y de noche p. d. intelectual	0,18	0,19

Volviendo a la cuestión de la generación de empleo derivado de las prestaciones de servicios profesionales, podemos desagregar los mismos en las dos grandes ramas de actividad que los integran: servicios en centros residenciales y servicios sociales sin alojamiento.

Atendiendo a este análisis, comprobamos cómo el reconocimiento de prestaciones de cada uno de estos tipos de prestaciones a lo largo del tiempo ha presentado un perfil similar si bien distinto en cuanto a número.

Evolución número prestaciones servicios atención dependencia SAAD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SISAAD.

En la primera etapa que va desde 2008 hasta agosto de 2012, ambos sectores de actividad experimentaron un importante crecimiento en el número de prestaciones que el SAAD reconoció en cada uno de ellos.

En el caso de los servicios de centro residenciales se pasó del reconocimiento de algo menos de 19.000 prestaciones a finales de 2008 hasta las más de 126.000 que registraba a mediados de 2012. Obviamente no podemos afirmar que la totalidad de este incremento en el número de prestaciones vinculadas a centros residenciales corresponde a personas que han accedido a estos servicios con motivo de la puesta en marcha de la Ley 39/2006, ya que antes de su entrada en vigor este sector de actividad contaba con una importante implantación. En realidad una parte considerable de este incremento en el número de prestaciones registradas corresponde a situaciones de dependencia que antes se encontraban atendidas en el marco de los servicios sociales tanto públicos como privados y que, a partir de la implantación del SAAD, se han ido incorporando a la cobertura pública del mismo. Pero incluso reconociendo este hecho indiscutible, no es menos cierto que una parte tampoco desdeñable de las nuevas prestaciones reconocidas corresponden a personas que se han incorporado por primera vez a estos servicios, tal y como apunta el hecho de que el empleo vinculado a los mismos se haya incrementado en el mismo periodo de una manera considerable.

Por su parte, los servicios sociales sin alojamiento se han incrementado en el mismo periodo con mucha mayor intensidad. El conjunto de estas actividades⁶ han pasado de suponer

en el SAAD aproximadamente 10.000 prestaciones a finales de 2008 a más de 345.000 a mediados de 2012. En este caso, el aumento registrado en estos servicios es consecuencia en mayor medida de la puesta en marcha del Sistema de Dependencia, ya que este tipo de prestaciones tenían un nivel previo de implantación bastante menor que el de la asistencia residencial.

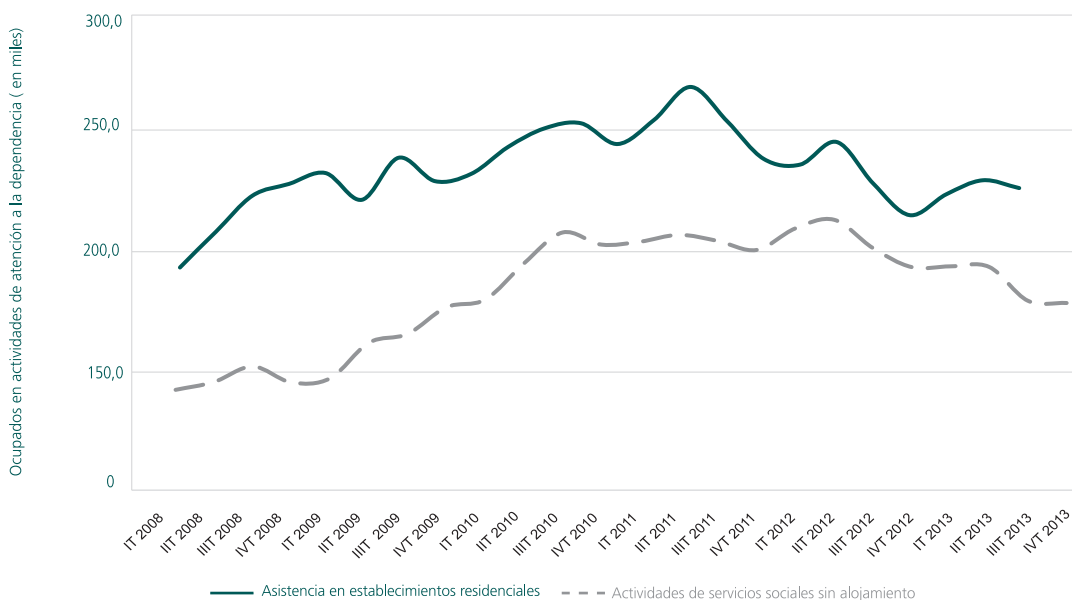
A la hora de establecer el empleo generado por estas prestaciones de servicios debemos tener en cuenta el hecho de que ambos sectores de actividad tienen características propias que determinan su contribución en la creación de empleo.

De este modo, por ejemplo, los servicios residenciales si bien han crecido en un número inferior a los servicios sin alojamiento, sin embargo han sido capaces de generar más empleo por cuanto son intensivos en mano de obra y, además, la normativa que regula la acreditación de las empresas que operan en los mismos tiene establecidos un requisito mínimo de ratio de plantilla que han de cumplir.

Por su parte, los servicios sociales sin alojamiento no han desarrollado en su normativa regulatoria ningún tipo de requisito relacionado con la ratio mínima de plantilla que deben ofrecer para garantizar el estándar de calidad mínimo. Y, del mismo modo, estas prestaciones suelen registrar intensidades de atención (medida en número de horas diarias o mensuales de atención) muy inferiores a la que ofrecen los servicios profesionales, por lo que no cabe entenderlos tan intensivos en mano de obra como los primeros.

⁶ Se incluyen bajo este epígrafe genérico los servicios de prevención, teleasistencia, centro de día y/o noche, ayuda a domicilio y asistente personal.

Evolución del empleo en los Servicios de atención a la Dependencia



Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

Todo lo anterior explica cómo pese a la evidente disparidad en el número de prestaciones reconocidas en ambos sectores de actividad, mucho mayor en el caso de los servicios sociales sin alojamiento, sin embargo el mayor volumen de empleo se concentra todavía en los servicios de centros residenciales, aunque el crecimiento relativo registrado en los primeros haya sido muy considerable.

En los momentos de mayor cobertura de atención ofrecida por el SAAD, los servicios de centro residenciales habían registrado un aumento de sus plantillas de más de 86.000 empleos netos respecto del momento de puesta en marcha del Sistema, lo que supone un incremento de más del 45%; del que, sin embargo una vez producidos las reformas legislativas de 2012 se ha perdido más de la mitad del empleo generado.

En la actualidad, a finales de 2013, el volumen de empleos que se concentra en el sector

de servicios residenciales es de unos 226.800 personas, lo que supone que, pese a los recortes, el sector todavía presenta un crecimiento superior al 20% respecto del empleo que registraba antes de la puesta en marcha del Sistema de Dependencia.

En lo referido a servicios sociales sin alojamiento, el aumento de las plantillas de las empresas que los prestan ha supuesto la generación de más de 81.000 puestos de trabajo netos en la primera etapa de implantación del SAAD, lo que supone un crecimiento en el sector superior al 57%; de los que, lamentablemente, también se han destruido cerca de la mitad desde las reformas legislativas impuestas en 2012.

En la actualidad, los servicios sociales sin alojamiento dan empleo a 183.300 personas, lo que supone que todavía conserva un crecimiento superior al 29% respecto de la situación previa a la puesta en marcha del Sistema

de la Dependencia en la que precisamente este tipo de servicios partía de una más baja implantación.

Por último, debemos destacar el hecho de que una característica compartida por todos los servicios de atención a la dependencia es el perfil marcadamente feminizado de las plantillas que prestan estos servicios. En el caso de los centros residenciales el 86% de los profesionales que trabajan en el sector son mujeres, mientras que el porcentaje alcanza el 88% en el caso de los servicios sociales sin alojamiento.

5. LA CALIDAD DEL EMPLEO.

Aunque hay varios indicadores que pueden ayudarnos a establecer la calidad del empleo generado, en este caso nos centraremos en la duración de los contratos, el tipo de jornada y la formación y cualificación que tienen los profesionales de cada tipo de servicio. Todos ellos resultan básicos desde la perspectiva calidad del empleo-calidad de atención que nos interesa señalar en nuestro análisis, y nos permite establecer la estabilidad en el empleo y la intensidad de atención que cabe ofrecer.

En lo que respecta al tipo de contrato utilizado para la conformación de las plantillas que prestan los servicios es muy mayoritario el contrato indefinido, no apreciándose diferencias de género a este respecto.

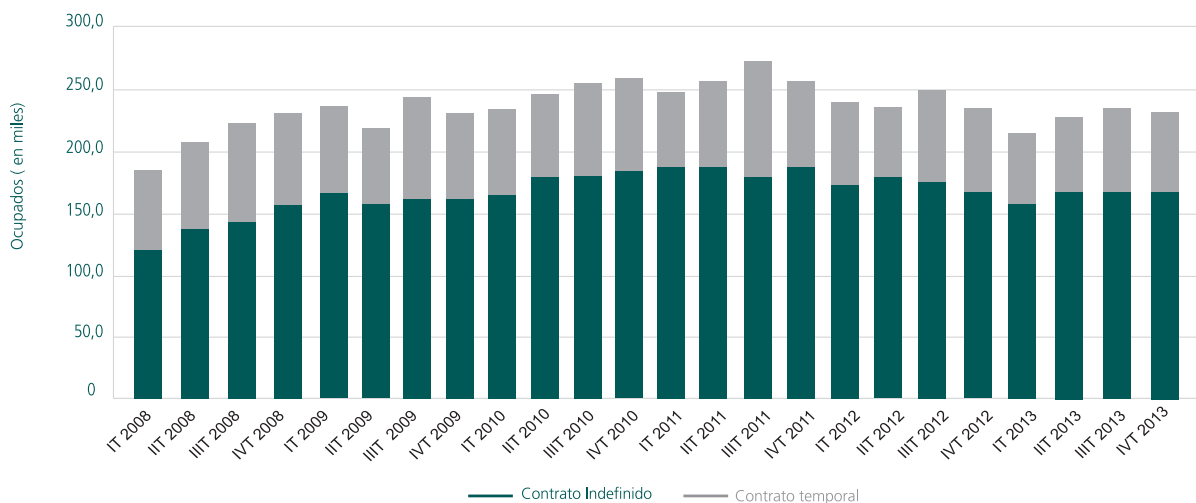
La estabilidad en el empleo sin embargo es bastante más alta en el caso de los servicios relacionados con establecimientos residenciales, donde el 76% de las plantillas tienen un con-

trato indefinido, mientras que en el caso de las actividades de servicios sociales sin alojamiento este porcentaje alcanza al 69% del total de trabajadores asalariados.

No obstante, como hemos podido comprobar en las gráficas de apartados anteriores, el perfil de creación de empleo que muestran estos servicios registra un comportamiento cíclico dentro de cada anualidad que es especialmente acusado en el caso de los servicios residenciales. En concreto se observa un aumento del número de personal asalariado coincidiendo con el tercer trimestre de cada ejercicio, el que incluye los meses de verano que van de julio a septiembre. Dicho incremento en las plantillas se suele realizar mediante contratación temporal y parece tener como objetivo cubrir los periodos de vacaciones del personal indefinido.

Todo apunta a que dicho incremento en el empleo se explica fundamentalmente por la necesidad de cubrir la atención en los periodos vacacionales de una parte de plantilla, ya que no se registra un aumento significativo de las prestaciones reconocidas en esos periodos que pudiera interpretarse derivado de la utilización del recurso como "servicio de respiro". En este sentido la oferta del servicio de respiro está todavía claramente infrautilizada cuando no directamente obviada.

Composición del empleo en Establecimientos Residenciales (tipo de contrato)

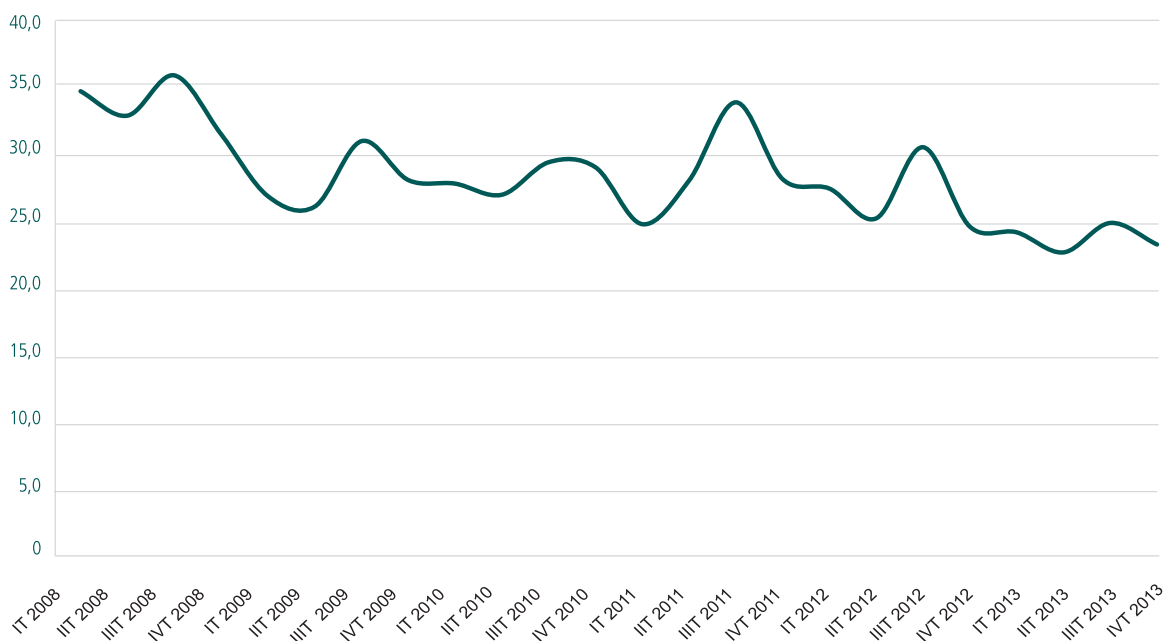


Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

Otro elemento destacable a este respecto es que a pesar de que el crecimiento en el empleo se ha dado en términos absolutos tanto en el empleo indefinido como en el temporal, éstos

últimos han visto reducido su peso relativo respecto del total, más allá de su utilización puntual coincidiendo con los periodos estivales de cada ejercicio.

Tasa de temporabilidad en los Servicios de Centro residencial

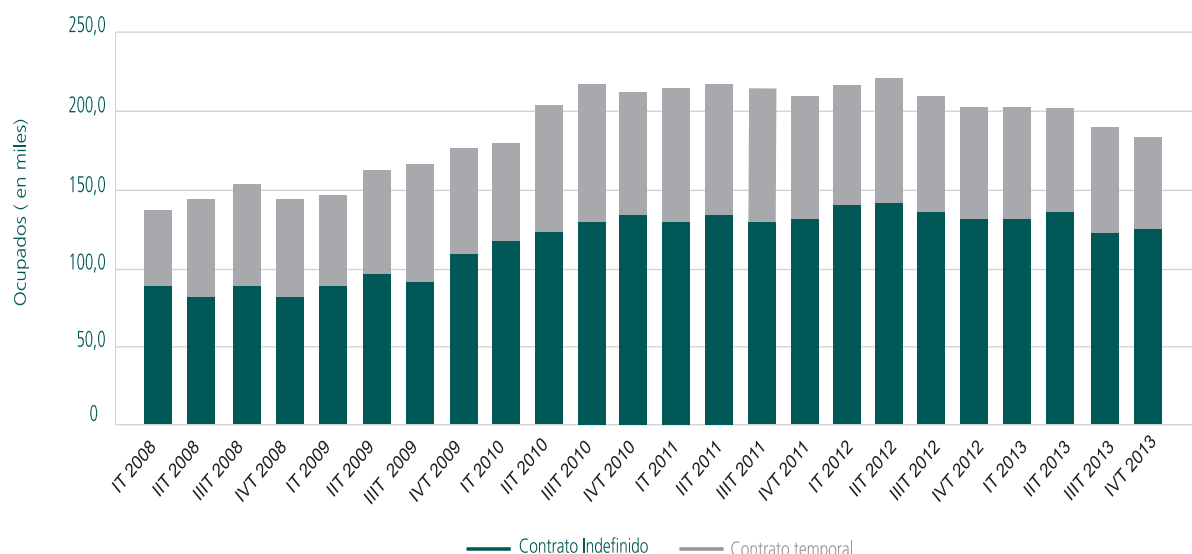


Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

En el gráfico anterior se advierte cómo la tasa de temporalidad en los centros residenciales se ha venido reduciendo de forma constante y continuada en 11 puntos porcentuales, pasando de suponer el 35% en 2008 a algo menos del 24% en 2013. Así, la tasa de temporalidad que se registra en esta rama de actividad se sitúa en la media del conjunto de la economía de nuestro país.

Por su parte, los servicios sociales sin alojamiento muestran un perfil de temporalidad algo más abultado, situado en un principio en el entorno del 45% durante los primeros momentos de implantación del sistema y que, no obstante, ha mostrado un comportamiento tendente a su reducción igual que el se ha dado en los servicios residenciales.

Composición del empleo en Servicios sociales sin alojamiento (tipo de contrato)

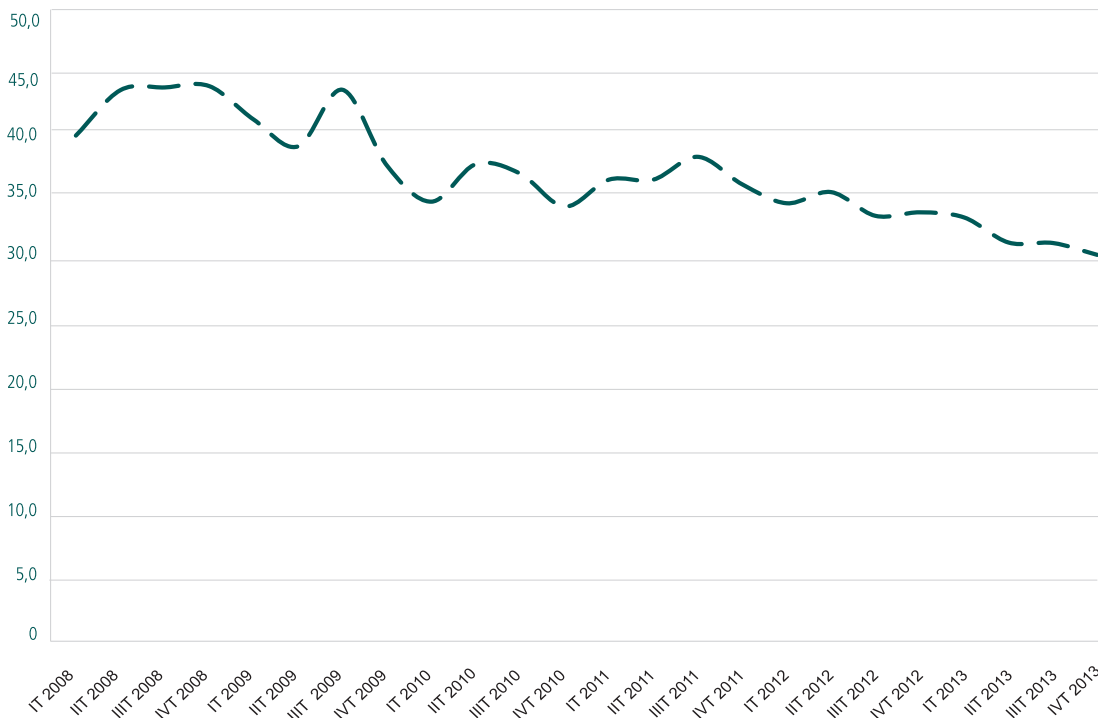


Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

En este caso, los servicios sociales sin alojamiento han reducido su tasa de temporalidad en prácticamente 15 puntos porcentuales desde que comenzó la puesta en marcha del

sistema hasta hoy. También en este caso la reducción se ha producido de forma constante y paulatina durante toda la implantación del sistema.

Tasas de temporalidad en los Servicios Sociales sin alojamiento



Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

En los primeros meses de 2008 la tasa de temporalidad en esta actividad llegó a situarse en el 45% del total de las personas empleadas en ella hasta poco más del 30% al cierre del año 2013, lo que la sitúa en esta rama de actividad ligeramente por encima de la media del conjunto de la economía española.

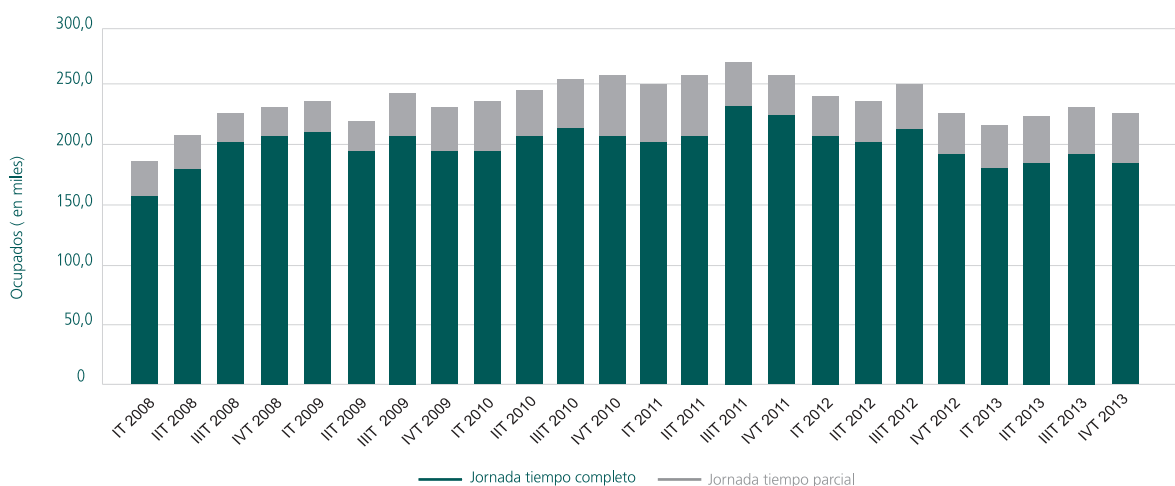
El segundo elemento que tomaremos en cuenta para ayudar a establecer la calidad del empleo en el sector es el tipo de jornada en la que se prestan los servicios. A este respecto destacan en todos los casos la utilización mayoritaria de las jornadas a tiempo completo sobre las de tiempo parcial, sin que tampoco en este punto se aprecien diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, aún dentro de la mencionada preponderancia de las jornadas a tiempo completo, la estabilidad laboral en este sentido es bastante más alta en el

caso de los establecimientos residenciales.

Si atendemos a la situación que muestra el sector en la actualidad, dentro de la asistencia en establecimientos residenciales el porcentaje de plantillas que prestan servicio a jornada completa supera el 83%, mientras que en el caso de servicios sociales sin alojamiento se sitúa en el entorno del 60%. También en este indicador se observa una tendencia al empeoramiento en ambas ramas de actividad, si bien con ritmos y alcances claramente diferentes.

En el caso de los establecimientos residenciales, el porcentaje de plantillas que prestaban servicio a jornada parcial ha sido siempre una clara minoría aunque a lo largo del tiempo se registra una ligera pero sostenida tendencia al incremento del peso relativo del tiempo parcial.

Composición del empleo en Establecimientos Residenciales (tipo de jornada)

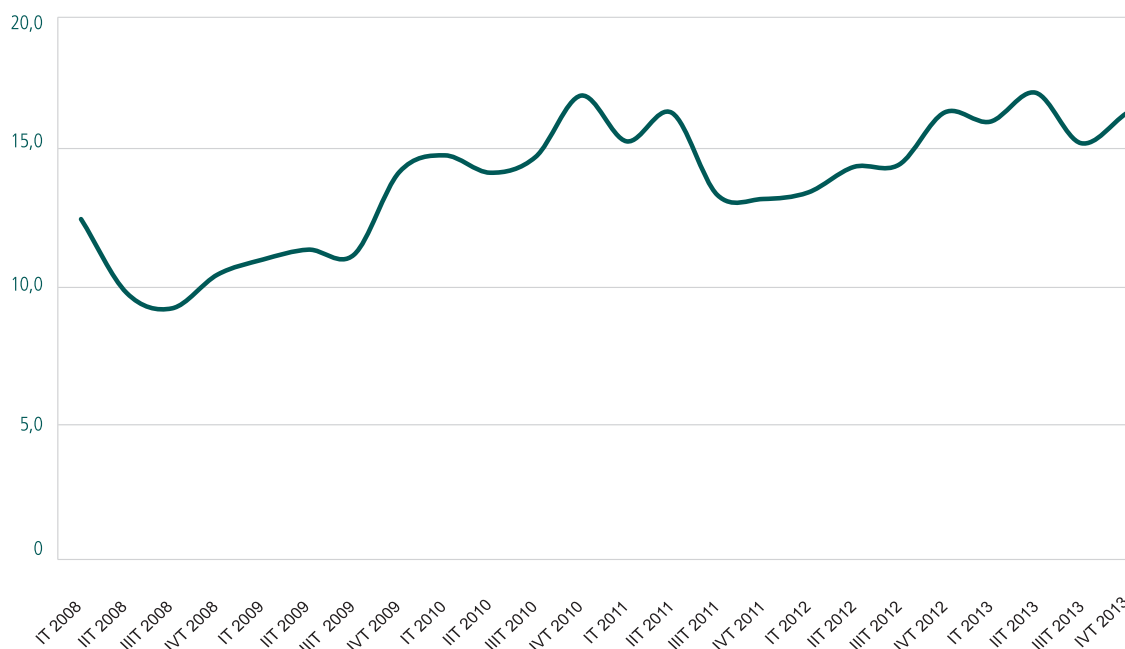


Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

El peso relativo de los contratos a tiempo parcial ha crecido en prácticamente 7 puntos porcentuales a lo largo del tiempo. En 2008 la tasa de tiempo parcial en los servicios residenciales se situaba en una horquilla del 10-12%

incrementándose progresivamente hasta alcanzar la registrada en 2013 en el entorno 15-17%, lo que la sitúa en la media del conjunto de la economía de nuestro país.

Tasas de contrato a tiempo parcial en los Servicios Residenciales



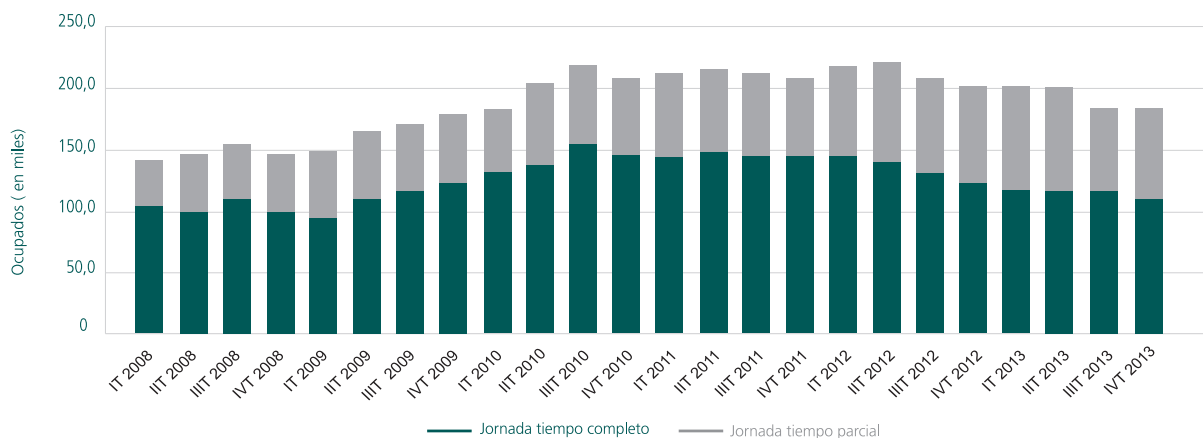
Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

La evolución que ha presentado la importancia del tiempo parcial en los centros residenciales ha seguido un patrón de crecimiento constante, aunque moderado. Si bien este perfil, coincidiendo con la última fase de la etapa de crecimiento en el empleo (entre 2011 y 2012) ha registrado un episodio en el que temporalmente se ha llegado a reducir y consolidar la reducción durante algunos trimestres, finalmente la destrucción de empleo producida en

la segunda etapa de implantación del sistema ha vuelto a relanzar la tasa de temporalidad en estos servicios.

Por su parte, los servicios sociales sin alojamiento registran una presencia de contratos a tiempo parcial muy superior.

Composición del empleo en Servicios Sociales sin alojamiento (tipo de jornada)

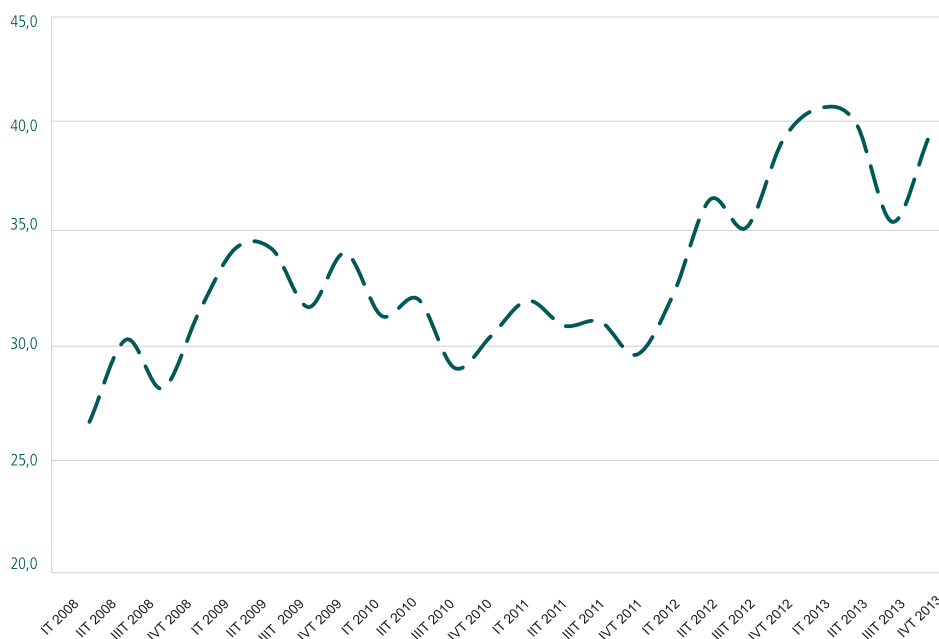


Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

Los servicios sociales sin alojamiento partían de un volumen previo de contratos a tiempo parcial muy pronunciado que se situaba en 2008 en el entorno del 27% y que ha llegado a

situarse en el entorno del 40% en 2013, lo que coloca a este sector de actividad con una tasa de parcialidad que más que duplica la media del conjunto de la economía (16%).

Tasa de contratos a tiempo parcial en los Servicios Sociales sin alojamiento



Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA.

En este caso el patrón de comportamiento que presenta esta rama de actividad coincide en parte con el descrito en el caso de centros residenciales. Los servicios sociales sin alojamiento durante la primera etapa de implantación del sistema, en el momento en el que se produce el grueso del crecimiento del empleo neto, registran un incremento inicial de la parcialidad muy rápido que sin embargo tiende a reducirse paulatinamente desde 2009 hasta 2012. Sin embargo, en este caso, a partir de ese momento, justo cuando además el empleo comienza a decrecer, la tasa de parcialidad se dispara.

Así pues, podemos entender que en los servicios sociales sin alojamiento, en la última etapa además de registrarse una caída de empleo neto se está incrementando el peso relativo de los contratos a tiempo parcial. En conclusión podemos afirmar que además de la pérdida de empleo se está produciendo una sustitución de

contratos a jornada completa por otros a tiempo parcial.

6. EL RETO DE LA CUALIFICACIÓN.

Como ya se ha mencionado antes, en lo que respecta a la formación y cualificación de los profesionales que prestan los servicios de atención a la dependencia debemos mencionar que el Acuerdo de Consejo Territorial del SAAD sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de fecha 27 de noviembre de 2008 (BOE 17 de diciembre de 2008).

En dicha norma se establece la necesidad de que se desarrolle una cualificación específica para los perfiles profesionales de atención directa que en el momento de la puesta en marcha del SAAD no la poseían; en concreto de las categorías de Cuidador, Gerocultor o

categorías profesionales similares, así como la de Asistentes personales y Auxiliares de Ayuda a Domicilio. Y se establece asimismo el requisito de que en unos plazos temporales concretos las empresas acrediten que sus plantillas cuentan con dicha cualificación. Todo ello como garantía de que la atención que se presta en el marco de los servicios profesionales de atención a la dependencia tiene un nivel de calidad adecuado.

En lo tocante a la cualificación los posteriores desarrollos normativos han terminado estableciendo que en el caso de las categorías profesionales de cuidador, gerocultor o similar la cualificación requerida es la de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia establecido por el RD 1593/2011, de 4 de noviembre⁷, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería establecido por el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril (BOE de 5 de junio) o, en su caso, el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, regulado por el RD 1379/2008, de 1 de agosto (BOE de 9 de septiembre).

Para tener una idea más clara la atención que se posibilita con esta cualificación, podemos señalar que las unidades de competencia que se exigen a estos profesionales son las siguientes:

- Preparar y apoyar las intervenciones de atención a las personas y a su entorno en el ámbito institucional indicadas por el equipo interdisciplinar.
- Desarrollar intervenciones de atención física dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.

- Desarrollar intervenciones de atención socio-sanitaria dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.

- Desarrollar intervenciones de atención psicosocial dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.

Por su parte, las categorías profesionales de Asistente personal y Auxiliar de Ayuda a domicilio o similares la cualificación requerida son las mismas titulaciones técnicas que las exigidas en el caso de los Gerocultores o similares o, en su caso, el Certificado de profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, regulado por el RD 1379/2008, de 1 de agosto (BOE de 9 septiembre).

Del mismo modo, las unidades competenciales que se exigen a estos profesionales son:

- Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria.
- Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria.
- Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y funcionamiento de la unidad convivencial.

Respecto de los plazos temporales establecidos para que las empresas tengan debidamente acreditada la cualificación de sus plantillas, se estableció el requisito del 35% para el año 2011 y del 100% para el año 2015.

La acreditación de las plantillas se realiza mediante la correspondiente convocatoria pública en la que la administración competente,

⁷ Este título sustituye al de Técnico de Atención Sociosanitaria, establecido por el RD 496/2003, de 2 de mayo (BOE de 24 de mayo) que fue regulado en su día.

generalmente la Comunidad Autónoma aunque también el Estado central puede ejercer como tal, supervisa el cumplimiento del requisito. En este sentido se ha establecido un procedimiento regulado en el RD 1224/2009 de 17 de julio, de procedimiento de acreditación de competencias profesionales adquiridas por la experiencia laboral.

Como hemos señalado, existe la posibilidad de que un trabajador acredite que reúne la cualificación señalada mediante la obtención del correspondiente título, aunque lo cierto es que en estos perfiles profesionales suele darse con mucha frecuencia la necesidad de recurrir al correspondiente certificado de profesionalidad.

Aunque se ha realizado un evidente esfuerzo para facilitar la acreditación de la cualificación de las plantillas de estos servicios todavía existe un número importante de trabajadores que carecen de la acreditación correspondiente. Los datos disponibles en abril de 2014 señalan que las convocatorias realizadas por las Comunidades Autónomas hasta esa fecha han sido de 47.713 plazas en las convocatorias realizadas por el procedimiento de acreditación de la experiencia laboral (24.394 en atención en domicilio, y 23.699 en atención residencial), y 29.960 por el procedimiento de acreditación por formación (18.729 en atención en domicilio, 11.231 en atención residencial)⁸. En el siguiente cuadro puede observarse la distribución geográfica de las mismas:

Procesos de Acreditación (hasta abril 2014)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Convocatorias por vía EXPERIENCIA			Convocatorias por vía FORMACIÓN		
	Atención S.S dependencia en domicilio	Atención S.S dependencia en instituciones	TOTAL	Atención S.S dependencia en domicilio	Atención S.S dependencia en instituciones	TOTAL
Andalucía	10.760	5.530	16.290	157	416	573
Aragón	300	1.740	2.040	1.379	2.688	4.067
Asturias	837	662	1.499	235	435	670
Baleares	208	600	808	833	683	1.516
Canarias	450	450	900	1.108	965	2.073
Cantabria	284	250	534	122	300	422
Castilla y León	1.224	1.401	2.625	82	191	273
Castilla-La Mancha	1.293	1.800	3.093	64	549	613
Cataluña	3.050	4.468	7.518	163	506	669
Comunidad Valenciana	0	800	800	6.181	281	6.462
Extremadura	600	910	1.510	6.411	2.348	8.759
Galicia	3.169	2.542	5.331	371	515	886
Madrid	0	0	0	548	144	692
Murcia	359	386	745	275	248	523
Navarra	300	330	630	107	313	420
País Vasco	1.350	1.500	2.850	398	27	425
Rioja	90	210	300	260	283	543
Ceuta y Melilla	120	120	240	35	339	374
TOTAL	24.394	23.699	47.713	18.729	11.231	29.960

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Servicio Público de Empleo Estatal

⁸ Además de las convocatorias realizadas por las Comunidades Autónomas debemos señalar las casi 30.000 acciones formativas relacionadas con la obtención de la acreditación de la experiencia profesional en las ramas de atención a la dependencia que la Fundación Tripartita para la formación en el empleo certifica que ha realizado hasta 2012.

Como se aprecia en el cuadro anterior, el nivel de convocatorias que se ha producido hasta el momento es claramente insuficiente. De hecho algunos territorios, caso de la Comunidad de Madrid, no han realizado aún ninguna convocatoria de la acreditación de la experiencia profesional para ninguno de los servicios o, caso de la C. Valenciana, no lo ha hecho en el caso de los servicios sociales sin alojamiento. En la parte opuesta se sitúan otras como Andalucía o Aragón en las que se han realizado varias.

Son las Comunidades Autónomas quienes ostentan con carácter preferente (que no único)⁹ la competencia para realizar las convocatorias de acreditación, y ninguna de ellas ha optado por realizar una convocatoria abierta y permanente por lo que en cada ocasión se están realizando convocatorias limitadas a un plazo temporal concreto y a un número determinado de plazas, siempre insuficiente. La justificación para ello suele ser por insuficiencia presupuestaria y un elemento "preventivo" frente al riesgo de que una Comunidad Autónoma se pudiese ver "desbordada" ante una posible avalancha de solicitudes de trabajadores residentes en territorios limítrofes en los que no se producen convocatorias.

Otro elemento de dificultad lo encontramos en la insuficiente oferta formativa orientada a la consecución de los correspondientes certificados de profesionalidad. La Fundación Tripartita para el empleo (que gestiona el grueso de la formación profesional en las empresas) cifra en casi 30.000 las acciones formativas realizadas hasta 2012 relacionadas con la obtención de la acreditación de la experiencia profesional en las ramas de atención a la dependencia.

Además de las cuestiones relacionadas con la insuficiencia cuantitativa en las convocatorias autonómicas cabe también señalar las de naturaleza cualitativa. En este sentido, por ejemplo, destacan tres fenómenos.

De un lado la utilización de procedimientos diferentes en las respectivas convocatorias autonómicas más allá del respeto a las tres fases genéricas establecidas en el reglamento estatal (orientación, evaluación y acreditación), lo que lleva a la complejización de procedimientos, alarga los plazos de resolución y limita la posibilidad de reducir costes, máxime cuando la mayoría de administraciones sufren escasez de personal asesor y evaluador.

Es trascendental el hecho de que la mayoría de territorios carecen de una planificación estratégica orientada a conseguir resolver sus necesidades de acreditación, aunque existen excepciones como la de Aragón que sí lo han desarrollado. Más aún, no todas las CCAA han elaborado un mapa de necesidades pormenorizado.

Y, finalmente, hemos de destacar las diferencias que existen a la hora de establecer las modalidades de convocatorias. Mientras que algunos territorios optan por realizar convocatorias genéricas a las que puede concurrir cualquier persona, otras optan por realizar convocatorias específicas para colectivos/empresas/etc. en los que se ha identificado una necesidad de acreditación concreta.

Es obvio que esta información nos permite conocer qué cosas se han hecho y cómo orientarlas a asegurar el compromiso de cualificación-

⁹ El art. 10.6 del Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral establece los casos en los que la Administración General del Estado puede realizar convocatorias de carácter estatal.

calidad en los servicios profesionales, pero no es suficiente para determinar cuánto nos queda por hacer aún.

En este sentido resulta bastante difícil establecer el dato concreto de los profesionales que aún necesitan algún tipo de actuación para quedar debidamente acreditados (ya sean formativas, de orientación, evaluación o acreditación). Aunque el IMSERSO tiene constancia a fecha de abril de 2014 de la necesidad de acreditar al menos a unas 18.000 personas este dato sin duda es inferior al que realmente existe¹⁰. Para concretarlo habría que tener en cuenta el número de trabajadores que prestan servicio dentro de las categorías de atención directa objeto del requisito y descontar de ellas a quienes ya poseen un título o certificación profesional además de a quienes han iniciado el procedimiento por alguna de estas vías junto a quienes poseen la correspondiente titulación o formación y para las que bastaría con realizar una convocatoria de acreditación por la vía de la formación para quedar debidamente acreditadas. Una operación nada fácil.

En cualquier caso se trata de un elevado número de profesionales los que deben acreditarse en un breve margen temporal, por lo que habría que plantear algunas propuestas de actuación que fuesen más allá de la mera solicitud de una moratoria en el cumplimiento del requisito de tener debidamente cualificados a la totalidad de profesionales en 2015. De hecho, una moratoria por sí misma, sin la adopción de medidas adicionales orientadas a conseguir la adecuada cualificación de estos

profesionales, no serviría más que para rebajar el nivel de calidad de los servicios (aunque con ello también se redujeran los costes).

Dentro de las medidas que cabría estudiar, aunque obvia, está el hecho de que la referencia al año 2015 no está obligada normativamente a ninguna fecha concreta, por lo que cabría consensuarse la del 31 de diciembre, con lo que tendríamos 12 meses más para realizar acciones.

Obviamente es necesario establecer en cada territorio un diseño estratégico que contemple qué necesidades se tienen y con qué recursos cabe resolverlas.

El elemento de fondo que se percibe como fundamental a la hora de explicar la situación actual es el de la dificultad de financiación que presentan las administraciones autonómicas en esta materia. Para lograr superarla podría explorarse la posibilidad de establecer algún tipo de colaboración entre Estado central y Comunidades Autónomas; colaboración en la definición de objetivos, procedimientos y financiación de los costes. En este punto, creo sinceramente que sería más efectiva la colaboración entre administraciones que optar por una convocatoria unilateral de carácter estatal que vendría a generar ruido en un ámbito como el de la atención a la dependencia en el que más allá de la mera extensión de la protección social se pretende articular un nuevo modelo administrativo basado en la idea de competencias compartidas.

¹⁰ El dato en cuestión corresponde al grupo de trabajo constituido en el seno del Comité Consultivo del SAAD para estudiar la puesta en marcha de medidas que posibiliten el Acuerdo de Consejo Territorial de acreditación de centros y servicios, y ha sido elaborado por el IMSERSO a partir de datos remitidos por las Comunidades Autónomas y las organizaciones empresariales del sector. Sin embargo, el nivel de respuesta de las CC.AA al requerimiento del IMSERSO no ha sido tan alto como cabría esperar y han sido varias las CC.AA que no han contestado o lo han hecho de forma parcial, por lo que la cifra no cabe ser considerada como definitiva.

Del mismo modo sería conveniente la puesta en marcha de algún sistema de reconocimiento de oficio de las solicitudes de acreditación derivadas de la vía de la formación, es decir, en aquellas en las que la obtención de la acreditación se realiza fundamentalmente a través de la presentación de documentación acreditativa de los títulos oficiales o, en su caso, de la formación acreditada. Con ello se reduciría rápidamente el volumen de acreditaciones necesarias con un coste relativamente menor.

Para poner en valor los esfuerzos ya puestos en marcha pero inconclusos aún, sería también conveniente regular la posibilidad de que las empresas pudieran tener por cumplido de forma provisional el requisito de cualificación profesional de sus plantillas en los casos de trabajadores que, como consecuencia de encontrarse participando en el proceso de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia profesional, hayan obtenido una acreditación parcial acumulable de una o varias unidades de competencia aunque todavía no tengan completado el itinerario completo.

Caso aparte merecen las situaciones generalmente asociadas a trabajadoras del sector de auxiliar de ayuda a domicilio. Dado el perfil que presentan muchas de ellas (avanzada edad, bajo nivel educativo reglado, ubicación geográfica en zonas rurales con escasa red de formación disponible, etc.) sería conveniente estudiar la posibilidad de que en determinadas circunstancias muy tasadas (edad avanzada y larga trayectoria profesional demostrable) pudiese establecerse un procedimiento excepcional de habilitación profesional como se ha

hecho en circunstancias similares en otros colectivos del sector sociosanitario¹¹.

Por último, debe hacerse un esfuerzo en incrementar la oferta de formación profesional orientada a completar los posibles itinerarios formativos que cupiera plantearse en los procesos de acreditación de la experiencia profesional. En este sentido tanto las administraciones públicas como las organizaciones empresariales y sindicales de estos sectores de actividad deberían promover la dedicación de recursos para ello en los respectivos ámbitos en los que tienen incidencia.

7. CONCLUSIONES.

La Ley de Dependencia supone un cambio cualitativo en la forma de entender el sistema de protección social en nuestro país, por varios motivos. Desde la misma concepción de los ámbitos competenciales tradicionales entre Estado y Comunidades Autónomas (buena parte de los desajustes se deben a que todavía no se ha asentado la cultura del concepto de competencias compartidas), hasta la propia forma de establecer la protección que ofrece a las personas.

En este último aspecto la Ley de Dependencia supone una apuesta estratégica por la atención en base a servicios profesionales, lo que incluye la consideración de que son éstos quienes en mejor medida son capaces de garantizar una atención de calidad a las personas en situación de dependencia y, a la postre, permite utilizar la inversión pública realizada en su sostenimiento como motor de actividad económica y creación de empleo.

¹¹ Un referente en este sentido es el caso del transporte sanitario regulado en Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, en el que en su disposición transitoria segunda, establece una fórmula de habilitación similar a la que aquí se plantea.

Ambas cuestiones, atención profesional de calidad y activación económica y empleo, están presentes a lo largo de todo el texto legal de manera interconectada. Hasta el punto de que la propia Ley establece un binomio indisoluble entre calidad servicio-calidad del empleo de quienes lo prestan.

El sistema es fruto de la decisión política de ampliar los instrumentos públicos de protección social de una manera muy concreta, pero también de la necesidad que surge al ser conscientes de que la actual será la última generación capaz de cuidar de sus familiares dependientes sin una red profesional de apoyo (nuestras madres cuidaron de nuestros abuelos, pero nuestras hijas-hijos no podrán hacerlo con nosotros). Sólo en la medida en la que seamos capaces de construir esta red de cuidados profesionales antes de que se produzca el cambio demográfico seremos capaces de evitar situaciones de abandono y desprotección (como, por otra parte, ya se produjeron, aunque minoritariamente, coincidiendo con el último ciclo económico expansivo que nos llevó a cotas de casi pleno empleo).

La potencialidad de creación de empleo de este nuevo Sistema de Dependencia es evidente: estamos ante un sector intensivo en mano de obra, de improbable deslocalización y con una demanda creciente por efecto de la deriva sociodemográfica.

Obviamente, la concreción práctica de la norma es mejorable (muy mejorable). Pero aún con sus luces y sus sombras el Sistema de Dependencia ha sido capaz de generar entre 2008 y 2012 más de 167.000 puestos de trabajo netos. Y ello gracias a que en esta primera etapa de implantación hubo una apuesta de-

cidida de todas las administraciones (de diverso color ideológico) para ponerlo en marcha: una apuesta política y presupuestaria. Estos empleos han sido capaces de atender con una prestación efectiva a más de 780.000 personas en situación de dependencia, lo que sitúa el nivel de cobertura del sistema en un umbral más que considerable teniendo en cuenta que nos encontramos en la mitad del proceso de implantación y el universo potencial de atención es del entorno a 1,3 millones de personas.

Sin embargo, desde mediados de 2012 se ha entrado en una segunda etapa, marcada por la utilización del recorte presupuestario como instrumento al servicio de la reducción del déficit público, que en el caso de la atención a la dependencia ha supuesto una pérdida en la cobertura que ofrece el Sistema y una reducción en la intensidad de las prestaciones de servicios, especialmente relevante en aquellos que no implican alojamiento. El resultado de todo ello sobre el empleo ha sido la pérdida de la mitad de los puestos de trabajo que se había generado hasta entonces. Y, además una merma en la calidad del empleo que se mantiene, principalmente por la vía de la conversión de empleo a jornada completa en tiempo parcial.

Nos encontramos, además, ante el reto de garantizar la adecuada cualificación de los profesionales que prestan los servicios. Seguramente la cualificación profesional sea la figura que mejor sintetice el binomio calidad-atención calidad-empleo que impregna la filosofía con la que se concibió la Ley de Dependencia.

Paralelamente, el recorte hecho en la financiación pública ha pretendido ser cubierto con un incremento en la participación del beneficiario en los costes de las prestaciones (copago).

Pero la evidencia demuestra que los actuales beneficiarios del sistema de dependencia no pueden actuar como demanda solvente por sí misma, sin que medie el apoyo público (el caso moda de beneficiario es el de una mujer mayor de 80 años, viuda, cuya única fuente de ingresos es una pensión de viudedad del entorno de los 620 euros/mes). Si se pretendía utilizar una especie de "copago-familiar" encubierto por la vía de las prestaciones vinculadas a servicios, la crisis, el desempleo y la devaluación de los salarios lo ha hecho inviable. Hoy reducir la financiación pública implica reducir la cobertura, la intensidad de la protección y su calidad de las prestaciones de atención a la dependencia.

No diremos que estamos en una fase de desmontaje del Sistema de Dependencia, pero sí

en una en la que se ha pisado el freno e impera la mera inercia sin que haya ningún tipo de estímulo para que siga moviéndose. Y la inercia desemboca necesariamente en la paralización.

Que el Sistema de Dependencia (el actual o el que venga) va a ser un motor de actividad económica y creación de empleo en el futuro próximo es una cuestión fuera de lugar porque la deriva sociodemográfica lo hará inevitable. Qué clase de atención se preste, qué tipo de actividad económica (empresas que basen su cuota de negocio sobre la calidad y el valor añadido o sobre la mera reducción de precios) y qué tipo de empleo generará depende prioritariamente de las decisiones políticas que se tomen en el corto plazo.

LA PROTECCIÓN DE LOS MAYORES EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

ANTONIO J. ILLANA CONDE

Abogado socio del Bufete Luna y Asociados (Granada)

Ex Juez de lo Penal

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.

2. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO CIVIL.

- 2.1. Procesos de incapacitación.
- 2.2. Procesos de tutela.
- 2.3. Procesos de internamientos por trastorno psiquiátrico.

3. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO PATRIMONIAL.

- 3.1. El patrimonio protegido.
- 3.2. El contrato de alimentos.
- 3.3. La hipoteca inversa.
- 3.4. El derecho de habitación.

3.5. Referencia al derecho de sucesiones en materia de arrendamientos: vivienda y local de negocios.

4. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO PENAL.

- 4.1. Introducción.
- 4.2. La circunstancia de especial vulnerabilidad.
- 4.3. Medidas cautelares.
- 4.4. Prohibiciones y penas.
- 4.5. Prisión provisional.

5. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO.

6. CONCLUSIÓN.

PALABRAS CLAVE

Vulnerabilidad; Anciano; Protección patrimonial; Medidas cautelares; Maltrato a mayores; Incapacitación.

RESUMEN

La consideración de las personas mayores de edad como grupo de personas necesitadas de especial protección es una idea relativamente reciente que en el ámbito normativo se viene articulando a través de determinadas medidas que buscan proteger al mayor ante situaciones de desprotección. Estas instituciones protectoras se configuran a través de diversos ámbitos de protección: civil, penal, patrimonial y administrativo, fundamentalmente. A través de cada uno de estos ámbitos vamos a hacer referencia a algunas de estas instituciones que han de servir para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situaciones de mayor vulnerabilidad.

KEYWORDS

Vulnerability; elderly person; Heritage protection; Precautionary measures; Elder abuse; disability.

ABSTRACT

The consideration of older persons as a group of people in need of special protection is a relatively recent idea that in the regulatory sphere has been articulating through certain measures that seek to protect the greater in situations of checkout. These institutions for protection are configured through various areas of protection: civil, criminal, patrimonial and administrative assets, primarily. Through each of these areas we are going to make reference to some of these institutions that have to serve to improve the quality of life of older people in situations of greater vulnerability.

1. INTRODUCCIÓN.

La consideración de las personas mayores de edad como un grupo social específico de individuos necesitados de una especial protección, es una idea, desde el punto de vista jurídico relativamente reciente. Es cierto que en la aplicación del Derecho, ya de antiguo se han conocido ejemplos por los que se ha considerado el grupo de las personas ancianas como un grupo individualizado, para el que se han adoptado soluciones específicas, pudiendo citarse, a título de ejemplo, el hecho de que en materia penal, nuestro tribunal Supremo equiparase la muerte por homicidio de un anciano igual que la de un niño de corta edad, para considerarla alevosa, y elevarla a la categoría de asesinato. Sin embargo, estos ejemplos no pueden ocultar que, tan solo desde fechas muy recientes se ha creado la conciencia de que las personas mayores, sus circunstancias y especial situación requieren una respuesta global y específica desde el ámbito jurídico.

Posiblemente sea en el terreno de la legislación social, por parte de la Administración, donde esa respuesta global se haya percibido más nítidamente, (asistencia sanitaria, régimen de pensiones de jubilación o enfermedad, prestaciones, medicamentos,...). Sin embargo, esta consideración de que los mayores deben configurarse como grupo social específico, ni ha llegado a todos los ámbitos el derecho, ni se ha puesto en práctica de forma decidida.

Una de las posibles causas de esta ausencia de conciencia de grupo social nace del hecho de que la edad en si misma no puede suponer una protección jurídica privilegiada, si no va asociada a otros fenómenos de pérdida de capacidad física o psíquica, por lo que, si afron-

tamos el planteamiento a esta cuestión desde un punto de vista de medidas de protección especial o privilegiada, deberíamos de hablar, no tanto de medidas de protección al mayor, sino de medidas de protección al mayor necesitado, lo cual ya introduce un elemento de distorsión, pues no resulta difícil llegar a la conclusión de que no todos los mayores pueden acceder al mismo catálogo de medidas que el derecho puede dispensarles.

Si de protección del mayor y calidad de vida hablamos, es necesario centrar la cuestión en el ámbito de los mayores con pérdida de capacidad o de autonomía, sobre todo por razones psíquicas, aunque también por motivos físicos. Las medidas que vamos a estudiar buscan proteger al mayor ante situaciones de desprotección, siendo precisamente esa situación vital del sujeto la que aconseja al derecho a intervenir, ya que no podemos olvidar que nos encontramos ante medidas que buscan garantizar la calidad de vida del mayor, incluso del mayor demenciado, falta de recursos económicos y con situación de falta de parientes o de abandono por parte de los mismos.

2. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO CIVIL.

En materia civil, el principio general es que cualquier persona tiene plena capacidad jurídica desde su mayoría de edad. Ese principio general solamente encuentra excepciones en el caso de enfermos o deficientes persistentes de carácter físico o psíquico, si tales deficiencias impiden a la persona gobernarse por sí misma. Cuando hablamos del ámbito civil, fundamentalmente estamos haciendo referencia, en lo que ahora nos interesa, al conjunto de normas que regulan la capacidad de la persona para

contratar u obligarse con terceros. Esta capacidad de obligarse puede tener ramificaciones en el ámbito más personal del sujeto (matrimonio, sucesiones,...) pero, sin perjuicio de ello, el espacio natural de esta capacidad de obligarse tiene un contenido eminentemente patrimonial o económico, (contratos, sociedades, arrendamientos, adquisición patrimonial,...). Por tanto, las medidas cautelares que puedan adoptarse en el ámbito civil van a tender también a proteger el patrimonio del mayor, no sólo su persona, y aparecen ineludiblemente ligadas a su pérdida o la falta de capacidad jurídica.

En el Derecho Civil, el remedio legal ante la pérdida de la capacidad jurídica del sujeto es su incapacitación. Sin embargo, su declaración y posterior nombramiento de tutor, como cualquier otro procedimiento judicial está sujeto al transcurso de unos plazos y cumplimentación de unos trámites que prolongan, a veces excesivamente el proceso, con el perjuicio de que durante este tiempo el sujeto, al no haber sido aún judicialmente incapacitado por sentencia, conserva, -fictio jurídica-, intacta su capacidad legal de actuar, aunque en la práctica sea evidente su falta de capacidad en la toma de decisiones.

Incapacitación y nombramiento de una persona que represente o asista al incapaz, (tutor o curador), no son actuaciones judiciales que en todos los casos se desarrollen simultáneamente. Es posible que sea una vez finalizado el procedimiento para declarar incapaz a una persona, cuando se inicie el procedimiento para aquel nombramiento. En consecuencia, al momento de estudiar las medidas protectoras que pudieran adoptarse debemos distinguir estos dos momentos temporales y diferenciar entre las medidas previas o simultáneas al

proceso de incapacitación y medidas previas o simultáneas, (pero en todo caso posterior a aquellas primeras), al proceso de nombramiento de tutor o curador.

2.1. Procesos de incapacitación.

Con relación a las medidas a adoptar durante el procedimiento de incapacitación, debemos señalar que nuestra Ley de Enjuiciamiento Civil señala que **“Cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, adoptará de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal para que promueva, si lo estima procedente, la incapacitación”**. Por tanto el Juez competente para declarar la incapacitación de una persona, si tiene conocimiento de la existencia de una persona gravemente discapaz, pero no incapacitado debe:

- Adoptar las medidas que estime necesarias para su protección.
- Instar al Ministerio Fiscal que promueva la incapacitación, (pues el Juez no puede iniciarla “de oficio”).

En relación con el primer punto, la Ley no define cuales son las concretas medidas a adoptar, pero al mismo tiempo concede al Juez la más amplia libertad para escoger las que tenga por convenientes: bloquear cuentas bancarias; prohibir la posibilidad de celebrar contratos; ordenar análisis médicos o forenses, etc. La adopción de dichas medidas debe ser urgente y su adopción deberá notificarse a las personas o instituciones que deban de llevar a cabo el cumplimiento de las mismas.

Junto a lo anterior, sigue diciendo el citado precepto: ***“El Ministerio Fiscal podrá también, en cuanto tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación de una persona, solicitar del tribunal la inmediata adopción de las medidas a que se refiere el apartado anterior”***. Por tanto, el Ministerio Fiscal juega también un papel importante en la solitud de tales medidas.

Lógicamente, lo prevenido en este precepto será plenamente eficaz en la medida en que se ponga en conocimiento del Juez o del Ministerio Fiscal la existencia de una persona en la que concurra una posible causa de incapacitación. En este sentido es necesario hacer un llamamiento a todos los profesionales implicados en la asistencia y atención de personas mayores a que abran cauces de comunicación, y posteriormente mantengan relaciones fluidas con los miembros del Ministerio Fiscal que en cada demarcación judicial o cada provincia estén especialmente asignados a esta materia. En cualquier caso, para dar plena efectividad a lo anterior, la Ley de Enjuiciamiento Civil señala también que ***“Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal”***. Obsérvese que para las autoridades y funcionarios públicos no estamos en presencia de un mero deber moral, como para “cualquier persona”, sino ante un concreto deber legal, cuyo cumplimiento no puede obviarse.

También en el ámbito de la protección cautelar de la persona en la que pudiera concu-

rrir causa de incapacitación, nuestro Código Civil establece que ***“... Cuando la Autoridad judicial tenga conocimiento de la existencia de un guardador de hecho podrá requerirle para que informe de la situación de la persona y los bienes del menor o del presunto incapaz y de su actuación en relación con los mismos, pudiendo establecer asimismo las medidas de control y vigilancia que considere oportunas”***. Con ello se posibilita fiscalizar la actuación de los cuidadores de personas mayores, (sobre todo personas del propio ámbito familiar), con enfermedades mentales o físicas persistentes que le impiden o limitan su autonomía. Estas personas deberán informar detalladamente del estado del presunto incapaz, de su actividad respecto a los mismos, de los cuidados dispensados, de los tratamientos seguidos para asegurar el bienestar y la salud del presunto incapaz, de la disponibilidad y gestión del patrimonio y bienes de aquel, y de todos aquellos aspectos que le sean requeridos. Se establece, a la vista de estos informes, la posibilidad del Juez de adoptar las medidas que se consideren oportunas.

De nuevo el legislador no ofrece un catálogo de tales medidas, sino que deja abierta la puerta a la discrecionalidad del Juez, lo cual es un instrumento de suma importancia, pues permite a dicho Juez, más allá de escoger entre una lista cerrada de ellas, aplicar la que considere más oportuna en función del caso concreto y la situación de la persona que debe ser protegida. Lógicamente, la bondadosa intención del legislador solamente, además, será eficaz en la medida en que los Jueces encargados de ejecutar dicha facultad sean originales en sus planteamientos y sepan agotar todas las posibilidades que ofrece nuestro sistema de protección social tanto para proteger al presunto

incapaz, (en el primero de los supuestos que hemos visto), como para vigilar y controlar a sus cuidadores. Precisamente para este último caso los informes periódicos de los servicios de asistencia social juegan un papel fundamental, mediante el requerimiento a los mismos de inspecciones, visitas y entrevistas periódicas tanto con el cuidador como con el destinatario de dichos cuidados.

Llegados a este punto, debemos hacer referencia a la regulación relativa a las personas que pueden iniciar un procedimiento judicial para la declaración de incapacidad, pues una reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil del año 2003 ha supuesto un cambio sustancial en esta materia. Hasta la entrada en vigor de esta reforma, la declaración de incapacidad podía ser solicitada por los parientes del presunto incapaz, y en defecto de ellos por el propio Ministerio Fiscal, es decir, cónyuge o asimilados, hijos, padres, hermanos,... "Cualquiera", (permítaseme la expresión), salvo el presunto incapaz. A partir del 2003, a este elenco de personas se une el propio presunto incapaz que puede instar su propia incapacitación por lo que, a efectos prácticos, la ley otorga la posibilidad a la persona que es consciente de sufrir una enfermedad progresiva y degenerativa de iniciar por sí misma los trámites tendentes a asegurar con vistas al futuro tanto su persona como sus bienes, previendo que ante cualquier contingencia futura relacionada con su estado de salud mental, y para cuando llegue ese momento, sobre el sujeto se haya constituido ya una institución de protección que ponga a salvo su patrimonio y persona. Con lo anterior se pueden eliminar en gran medida las llamadas "zonas intermedias" que es el tiempo que transcurre desde que una persona ya presenta evidentes síntomas degenerativos que afectan

a su conducta, hasta que finalmente es incapacitado por sentencia judicial.

2.2. Procesos de tutela.

Entrando a estudiar el segundo de los niveles de protección a que hacíamos referencia, debemos señalar que la sentencia que declare la incapacitación de una persona puede limitarse estrictamente a eso: declarar su incapacitación. En algunos casos será necesario un ulterior procedimiento para nombrar al incapaz una persona que se encargue de la salvaguarda de su persona y sus bienes (el tutor o el curador). Aunque lo anterior pueda parecer extraño por ser poco operativo e ineficaz para la protección de una persona que se encuentra incapacitada, -pero curiosamente, sin persona alguna que lo asista y represente-, a la anterior conclusión debemos llegar, si examinamos lo establecido en la L.E.C. en cuyo artículo 759 se dice **"2. Cuando se hubiera solicitado en la demanda de incapacitación el nombramiento de la persona o personas que hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él, sobre esta cuestión se oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, a éste, si tuviera suficiente juicio, y a las demás personas que el tribunal considere oportuno"**, lo cual implica que es posible que no se haya solicitado en la demanda tal nombramiento. Pues bien, si ello es así, el artículo siguiente, (760), establece con relación a la sentencia que se dicte en el proceso de incapacitación que **"2. En el caso a que se refiere el apartado 2 del artículo anterior, si el tribunal accede a la solicitud, la sentencia que declare la incapacitación o la prodigalidad nombrará a la persona o personas que, con arreglo a la Ley, hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él"**, lo cual nos lleva a idéntica conclusión, si no se ha solicitado el nombramiento

de tutor, el Juez no se pronunciará al respecto en la sentencia, debiendo iniciarse un nuevo procedimiento para ello.

En consecuencia, en estos casos de incapacitación sin nombramiento de tutor, existe un periodo temporal en que una persona está privada legalmente de su capacidad jurídica, pero no tiene nadie que complete o sustituya esa capacidad. Ello puede provocar una grave paralización en las actividades y relaciones patrimoniales del sujeto que pueden repercutir en la merma o, incluso la pérdida de su patrimonio, por ello es necesario señalar que para intentar paliar este problema, también nuestra legislación civil recoge alguna medida al respecto. Podemos señalar tres supuestos de protección, todo ellos contenidos en el Código Civil:

- Por una parte el artículo 299 bis que establece que *“Cuando se tenga conocimiento de que una persona debe ser sometida a tutela y en tanto no recaiga resolución judicial que ponga fin al procedimiento, asumirá su representación y defensa el Ministerio Fiscal. En tal caso, cuando además del cuidado de la persona hubiera de procederse al de los bienes, el Juez podrá designar un administrador, de los mismos, quien deberá rendirle cuentas de su gestión una vez concluida”*. Debemos señalar que si el Juez designa un administrador, solamente se facultará a este para gestionar el patrimonio del incapaz, pero nunca puede tomar decisiones relacionadas con su persona.

- En segundo lugar, una vez constituida la Tutela, señala el artículo 232 que *“La tutela se ejercerá bajo la vigilancia del Ministerio Fiscal, que actuará de oficio o a instancia de cualquier interesado”*.

En cualquier momento podrá exigir del tutor que le informe sobre la situación del menor o del incapacitado y del estado de la administración de la tutela”.

- En tercer lugar, señala el artículo 228 que *“Si el Ministerio Fiscal o el Juez competente tuvieren conocimiento de que existe en el territorio de su jurisdicción alguna persona que deba ser sometida a tutela, pedirá el primero y dispondrá el segundo, incluso de oficio, la constitución de la tutela”*. De nuevo faculta nuestra legislación, más allá de las personas obligadas a pedir la constitución de la Tutela, a los órganos judiciales y al Ministerio Fiscal a tomar la iniciativa en su constitución.

Para completar la referencia a las medidas que conforme a la legislación civil pueden adoptarse, debemos hacer referencia a otras dos posibilidades que también supone un instrumento de protección de los mayores sometidos a tutela. En primer lugar, las medidas previstas en el artículo 158 del Código Civil, que podrán ser acordadas por el Juez, de oficio o a instancia de cualquier interesado, en todos los supuestos de tutela o guarda, de hecho o de derecho, de menores e incapaces, en cuanto lo requiera el interés de éstos. Estas medidas hacen referencia a la prestación de alimentos y provisión de las futuras necesidades del mayor incapacitado o sometido a guarda, en caso de incumplimiento de este deber, por sus hijos, tutores, guardadores o personas obligados a prestarlos.

La segunda de las posibilidades legales viene dada por la posibilidad concedida a cualquier persona de que regule su futura y eventual incapacidad, mediante la adopción de decisiones acerca de cómo quiere que se lleve a cabo

su tutela y la de sus bienes. En este sentido, el artículo 223 del Código Civil establece que *“Asimismo, cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor”*. Consecuentemente, si esta contingencia ocurriera, el Juez antes de adoptar la correspondiente decisión sobre la tutela del incapaz, y previa información del Registro Civil, a efectos de comprobar la existencia de dichas disposiciones, deberá, en cuanto no perjudique al propio tutelado, tener en cuenta dichas disposiciones.

2.3. Procesos de internamientos por trastorno psiquiátrico.

Una cuestión de suma importancia en la protección del mayor discapaz psíquicamente, al margen de que esté judicialmente incapacitado o no es la de los supuestos de internamiento del mismo por razón de trastorno psiquiátrico. Esta materia está específicamente regulada en nuestra legislación, en cuanto supone la posibilidad de privar a una persona de su libertad ambulatoria, sin que se trate de un supuesto de detención de la misma. Precisamente por ello, en la medida en que afecta a un derecho fundamental de la persona, es necesaria esta exhaustiva regulación, siempre sobre la base que esta intervención preventiva, pese a la privación temporal de libertad que supone se adopta en beneficio del internado.

Respecto a esta cuestión deben hacerse dos precisiones. La primera de ellas es que la legislación regula los supuestos de internamiento urgente y no urgente. Este último presenta

los caracteres de un procedimiento judicial, de cuya explicación, en aras a la brevedad, podemos prescindir, centrándonos exclusivamente en el estudio de los internamientos urgentes. La segunda precisión es que no debemos confundir internamiento en centro psiquiátrico con internamiento en centro geriátrico, pues, aunque algunas legislaciones autonómicas consagran la existencia de esta autorización, la misma no obedece a las notas de urgencia y existencia de enfermedad psíquica grave que suponga un peligro para el propio afectado o terceros, que si son predicables de las intervenciones para ingresos psiquiátricos. En consecuencia, en los supuestos de internamientos urgentes por razón de trastorno psiquiátrico, debe destacarse, conforme a lo regulado en la Ley de Enjuiciamiento Civil los siguientes aspectos fundamentales:

- El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, siempre requerirá autorización judicial.
- Si existen razones de urgencia que hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta al Juez lo antes posible y, en todo caso, en veinticuatro horas para ratificar dicha medida.
- En estos casos de urgencia, la decisión de llevar a cabo el internamiento corresponderá al psiquiatra de guardia en el centro hospitalario o centro médico correspondiente, al médico de cabecera del enfermo, o, en su defecto, a cualquier otro facultativo que, a la vista del paciente considere justificado su ingreso.

- Antes de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá necesariamente a la persona afectada por la decisión y al Ministerio Fiscal y deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado.
- En los supuestos en que no exista urgencia, la decisión judicial debe ser previa al internamiento y tras cumplir los requisitos de exámenes y audiencias señaladas en el punto anterior.
- Los facultativos que atiendan a la persona internada deberán informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, que serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal señale un plazo inferior.
- Cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

3. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO PATRIMONIAL.

El Art. 9. 2º de nuestra Constitución consagra la igualdad real y efectiva entre todos los ciudadanos, y como complemento al anterior principio, los arts. 50 y 148 del mismo texto legal consagran respectivamente la obligación de los Poderes Públicos de proveer a través de los servicios sociales sus diferentes problemas y atender especialmente a la problemática de los mayores. En consonancia con esta obligación legal, se buscan nuevas instituciones de protección económica y patrimonial especialmente

dirigidas a las personas mayores, sobre todo las que presentan problemas de discapacidad, pues como señala la exposición de motivos de la Ley 41/2.003, "Uno de los elementos que más repercuten en el bienestar de las personas con discapacidad es la existencia de medios económicos a su disposición, suficientes para atender las específicas necesidades vitales de los mismos".

Seguidamente señalaremos algunas de estas instituciones, advirtiendo que no se pretende hacer un estudio exhaustivo, sino una aproximación que ayude a conocer su contenido y aspectos básicos, en la medida en que muchas de estas instituciones son totalmente desconocidas para los profesionales del ámbito de la gerontología, siendo difícil asesorar y ofrecer la posibilidad a los mayores de beneficiarse de las mismas, si se desconoce su existencia y no se está familiarizado con ellas.

3.1. El patrimonio protegido.

Esta institución creada por la Ley 41/03, que ya hemos citado, busca favorecer la aportación a título gratuito de bienes y derechos al patrimonio de las personas con discapacidad y establecer mecanismos adecuados para garantizar la afección de tales bienes y derechos, así como de los frutos, productos y rendimientos de éstos, a la satisfacción de las necesidades vitales de sus titulares, favorecimiento que se produce a través, entre otros aspectos de importantes ventajas fiscales.

Tal y como señala su Exposición de Motivos, *"El objeto inmediato de esta ley es la regulación de una masa patrimonial, el patrimonio especialmente protegido de las personas con discapacidad, la cual queda inmediata y*

directamente vinculada a la satisfacción de las necesidades vitales de una persona con discapacidad, favoreciendo la constitución de este patrimonio y la aportación a título gratuito de bienes y derechos a la misma”.

Por tanto, los bienes y derechos que forman este patrimonio, se aíslan del resto del patrimonio personal de su titular-beneficiario, sometiéndolos a un régimen de administración y supervisión específico, por lo que se trata de un patrimonio de destino, en cuanto que las distintas aportaciones tienen como finalidad la satisfacción de las necesidades vitales de sus titulares.

Dicho patrimonio será de titularidad de la persona discapacitada, el cual será su beneficiario exclusivo, teniendo dicha consideración:

- a) Las afectadas por una minusvalía psíquica igual o superior al 33%.
- b) Las afectadas por una minusvalía física o sensorial igual o superior al 65%.

La ley establece que podrán constituir este patrimonio tanto los tutores como los guardadores del incapaz, pero igualmente reconoce que pueda ser constituido por la propia persona con discapacidad beneficiaria del mismo, siempre que tenga capacidad de obrar suficiente. Es decir, puede ser constituido por personas mayores dependientes físicos, no incapacitados. La Ley igualmente reconoce que *“Cualquier persona con interés legítimo podrá solicitar de la persona con discapacidad o, en caso de que no tenga capacidad de obrar suficiente, de sus padres, tutores o curadores, la constitución de un patrimonio protegido, ofreciendo al mismo tiempo una aportación de bienes y derechos adecuados, suficiente para ese fin”*, lo que supone que este patrimonio protegido

puede ser iniciado por bienes de personas que no sean ni el propio discapaz ni sus tutores o guardadores de hecho, facilitando de esta manera que familiares o allegados ayuden a la subsistencia y sostenimiento digno del beneficiario.

Este patrimonio protegido se constituirá en documento público, o por resolución judicial, y está legalmente permitido que posteriormente a la constitución de este patrimonio, puedan hacerse nuevas aportaciones al mismo a fin de incrementar su caudal. Sin embargo, debe señalarse que para realizar estas nuevas aportaciones se exige que las mismas estén sujetas a las mismas formalidades establecidas para su constitución.

Al igual que en su constitución, se permite que cualquier persona con interés legítimo, con el consentimiento de la persona con discapacidad, o de sus padres o tutores o curadores si no tuviera capacidad de obrar suficiente, pueda aportar bienes o derechos al patrimonio protegido, pero deberán realizarse a título gratuito.

Con relación a las reglas de administración de este patrimonio, debe destacarse lo siguiente:

- Cuando el constituyente del patrimonio protegido sea el propio beneficiario del mismo, su administración, cualquiera que sea la procedencia de los bienes y derechos que lo integren, se sujetará a las reglas establecidas en el documento público de constitución.
- En los demás casos, las reglas de administración, establecidas en el documento público de constitución, deberán prever la obligatoriedad de autorización judicial en los mismos supuestos que el tutor la requiere respecto

de los bienes del tutelado. Tal autorización no es necesaria cuando el beneficiario tenga capacidad de obrar suficiente.

- Los constituyentes o el administrador, podrán instar al Ministerio Fiscal que solicite del juez competente la excepción de la autorización judicial en determinados supuestos.

Es fundamental que todos los bienes y derechos que integren el patrimonio protegido, así como sus frutos, rendimientos o productos, deban destinarse a la satisfacción de las necesidades vitales de su beneficiario, o al mantenimiento de la productividad del patrimonio protegido.

Íntimamente ligada a la cuestión de la administración del patrimonio protegido aparece la materia de la supervisión de la administración del patrimonio protegido, que corresponde al Ministerio Fiscal, a través de una rendición de cuentas anual por parte del Administrador, pudiendo a la vista de tal rendición de cuentas el fiscal instar del juez lo que proceda en beneficio de la persona con discapacidad, incluso:

- La sustitución del administrador.
- El cambio de las reglas de administración.
- El establecimiento de medidas especiales de fiscalización o la adopción de cautelas.
- La extinción del patrimonio protegido.
- Cualquier otra medida de análoga naturaleza.

3.2. El contrato de alimentos.

La regulación del contrato de alimentos se introduce en la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad, que introduce un nuevo ca-

pítulo en el Código Civil, bajo la rúbrica "Del contrato de alimentos", que engloba los arts. 1.791 a 1.797.

Hasta el momento de entrada en vigor de la citada Ley, los alimentos entre parientes era una obligación legal que solamente podía nacer cuando se daban los supuestos que contemplaba el propio Código Civil, y que bajo ningún criterio podían regularse o crearse mediante contrato, sino solamente por decisión judicial. Ello suponía que esta prestación de alimentos estaba sujeta inexorablemente a las personas y supuestos que el propio C. Civil reconocía.

Este contrato ya tenía un antecedente en el contrato de renta vitalicia que había sido reconocido por nuestro Tribunal Supremo y que se establecía para aquellos supuestos de personas que por haber alcanzado cierta edad llegaban a un acuerdo con sus hijos y/o familiares cercanos, a fin de que se cedieran bienes o derechos a cambio del contenido de la prestación alimenticia.

La propia Exposición de Motivos de la Ley 41/2003 señala los motivos por los que se efectúa la reforma legal, al señalar que se procede en la modificación legal en materia de protección de los discapacitados:

"Una regulación sucinta pero suficiente de los alimentos convencionales, es decir, de la obligación alimenticia surgida del pacto y no de la ley, a diferencia de los alimentos entre parientes regulados por los arts. 142 y ss. de dicho cuerpo legal.

La regulación de este contrato .../... amplía las posibilidades que actualmente ofrece el contrato de renta vitalicia para atender a las

necesidades económicas de las personas con discapacidad y, en general, de las personas con dependencia, como los ancianos, y permite a las partes que celebren el contrato cuantificar la obligación del alimentante en función de las necesidades vitales del alimentista”.

Ya de antiguo la doctrina jurisprudencial de las Audiencias Provinciales o del Tribunal Supremo había reconocido la existencia de este contrato de renta vitalicia que ahora pasa a constituir el contrato de alimentos con una regulación que aporta claridad y criterios legales a los que las partes puedan acogerse a la hora de interpretar y regular los pactos a los que pudieran llegar.

Hasta el momento de entrada en vigor de la Ley 41/2003, los alimentos entre parientes era una obligación legal que solamente podía nacer cuando se daban los supuestos que contemplaba el propio Código Civil. Sin embargo, esta Ley, introduce la existencia de una obligación alimenticia surgida del pacto o contrato y no de la ley, a diferencia de los alimentos entre parientes regulados por los artículos 142 y siguientes del Código Civil.

Dentro del concepto de alimentos se engloba todo lo indispensable para el sustento, vivienda, vestido y asistencia médica del beneficiario, todo ello mediatizado en función de la capacidad económica de quien los presta y las necesidades de quien los recibe, ya que este contrato, permite a las partes que lo celebren cuantificar la obligación del alimentante o persona obligada a dar los alimentos, en función de las necesidades vitales del alimentista o beneficiario.

Conforme a la nueva legislación, podemos

destacar lo siguiente: el objeto del contrato es asegurar la asistencia a una persona, a cambio de la entrega al obligado a prestar dicha asistencia de un capital concreto. Así, el C. Civil, en su nuevo art. 1791 establece lo siguiente:

“Por el contrato de alimentos una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una persona durante su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos”.

Acorde a la naturaleza del contrato, el fallecimiento del obligado a prestar los alimentos NO es causa de extinción de la relación contractual, sino solamente la muerte del beneficiario de los alimentos. Este criterio se deriva de la intención del legislador de proteger al alimentista, previendo la existencia de causas de incapacidad en aquel. Por tanto, para el alimentante, la obligación contraída mediante contrato es transmisible a título mortis causa a sus herederos, que deberán mantenerse en el cumplimiento de las obligaciones asumidas por el causante si quieren llegar a ostentar la propiedad del patrimonio que el beneficiario de los alimentos estableció con el alimentante que le transmitiría a su muerte.

En la línea de proteger el patrimonio del alimentista, a fin de evitar el negligente o malintencionado expolio de aquel, que será la base fundamental de su subsistencia, el C. Civil establece, (arts. 1.495 y 1.796), que el incumplimiento de la obligación de alimentos dará derecho al alimentista sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1.792, para optar entre exigir el cumplimiento, incluyendo el abono de los devengados con anterioridad a la demanda, o la resolución del contrato, pero si

el alimentista opta por la resolución, el deudor deberá restituir inmediatamente los bienes que recibió por el contrato, y, en cambio, el juez podrá, en atención a las circunstancias, acordar que la restitución que corresponda al alimentista quede total o parcialmente aplazada, en su beneficio, por el tiempo y con las garantías que se determinen. En todo caso, de las consecuencias de la resolución del contrato, habrá de resultar para el alimentista, cuando menos, un superávit suficiente para constituir, de nuevo, una pensión análoga por el tiempo que le quede de vida. Además en el caso de que el contrato celebrado fracase, cuando los bienes o derechos que se transmitan a cambio de los alimentos sean registrables, (es decir inscribibles en el Registro de la propiedad, tales como pisos o fincas), podrá anotarse en el Registro que la inscripción de la propiedad hecha a favor del obligado a prestar alimentos quedará sin efecto y los bienes pasarán de nuevo a poder del beneficiario de los alimentos.

En definitiva, el contrato de alimentos es una forma de regular, dentro de la libertad de pactos, permisible en los contratos, que una persona o institución se obligue a cuidar de otra, sea incapaz o no, a cambio de un patrimonio, el cual, aunque podrá administrarse para obtener los ingresos necesarios para facilitar los alimentos, no pasará a poder definitivamente del contratante alimentante hasta que no fallezca el beneficiario de tales alimentos, salvaguardando, de esta manera que la atención se mantenga de forma satisfactoria, a lo largo de toda la vida de este.

3.3. El contrato de pensión hipotecaria, o la hipoteca inversa.

El fundamento de la pensión hipotecaria, (comúnmente conocida como hipoteca inversa), es mejorar el nivel de vida de los mayores sin que tras su fallecimiento los herederos pierdan forzosamente la vivienda. Lógicamente, aunque esta institución se contemple como una posibilidad de mejora en los niveles de vida de las personas mayores, sería una figura inexistente sin el concurso de las entidades bancarias, que han puesto sus miras en dicha institución, demostrando que los ancianos han dejado de ser casi invisibles para las entidades financieras, como lo demuestra el lanzamiento de nuevos productos diseñados en exclusiva para ellos.

La situación actual de los mayores en el ámbito patrimonial, en una importante mayoría de casos, puede situarse en un contexto muy concreto, cuyos aspectos esenciales son los siguientes:

- Aumento de la esperanza de vida.
- Cambios en la estructura familiar tradicional.
- Disminución del poder adquisitivo de los jubilados.
- La muy elevada proporción de propietarios de vivienda en España, siendo una importante mayoría los ancianos, sea cual sea su capacidad económica.
- El hecho constatable de que prácticamente ninguna pensión de jubilación da para acceder a una residencia privada, mientras que conseguir la admisión en una residencia pública, que supone costes más asumibles, es muy difícil debido a la escasez de plazas disponibles.

Es importante señalar que el éxito de este producto dependerá, en gran medida, de que los mayores abandonen la costumbre, transformada en imaginaria obligación, de dejar su vivienda en herencia a los hijos, y, también de que dichos hijos, abandonen esa creencia de futuros sueños de ganancia y acepten de buen grado y sin recelos ni enfados que sus progenitores pueden utilizar su patrimonio para lo que consideren oportuno, particularmente si se trata de hacer frente a sus últimos años de vida con una mínima solvencia económica.

Esta figura ya en la década de los años 30 aparece en Reino Unido (home-equity reversion), aunque las hipotecas inversas aparecen en su concepción moderna en 1965. Existen también negocios similares en países como: Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Japón, Países Bajos, Noruega y Suecia.

La hipoteca inversa o pensión hipotecaria es un préstamo que permite a una persona mayor recibir una cantidad mensual complementaria a su pensión, en un plazo de tiempo concreto (generalmente entre 10 y 20 años), a un interés fijo o negociable, (entre el 5% y 6%), con su vivienda como garantía y con el consentimiento de los herederos como recomendación. El importe la renta que se cobre, dependerá de varios factores, siendo los esenciales la tasación del piso, de la edad del solicitante y sus preferencias en la forma de recibir el dinero.

Desde el punto de vista jurídico, una **hipoteca inversa** se define como un crédito con garantía inmobiliaria, es decir, un negocio por el cual una persona que posee un inmueble recibe cada mes una renta, determinada por varios factores, y al fallecimiento del propietario los herederos harán frente al pago del préstamo o

la entidad procederá a ejecutar la garantía (lo que puede traducirse en la venta del inmueble para satisfacer la deuda y le entrega a los herederos del dinero restante de la venta, si lo hubiere).

Las entidades bancarias que ofertan la realización de este tipo de negocios, suelen hacer una clasificación de los mismos en función de los plazos de vencimiento, lo cual también condicionan la cantidad de la renta:

- **Limitado:** si se acuerda firmar una hipoteca inversa por un periodo de tiempo limitado, por ejemplo, entre 10 años y 15 años, la renta mensual será mayor, aunque dejará de ser abonada cuando el periodo estipulado haya vencido.
- **Vitalicio:** la mensualidad que se recibe es menor, pero la renta se seguirá recibiendo mientras el titular de la hipoteca viva.

Lógicamente, la elección entre una forma u otra vendrá condicionada por las circunstancias personales del solicitante o de este y las personas con quien conviva. La edad y la esperanza de vida son factores muy a tener en cuenta a la hora de optar entre renta temporal y vitalicia siendo más recomendable las primeras cuanto más avanzada es la edad del receptor de las rentas.

Otra cuestión a valorar son los aspectos impositivos, pues una de las principales ventajas de la "hipoteca inversa" frente a otro tipo de operaciones similares, es su mejor tratamiento fiscal, ya que la renta que percibe el mayor no tributa, siendo también positivo el que la persona mayor conserve la posesión y la propiedad, pudiendo continuar viviendo en ella,

e incluso transmitirla por herencia (aunque con cargas).

Por el contrario, el mayor inconveniente que plantea la "hipoteca inversa" es que habitualmente no tiene naturaleza vitalicia, teniendo que contratar de manera adicional un seguro de renta vitalicia. Dicha opción supone mayor tranquilidad para el contratante, pero también niveles de renta menores y mayores gastos de celebración.

La persona mayor tiene diversas opciones para recibir el producto de la hipoteca: el propietario de la vivienda puede recibir un pago por una suma global; puede aprovechar una línea de crédito siempre que se necesiten los fondos, o bien puede recibir pagos mensuales fijos. Existen opciones intermedias que combinen dos de las anteriores. Habitualmente al celebrarse un contrato de estas características se ofrece la posibilidad de cobrar una suma puntual inicial, destinada generalmente a pagar los gastos originados por la celebración del contrato, hacer mejoras, reformas en la vivienda o cuestiones similares. A partir de ese momento se cobrarán cantidades periódicas que, en el caso de algunas de las entidades financieras españolas que lo realizan, pueden llegar al 90% de la tasación inicial de la vivienda.

Cuando fallece la persona que contrató la hipoteca inversa, suele existir la posibilidad de que los herederos tengan un plazo para decidir si prefieren que la entidad financiera venda la vivienda y recupere así el dinero que el fallecido obtuvo gracias a la hipoteca (pudiendo obtener el dinero restante de la venta, en caso que fuera superior a la suma del dinero desembolsado por la entidad financiera) o pagar los herederos esa cantidad y liberar así

a la vivienda de su carga, pudiendo heredarla como cualquier otro bien.

El seguro de rentas vitalicias, garantiza el cobro de la renta pactada hasta el fallecimiento de quien contrató la hipoteca inversa, incluso si llegada la fecha de extinción de la hipoteca por haber transcurrido el plazo por el que la hipoteca inversa se pactó, aún dicha persona continuara viva. No es obligatorio contratarlo, pero es aconsejable y todas las entidades bancarias que ofertan la hipoteca inversa coinciden e insisten en que los clientes se acojan a este seguro. Debe señalarse que a igual edad, las mujeres pagan más prima por el seguro que los hombres debido a su mayor media de esperanza de vida. Del mismo modo, su renta vitalicia mensual será algo menor que la del hombre (siempre si comparamos dos individuos que contratan este seguro a una misma edad).

Una de las cuestiones que está suponiendo un freno evidente a la expansión, y sobre todo a la popularización de esta figura, pese a sus ventajas, es el elevado coste de la formalización de dicha hipoteca inversa. En este sentido, el mayor debe tener en cuenta la existencia de los siguientes gastos:

- Comisión de apertura.
- Gastos de notaría, de registro y de gestoría.
- Tasación.
- Impuesto de Actos Jurídicos Documentados por transmisión de vivienda.
- Seguro de renta vitalicia.

Junto a la hipoteca inversa existen otras figuras similares, que pueden contemplarse como opciones alternativas a aquella figura.

1. La hipoteca pensión.

Consiste en suscribir un crédito hipotecario sobre una vivienda, (similar al que se constituye para financiar la compra inicial de una vivienda) y con el dinero obtenido contratar una pensión vitalicia. En este caso se combinan dos negocios distintos, por un lado está el crédito hipotecario y por el otro la pensión.

2. La vivienda pensión.

Mediante esta figura se lleva a cabo la venta de la vivienda y la formalización de una pensión vitalicia con una compañía aseguradora. Al contrario que en otros supuestos, el dueño de la vivienda dejará de serlo en cuanto a la nuda propiedad, que es lo que se vende, aunque seguirá viviendo en la casa, conservando el usufructo de la misma.

3. La cesión para alquiler.

Esta figura parte de la existencia de una necesidad, o un deseo, por parte del propietario de la vivienda, de habitar en una residencia de mayores, apartamento tutelado u otro alojamiento alternativo (en muchos casos, en atención a los cuidados adecuados que requiere). Para financiar estos recursos el propietario cede la vivienda a una entidad que se encargará de su alquiler y que le garantizará el pago de determinados ingresos periódicos a su propietario, este el inmueble alquilado o no en ese momento, (ese es el riesgo que asume la entidad que gestiona del arrendamiento).

3.4. El derecho real de habitación.

El derecho de habitación es un derecho real que limita al de propiedad, que concede a su titular la facultad de ocupar en una casa ajena, las estancias o habitaciones necesarias para sí y para las personas de su familia, con independencia de que ésta aumente.

En la actualidad, este derecho no se configura como una opción de obtener rentabilidad económica, sino que por el contrario, su utilidad puede aparecer fundamentalmente en el ámbito asistencial. Un ejemplo de ello puede ser el supuesto en el que el propietario de una vivienda busca asegurar el disfrute de la vivienda por parte de algún familiar o persona próxima a dicho propietario que se encuentre necesitado de ella, normalmente sin desembolso económico por su parte. En estos casos, el propietario tiene la facultad de controlar perfectamente el adecuado ejercicio de la posesión del bien inmueble del que es titular, pero igualmente, el beneficiario del uso de la vivienda tiene la ventaja de ser titular de un derecho, lo que le confiere una posición de ventaja a la hora de defenderlo y hacerlo valer, frente al supuesto en que estuviera disfrutando la vivienda por mero consentimiento del propietario.

El ejercicio de este derecho no impide la posible convivencia entre propietario y habitacionista, por lo que el propietario no es necesario que abandone la vivienda para satisfacer al beneficiario. El carácter personalísimo del derecho, garantiza que no disfrute de la vivienda otra persona distinta a aquel a quien se quiso beneficiar.

3.5. Referencia al derecho de sucesiones en materia de arrendamientos: vivienda y local de negocios.

Íntimamente conectado con las medidas de protección patrimoniales, aparecen las cuestiones relacionadas con el arrendamiento, tanto de vivienda, como de locales de negocio en el caso de fallecimiento de una persona.

La regulación fundamental viene contenida en la Ley de Arrendamientos Urbanos, 29/94 de 24 de Noviembre.

Dicha ley distingue entre arrendamiento de vivienda y arrendamiento de locales para uso distinto a la vivienda, es decir locales de negocio o comerciales.

Respecto a los arrendamientos de vivienda, debemos distinguir la posición del arrendador y del arrendatario. Con relación al arrendador, su fallecimiento no afecta a la eficacia del contrato, y el heredero que adquiera la propiedad de la vivienda arrendada deberá mantener las condiciones pactadas por el contrato hasta su finalización.

En relación con el arrendatario, el art. 16 de la L.A.U. regula un complejo régimen de sustitución en la posición del mismo, por el cual en caso de muerte del arrendatario, podrán subrogarse en el contrato:

- a) El cónyuge del arrendatario que al tiempo del fallecimiento conviviera con él.*
- b) La persona que hubiera venido conviviendo con el arrendatario de forma permanente en análoga relación de afectividad a la de cónyuge, con independencia de su orientación sexual, durante, al menos, los dos años*

anteriores al tiempo del fallecimiento, salvo que hubieran tenido descendencia en común, en cuyo caso bastará la mera convivencia.

c) Los descendientes del arrendatario que en el momento de su fallecimiento estuvieran sujetos a su patria potestad o tutela, o hubiesen convivido habitualmente con él durante los dos años precedentes.

d) Los ascendientes del arrendatario que hubieran convivido habitualmente con él durante los dos años precedentes a su fallecimiento.

e) Los hermanos del arrendatario en quienes concurra la circunstancia prevista en la letra anterior.

f) Las personas distintas de las mencionadas en las letras anteriores que sufran una minusvalía igual o superior al 65 por 100, siempre que tengan una relación de parentesco hasta el tercer grado colateral con el arrendatario y hayan convivido con éste durante los dos años anteriores al fallecimiento.

Si al tiempo del fallecimiento del arrendatario no existiera ninguna de estas personas, el arrendamiento quedará extinguido.

En los supuestos de arrendamientos de locales para uso distinto de vivienda, la regulación establecida en la L.A.U. es más simplificada. En lo que se refiere al arrendador, al igual que en el arrendamiento de vivienda, su fallecimiento no afecta a la eficacia del contrato, y el heredero que adquiera la propiedad de la vivienda arrendada deberá mantener las condiciones pactadas por el contrato hasta su finalización.

Con relación al arrendatario del local donde se lleva a cabo la actividad comercial, la legislación liga el derecho sucesorio en cuanto al arrendamiento al hecho efectivo de la continuación

en el ejercicio de la actividad, por lo que, según el art. 33 de la L.A.U. la preferencia para acceder a la titularidad de la posición de arrendatario se hace recaer exclusivamente sobre el heredero que continúe el ejercicio de la actividad, con el único requisito formal de que este cumpla la obligación de notificar al arrendador por escrito dicha voluntad de asumir la posición del causante y mantener la vigencia del contrato inicialmente suscrito por este.

4. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO PENAL.

4.1. Introducción.

Antes de entrar en la exposición de esta materia, quiero manifestar el desasosiego que me produce comprobar que nuestra legislación penal no contempla la especificidad de la persona del mayor, lo que supone que los mismos se encuentran huérfanos de una protección especial y privilegiada por el derecho penal, pese a la gravedad y trascendencia que se requiere para que proceda la intervención del derecho penal.

Estos instrumentos de protección van íntimamente asociados a una problemática, que es el maltrato al mayor, por desgracia muy instalada en nuestra sociedad, a pesar de que en pocas ocasiones sale a la luz pública, tal vez en unos casos por la vergüenza social que le provoca a la víctima, en otros casos porque los agresores son los propios y únicos cuidadores de aquellas, y también, por qué no decirlo, porque la relevancia social de esta lacra de nuestro tiempo aparece totalmente eclipsada en la actualidad ante la fuerza y virulencia del debate social existente respecto a la violencia de género. Por ello, la protección específica del mayor, desde el punto de vista penal, ha de llevarse a cabo

a través de una ingeniosa y progresista aplicación del C. Penal, pero siempre con el límite, como vamos a ver seguidamente de equiparar ancianidad y discapacidad, equiparación que no siempre es posible.

Lo primero que debe señalarse es que el C. Penal solamente contempla específicamente la figura del mayor en un precepto: el art. 619 que castiga como una simple falta y con la ridícula pena de multa de diez a veinte días a los que *“Dejaran de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados”*. Como se puede observar, para poder aplicar este precepto es requisito imprescindible establecer una relación directa entre la víctima y la persona que debe prestar los cuidados, por lo que se reduce aún más el posible círculo de autores de dicha falta.

4.2. La circunstancia de especial vulnerabilidad.

Hablar de la intervención del derecho penal en nuestra sociedad, supone hablar de la presunta existencia de un delito, por lo que hablar de medidas de protección al mayor en el ámbito penal supone hablar de la existencia de un mayor que aparece como víctima de un delito, si bien, inmediatamente tras esta afirmación debemos establecer como corolario de ella que nos referimos a delitos en los que el mayor es víctima precisamente por serlo, por lo que debemos resituar la cuestión en un concreto y determinado espacio: el de los delitos que se cometen o se ven favorecidos por la especial condición de la víctima: persona vulnerable por razón de edad.

Partiendo de lo anterior, la posibilidad de establecer un tratamiento específico y diferenciado del mayor en nuestro Derecho Penal debe de realizarse a través del siguiente procedimiento: son numerosos los delitos que establecen como una posible causa de agravación de los mismos el hecho de que la víctima sea una persona menor o incapaz. Aplicar estrictamente este criterio de la incapacitación supone restringir excesivamente la posibilidad de aplicar esta circunstancia "agravante", a efectos de pena a personas ancianas, puesto que, es de todos conocidos que la institución de la incapacitación judicial, pese a lo que se ha señalado en un momento anterior, no se utiliza ni se aplica en la mayor parte de los casos en que ello pudiera ser posible. Para obviar este problema, y, al mismo tiempo ampliar las posibilidades de apreciar una agravación de la pena basándose en la circunstancia de ser la víctima menor de edad o incapaz en el caso de delitos cometidos sobre mayores, debemos acudir al art. 25 del C. Penal que señala que **"A los efectos de este Código se considera incapaz a toda persona, haya sido o no declarada su incapacitación, que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona o bienes por sí misma"**. Sin embargo, aunque la aplicación de este precepto puede suponer, de facto, que en un importante número de delitos podamos aplicar una mayor pena en el caso de que la víctima sea un mayor, encontramos de la propia redacción del precepto citado una barrera infranqueable: aquellos supuestos en los que no exista una relación directa entre los conceptos de ancianidad y discapacidad de carácter grave.

4.3. Medidas cautelares.

En lo que se refiere a las medidas protectoras que pueden adoptarse en el ámbito penal, ya se ha señalado que cualquier medida de carácter penal, debe venir inexcusablemente basada en la previa existencia de un hecho que a priori revista los caracteres de delito, consecuentemente, podemos definir estas medidas como las *"Medidas de protección de la víctima o perjudicado por el delito que, por decisión judicial, pueden adoptarse durante la tramitación de un procedimiento penal"*. Desde el punto de vista temporal, tienen naturaleza cautelar, pues las mismas deben cesar en el momento en que se inicia la ejecución de una sentencia, puesto que, a partir de ese momento no hablaremos de la naturaleza de medida cautelar, sino de autentica pena.

El fundamento de las medidas cautelares en el proceso penal se encuentra en el artículo 13 de la L.E.Crim. que establece: *"Se consideran como primeras diligencias... la de proteger a los ofendidos o perjudicados por el mismo, a sus familiares o a otras personas, pudiendo acordarse a tal efecto las medidas cautelares a las que se refiere el artículo 544 bis o la orden de protección prevista en el artículo 544 ter de esta ley"*. En consecuencia, con base a este precepto, las medidas cautelares que pueden adoptarse son las recogidas en los citados artículos 544 bis y 544 ter.

En el primero de estos artículos se recoge la posibilidad de que en el caso de determinados delitos puedan imponerse al presunto autor de los mismos, y para asegurar la protección de la víctima, alguna de las siguientes medidas:

- *Prohibición de residir en un determinado lugar, barrio, municipio, provincia u otra entidad local, o Comunidad Autónoma.*
- *Prohibición de acudir a determinados lugares, barrios, municipios, provincias u otras entidades locales, o Comunidades Autónomas.*
- *Prohibición de aproximarse o comunicarse a o con determinadas personas.*

Respecto al art. 544 ter, este precepto es el que regula la que se conoce como la Orden de Protección a las víctimas de violencia doméstica. La primera cuestión que debemos expresar con toda claridad es que, aunque la publicidad mediática y los medios informativos han identificado esta orden como aplicable a las mujeres víctimas de malos tratos, esta idea aporta una visión muy parcial de las posibilidades de la reforma legal, ya que el texto de la misma se refiere a “alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2 del Código Penal” y, dicho artículo se refiere, entre otros, a **“ascendientes o incapaces que con él** (el autor del delito), **convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro** (el autor del delito o su cónyuge)”. En consecuencia, esta orden de protección es, si se cumple el requisito de la convivencia, plenamente aplicable a los ascendientes del autor del hecho o de su cónyuge con la importancia que ello tiene en el ámbito de delitos que se cometen contra los ascendientes por personas integrantes de su núcleo de convivencia.

La posibilidad de aplicar esta orden de protección tiene su fundamento en la existencia de indicios fundados de la comisión de un delito o falta contra la vida, integridad física o mo-

ral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas del núcleo de convivencia familiar, y siempre que resulte una **“situación objetiva de riesgo para la víctima que requiera la adopción de alguna de las medidas”**.

Esta orden podrá ser solicitada por la víctima, *“Directamente ante la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal, o bien ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, las oficinas de atención a la víctima o los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las Administraciones Públicas”*. Las implicaciones de lo anterior para los funcionarios públicos o personal que trabaja en los servicios sociales o asistenciales son de enorme magnitud, puesto que, en la medida en que una persona anciana puede dirigirse a ellos manifestando haber sido víctima de malos tratos, aquellos deben de tener los conocimientos técnicos suficientes cuanto menos para explicar al anciano la existencia de esta orden de protección inmediata, su contenido, y la posibilidad de solicitarla, así como prestarle el apoyo y asistencia suficiente para rellenar los impresos para pedirla. En consecuencia, en cualquier centro de servicios sociales debe existir obligatoriamente, modelos normalizados de solicitud de orden de protección inmediata y personal que asesore al mayor acerca de cómo debe formalizarse y posteriormente conozca el cauce para su remisión al Juez competente. Pero las obligaciones del personal de todos estos centros no terminan con lo anterior; sigue diciendo el precepto que estamos analizando que sin perjuicio del deber general de denunciar los hechos delictivos de los que se tengan conocimiento, *“las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de alguno de los hechos que den lugar a la adopción de esta orden de protección, deberán ponerlos*

inmediatamente en conocimiento del juez de guardia o del Ministerio Fiscal” con el fin de que, aún sin que medie petición por parte de la víctima, puedan incoar o instar directamente el procedimiento para la adopción de la orden de protección. En consecuencia existe una segunda obligación para los profesionales del ámbito geriátrico: notificar, al margen de la actitud que pueda adoptar la víctima, los hechos a la autoridad judicial, puesto que esta orden puede adoptarse, incluso sin que medie petición de la víctima.

Respecto a la naturaleza y efectos de esta orden de protección, señala el artículo que estamos estudiando que *“La orden de protección confiere a la víctima de los hechos mencionados en el apartado 1º un estatuto integral de protección que comprenderá las medidas cautelares de orden civil y penal contempladas en este artículo y aquellas otras medidas de asistencia y protección social establecidas en el ordenamiento jurídico. La orden de protección podrá hacerse valer ante cualquier autoridad y Administración Pública”.*

En consecuencia, respecto a la eficacia concreta de esta orden, debemos distinguir dos niveles de protección:

- Las medidas cautelares de carácter penal podrán consistir en cualesquiera de las previstas en la legislación procesal criminal, por lo que se concede al Juez la más amplia facultad para adoptar aquella o aquellas que tenga por conveniente. Entre ellas podemos destacar las siguientes:

1. La privación del derecho a residir en determinados lugares o acudir a ellos.

2. La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez.

3. La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez por cualquier medio de comunicación o contacto escrito, verbal o visual.

- Las medidas de naturaleza civil están pensadas fundamentalmente para el supuesto de hijos menores, pero pueden también ser aplicadas en el caso de que la víctima sea un mayor discapacitado, y las mismas podrán consistir en la atribución del uso y disfrute de la vivienda familiar, determinar el régimen de prestación de alimentos, así como cualquier otra que se considere oportuna a fin de apartar a la víctima mayor incapaz de un peligro o de evitarle perjuicios.

Debe señalarse que la orden de protección implicará el deber de informar permanentemente a la víctima sobre la situación procesal del imputado, y en particular, de la situación penitenciaria del agresor.

Como se puede observar, el alcance de estos dos preceptos y su aplicación conjunta, constituye un valiosísimo instrumento de protección, desde las prohibiciones de residencia, acercamiento o comunicación, hasta incluso el abandono del domicilio por parte del agresor. El sistema se ve reforzado por la expresa obligación de adoptar nuevas medidas en caso de incumplimiento de las medidas señaladas al agresor, que incluso pueden llegar a convertirse en orden de ingreso en prisión.

4.4. Prohibiciones y penas.

En los casos en los que una sentencia judicial declare la existencia de un delito, dicha sentencia puede recoger, además de la correspondiente pena privativa de libertad o pecuniaria, diversas prohibiciones que no ostentan ya el carácter de medida cautelar, sino de auténtica pena. El fundamento de las mismas aparece en el Código Penal, el cual establece en condenas por determinados delitos¹, la posibilidad de imponer alguna de las prohibiciones de residencia, acercamiento o comunicación que se han señalado previamente. Es importante advertir que esta posibilidad deja de ser tal para convertirse en una obligación para el Juez en los casos en los que entre el agresor y la víctima exista una determinada relación, pues si el delito se ha cometido contra quien sea, (entre otros parientes), ascendientes, estas medidas se acordarán, en todo caso. También resulta importante señalar que estas privaciones o prohibiciones deberán adoptarse cuando el delito se cometa sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a su custodia o guarda en centros públicos o privados. Debo reconocer que en este último supuesto sí ha estado especialmente sensible el legislador, pues al incorporar el concepto de vulnerabilidad frente al de discapacidad, permite una aplicación más amplia y genérica del precepto, amplitud que se ve completada por el hecho de que no se exige para castigar la conducta que se produzca un resultado lesivo concreto, siendo suficiente el hecho mismo de ejercer violencia física o psíquica.

Finalmente también debemos hacer referencia a un tercer supuesto, si queremos plantear una visión completa de la materia. Me refiero

a los casos en los que, aún existiendo una condena a una pena de prisión, la misma no llega a cumplirse por aplicarse el mecanismo de suspensión de la condena. En esencia este beneficio para el condenado supone que podrá seguir en libertad durante un tiempo que se considera de prueba, transcurrido el cual, si el autor del hecho no ha cometido otros delitos, se entiende la pena por cumplida, mientras que, en caso contrario debería de cumplirla. A priori podría pensarse que si a una persona se le suspende la ejecución de la condena, el mismo no puede estar sometido a ningún tipo de restricción de movimientos, sin embargo, para corregir este efecto indeseable, que podría tener como consecuencia que una persona condenada por malos tratos o lesiones siguiera haciendo una vida normal, y, en consecuencia, próxima a la víctima del delito, incluso, hasta el extremo de habitar en el mismo domicilio, el legislador contempla que la suspensión puede quedar condicionada al cumplimiento de determinadas obligaciones o deberes, entre ellos, las tres prohibiciones que hemos visto anteriormente, pero además de estas, también se establecen las siguientes:

- *Comparecer personalmente ante el juzgado o tribunal, o servicio de la Administración que éstos señalen, para informar de sus actividades y justificarlas.*
- *Participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, sexual y otros similares.*
- *Cumplir los demás deberes que el juez o tribunal estime convenientes para la rehabilitación social del penado.*

¹ Delitos de homicidio, aborto, lesiones, contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, la libertad e indemnidad sexuales, la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico.

Debe señalarse como cuestión de suma importancia que si entre el agresor y la víctima existiera una determinada relación de parentesco² o convivencia en el mismo núcleo familiar, dichas prohibiciones u obligaciones DEBERÁN IMPONERSE EN TODO CASO. Señalemos igualmente que si estas prohibiciones se incumplen, el Juez podría imponer nuevas prohibiciones más gravosas para el condenado, prorrogar el periodo de suspensión, o, incluso, dejar sin efecto la suspensión y acordar el cumplimiento de la pena de prisión inicialmente suspendida.

4.5. Prisión provisional.

La más importante y grave medida cautelar que puede adoptarse durante la tramitación del procedimiento penal es la privación de libertad del sujeto, mediante la Prisión Provisional. Esta medida, lógicamente solo puede ser adoptada por un Juez y presenta unas especificidades técnicas y una complejidad en cuanto a su procedimiento de adopción, que se aparta del objeto de este artículo. Sin embargo, para tener una visión global de las posibilidades legales de esta medida, debemos indicar que el principio general el que *“La prisión provisional sólo se adoptará cuando objetivamente sea necesaria”*. Por tanto, la prisión provisional es una medida que se adoptará con carácter restrictivo, basándose en unos requisitos y fines concretos: evitar el riesgo de fuga; evitar la ocultación, alteración o destrucción de fuentes de prueba y evitar que el imputado pueda actuar contra bienes jurídicos de la víctima.

5. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO.

El cambio demográfico que se está produciendo en la población española y que se ha dado en llamar el envejecimiento de la población, constituye uno de los más serios retos al que ha de enfrentarse nuestra sociedad, por eso la protección jurídica al mayor no solamente puede venir a través de los ámbitos civil, patrimonial o penal, a los que ya nos hemos referido, sino también a través de los distintos sistemas de protección social, por ello, si se quiere dar una visión completa de esta materia no podemos obviar las medidas administrativas o de orden social. Estas medidas nacen como consecuencia de la aparición de nuevos fenómenos sociales a los cuales los ámbitos jurídicos “tradicionales” no son capaces de dar respuesta, pudiendo señalar entre ellos:

- El paso de un estilo de vida rural a otro urbano.
- La reducción de las redes de apoyo social.
- La nuclearización de la familia.
- La incorporación de la mujer al trabajo.

Todo lo anterior hace necesario articular recursos, medidas y actuaciones por parte de las Administraciones Públicas, pero actualmente las respuestas de tales Administraciones a estas necesidades no están suficientemente adaptadas, aunque sería injusto reconocer que en los últimos tiempos se han desarrollado recursos, servicios y programas adaptados a la realidad de las personas mayores.

² Quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados.

Hacer referencia a estos recursos y las medidas de protección recogidas en los mismos cho-ca con el problema de enfrentarnos a la realidad del proceso de transferencias en materia de servicios sociales que en los últimos años se ha producido desde la Administración Central o Estatal hacia la Administración Autónoma, proceso a través del cual en la actualidad, prácticamente todas las Comunidades Autónomas cuentan con una legislación propia en esta materia, legislación que, además presenta evidentes diferencias entre unos territorios y otros.

Como ejemplo de lo anterior, podemos hacer referencia a lo dispuesto en la Ley 6/1999, de 7 de julio, del Parlamento de Andalucía, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Señala la exposición de motivos de esta ley que con su promulgación se busca *“Establecer en Andalucía el marco adecuado que desde una perspectiva integradora asegure una respuesta uniforme y coordinada a la problemática de las personas mayores”*. Acorde a ese propósito, la citada ley establece a lo largo de su articulado diversas medidas o instrumentos protectores que, en algunos aspectos mantienen elementos comunes con los que puedan adaptarse en otras legislaciones, pero que en otros presentan notables diferencias. Por eso esa pretendida respuesta uniforme y coordinada no alcanza más allá de los límites territoriales de esa Comunidad Autónoma.

En todo caso, como elementos comunes a todas las Autonomías, podemos señalar varios elementos que persiguen la protección social de los mayores. Aún con diferencias a nivel legislativo, en todas las Comunidades Autónomas, su legislación específica viene orientada a los siguientes aspectos:

- Creación de una red de servicios sanitarios y socio-sanitarios, que suponga la cobertura asistencial mediante servicios y prestaciones que cubran las necesidades de cuidados, localizándose lo más próximos posible al entorno habitual de la persona mayor, pudiendo comprender, entre otras prestaciones: atención domiciliaria, atención en períodos temporales de mayor discapacidad, (convalecencia, rehabilitación o cuidados paliativos), atención en estancias diurnas y atención institucionalizada de larga duración.
- Prestaciones económicas, a fin de sufragar las necesidades básicas de las personas mayores que carezcan de los recursos necesarios, a través de ayudas distintas y compatibles con las del sistema de la Seguridad Social y con las que pueda otorgar la Administración del Estado y otras Administraciones Públicas. Estas prestaciones pueden ir dirigidas a la financiación total o parcial de los gastos derivados de la adaptación funcional del hogar, de la adquisición de ayudas técnicas que faciliten el desenvolvimiento de la persona mayor en su medio, de la estancia temporal o permanente en centros residenciales o unidades de estancias diurnas, así como aquellas otras que favorezcan su autonomía personal.
- Desarrollo de sistemas de divulgación de información a las personas mayores sobre los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico, su ejercicio efectivo y las medidas a emprender en caso de vulneración de los mismos.
- Desarrollo de sistemas de investigación de denuncias formuladas ante las Administraciones Públicas por motivo de desasistencia en que pueda hallarse una persona mayor

darán y, en su caso, de adopción de las medidas adecuadas para su cese. En el caso de detección de situaciones de maltrato sobre personas mayores, todas las legislaciones plantean la puesta en conocimiento del Ministerio Fiscal.

- Desarrollo de sistemas de protección frente a ingresos no consentidos en centros residenciales por aplicación del principio de que ninguna persona mayor podrá ser obligada contra su voluntad a permanecer en un centro residencial, salvo en los supuestos de autorización judicial, (incapacidad presunta o declarada). Dicha protección también deberá extenderse a los supuestos de concurrencia sobrevenida de circunstancias determinantes de incapacitación del mayor, (puesta en conocimiento del Ministerio Fiscal).

Para garantizar lo anterior, los servicios de inspección velarán por el cumplimiento de lo anterior y podrán solicitar del interesado que ratifique la voluntariedad de su estancia, me-

dante entrevista personal mantenida sin la presencia de familiares ni de representantes del centro.

6. CONCLUSIÓN.

Con el anterior repaso a determinadas instituciones protectoras de la persona y el patrimonio del mayor, no se ha pretendido llevar a cabo un análisis exhaustivo de las mismas, sino dar una visión global, aun a riesgo de llevar a cabo un estudio demasiado superficial. En todo caso, la finalidad del artículo, precisamente tiene un carácter más divulgativo y expositivo que técnico. La aplicación práctica de muchas de estas instituciones deberán quedar en manos de los técnicos y los profesionales de cada ámbito, pero es obligación de todos los profesionales, sea cual sea su adscripción profesional, que trabajan en el ámbito de la atención y el cuidado de los mayores, el conocer las mismas como primer paso para su aplicación, pues no puede plantearse aquella solución o posibilidad que se desconoce.

APLICACIONES PRÁCTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS PERSONAS EN ÁMBITOS RESIDENCIALES. EL PROYECTO ETXEAN ONDO.

MAYTE SANCHO CASTIELLO

Directora científica del Instituto Gerontológico Matía

PURA DÍAZ VEIGA

Investigadora coordinadora del proyecto Etxean Ondo residencias. Instituto Gerontológico Matía

PALABRAS CLAVE

Modelo de atención centrado en la persona, unidad de convivencia, autonomía, calidad de vida, dependencia, cotidianeidad.

RESUMEN

La necesidad de identificar itinerarios de atención que den una respuesta más adecuada a las necesidades de las personas mayores que necesitan apoyos es creciente, por lo que surge con fuerza el interés por avanzar en un modelo de atención centrado en la persona. Otros países trabajan en este cambio cultural desde hace décadas.

El Gobierno Vasco, a través de su Departamento de Empleo y Políticas Sociales y en colaboración con la Fundación Instituto Gerontológico Matía, ha asumido este reto innovador poniendo en marcha el proyecto de investigación Etxean Ondo (en casa o como en casa, bien) que se desarrolla en ámbitos domiciliarios y residenciales. Los resultados iniciales de esta experiencia son altamente satisfactorios en aspectos clave como es la calidad de vida, especialmente en personas con deterioro cognitivo grave. La satisfacción de familias y profesionales es muy alta.

KEYWORDS

Person-centered care, small home units; autonomy, quality of life; dependence, everyday.

ABSTRACT

The need to identify care pathways that provide a more adequate response to the needs of the elderly who need support is growing, so there is now a strong interest to make progress on a model of person-centred care. Other countries have been working on this cultural change for decades.

The Basque Government, through its Department of Employment and Social Policy, and in collaboration with the Matia Gerontological Institute Foundation, has taken on this innovative challenge by setting up the Etxean Ondo research project (at home or like at home) that is being implemented in private and nursing home areas. The initial results of this experience are highly satisfactory in key aspects such as quality of life, especially in people with severe cognitive impairment. The satisfaction of families and professionals is very high.

Sumario

1. Evolución de los itinerarios de atención a las personas que necesitan apoyos.
2. El proceso de identificación de nuevos itinerarios de atención en el País Vasco.
3. La experiencia Etxean Ondo en Centros gerontológicos. Origen y Justificación.
 - 3.1. Ámbito de actuación.
 - 3.2. Intervenciones.
 - 3.2.1. Modificaciones ambientales.
 - 3.2.2. Modificaciones organizativas
 - 3.2.3. Modificaciones en la vida cotidiana de las personas usuarias.
4. Resultados.
 - 4.1. Residentes.
 - 4.2. Familiares.
 - 4.3. Profesionales.
5. Conclusiones y lecciones aprendidas.
6. Bibliografía.

1. EVOLUCIÓN DE LOS ITINERARIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE NECESITAN APOYOS.

Estamos asistiendo a un creciente interés, por parte de profesionales y planificadores, hacia la identificación de itinerarios de atención que, desde planteamientos profesionales, se acerquen a las preferencias y deseos de las personas. En España este movimiento está cobrando una fuerza inusitada en la última década.

Veníamos de una larga y dura historia de instituciones asilares (Informe GAUR, 1975) a las que se recurría sólo cuando no había mujeres (esposas, hijas, hermanas...) que asumieran el cuidado en el ámbito familiar, situando a las personas que acudían a estas instituciones "extramuros" de la sociedad y de sus consiguientes derechos (Sancho. M, Yanguas J. 2014). En el ámbito domiciliario, de la intimidad familiar, la dependencia y la discapacidad tradicionalmente se habían escondido, consideradas como una lacra social, como un castigo que había que ocultar, lejos de cualquier planteamiento terapéutico y rehabilitador. Los servicios domiciliarios empiezan a desarrollarse tímidamente en la década de los 80. Es a finales de esta década, coincidiendo con el desarrollo de los servicios sociales públicos, cuando se empezó a generalizar el interés por afrontar las necesidades de las personas dependientes, más allá de las estrictamente básicas (Yanguas, Leturia, Leturia y Uriarte, 1998): alimentación, higiene y atención sanitaria enfocada a la curación de enfermedades y no tanto al cuidado de situaciones de cronicidad que requieren atenciones diferentes. La aprobación e incompleto desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación

de dependencia (39/2006) ha supuesto otro avance histórico en la conceptualización de la intervención con estas personas. Sin embargo, desde la perspectiva gerontológica, ha generado cierto freno en el ámbito de la aplicación y transformación de un nuevo modelo de atención centrado en las personas. La presión de la demanda de prestaciones y servicios generada a raíz de la aprobación de la ley, está en la base del estancamiento de iniciativas innovadoras. Solo en estos últimos años sumidos en la profunda crisis socioeconómica que ha paralizado muchos proyectos de crecimiento, hemos comenzado a revisar el “cómo” trabajamos y la posibilidad de mejorar la calidad de la atención, mirando a nuestros usuarios, promoviendo su autonomía y sus preferencias.

En Europa, Australia y EEUU, hace ya varias décadas que se avanza en el llamado **cambio cultural** (Pioneer Network, 2014) trabajando intensamente en la planificación de atenciones a personas que necesitan apoyos desde planteamientos como:

- Priorizar la atención en el domicilio y el entorno habitual, en respuesta a la insistente petición de los interesados.
- Intentar ofrecer una atención integrada social y sanitaria, desde diferentes modelos de provisión de servicios sociosanitarios. Mayoritariamente, a través de la coordinación de los sistemas y servicios. (Leichsenring K 2013).
- Desarrollar una oferta de servicios de proximidad que den respuesta a la diversidad cada vez más amplia de la demanda de atenciones. Comidas, servicios profesionales especializados, bibliotecas, acompañamiento, orientación y consejo, peluquería, servicios

religiosos, arreglos y adaptaciones en el domicilio, etc.

- Reformular los modelos tradicionales de atención residencial, de corte muy institucional y derivados de concepciones sanitarios-hospitalarias, hacia propuestas que se acercan al entorno del hogar habitual, en el que las preferencias, hábitos y rutinas de sus usuarios, ocupan el centro de la atención.
- Garantizar que las personas que necesitan apoyos pueden participar en la vida social y ciudadana, con independencia de donde vivan. El proceso de apropiación de la “calle” y lo que en ella sucede, está integrado en el discurso de la diversidad funcional, pero sigue siendo un reto a alcanzar entre las personas mayores en situación de dependencia.
- Ofrecer un modelo de atención sostenible y austero que dé respuestas integradas, eficaces y sin duplicidades, optimizando todo la oferta disponible.

España, aun con su retraso histórico, ya está inmerso en este proceso de cambio que, a la vista de sus resultados en otros países, no tiene vuelta atrás. Sin duda, con diferente grado de implantación, con peculiaridades, rescatando lo significativo y adaptando los cambios a nuestras diversas realidades. Por ello, creemos que la experiencia que se está llevando a cabo en el País Vasco puede contribuir a este proceso de crecimiento.

2. EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS ITINERARIOS DE ATENCIÓN EN EL PAÍS VASCO.

Desde el año 2011, el Gobierno Vasco, a raíz de los resultados de diversos estudios sobre condiciones de vida de las personas mayores en Euskadi, análisis exhaustivo de la situación de la vivienda entre personas de 50 y más años, e investigaciones cualitativas sobre las percepciones de este grupo de población en torno al ya paradigma housing, (Aranda M. 2010, Herranz D. Sancho, M Yanguas J. 2011) adquiere un compromiso firme para explorar nuevas formas de enfocar sus políticas de envejecimiento, con especial atención a las dirigidas a las personas en situación de dependencia. Es sobradamente conocido el grado de desarrollo adquirido por los servicios sociales en esta Comunidad Autónoma, así como su compromiso con la aplicación de la LAPAD.

- Los datos disponibles sobre cuantías de prestaciones económicas vinculadas al servicio y de asistencia personal, se sitúan, para el grado III, en torno a los 850 euros, en un rango que oscila entre los 625 y 1.000 euros, en función de los territorios y la puntuación obtenida en la valoración.
- La compatibilidad de servicios como SAD y centro de día con prestación económica, constituyen un indudable indicador de calidad en la aplicación de la ley.
- Los plazos del proceso de valoración, desde que se presenta la solicitud en los servicios sociales municipales hasta el cierre del expediente, en Guipúzcoa están en torno a los 40 días (no disponemos de datos actuales de Álava y Vizcaya).

- La experiencia de extender la prestación para asistencia personal a personas mayores en Guipúzcoa, que en la actualidad llega a cerca de 2.000 personas es otra muestra del interés por buscar itinerarios de atención innovadores, y más ajustados a las necesidades de las personas.

Pero además, desde los ámbitos de la innovación tecnológica existe un interés explícito por el envejecimiento, contemplado en el Plan Vasco de Ciencia y Tecnología 2011-2015, en el que este área de conocimiento ocupa un lugar primordial, incorporando todo su potencial de oportunidad socioeconómica, generación de empleo y progreso para este territorio.

En este contexto, el Departamento de Empleo y Políticas Sociales firma un Convenio de Colaboración con la Fundación Instituto Gerontológico Matía en el que se contemplan una serie de iniciativas. El objetivo que se persigue es poner en marcha buenas prácticas y experiencias que identifiquen nuevos itinerarios de atención a las personas que necesitan apoyos desde el domicilio. Se trata de desarrollar una experiencia de coordinación e integración de servicios en el marco del modelo de atención integral y centrado en la persona en centros de día y residenciales, con especial atención a dispositivos que acogen a personas con necesidades más complejas, tales como unidades psico-geriátricas y sociosanitarias. Ve la luz por tanto el proyecto **Etxean Ondo, en casa o como en casa ...BIEN**. Proyectos ambos que actualmente están a punto de finalizar y en proceso de evaluación de resultados.

Esta iniciativa ha ido acompañada de un conjunto de estudios y acciones formativas en los siguientes ámbitos:

- Programas de formación y sensibilización en relación con los componentes del Modelo de Atención Centrado en la Persona, así como sus implicaciones prácticas.
- Estudio de coste-efectividad sobre las experiencias.
- Nuevos perfiles profesionales que requeriría la generalización de este modelo.
- Aspectos normativos que habría que reformular en este proceso.

El desarrollo de este convenio se realiza con la colaboración y alianza de diferentes Administraciones Públicas y entidades privadas y de la iniciativa social: diputaciones forales, municipios participantes, sistema sanitario de atención primaria y especializada, proveedores de servicios domiciliarios y teleasistencia, SIIS, etc.

Dada la envergadura de la experiencia que se está realizando en el ámbito domiciliario, en colaboración con la Fundación Pílares para la Autonomía Personal, creemos que debe ser objeto de tratamiento específico, por lo que el presente trabajo se circunscribe a la experiencia realizada en Centros residenciales y de día.

3. LA EXPERIENCIA ETXEAN ONDO EN CENTROS GERONTOLÓGICOS. ORIGEN Y JUSTIFICACIÓN.

El Proyecto “Etxean Ondo” se origina y desarrolla en sintonía, entre otros principios, con el deseo de la ciudadanía de más edad de envejecer en casa, aun cuando se precisen apoyos y ayudas específicas. En el caso del País Vasco, esta opinión, adquiere proporciones contundentes, siendo elegida por el 95% de los casos

en algún estudio (personas de 50 y más años del País Vasco, Basa, 2010).

Esta preferencia, fuertemente arraigada en nuestra sociedad, en ocasiones se encuentra con importantes dificultades para ser llevada a la práctica, cuando las necesidades de apoyos y cuidados son complejas y aparecen las frecuentes dificultades para afrontar los cuidados que estas personas necesitan. En estas circunstancias se plantea la necesidad de optar por un traslado a residencias, que si bien ofrecen una atención profesional adecuada, se alejan excesivamente de los modelos de vida cotidiana de las personas, generando desarraigos no deseados que en ocasiones tienen graves consecuencias.

En consecuencia, este proyecto ha intentado incorporar a las instituciones tradicionales los cambios necesarios para poder desarrollar un modelo de atención más acorde con los deseos y preferencias de las personas. La principal característica que define a los denominados modelos de atención orientados en la persona, es que reconocen el papel central de los usuarios en su atención y, en consecuencia, proponen estrategias para que sean ellos mismos (o sus representantes) quienes realmente ejerzan el control sobre los asuntos que les afectan (Martínez, 2011). En otras palabras, el trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico, la máxima independencia y control de la vida cotidiana posibles, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos. Y se concreta en aspectos de la atención cotidiana como: a) su bienestar físico y emocional, b) el respeto y apoyo a sus decisiones y preferencias en relación con su vida cotidiana c) la promoción

de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, d) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, e) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención personalizada, el individuo tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de atenciones, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales.

Las unidades de convivencia constituyen un dispositivo congruente con este enfoque de atención. Se trata de instalaciones diseñadas en base "al modelo hogar", integradas por espacios comunes como cocina y sala de estar y estancias individuales para cada uno de los residentes compuestas por, al menos, dormitorio y baño privado. Suelen tener una capacidad variada, pero no suele sobrepasar las 15 personas y son gestionadas por profesionales estables, que tengan empatía con los usuarios y con conocimiento de la historia de vida y las preferencias que presentan.

Este tipo de alojamientos con denominaciones diversas está ampliamente extendido en países de Europa Occidental, especialmente en los países del Norte de Europa y, en los de América del Norte. En la actualidad, constituye una alternativa residencial de expansión creciente en estos países.

Existen ya evidencias que muestran las posibilidades que ofrecen los entornos "tipo hogar" respecto a las residencias de "modelo asistencial tradicional", en relación con la independencia y el bienestar en lo que se refiere a

las personas que los habitan, la satisfacción de las familias y la de los trabajadores (Verbeek et al.; 2009, Shier et al., 2014).

En nuestro país, estos dispositivos de atención son todavía escasos. Al margen de experiencias aisladas y localizadas no constituyen un recurso de alojamiento disponible para sus potenciales usuarios. Sin embargo, tanto los deseos, antes indicados de la población mayor, como las evidencias científicas disponibles en relación con los beneficios derivados de la residencia en este tipo de alojamientos los convierte en una alternativa de gran valor para las personas que ya no pueden continuar viviendo en su casa.

Por todo ello, el proyecto Etxean Ondo decidió incorporar este modelo de unidad de convivencia (Díaz Veiga, P. Sancho M. 2011), desde la certeza de que era el más adecuado para el desarrollo de esta experiencia, replicable en la mayoría de las instituciones de corte tradicional que proliferan en nuestro país. Otro objetivo consistió en identificar los efectos de esta perspectiva de atención, respecto a la tradicional dispensada en centros gerontológicos. Para ello, se desarrolló un estudio cuasi-experimental con grupo control en el que se compararon los efectos de la intervención de corte asistencial con otro modelo centrado en los deseos y preferencias de las personas.

3.1. **Ámbito de actuación.**

Para la realización de esta investigación, se seleccionaron tres residencias y dos centros de día pertenecientes a la Fundación Matía: instituciones de reconocida calidad merecedoras desde el año 2006 de la Q de Oro en el modelo FQM, con un alto porcentaje de plazas

concertadas, un tamaño que oscila entre 145 y 85 plazas y un modelo de atención muy centrado en la mejor gestión y organización de la institución. Tanto su construcción y diseño como sus recursos humanos y funcionamiento cotidiano se adecuan a los requisitos establecidos por la Diputación Foral de Guipúzcoa.

En este contexto, se pusieron en marcha ocho Unidades de convivencia, con una capacidad que oscila entre 7 y 14 plazas que constituyen el grupo experimental de esta investigación. En total, participan 160 personas distribuidas en grupos control y experimental.

3.2. Intervenciones.

El Proyecto Etxean Ondo engloba una variada gama de intervenciones basadas en diversas fuentes:

- Identificadas como relevantes en la literatura sobre diseño ambiental de centros gerontológicos (Rowles y Bernard, 2013).
- Recogidas en diversos estudios cualitativos desarrollados en nuestro contexto en relación al paradigma housing y las preferencias de las personas acerca de los centros gerontológicos (Aranda M 2010, Herranz D, Sancho M et al 2011).
- Contrastadas evidencias en relación con el valor terapéutico de las actividades de la vida cotidiana y los avances en este campo de intervención.

El objetivo principal de las actuaciones puestas en marcha ha sido la consecución de ambientes hogareños, confortables, seguros y accesibles, que faciliten la vida cotidiana de

las personas residentes, integrando sus preferencias, costumbres y actividades significativas. Para la consecución de todo ello, se han incorporado modificaciones tanto en los entornos, como de carácter organizativo, así como en los contenidos y desarrollo de la vida cotidiana.

3.2.1. Modificaciones ambientales.

En relación con el entorno físico, se efectuaron adecuaciones en los espacios físicos, (habitaciones, salas, corredores, comedores) en su equipamiento y decoración. En primer lugar, se seleccionaron espacios físicos en las residencias -en las que se desarrolló el Proyecto- que por tamaño y distribución fueran susceptibles de adecuarse a las características de los entornos domésticos. Así, cada unidad de convivencia dispone de cocina-comedor, sala de estar, y terraza o jardín. Se acondicionaron corredores o grandes salas mediante muebles y elementos decorativos, de modo que resultasen acogedores y favoreciesen el desarrollo de actividades diversas: interacción social, de ocio o domésticas.

En cuanto a los exteriores, se incorporó mobiliario de terrazas y jardines, así como útiles para la práctica de actividades hortícolas o de jardinería. En todo momento se ha tenido en cuenta la perspectiva de continuidad con los entornos domiciliarios de procedencia de los residentes, favoreciéndose la incorporación de muebles, y otros objetos decorativos propios y significativos tanto en espacios públicos como privados.

En numerosas experiencias europeas, se observa la llamada "lucha contra la predominancia del blanco (Raabe 2009: 8), color que preside los entornos hospitalarios y que, a pesar de

su luminosidad carece de propiedades estimulantes para personas con reducción de su autonomía personal. Por ello el uso de los colores y su efecto en el bienestar y calidad de vida de estas personas, es objeto de estudios monográficos. (Brawley, 1997; Cohen y Weisman, 1991). Merecen especial atención los cambios efectuados en la decoración utilizando telas, muebles y combinaciones de colores que generen ambientes alegres, estimulantes y sobre todo, hogareños. (Regnier V. 2002, Zeisel J. 2006).

La iluminación de los espacios ha tenido un tratamiento prioritario, ya que en torno a este aspecto existe amplia evidencia científica sobre su impacto en el bienestar de las personas (Day, Carreon and Stump, 2000). Los países nórdicos, pioneros en este tipo de investigaciones, han dado especial importancia a ese aspecto, quizás derivada de su escasa luz natural en la mayor parte del año. Sin embargo, es difícilmente comprensible, cómo en un país mediterráneo como el nuestro, un gran número de centros residenciales son oscuros y no han aprovechado las posibilidades que ofrecen las ventanas amplias, y bajas que conectan con la vida de la calle a personas con escasas posibilidades de salir sin dificultad. La iluminación artificial, ha evitado las luces altas, frías y asociadas a lo institucional, utilizando luces indirectas, bajas, más focalizadas, que favorecen entornos más íntimos y hogareños (Ulrich, 2010).

Todos estos cambios ambientales se han realizado con la participación activa de los profesionales y las familias que han aportado ideas, y trabajo voluntario para cambiar estos entornos, siempre desde la máxima austeridad. Creemos que es relevante señalar que desde la experiencia realizada, existe consenso generalizado de que la introducción de cambios

ambientales aparece como un requisito indispensable, aunque nunca suficiente, para el desarrollo del modelo de atención centrado en la persona. El cambio de entorno, propicia un clima estimulante para todos y genera una actitud favorable a la introducción de otros cambios en la organización y la vida cotidiana del centro.

3.2.2. *Modificaciones organizativas.*

En lo que hace referencia a dimensiones organizativas, se desarrollaron intervenciones en relación con la formación, dedicación y organización del personal.

- Se identificaron profesionales de atención directa (auxiliares) voluntarias para trabajar en las Unidades. Todas ellas con experiencia previa en la atención a personas, motivadas hacia su trabajo y con interés en mejorar sus estrategias para proporcionar un cuidado acorde a las características y necesidades de cada residente. Asimismo, se procedió a incrementar el ratio de los auxiliares en 4 horas y media por día.
- Uno de los retos centrales para la aplicación de este modelo de atención, reside en la disminución/eliminación de la rotación del personal. Ha sido un asunto de gran complejidad, pero, a través de la modificación de calendarios, turnos, etc., se ha disminuido significativamente la rotación entre los diferentes espacios de los centros, procurándose la estabilidad del mismo en las unidades de convivencia, con el fin de proporcionar una relación cotidiana continuada y estable entre las personas que residen en la unidades y el personal.

- Asimismo, este proyecto ha identificado la acción formativa como otro de los pilares imprescindibles para avanzar en la introducción de cambios. Se ha proporcionado formación continua al personal sobre las características del modelo de atención centrado en la persona y el trabajo en equipo. En este mismo sentido, se han desarrollado sesiones formativas individualizadas utilizando material audiovisual propio (con visionado, por ejemplo, de grabaciones en vídeo reales de interacciones auxiliares-residentes) con el fin facilitar la adquisición de competencias que favorezcan la independencia y la autonomía de los residentes.

- Además de lo anteriormente señalado se han programado reuniones periódicas del Equipo Técnico (médico, enfermera, psicólogo, etc.) con los equipos de auxiliares, modificando la toma de decisiones en relación con los cuidados, que se adoptan en base a la información aportada por los auxiliares que actúan como “profesionales de referencia” de los residentes. Este nuevo rol profesional adquiere una relevancia importante en el desarrollo del modelo, por lo que se sintetizan a continuación sus potenciales competencias.

Tabla 1. Competencias y cometidos del profesional de referencia

<p>1. Comunicación con las personas y generación de una relación de confianza.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reforzar vínculos emocionales y de confianza de la persona usuaria y de su familia.• Mostrarse cercano y disponible.• Servir de apoyo y referente de seguridad a la persona y familia en la incorporación y adaptación inicial al centro o servicio.• Saber dar apoyo y aliento en los momentos de mayor vulnerabilidad y sufrimiento.• Facilitar la comunicación con la persona y la familia.
--

2. Conocimiento de cada persona.

- Acercarse a la biografía y proyecto de vida de cada persona.
- Conocer las necesidades, lo que para la persona es importante y sus preferencias en relación a la atención.
- Identificar las competencias de la persona, dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas.
- Observar y descubrir en el día a día:
 - Lo que le agrada y le genera bienestar y lo que le produce malestar.
 - Sus opciones para tomar decisiones y tener control sobre su vida cotidiana (capacidades, oportunidades y apoyos que precisa).

3. Búsqueda de recursos que generen capacidad y bienestar.

- Saber reconocer los recursos que tiene la propia persona y facilitar que la persona los identifique.
- Encontrar y propiciar oportunidades de capacidad y bienestar (espacios, momentos, actividades...).
- Identificar recursos externos a la persona (en las familias y amigos, en la comunidad...).

4. Apoyo al plan de atención y vida.

- Participar en su diseño.
- Apoyar la participación e implicación de la persona usuaria en su propio plan.
- Apoyar y velar por su desarrollo.
- Observar y aconsejar en su seguimiento.
- Tener en cuenta las opiniones y recomendaciones de otros profesionales del equipo.

5. Coordinación, continuidad y coherencia de las intervenciones.

- Gestionar la información personal necesaria para su adecuada atención.
- Comunicarse y coordinarse con la familia y allegados.
- Comunicarse y coordinarse con el resto de equipo profesional.
- Saber “pedir ayuda” al resto del equipo, identificando situaciones que pueden ser objeto de una atención especializada persona y la familia.

Fuente: Martínez T. et al. 2014. Atención Centrada en la Persona. Cuadernos Prácticos. Gobierno Vasco.

- Por último, cada unidad de convivencia cuenta con un coordinador que desarrolla la evaluación continua del proceso de intervención, promoviendo la identificación de logros y de aspectos clave para mejorar.

Como síntesis de lo expuesto en cuanto a los cambios organizativos, creemos que es relevante destacar que la transición del modelo habitual al modelo de atención centrado en la persona conlleva la necesidad de incorporar asimismo cambios en el ambiente social, especialmente en el personal auxiliar para “desaprender prácticas profesionales” instauradas a lo largo del tiempo y sustituirlas por otras competencias dirigidas a la promoción de independencia. El desarrollo de este objetivo resulta clave en futuras experiencias, ya que si no se explicita, es probable que se inicien nuevas actividades, pero, con el paso del tiempo, se tenderá a actuar de la “manera en la que se ha hecho siempre”.

3.2.3. Modificaciones en la vida cotidiana de las personas usuarias.

La organización de las Unidades gira en torno al desarrollo de la vida cotidiana. Para ello se han identificado las preferencias y gustos de los residentes y se han incorporado actividades de la vida cotidiana con valor terapéutico, sentido y significado para los mismos.

- En primer lugar, y con el propósito de obtener información relativa a los valores, e intereses de los residentes, así como respecto hábitos, costumbres y gustos se desarrolló la historia de vida de cada residente. En caso de que la persona no dispusiera de recursos comunicativos suficientes, se solicita la colaboración de un allegado próximo a la persona. La información obtenida, junto con la relativa a capacidades y necesidades de los residentes ha permitido el desarrollo de intervenciones basadas en las actividades significativas de la vida diaria, de modo que los auxiliares fomentan, inician o mantienen la participación de los residentes (teniendo en cuenta sus capacidades funcionales y cognitivas) en actividades tales como poner lavadoras,

secar la ropa, poner y retirar la mesa, doblar y planchar prendas, etc.

- A partir de la relevancia que para la atención personalizada tiene el desarrollo de las

comidas en los centros residenciales se han incorporado medidas en relación con su organización y desarrollo.

Tabla 2. Intervenciones relativas a la comida en Etxean Ondo

<ul style="list-style-type: none">• Entorno Físico<ul style="list-style-type: none">- Comedores pequeños (15 personas aprox.).- Mesa, mantel, servilletas, no baberos, platos y vajilla normales.• Entorno Social<ul style="list-style-type: none">- Profesionales comen en la mesa, hablan de la comida, y planifican otras.- No visten uniformes.- Se tienen en cuenta las preferencias de los residentes en la elección de menús.• Actividades<ul style="list-style-type: none">- Los residentes participan, de acuerdo a sus capacidades, en la elaboración de comidas.- No se hacen otras actividades (visitas, otros profesionales, limpieza).- Los residentes ayudan a poner y recoger la mesa.
--

Dado que en las residencias en las que se desarrolla el Proyecto el modelo de atención predominante es el médico-asistencial, las intervenciones descritas se implantaron progresivamente, precedidas de una serie de acciones informativas y sensibilizadoras a todos los implicados (residentes, personal y familiares) en las que se aportaron detalles de las implicacio-

nes de los cambios previstos, así como los beneficios de los mismos.

La secuencia desarrollada para la implantación de las intervenciones se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Secuencia de Actuaciones en la Implantación de “Etxean Ondo” Residencias

FASES	PERSONAL	RESIDENTES	FAMILIAS	AMBIENTES	ORGANIZACIÓN
1. Sensibilización	Presentación al centro. Información representantes de los trabajadores. Curso a los trabajadores. Identificación de voluntarios.	Reuniones informativas.	Reuniones informativas.		
2. Recogida de Información de Residentes, Cuidadores y Adecuación de Ambientes.		Desarrollo de historias de vida. Evaluación capacidades funcionales, cognitivas y calidad de vida.		Modificaciones ambientales en espacios comunes.	Diseño de calendarios y horarios de cuidadores.
3. Implantación y Consolidación de cambios.	Asignación de profesional de referencia. Formación para el fomento de la independencia/ autonomía. Desarrollo de actividades formativas específicas.	Participación en actividades de la vida cotidiana.	Participación en actividades de la unidad.	Personalización de ambientes comunes y privados.	Incorporación del modelo a la atención en el trato. Coordinación con Profesionales Especializados.

La integración progresiva de todas las actuaciones mencionadas ha dado como resultado el desarrollo de actividades de atención y cuidados, acordes a las preferencias de las personas que los reciben y, organizadas en un formato doméstico y hogareño. Se indican, a continuación una serie de pautas para su identificación y desarrollo (Sancho y Yanguas, 2014).

- Identificar necesidades no expresadas que, con frecuencia se ocultan para “no molestar y dar más trabajo”.
- Ofrecer la posibilidad de elegir. Si bien las rutinas son una especie de certificado de seguridad ante la vulnerabilidad, no debemos confundirlas con la monotonía y el aburrimiento que tantas veces observamos en personas que viven en su casa, en principio como

desean, pero con un mundo demasiado pobre en estímulos y oportunidades. El refugio no puede convertirse en cárcel.

- Mantener en la medida de lo posible, la realización de las actividades cotidianas que en definitiva, son las que garantizan la independencia de las personas, y promueven su dignidad y autonomía.
- Invitar a la persona a disfrutar de la calle, a salir y relacionarse, pasear, estar en contacto con la naturaleza.
- Promover la participación en actividades que aunque nuevas, pueden estimular o simplemente divertir a las personas, dotando de sentido a momentos del día que con frecuencia discurren sin motivación e interés.

- Cuando las personas tienen un importante deterioro cognitivo las dificultades de intervención y de identificación de actividades significativas, aumenta. Sin embargo por sus efectos, observamos su gran valor, especialmente en su calidad de vida, es conveniente buscar un acercamiento gradual a la actividad:

- Observando qué aspectos de la actividad le llaman especialmente la atención.
- Captando primero su atención visual y generando el contacto físico a continuación.
- Proponiendo acciones sencillas y parciales de la actividad.
- Proporcionando apoyos específicos.
- Reforzando y estimulando cada uno de los avances que se consigan.

- Cuidar los ambientes y entornos para convertirlos en realmente significativos.

La diversidad de estímulos procedente del entorno en cualquiera de sus vertientes es

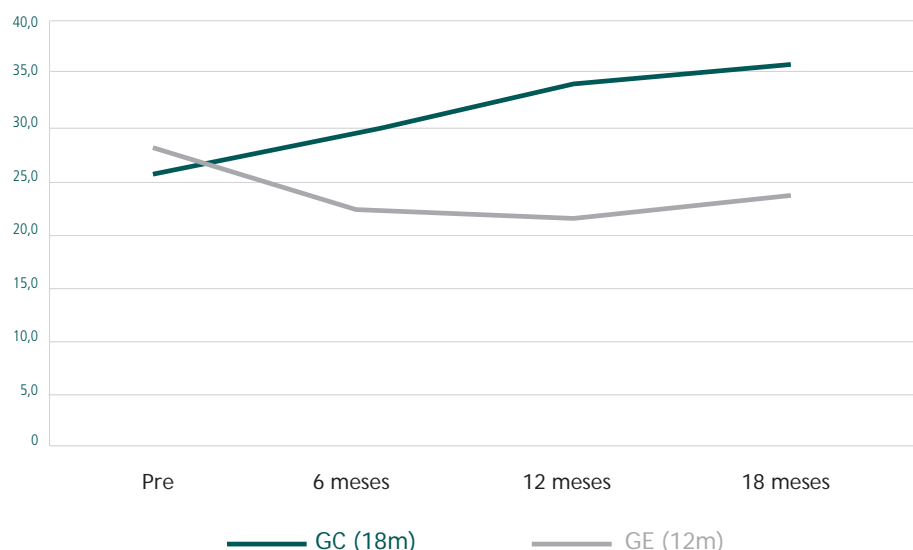
cada vez mayor. El ya paradigma de la “amigabilidad” y la integralidad de su concepción se extiende a todos los ámbitos que afectan a las personas que necesitan ayuda. Por ello es urgente afrontar un cambio en profundidad en el diseño de residencias y centros para personas en situación de dependencia, en los que todavía predominan concepciones hospitalarias, carentes de estímulos y decoración, en pos de una supuesta “seguridad y control del riesgo” no suficientemente demostrada.

4. RESULTADOS.

4.1. Residentes.

En las comparaciones efectuadas en las sucesivas evaluaciones se han constatado mejoras significativas en la calidad de vida de los residentes participantes en el nuevo modelo de atención, siendo las mejorías más evidentes en los sujetos con más deterioro cognitivo. (García Soler et al., 2014, Díaz Veiga, P. Sancho M. et al 2014).

Figura 1. Evolución de Puntuaciones de Calidad de Vida en los residentes con Deterioro Cognitivo Grave



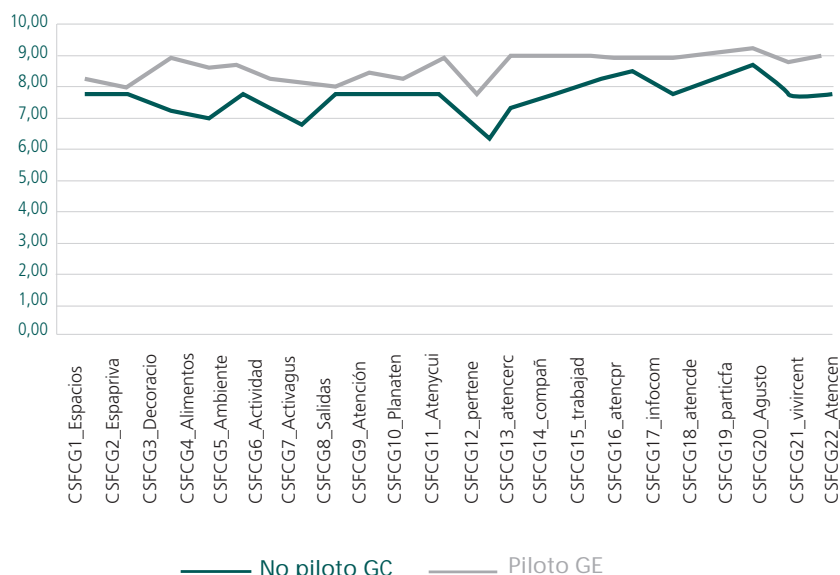
Nota. La puntuación de la escala utilizada (Qualid) es mayor cuanto menor es la calidad de vida.

Por parte de las cuidadoras y equipo técnicos de los centros observan una mejora en la percepción del funcionamiento de las personas residentes tanto cognitiva, funcionalmente, como en calidad de vida. Además se ha constatado, por parte de jueces externos, un mejor funcionamiento de los residentes, nivel de actividad e interacciones entre ellos, etc. en las unidades experimentales respecto a otras unidades con el modelo de atención tradicional (Fdez. Ballesteros et al.; 2014).

4.2. Familiares.

Se ha observado la incorporación progresiva de algunos de los familiares a las actividades cotidianas desarrolladas en las Unidades experimentales. Asimismo, se registra una satisfacción superior en los resultados de los cuestionarios de satisfacción aplicados a los familiares. Ver Figura 2.

Figura 2. Puntuaciones medias en el grupo control (verde) y en el experimental (gris) por pregunta del cuestionario de satisfacción



4.3. Profesionales.

La evaluación externa refleja un mejor funcionamiento del personal (interacciones con los residentes; grado de disponibilidad y de actividad) en las unidades de convivencia experimentales respecto a las que desarrollan el modelo de atención tradicional. Además, se ha establecido que este cambio parece influir en el mejor funcionamiento de los residentes, mencionado anteriormente. (Fdez. Ballesteros, et al., 2014).

Las auxiliares participantes no presentaban indicadores de burn-out al inicio de la experiencia. Esta situación se mantiene en la evaluación final, una vez han participado en el proceso de transformación de sus prácticas profesionales. Expresan que se encuentran, en términos generales, satisfechos con su trabajo y aprecian una mayor satisfacción de las familias.

Los profesionales participantes manifiestan una valoración muy positiva de las consecuencias

tanto para los residentes como para ellos, de la puesta en marcha de los nuevos modelos de atención. Consideran, no obstante, que el paso de una atención centrada en la tarea a otra centrada en la persona conlleva cambios sustanciales en la organización y desarrollo de las prácticas profesionales; de modo que cobran especial importancia cuestiones como el reconocimiento, la personalización o la autonomía de las personas y equipos participantes. En otras palabras los principios en los que se basa la atención directa a los residentes han de configurar las relaciones entre los profesionales participantes; de tal manera que el modelo centrado en la persona constituye en realidad un “modelo centrado en las personas”. (Prieto, 2014).

En resumen, los resultados identificados hasta el momento muestran que las modificaciones desarrolladas en el Proyecto Etxean Ondo contribuyen a mejorar la calidad de vida y el funcionamiento de los residentes, especialmente la de las personas con más deterioro, respecto a la atención dispensada en el modelo tradicional que se presta en residencias. Además, las intervenciones desarrolladas han sido valoradas como satisfactorias por todos los implicados (residentes, familiares y personal), y no han supuesto un incremento en el grado de burnout de los profesionales de atención directa, registrándose, por otro lado, un mejor funcionamiento de éstos en relación con los residentes, respecto a unidades con el modelo tradicional. En último lugar, las intervenciones suponen cambios relevantes en la forma de entender las prácticas de profesionales de atención directa y de los equipos técnicos, de modo que los principios rectores de la atención a los residentes: autonomía, personalización, o reconocimiento han de orientar también las

prácticas y relaciones entre profesionales.

Algunos de los resultados de estas intervenciones se pueden ver en los pequeños documentos audiovisuales que se referencian a continuación.

Esta también es mi casa: <https://www.youtube.com/watch?v=Pb0NpugAP2s>.

La comida como en casa: <https://www.youtube.com/watch?v=aAKYHNYFIdE&noredirect=1>.

5. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.

El análisis de las percepciones, opiniones y deseos acerca de los servicios dirigidos a personas mayores en el País Vasco, revela que la ciudadanía, especialmente las personas que envejecen reclaman dispositivos de atención que se ajusten a sus deseos, preferencias y estilo de vida. La experiencia acumulada en Etxean Ondo constituye, en este sentido, una iniciativa valiosa para identificar las claves para la transformación de los servicios residenciales tradicionales a otros en los que se ofrezcan oportunidades para la continuidad de la trayectoria vital de las personas que necesitan apoyos.

Se ha desarrollado un amplio y complejo plan de intervenciones con el fin de favorecer la incorporación de los elementos claves de un modelo de atención centrado en la persona a partir de un modelo de atención basado en una perspectiva médico-asistencial y con un notable grado de profesionalización.

El plan de intervenciones desarrollado se ha basado en las características de los distintos

centros en los que éste se ha ido desarrollando. En otras palabras, las intervenciones se han ido implantado desde una perspectiva participativa por parte de los distintos responsables: Equipos de Gestión, Técnicos y de Investigación. Este enfoque ha favorecido la progresiva incorporación de profesionales en su implicación y la implantación de cambios en sintonía con el ritmo, las necesidades y posibilidades de cada una de las residencias participantes en el Proyecto. Por otro lado; la incorporación de cambios ha estado precedida por acciones informativas iniciales dirigidas a los potenciales implicados y por un acompañamiento continuado a lo largo del proceso de intervención.

Estas actuaciones han resultado primordiales con el fin de gestionar resistencias al cambio; cambiar prácticas profesionales instauradas por otras nuevas, etc. y transitar, por tanto, de un modelo de atención a otro.

Todo ello ha puesto de manifiesto que en el proceso de implantación de Modelos de Atención centrados en las Personas se ha de considerar la puesta en marcha de acciones sucesivas que proporcionen información a los destinatarios, les ofrezcan oportunidades de reflexionar sobre las oportunidades del cambio, y posibilidades para aprender y desarrollar nuevas prácticas profesionales. Además, el mantenimiento y consolidación de las transformaciones desarrolladas requieren la incorporación de cambios en la gestión y procedimientos organizativos de las instituciones en las que éstos se desarrollan.

El desarrollo de Etxean Ondo en el marco de un diseño de investigación ha supuesto, por otro lado, algunos aprendizajes para futuras iniciativas similares. En primer lugar, se ha cons-

tatado la complejidad metodológica que conlleva el desarrollo de estudios de investigación en contextos asistenciales (selección y tamaño suficiente de la muestra, identificación de instrumentos sensibles a las intervenciones y a los recursos de los entornos de investigación, etc.); así como la necesidad de marcos conceptuales que orienten el análisis de las relaciones entre los distintos componentes del Modelo de Atención.

En resumen, la transición de modelos de atención tradicionales a otros que las personas prefieren, es un proceso que ya no admite demora en nuestro contexto.

La experiencia acumulada en Etxean Ondo constituye, desde esta perspectiva, una aportación de interés para conocer las claves que permitan desarrollar el cambio, reajustando ambientes, organizaciones y prácticas profesionales de una perspectiva a otra. Asimismo, desde la perspectiva investigadora se han identificado cuestiones de interés que han de ser analizadas en iniciativas posteriores.

En definitiva, afrontar un cambio en el modelo de atención a las personas que necesitan apoyo, que mejore su calidad de vida, dimensión esencial cuando la autonomía empieza a desaparecer, supone la asunción de riesgos, un cambio en profundidad de actitudes y conductas hacia las personas y la introducción de innovaciones complejas. En palabras de Karen C. Schoenemann, líder del Cambio cultural en EEUU,... ¿y por qué no?

6. BIBLIOGRAFIA.

ARANDA M, SANCHO M Y YANGUAS J (2009): El fenómeno del housing. Estudio cualitativo sin publicar. Matía Instituto Gerontológico.

BRAWLEY, E. C. Designing for Alzheimer's disease. Strategies for creating better care environments. New York: Wiley. 1997.

DAY, K.; CARREON D.; STUMP, CH. "The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia: A Review of the Empirical Research". The Gerontologist 2009. Vol. 40, No. 4, 397-416.

DÍAZ VEIGA P, SANCHO M. (2011) Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir "como en casa". Informes portal mayores nº 132. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>.

DÍAZ VEIGA P, SANCHO M, GARCIA A, RIVAS E, ABAD E, SUAREZ N, MONDRAGON G, BUIZA C, ORBEGOZO A Y YANGUAS J(2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo residentes en Centros Gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. [en revisión].

COHEN, U., & WEISMAN, G. D. (1991). Holding on to home: Designing environments for people with dementia. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; BUSTILLOS; A.; SANTACREU M. ; SCHETTINI, DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M.: "Caregivers' stereotypes effects on older adults functioning". Paper submitted for the ICAP 2014.

GARCÍA SOLER, A. et al. "Efectos de la implantación diferencial de un programa de atención centrado en la persona sobre la calidad de vida de usuarios de residencias en el proyecto Etxean Ondo". Poster presentado 56 Congreso SEGG. Barcelona, 2014.

INFORME GAUR, La situación del anciano en España: Madrid, CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE CAJAS DE AHORROS, 1975.

LEICHSENRING. K., BILLINGSJ. Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice. Palgrave Macmillan. 2013.

HERRANZ D, SANCHO. M. YANGUAS, J.PRIETO D, Envejecimiento, Vivienda y Entorno. Informe de Investigación Cualitativa. Fundación INGEMA Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, 2011.

MARTÍNEZ, T. La atención gerontológica centrada en la persona. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco, 2011.

MARTÍNEZ, T.; DÍAZ-VEIGA P, SANCHO M, RODRÍGUEZ P. Modelo de Atención Centrada en la Personas. Cuadernos Prácticos. Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, 2014.

PIONER NETWORK. <http://www.pioneernet-work.net>.

PRIETO, D. La experiencia de los profesionales en el Modelo de Atención Centrada en la Persona. San Sebastian. Instituto Gerontológico Matía, 2014. En prensa.

RAABE H., Innenarchitektur für mehr Lebensqualität, en: Pro Alter, 3/09, 6-9.

REGNIER.V (2002). Design for Assisted Living: Guidelines for housing the Physically and mentally frail. New York: Wiley.

ROWLES, G.; BERNARD, G. (eds.). Environmental Gerontology. Making Meaningful Places in Old Age. Springer. New York, 2013.

RODRÍGUEZ P. "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir". Actas de la Dependencia, 2011, 3.

SANCHO M, DEL BARRIO E, YANGUAS J. Estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 60 años en la C.A del País Vasco. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. 2011.

SANCHO Y YANGUAS, 2014. Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. En "El Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona. Teoría y práctica. Cord: Rodríguez P. , Vilá A. Ed.Tecnos. 2014. En prensa.

SHIER V, KHODYAKOV D, COHEN L, ZIMMERMAN S, SALIBA D." Whay does the evidence really say about culture change in nursing homes? ". The Gerontologist, 2014 (54) S1, 6-16.

ULRICH, R. A conceptual framework for the domain of evidence-based design. Health Environments Research & Design Journal, 4 (1) s. 95-114. 2010.

VERBEEK H , VAN ROSSUM E, ZWAKHALEN S MG, AMBERGEN T, KEMPEN G ,HAMERS, JPH. "The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study". BMC Geriatr. 2009; 9:3.

YANGUAS LEZAUN, J. et al. Basque Study on Ageing. (BASA) Informe no publicado. Proyecto SAIOTEK. Vitoria. 2010.

YANGUAS J, Diseño Ambiental de los Entornos cotidianos. Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, (Presentación en Simposio) 2011. (Documento no publicado).

YANGUAS, LETURIA, LETURIA Y URIARTE, Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico. Caritas. Madrid. 1998.

ZEISEL, J. Inquiry by Design, New York: W.W. Norton and Company. 2006.

LA PERCEPCIÓN DE LA
DEPENDENCIA EN
LOS CIUDADANOS
ESPAÑOLES.
ACTUALIZACIÓN AÑO
2012

ANTONIO FLORES ALBA
Director General de Front&Query

PALABRAS CLAVE

SAAD, Dependencia, Teleasistencia, Centros de Día, Residencias, Ayuda Domiciliaria, Cuidador Familiar, Asistente Social, Concesión de Ayudas.

RESUMEN

La intención del presente artículo consiste en resumir, de la manera más clara posible, los distintos hallazgos realizados por la Fundación CASER para la dependencia, en las sucesivas oleadas de investigación que está desarrollando para conocer en mayor profundidad la percepción de los españoles del fenómeno de la dependencia y sus servicios asociados (Teleasistencia, Residencias, Centros de Día, Ayuda Domiciliaria y la figura del Cuidador Familiar), pero muy especialmente su evolución hasta el año 2012-2013.

KEYWORDS

Dependency System, Telecare, Day Centres, Nursing Homes, Home Assistance, Family Caregiver, Social Worker, Granting of Assistance .

ABSTRACT

The intention of this article is to summarize, as clearly as possible, the various findings made by the CASER Foundation for dependency in the successive waves of research it has undertaken for greater understanding of the views of Spaniards about the dependency phenomenon and its associated services (Telecare, Nursing Homes, Day Care Centres, Home Assistance and the figure of the Family Caregiver), but most especially its evolution until the year 2012-2013.

Desde el año 2010, la Fundación CASER para la Dependencia ha desarrollado un total de más de 10.000 encuestas a españoles, para dar continuidad a su estrategia de investigación, realizada en los años anteriores. La investigación trataba de conseguir un fiel reflejo de la percepción general que en la población española existe del fenómeno de la dependencia así como de las distintas actuaciones de las Administraciones Públicas, tanto en el terreno legal, como en el terreno de los servicios. Para ello, cada año se ha seleccionado una muestra representativa de la población nacional, de alrededor de 5.000 encuestas, extraídas de forma aleatoria, con un margen de error muestral de +/- 1,39%, para un intervalo de confianza del 95%.

El estudio analiza de forma notablemente diferenciada, la percepción del fenómeno de la dependencia, en función de que la familia entrevistada tuviese entre sus miembros, alguna persona en situación de dependencia o no. En el primer caso, aquel en el que las familias tuviesen entre sus miembros alguna persona en situación de dependencia, la entrevista profundizaba tanto en el perfil de dicha dependencia, como en los servicios necesarios para el cuidado de dicha persona, así como las percepciones de las distintas ayudas ofertadas por las Administraciones en este proceso. En caso contrario, las familias sin personas en situación de dependencia, la encuesta buscaba información sobre la percepción de la implantación del SAAD, así como del fenómeno de la dependencia en sí mismo y su importancia subjetiva.

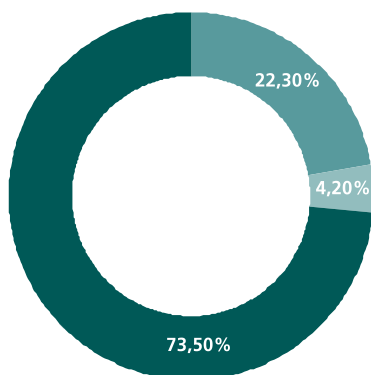
El impacto de la dependencia en la población española:

Según los datos del estudio de la Fundación CASER para la Dependencia del año 2013, más de un 30% de las familias españolas reconoce la existencia en su seno, de al menos una persona en situación de dependencia. Con relación a las oleadas anteriores del estudio, este dato no parece haber oscilado sensiblemente, y se mueve en un rango que oscila levemente alrededor del 30%. Así, se puede por tanto afirmar, que alrededor del 30% de las familias españolas tienen al menos una persona en situación de dependencia dentro de su seno, lo que implica una importante presencia social del fenómeno de la dependencia.

En todo caso, desde el año 2011, el estudio discrimina entre las familias con tan sólo una persona dependiente, y aquellas en las que hay varias. En este sentido los últimos datos recogen una incidencia de familias españolas con un solo dependiente del 25,5%, frente a un 4,6% en las que hay más de una persona en situación de dependencia.

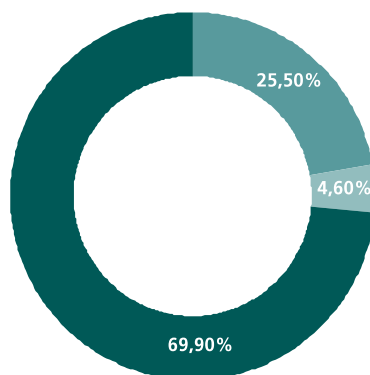
Impacto de la Dependencia

Impacto de la Dependencia 2011



■ Sí, solo una ■ Sí, pero más de una ■ No

Impacto de la Dependencia 2012



■ Sí, solo una ■ Sí, pero más de una ■ No

Fuente: Datos Estudio Fundación CASER Dependencia. "Ayudas a la Dependencia en España Situación Actual".

Si analizamos en mayor profundidad el perfil de las personas en situación de dependencia, podemos ver que en su gran mayoría, el 72,9 de los casos según el estudio del año 2012, corresponden a perfiles de personas mayores de 65 años, mostrando una fuerte vinculación del fenómeno de la dependencia a la edad. Dada esta especial vinculación, también se puede concluir, que en una población como es la española, con fuerte tendencia al envejecimiento, la dependencia será un fenómeno creciente en los próximos años.

Lo cierto es que, actualmente existen relativamente pocos españoles en situación de dependencia en edades por debajo de los 65 años, así tan sólo un 11,9% de los las personas en esta situación, se encuentra entre los 45 y los 65 años, un 9% se situaría entre los 25 y los 44 años y tan sólo un 6,2% tendría menos de 24 años.

El estudio ha excluido lógicamente del análisis, los niños menores de tres años, para evitar la confusión que podría derivar del hecho de que los encuestados considerasen, que dado que los niños de esta edad no son capaces de valerse por sí mismos, pudieran ser considerados como personas en situación de dependencia.

Dada esta relevante concentración de perfiles de personas en situación de dependencia, en personas mayores de 65 años, parece lógico que la principal causa de dependencia en España, con un 62,3% de los casos es la "edad-vejez", y así ha sido reconocida por los encuestados. No obstante, el estudio ha profundizado en la existencia de otras causas, que pudieran ser simultáneas a la edad, como pueden ser la enfermedad física, la enfermedad psíquica o los accidentes.

Resulta especialmente interesante señalar, como aunque intuitivamente pudiera parecer

algo diferente, los accidentes tan sólo están presentes en el 7,7% de las personas afectadas por la dependencia, siendo por tanto la enfermedad con un 50,10% de los casos, en sus distintas versiones la segunda gran causa de dependencia, muy próxima a la vejez.

Mención especial merecen, como causa de dependencia, las enfermedades psíquicas, que como el Alzheimer o la demencia senil, entre otras, generan una tipología especial de dependencia, que por su incidencia, debiera ser analizada de una forma específica. El estudio de la Fundación CASER para la Dependencia, ha ido detectando, a lo largo de sus sucesivas oleadas, una cierta equiparación entre las enfermedades físicas y las enfermedades psíquicas como causa de dependencia, y así como en años anteriores la enfermedad física ocupaba una segunda posición clara por detrás de la edad como causa de dependencia, en las últimas mediciones se está observando una cierta equiparación entre ambas, llegando la Discapacidad Psíquica hasta el 44% de los casos. (Recordemos siempre que en esta pregunta se está usando un enfoque de Respuesta Múltiple, por lo que no requiere "sumar 100%").

Cuando se analiza el aspecto del sexo de las personas en situación de dependencia, encontramos uno de los datos más relevantes del estudio y es que se trata de mujeres en un 65% de los casos, frente a tan sólo el 35% de los hombres. Este aspecto, es un refrendo más de la vinculación que la dependencia tiene al fenómeno del envejecimiento de la población, ya que como es sabido, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y por lo tanto alcanzan, en un porcentaje más alto las edades avanzadas, en las que la dependencia tiene mayor incidencia.

Uno de los aspectos más interesantes, alrededor del análisis del fenómeno de la dependencia, es sin duda, la necesidad que genera de servicios externos e internos a la familia. En el estudio que estamos analizando, se ha estudiado cuatro tipologías clásicas de servicios relacionados con la dependencia (Residencias, Centros de día o noche, Ayuda Domiciliaria y Teleasistencia), analizando de manera claramente separada la figura del "cuidador informal" o del "familiar cuidador" del dependiente. No obstante el desarrollo de este tipo de servicios, ha dado lugar a nuevos servicios, tales como los centros o tratamientos especializados en algunos tipos de dependencia.

Hemos de aclarar, que las respuestas recogidas en la encuesta, responden a la globalidad de los servicios recibidos por las familias con personas en situación de dependencia, sea cual fuera su vía de financiación y con independencia de cuál fuera el porcentaje de ayuda que las Administraciones Públicas pudieran ofrecer en cada caso.

En relación con los resultados del año 2012, hemos de constatar, que como en años anteriores, la llamada "Ayuda Domiciliaria", que la encuesta recogía como "la disposición de alguna persona externa que ayudara en el domicilio al familiar afectado por la dependencia", se ha mostrado como la más demandada entre las familias españolas, con un 37,9% de presencia en este colectivo.

Muy alejada de la Ayuda Domiciliaria, se sitúa la Teleasistencia (consistente en distintos tipos de servicios o dispositivos, que procuran un punto de contacto de comunicación, que coordina la ayuda a las personas en situación de dependencia en casos extraordinarios). Este

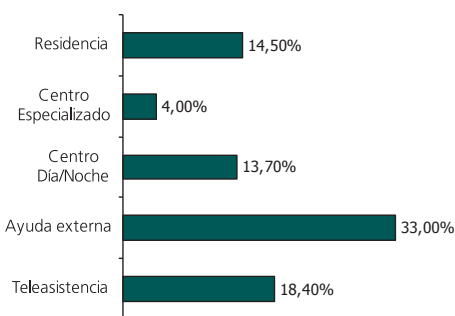
servicio ha tenido en el año 2012 una presencia del 26,2% en la encuesta, por encima de la obtenida en años anteriores.

Muy alejados de estos porcentajes, se encuentran tanto las Residencias para personas

en situación de dependencia, con una presencia del 16,5% de las familias encuestadas, y los Centros de día o noche, con una presencia del 14,6% y del 1,7% respectivamente.

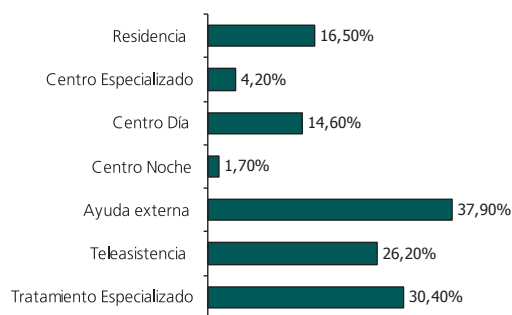
Servicios que recibe el dependiente

Servicios utiliza/recibe
Datos población Dependiente 2011



En ediciones anteriores, este estudio se analizó en profundidad si la mayor presencia de la Ayuda Domiciliaria y la menor incidencia de los servicios como las Residencias, se debía (según el criterio subjetivo de los entrevistados), a aspectos relacionados con la necesidad o a cuestiones relacionadas con las preferencias. En este sentido hemos de constatar, que todos los servicios relacionados con la Ayuda Domiciliaria, tienen un grado de aceptación muy alto entre las familias, siendo muy pocas las personas en situación de dependencia que se oponen a recibir este tipo de ayuda. Por el contrario existen numerosos casos, en que las personas en situación de dependencia, o sus familias, muestran un rechazo fuerte al internamiento del dependiente en una residencia, pese a que éste pudiera ser recomendable desde el punto de vista estrictamente sanitario.

Servicios utiliza/recibe
Datos población Dependiente 2012



Éste aspecto sociológico, nos hace presagiar, que en la medida en la que el deseo o la opinión de los ciudadanos, pudiera tener un papel relevante la elección del tipo de servicio que las Administraciones Públicas puedan ofrecerles, el tipo de servicio externo que más crecerá en los próximos años, es el de Ayuda Domiciliaria.

Uno de los aspectos más relevantes de este estudio, es aquel que profundiza en la vía de financiación que actualmente usan las familias españolas, para pagar los servicios que reciben sus familiares en situación de dependencia. En este sentido la encuesta analiza tan sólo tres opciones, la "financiación propia" aquella en la que todo el coste se asume dentro de la familia, la financiación "mixta", en la que el servicio está subvencionado por las Administraciones en un porcentaje determinado, y por

último la “financiación pública” en la que en apariencia, y siempre según los datos recogidos en la encuesta, todo el coste es soportado por las distintas Administraciones, sin que el dependiente o su familia tengan que pagar ningún porcentaje del servicio.

El estudio, en su oleada del año 2012 muestra, como en años anteriores una mayor presencia de la “financiación propia”, presente en el 48.2% de los casos. Este es uno de los datos que puede resultar más preocupante sobre el posible alcance real del fenómeno de la dependencia en nuestro país, ya que si utilizamos el argumento que del mismo se desprende, existirían en España prácticamente tantas personas en situación de dependencia no incluidas por el momento en el SAAD, como aquellas incluidas en el mismo.

El aspecto tiene un matiz muy interesante, consistente en que el porcentaje de familias que manifiesta no estar recibiendo en estos momentos una ayuda específica, para las prestaciones que su familiar en situación de dependencia está recibiendo, está muy correlacionado con el nivel de renta familiar.

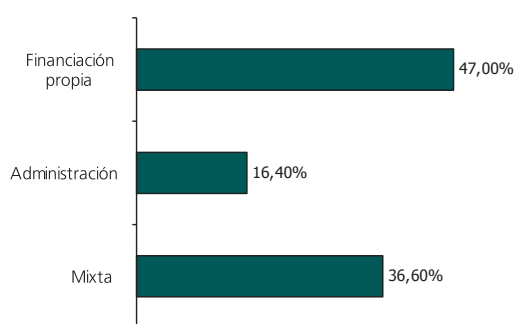
Por otro lado, analizando este aspecto “a sensu contrario”, los casos de dependientes en que la Administración se ocupa de un porcentaje del pago de los servicios, alcanza al 51,8% de los casos (39,8% “financiación mixta” y 12% “financiación pública”).

El estudio de la Fundación CASER para la Dependencia, ha buscado una información específica sobre el servicio externo con mayor presencia entre la población en situación de

Ayuda a financiar servicios que recibe el dependiente

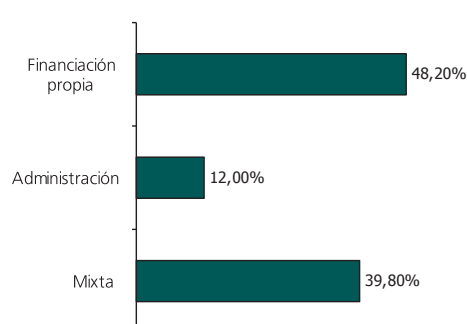
Pago Servicios utiliza/recibe

Datos población Dependiente 2011



Pago Servicios utiliza/recibe

Datos población Dependiente 2012



dependencia: La Ayuda Domiciliaria. Dada su envergadura, los autores del estudio han querido analizar diversos factores sobre los que los medios de comunicación han mostrado un interés especial en los últimos años y que tienen que ver fundamentalmente con la profesionalización de este tipo de servicios.

Un primer factor de profesionalización, es el hecho de que la persona o personas que prestan el servicio, no realice una mezcla de actividades propias del servicio doméstico, que no tengan relación con la atención al familiar en situación de dependencia. Esta mezcla de actividades, tiene una relativa facilidad para producirse y en caso de ser excesivamente frecuente, evidencia una baja profesionalización del servicio de Ayuda Domiciliaria. En este sentido, las encuestas realizadas el año 2012, ha mostrado un grado de presencia de Ayuda Domiciliaria exclusiva para el dependiente del 48.9%, mejorando notablemente las cifras registradas en años anteriores.

Un segundo factor de profesionalización del servicio de la Ayuda Domiciliaria, es el hecho de que la persona que lo presta, tenga algún tipo de titulación. En este sentido, también el año 2012 se han dado mediciones mejores que en años anteriores, ya que según la encuesta el 37,5% de las personas que prestan Ayuda Domiciliaria posee alguna titulación, frente al 27% del año 2009. En todo caso, la existencia de un 62,5% de personas que no tienen ninguna titulación específica muestra un evidente campo de desarrollo para los servicios de la Asistencia Domiciliaria.

Como en anteriores ediciones del estudio, el perfil de inmigrantes ubicados profesionalmente en la Ayuda Domiciliaria a personas en

situación de dependencia, es muy importante, con una proporción del 38,2% sobre el total de prestaciones de servicios. Este porcentaje, es tres veces más alto que el que se presenta en otros tipos de servicios profesionales en nuestro país, por inmigrantes, ya que suponen alrededor del 12% de la población.

El estudio del año 2012 también muestra una baja presencia de las distintas Administraciones en la elección de la persona que va a prestar los Servicios Domiciliarios. Así han aparecido en la encuesta tan sólo un 31,1% de casos, en los que la Administración tiene alguna relación con la elección de la persona que presta los servicios al dependiente.

El conjunto de estos cuatro factores nos daría un perfil de la Ayuda Domiciliaria con una importante presencia de inmigrantes, cuyas actuaciones aún muestran una mezcla con el servicio doméstico, con una muy baja presencia de la Administración en su elección y con ratios aún bajos de titulación. Todo ello nos hace pensar, especialmente al analizar las tendencias en este aspecto con anteriores ediciones del estudio, que la atención a los españoles en situación de dependencia está sufriendo un fuerte proceso de profesionalización, que sin embargo aún tiene un importante camino por delante.

Como se ha comentado anteriormente, además de analizar la existencia de servicios externos para las personas dependientes, la encuesta realizada por la Fundación CASER para la dependencia ha analizado expresamente, la existencia del "Cuidador Familiar". En este sentido, la encuesta demandaba a las familias con personas en situación de dependencia, que respondieran si dentro de la familia alguna

persona dedicaba un porcentaje relevante de su tiempo a ejercer como "cuidador informal del familiar en situación de dependencia". En este sentido hemos obtenido que en el 17% de los casos, ninguna persona dentro de la familia ejercía en un porcentaje relevante de su tiempo de cuidador, y que sin embargo en el 83% de los casos al menos una persona dedicaba un porcentaje de su tiempo relevante al cuidado del familiar en situación de dependencia. Este porcentaje tiene correlación con el de dependientes no ingresados en residencias, por lo que podríamos afirmar con poco margen para el error, que en los casos en los que el familiar en situación de dependencia no está ingresado, la familia percibe de forma mayoritaria que hay alguna persona que dedica un porcentaje relevante de su tiempo a las labores de su cuidado. En este análisis podemos ir incluso más lejos, ya que en un 34,7% de los casos, existe más de una persona que dedica un porcentaje relevante de su tiempo al cuidado del familiar en situación de dependencia.

El estudio analiza, cuál está siendo en España, el perfil del "Cuidador Familiar" que corresponde de manera mayoritaria a mujeres (77,2% de los casos), con una relación consanguínea directa claramente mayoritaria (ya que se trata en un 49,2% de los casos de hijos o hijas de las personas en situación de dependencia y en un 16,6% de los casos de padres de estas personas).

También, como en el caso anterior, el estudio ha solicitado de las familias con este tipo de "cuidadores" si estas personas estaban recibiendo alguna ayuda económica por parte de la Administración. En el año 2012, el 51,5% de estas familias, afirmaba estar recibiendo algún tipo de ayuda en esta materia, porcentaje cla-

ramente más alto que en años anteriores.

Uno de los aspectos de mayor interés de este estudio, es la percepción que los ciudadanos con familiares en situación de dependencia tienen, del grado de avance de los procesos de petición de ayudas concretas al SAAD. Obviamente, los datos de este estudio, de ninguna manera tratan de cuestionar las estadísticas públicas sobre la evolución de concesión de estas ayudas, que de manera recurrente publica la Administración, sin embargo creemos que ofrecen una interesante contraparte, al presentar el punto de vista de los ciudadanos en este aspecto. Las mediciones realizadas por la Fundación CASER para la Dependencia, pueden ser especialmente útiles para diagnosticar, cuál sería el volumen de población que por una causa o por otra, en estos momentos aún no ha iniciado la petición de ayudas al SAAD, a las que eventualmente podría tener derecho.

El análisis realizado por la encuesta, pide a los familiares que contesten qué parte del proceso de petición de ayudas del SAAD ya habrían terminado, y cuáles por el momento están pendientes. El estudio analiza cuatro tramos de posibles pasos en la petición de ayudas al SAAD (inicio de los trámites, valoración médica, determinación de ayuda económica o servicio concreto, y recepción efectiva de la ayuda).

Según los datos del año 2012, en la actualidad podrían existir en torno a un 35% de las familias con personas en situación de dependencia, que no han iniciado aún la petición de ayudas al SAAD.

En todo caso, la encuesta muestra que un 37,10% de los solicitantes de ayudas para

dependencia, ya estarían recibiendo la prestación, lo que supone un incremento notable sobre anteriores ediciones.

A continuación, vamos a analizar uno de los aspectos de mayor notoriedad del estudio en anteriores ediciones, consistente en pedir a aquellas personas que tienen familiares en situación de dependencia, que otorguen una valoración a su grado de satisfacción con los servicios recibidos del SAAD. Es importante señalar, que la satisfacción con el servicio recibido es durante el año 2012 mejor que en ediciones anteriores.

En todo caso, debido a distintos factores, entre los que el retraso en la recepción, o el impás que la crisis ha impuesto a la concesión de las nuevas ayudas, pueden haber jugado un importante papel, la nota media que otorgan las

familias con personas en situación de dependencia a su satisfacción con el servicio recibido de la Administración en este aspecto, ha sido en este año de 3,76.

Durante este año la Fundación CASER para Dependencia ha hecho un esfuerzo especial para diagnosticar la valoración que tienen los distintos aspectos de las ayudas del SAAD, que arroja el siguiente resultado:

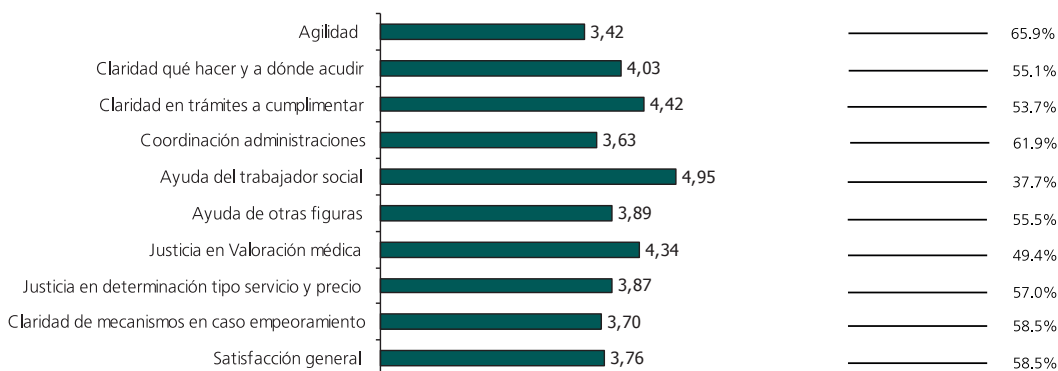
- El aspecto más valorado es la ayuda de los trabajadores sociales, con una puntuación de 4,95.
- El aspecto peor valorado de todos los consultados ha sido la agilidad del proceso, con una nota media de 3,42.

Valoración áreas clave: Proceso Administrativo de Cesión de Ayudas

Satisfacción ayudas SAAD:

Datos población Dependiente 2012

Notas menor o igual a 4



Como comentamos al inicio de este análisis, el estudio de la Fundación CASER para Dependencia también ha analizado cuál es la percepción del SAAD, de aquellas familias que no cuentan entre sus miembros en estos momentos con ninguna persona afectada por la dependencia. A este colectivo se han realizado preguntas que tienen que ver con el grado de reconocimiento de la ley de dependencia, la identificación de la ley de dependencia con algunos servicios en concreto, la percepción del grado de avance de implantación de dicha ley de dependencia, así como el grado de concienciación que este colectivo tiene con el fenómeno en sí de la dependencia y cómo puede afectarles en el futuro.

El grado de reconocimiento de “la ley de dependencia”, ha ido evolucionando en los últimos años de una manera claramente creciente, de modo que el año 2012 ha recogido un porcentaje del 75,2% de la población no dependiente, reconoce la existencia de una nueva legislación en este aspecto.

Los ciudadanos que no poseen entre sus familiares a personas en situación de dependencia, reconoce no obstante de una manera mayoritaria los servicios asociados a la dependencia, siendo claramente mayoritarios en todo caso los relacionados con la “paga al Cuidador Familiar” con un 84,6% de asociaciones y la Ayuda Domiciliaria con un 80,7% de asociaciones.

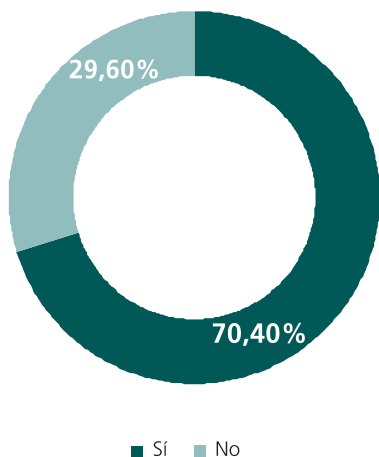
Este aspecto es otro matiz, que debe hacernos reflexionar sobre el futuro crecimiento de los servicios relacionados con la dependencia, y muy especialmente con el crecimiento esperable de los servicios que se materialicen en Cuidadores Externos o Ayuda Domiciliaria. Recordemos que así como otros servicios, como las

residencias, tienen un cierto rechazo familiar por motivos emocionales, sin embargo la Asistencia Domiciliaria es vista de una manera ventajosa por los ciudadanos por lo que probablemente sus demandas sociales se encaminarán preferentemente hacia este tipo de servicios.

El estudio del año 2012 de la Fundación CASER para Dependencia ha solicitado también información de las familias sin personas en situación de dependencia, sobre cuál sería su percepción sobre el estado del proceso de implantación de la ley de dependencia, que arroja un posicionamiento mayoritariamente acertado, ya que el 57,7% del colectivo considera que el proyecto se encuentra en un momento de revisión “a la baja” debido a la crisis. En todo caso, este colectivo parece recoger la sensación de que la implantación del proceso se ha visto afectado por la crisis económica de manera negativa, en un 78% de los casos, y en un 71% de las ocasiones, que podría haber caído en una generación excesiva de expectativas que no está siendo posible cubrir.

Reconocimiento Ley de Dependencia

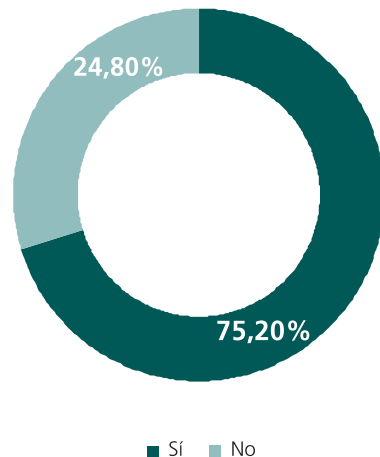
Reconocimiento Ley de Dependencia
Datos Población General 2011



En todo caso la población española, aunque en su familia no se haya dado por el momento ningún caso de personas con dependencia, está especialmente sensibilizada por el problema ya que el 92,6% de los casos, manifiesta su concienciación con respecto a los gastos y la necesidad de servicios que la dependencia genera.

Como conclusión de este apartado relacionado con las personas no dependientes, podría-

Reconocimiento Ley de Dependencia
Datos Población General 2012



mos decir que en general la ayuda a la dependencia es un fenómeno que ha calado en la población española, aunque ha perdido algo de protagonismo en los últimos años debido a su propia crisis de financiación y a la crisis de otros aspectos del Estado del Bienestar como las pensiones, aunque en todo caso se trata de un tema que ha conseguido sensibilizar fuertemente a la población española.

DOCUMENTOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Sumario

- INFORME SOBRE LA REGULACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO EN EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD).
- ESTRATEGIA DE ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.
- ESTUDIO. UNA APROXIMACIÓN AL COSTE DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y SU FINANCIACIÓN.

INFORME SOBRE LA REGULACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO EN EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD).

Autor: FEAPS.

El pasado mes de diciembre, coincidiendo con el 7º aniversario de la promulgación de la Ley de Dependencia, FEAPS hizo público este informe sobre la participación económica del beneficiario en el Sistema. Esta organización alerta sobre situaciones de indefensión jurídica de las personas acogidas por el Sistema y de desigualdad territorial en la aplicación de la Ley.

El estudio desarrolla el siguiente índice:

A) Introducción.

B) Principales consideraciones.

1. Inseguridad jurídica.

- Inoperancia de la normativa común.
- Dispersión normativa: coexistencia de normativa a todos los niveles.
- Lagunas.

2. Falta de transparencia e información.

3. Desigualdad territorial.

- Existencia o no de un límite exento de copago.
- Cantidad reservada para gastos personales.
- Existencia de una cantidad máxima de participación y grandes diferencias en los precios de referencia.
- Establecimiento de cuantías mínimas a

percibir por parte de los beneficiarios.

- Prestaciones de análoga naturaleza y finalidad.

- Fórmulas matemáticas utilizadas.

4. Tendencia continuada de recorte de derechos y disminución de la protección.

C) Conclusiones.

D) Propuestas de actuación.

E) Consideraciones finales.

Del análisis realizado extrae las siguientes conclusiones:

a) Los beneficiarios del SAAD, entre las que se encuentran las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, se hallan en una situación de inseguridad jurídica debido a la existencia de lagunas y a la dispersión y sobreabundancia normativa.

b) Falta de transparencia del Sistema: resulta complicado, incluso para un profesional especializado, a la vista de la gran cantidad de normativa que se mezcla y superpone, determinar el régimen jurídico de la participación económica del beneficiario.

c) Indefensión de los beneficiarios debido a la existencia de situaciones de inseguridad jurídica y dispersión normativa. A ello se añade que no siempre se ofrece información clara y completa e incluso actualizada a los administrados.

d) Vulneración del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, así como del principio de igualdad, ya

que no existe un contenido mínimo común del derecho y resulta indudable que la participación económica de los beneficiarios es uno de los elementos nucleares o esenciales del derecho. Existe una desigualdad territorial tan acusada que además implica una discriminación negativa dependiendo del lugar en el que se resida.

e) Tendencia restrictiva: el Sistema proporciona cada vez menor cobertura a sus beneficiarios y, por tanto, se está desvirtuando paulatinamente el Sistema.

El estudio finalmente propone las siguientes propuestas de actuación:

a) Es recomendable que las Comunidades Autónomas aborden procesos de refundición normativa que aclaren y armonicen la situación jurídica, evitando así situaciones de inseguridad jurídica de los beneficiarios del Sistema.

b) Es necesario que las Comunidades Autónomas ofrezcan en sus páginas web la información lo más actualizada, simplificada y accesible posible, de tal forma que los beneficiarios puedan consultarla y comprenderla.

c) En el seno del Consejo Territorial resultaría preciso abordar un proceso en el que las Comunidades Autónomas lleguen a un Acuerdo para homogeneizar las condiciones de participación de los beneficiarios, estableciendo unos criterios y condiciones que, independientemente del lugar en el que residan, preserven su derecho a un nivel de vida adecuado para ellos y sus familias, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, y que de conformidad con las Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se conserven los niveles previamente alcanzados.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha presentado a las Comunidades Autónomas un borrador de la Estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria. El objetivo es llegar a un documento de consenso sobre la base de los siguientes epígrafes:

- La definición del perfil de las personas con necesidades de atención sociosanitaria.
- La regulación del catálogo de servicios sociosanitarios y dispositivos de atención.

- El establecimiento de un sistema común de autorización y acreditación en todo el territorio nacional, con criterios homogéneos.
- Instrumentos de gestión del proceso.
- Un sistema de información común.

El documento determina las personas que deben ser sujetos de la atención sociosanitaria, y en consecuencia, quiénes deben ser usuarios del elenco de servicios y prestaciones sociales y sanitarios. Se incluyen personas con enfermedades crónicas progresivas, con enfermedades en situación terminal o enfermedades mentales, personas con discapacidad física y/o sensorial,

así como con discapacidad psíquica o intelectual, personas con adicciones y personas en las que coexista una situación de dependencia.

La prevención, la integralidad, la coordinación externa e interna con otros ámbitos asistenciales, la humanización de los servicios, la calidad, la atención concreta de determinadas necesidades son los principales factores que cimentarán la cartera/catálogo de servicios sociosanitarios.

Fija asimismo un modelo de autorización y acreditación, que abarcará todo el territorio nacional y apuesta por un modelo único ajustado a criterios comunes, pues, tal y como señala el documento, “una planificación conjunta permitirá una oferta más equitativa y eficiente

de recursos y servicios”. Se elaborarán protocolos y guías clínicas conjuntas para los procesos más frecuentes de derivación y se establecerán guías compartidas de prescripción de medicamentos.

La derivación del paciente a los recursos asistenciales puede activarse tanto desde el hospital de agudos como desde la atención primaria o los equipos domiciliarios, y una vez definida la ubicación, los profesionales del nivel de destino se convierten en responsables del caso y adoptarán las decisiones de forma autónoma dentro del circuito sociosanitario. Para ello es importante que exista intercambio de información básica en las esferas clínica, funcional, social y psicológica.

ESTUDIO. UNA APROXIMACIÓN AL COSTE DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y SU FINANCIACIÓN.

Autores:

María Dolores de Prada Moraga.
Luis M. Borge González.

Estudio de la colaboración entre la Fundación CASER y la Universidad de Valladolid.

El estudio aborda los siguientes temas:

1. La situación de la atención a la dependencia a 1 de enero de 2013.
2. Estimación del coste de la dependencia y la aportación de los beneficiarios.
 - 2.1. Coste y participación de los beneficia-

rios en el servicio de teleasistencia.

- 2.2. Coste y aportación del beneficiario de la ayuda a domicilio.
- 2.3. Coste y participación del beneficiario en la atención residencial.
- 2.4. Coste y aportación del beneficiario en el servicio de centro de día-noche.
- 2.5. Coste de la prestación económica vinculada al servicio.
- 2.6. El coste de la prestación económica de asistente personal.
- 2.7. Coste y aportación del beneficiario de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

2.8. El coste total y aportación del beneficiario de los servicios y prestaciones de la dependencia.

3. Estimación del coste total anual de la atención a la dependencia y la participación de los beneficiarios.

4. La financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

5. Conclusiones.

El objeto de este trabajo es, en primer lugar, establecer una aproximación al coste directo de la dependencia a nivel nacional para los diferentes tipos de prestaciones y servicios y para los diferentes grados de dependencia reconocidos por la ley, utilizando unos indicadores de referencia del coste de los diferentes servicios y prestaciones común para todas las Comunidades Autónomas.

En segundo lugar, y una vez evaluado el coste de la dependencia, se analiza la financiación del Sistema por parte de los tres pilares que la ley reconoce como fuentes: Las aportaciones de los beneficiarios, con un criterio unificado para todo el territorio nacional, basado en las pautas aprobadas por el Consejo Territorial el 10 de julio de 2012, la participación de la Administración General del Estado y la participación de las Comunidades Autónomas.

El estudio llega a las siguientes conclusiones:

- Que el coste total de la dependencia en España fue de 6.509 millones de euros en 2013, lo que supone un coste individual medio por beneficiario de 8.695 euros al año.

- Que respecto a la financiación:

- Los usuarios financian el 28,7%.

- Las Comunidades Autónomas el 16,5%.

- La Administración General del Estado, a través del nivel mínimo de protección, participa en el 17,90% del coste total y además aporta un 36,8% de financiación adicional a las Comunidades Autónomas para reforzar el estado del bienestar en función de criterios relacionados con la dependencia.

El estudio detalla además el coste y la financiación por servicios y prestaciones económicas y concluye que “la estructura de servicios y prestaciones que tenga cada Comunidad Autónoma va a ser determinante a la hora de establecer el coste de la dependencia. Dada la gran diversidad entre las mismas, el coste de la dependencia variará notablemente entre las comunidades.



Para la Dependencia

FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid
Tel.: 91 214 65 69
email: fcaser@fundacioncaser.org
web: www.fundacioncaser.es