

Universidad de Huelva

Departamento de Economía General y Estadística



Análisis de la gestión de la dependencia bajo el enfoque pluralista del estado de bienestar : el caso andaluz : Huelva

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Nelly Julia Castro Vadillo

Fecha de lectura: 12 de enero de 2016

Bajo la dirección de los doctores:

María de la O Barroso González

David Flores Ruiz

Huelva, 2016



Universidad de Huelva



Universidad
de Huelva

**ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAJO EL ENFOQUE PLURALISTA DEL ESTADO DE BIENESTAR.
EL CASO ANDALUZ: HUELVA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Autora: Nelly Julia, Castro Vadillo

AÑO: 2015

Universidad de Huelva

**FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA**



**Universidad
de Huelva**

**ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAJO EL ENFOQUE PLURALISTA DEL ESTADO DE BIENESTAR.
EL CASO ANDALUZ: HUELVA**

Autora: Nelly Julia Castro Vadillo

Dirigido por la Dra. María de la O Barroso González
y por el Dr. David Flores Ruiz

**PROGRAMA DE DOCTORADO:
DESARROLLO LOCAL Y ECONOMÍA SOCIAL**

Noviembre de 2015

ÍNDICE

CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
I.1. Justificación de la investigación.....	21
I.2. Objetivos e hipótesis de la investigación.....	23
I.2.1. Objetivos de la investigación.....	23
I.2.2. Hipótesis de la investigación.....	23
I.3. Metodología de la investigación.....	24
I.4. Estructura de la investigación.....	27

PARTE I. ESTADO DEL BIENESTAR: CRISIS Y ENFOQUE PLURALISTA

CAPITULO II. DERECHOS SOCIALES Y ESTADO DE BIENESTAR: ORÍGENES Y DESARROLLO.....	31
II.1. Introducción.....	33
II.2. Origen y evolución de los derechos sociales.....	33
II.2.1. Derechos de Primera Generación: Derechos Civiles y Políticos.....	34
II.2.2. Derechos de Segunda Generación: Derechos Sociales.....	35
II.2.2.1. Definición y categorías de los derechos sociales.....	35
II.2.2.2. Orígenes de los Derechos Sociales.....	40
II.2.2.3. El Derecho de Ciudadanía como acceso a los derechos Sociales.....	42
II.2.2.4. Terminología de los Derechos Sociales.....	43
II.2.2.5. Estructura de los Derechos Sociales.....	44
II.2.2.6. Rasgos específicos de los derechos sociales.....	45
II.2.3. Derechos de Tercera Generación: Derechos de Solidaridad o Derechos de los Pueblos.....	49
II.3. Orígenes y evolución del Estado del Bienestar.....	50
II.3.1. Génesis del Estado de Bienestar.....	50
II.3.2 Concepto de Estado de Bienestar.....	52
II.3.3. Intervencionismo estatal: Aporte de la teoría Keynesiana.....	57
II.3.4. Modelos de Estados de Bienestar.....	58
II.3.4.1. Estado de Bienestar Liberal.....	61
II.3.4.2. Estado de Bienestar Nórdico.....	62
II.3.4.3. Estado de Bienestar Conservador - Corporativo.....	64
II.3.4.4. Estado de Bienestar Mediterráneo.....	65

II.3.5. Síntesis de los modelos de Estados de Bienestar.....	66
 CAPITULO III. CRISIS DEL ESTADO DE BIENESTAR Y EL ENFOQUE PLURALISTA.....	69
III.1. Introducción.....	71
III.2. Crisis del Estado del Bienestar.....	71
III.2.1. El debate teórico en política social previo a la crisis del Estado de Bienestar.....	71
III.2.2. Factores desencadenantes de la crisis del Estado de Bienestar.....	75
III.2.3. Síntesis de los modelos del Estado de Bienestar tras la crisis de los 80	78
III.3. Construcción de un nuevo consenso: socialización de la reforma del Estado de Bienestar.....	80
III.3.1. Modelos teóricos de reestructuración del Estado de Bienestar.....	81
III.3.2. Proceso de reestructuración del Estado de Bienestar.....	82
III.4. Reestructuración del Estado de Bienestar desde abajo: pluralismo y reformismo crítico.....	85
III.4.1. Enfoque pluralista del bienestar.....	85
III.4.2. Reformismo crítico.....	90
III.5. El Enfoque Pluralista del Bienestar: Descentralización, Participación ciudadana y Gobernanza.....	92
III.5.1. El rol del Estado de Bienestar.....	92
III.5.2. Organización y Administración del Estado de Bienestar.....	93
III.6. El papel de los diferentes agentes bajo el Enfoque Pluralista.....	99
III.6.1. El Estado.....	99
III.6.2. El Mercado - sector mercantil: empresas lucrativas y empresas de Economía Social de Mercado.....	102
III.6.2.1. Mercado capitalista: empresas lucrativas.....	102
III.6.2.2. Mercado social: empresas sociales o Economía Social de Mercado.....	104
III.6.3. El Tercer sector: Economía Social de no mercado.....	110
III.6.4. El sector informal: La Familia y otras redes sociales.....	113
III.6.5. Síntesis sobre el aporte de los diferentes agentes a la producción de bienestar.....	118

PARTE II. LA DEPENDENCIA COMO RIESGO SOCIAL. SU GESTIÓN EN EUROPA Y ESPAÑA

CAPITULO IV. GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LOS ESTADOS DE BIENESTAR EUROPEOS.....	123
IV.1. Introducción.....	125
IV.2. El Derecho Social de la Dependencia.....	126
IV.2.1. Definición de la dependencia.....	128
IV.2.2. Características de las situaciones de dependencia.....	131
IV.3. El Modelo Social europeo frente al riesgo social de la dependencia: de riesgo familiar al riesgo social.....	133
IV.4. Gestión de los cuidados de larga duración en los países de la Unión Europea.....	138
IV.4.1. Modelo Nórdico.....	138
IV.4.2. Modelo Liberal.....	142
IV.4.3. Modelo Corporativo.....	145
IV.4.4. Modelo Mediterráneo.....	149
IV.5. Síntesis de la gestión de los Sistemas de la Protección Social de cuidados de larga duración en los modelos de bienestar europeos.....	156
 CAPÍTULO V: LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA.....	 161
V.1. Introducción.....	163
V.2. Antecedentes y regulación del riesgo de la dependencia.....	163
V.2.1. Antecedentes en la regulación de la dependencia.....	163
V.2.2. Factores que impulsan la regulación de la dependencia a partir de la <i>Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia</i>	165
V.2.3. Los actores sociales en la gestación de la <i>Ley de Dependencia</i> : el Libro Blanco de la Dependencia.....	169
V.3. Una análisis de la <i>Ley de Dependencia</i> : Implicaciones para su gestión pluralista.....	171
V.3.1. Consideraciones generales de la <i>Ley 39/2006</i>	171
V.3.2. El derecho subjetivo a la protección por dependencia: sus titulares.....	172
V.4. La gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia bajo el Enfoque Pluralista de Bienestar.....	174
V.4.1. Organización administrativa central del Sistema para la Autonomía y	

Atención a la Dependencia	174
V.4.2. Participación de la Administración General del Estado.....	176
V.4.3. Participación de las Comunidades Autónomas.....	178
V.4.4. Participación de las Entidades Locales.....	180
V.4.5. Participación Institucional: los órganos consultivos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	181
V.4.6. Participación del dependiente y la familia.....	182
V.4.7. Participación del Sector Privado Empresarial y el Tercer Sector.....	183
V.5. Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.....	184
V.5.1. Los Servicios del Catalogo.....	186
V.5.2. Prestaciones Económicas.....	188
V.6. Procedimiento para el reconocimiento de prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	190
V.6.1. Inicio del procedimiento.....	191
V.6.2. Fase de valoración de la situación de dependencia.....	191
V.6.3. Fase de reconocimiento del derecho a los servicios o prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.....	192
V.7. Desarrollo y aplicación de la <i>Ley de Dependencia</i> en España y por Comunidades Autónomas.....	193
V.7.1. Evolución de la aplicación de la <i>Ley de Dependencia</i> en España.....	194
V.7.2. Evaluación de la aplicación y desarrollo de la <i>Ley de Dependencia</i> por Comunidades Autónomas.....	197
V.8. La gestión local de la <i>Ley de Dependencia</i> : el aporte de los Servicios Sociales Comunitarios.....	202
V.8.1. El Sistema de Servicios Sociales: los servicios sociales comunitarios.	202
V.8.2. Los servicios sociales comunitarios en la <i>Ley de Dependencia</i>	204
V.9. Conclusiones.....	207

PARTE III. LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA: ANÁLISIS DEL CASO DE LA PROVINCIA DE HUELVA

CAPITULO VI. LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA. ESPECIAL REFERENCIA A LA PROVINCIA DE HUELVA.....	211
VI.1. Introducción.....	213
VI.2. La gestión de la <i>Ley de Dependencia</i> en Andalucía. El caso de Huelva.....	213

VI.2.1. Antecedentes a la <i>Ley de Dependencia</i> en Andalucía.....	213
VI.2.2. Análisis de los principales elementos de la normativa que desarrolla la <i>Ley de Dependencia</i> en Andalucía. Especial aplicación a Huelva.....	214
VI.2.3. El proceso de gestión de la <i>Ley de Dependencia</i> en Andalucía y la Provincia de Huelva.....	218
VI.2.4. La participación de los diferentes agentes en la gestión de la <i>Ley de Dependencia</i>	219
VI.2.5. Evolución de la aplicación de la <i>Ley de Dependencia</i> en Huelva. Un análisis de los datos.....	221
VI.3. El Mapa de la Dependencia en la Provincia de Huelva.....	226
VI.3.1. La Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia. Delegación Territorial de Huelva.....	226
VI.3.2. El Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva.....	228
VI.3.3. La Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva.....	232
VI.3.4. La gestión y prestación de los servicios del Catálogo.....	235
VI.4. La gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva según sus responsables.....	236
VI.4.1. Objetivos y metodología de las entrevistas.....	236
VI.4.2. Principales conclusiones de las entrevistas.....	236
VI.5. Los Servicios Sociales Comunitarios y la gestión de la <i>Ley de Dependencia</i> en la Provincia de Huelva según los trabajadores sociales.....	238
VI.5.1. Objetivo y metodología de la encuesta.....	238
VI.5.2. Principales resultados del estudio.....	239
VI.5.2.1. Respecto a la gestión descentralizada de la <i>Ley de Dependencia</i>	239
VI.5.2.2. Respecto al papel del dependiente y la familia en la <i>Ley de Dependencia</i>	245
VI.6. Conclusiones del Capítulo.....	250
 CAPITULO VII: LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	 253
VII.1 Limitaciones de la investigación.....	255
VII.2. Conclusiones de la investigación.....	256
VII.2.1. Sobre el modelo teórico de análisis de la gestión de la dependencia...	256
VII.2.2. Sobre la gestión de la dependencia en España.....	258

VII.2.3. Sobre la gestión de la dependencia en Andalucía. Huelva.....	259
VII.3. Futuras líneas de investigación.....	262
BIBLIOGRAFIA.....	263
ANEXOS.....	291
Anexo I. Normativa Estatal y Autonómica.....	293
I.1. Normativa Estatal.....	295
I.2. Normativa Autonómica Andaluza.....	296
Anexo II. Prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Provincia de Huelva: Centros Día y Residencias.....	297
Anexo III. Encuesta Semi-estructurada.....	303

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AA.PP.	Administraciones Públicas.
Art.	Artículo.
Arts.	Artículos.
BVD	Baremo de Valoración.
BOE	Boletín Oficial del Estado.
CEOE	Confederación Española de Organizaciones Empresariales.
CEPYME	Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa.
CA	Comunidad andaluza.
Cap.	Capítulo.
CC.AA.	Comunidades Autónomas.
CC.LL.	Corporaciones Locales.
CE	Constitución Española.
CC.OO.	Comisiones Obreras.
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.
CIBS	Consejería de Igualdad y Bienestar Social
CLD	Cuidados de larga duración.
D.	Derechos.
D.E.S.C.	Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
EDAD-2008	Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de 2008.
EE.LL.	Entidades Locales.
ETF	Equipo Técnico Familiar.
EE.UU.	Estados Unidos de Norteamérica.
EUROSTAT	Oficina Estadística de la Unión Europea
EVE	Escala de Valoración Específica para menores de tres años.
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias.
HC	Hipótesis central
HE	Hipótesis específicas o secundarias.
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
JA	Junta de Andalucía.
LATINDEX	Sistema Regional de Información para las Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
LISMI	Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.
LSSA	Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Boletín

	Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA Boletín número 29 de 12/4/1988. Presidencia.
LAPAD	Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LBRL	Ley 7/985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.
LRJPAC	Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
OC	Objetivo central.
OE	Objetivos específicos.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
ONG	Organización no gubernamental.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.
PIB	Producto Interior Bruto.
IGM	Primera Guerra Mundial.
IIGM	Segunda Guerra Mundial.
PECEF	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
PEVS	Prestación económica vinculada al servicio.
PIA	Programa Individual de Atención.
REDALYC	Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica
RD	Real Decreto.
RD-Ley	Real Decreto Ley.
SAD	Servicio de ayuda a domicilio.
SAAD	Servicio para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
SIUSS	Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales.
SISAAD	Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
SS.SS.CC.	Servicios Sociales Comunitarios.
SCOPUS	Base de datos de resúmenes y citas de la literatura revisada por pares: revistas científicas, libros y actas de congresos.
SICAV	Sociedad de inversión de capital variable.
SSCI	Índice de citas de productos de Thomson Reuters división de Salud y Ciencia.
TS	Trabajador/a social.

TRLGSS	Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido de 1994).
UE	Unión Europea.
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
UGT	Unión General de Trabajadores.
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.
v. gr.	Verbigracia.
ZTS	Zona de trabajo social.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I.1.	Esquema de la metodología general de la tesis.....	26
Tabla II.2.1.	Calificación de los derechos sociales vs derecho social de la dependencia.....	48
Tabla II.2.2.	Derechos Humanos de Primera, Segunda y Tercera Generación.....	50
Tabla II.2.3.	Modelos de los Estados de Bienestar según Esping-Andersen.....	59
Tabla II.2.4.	Características de los modelos de Estados de bienestar.....	67
Tabla III.3.1.	Características fundamentales del enfoque reformista (años 50 y 60).	72
Tabla III.3.2.	Características fundamentales de los enfoques neomarxista y neoliberal (fines de los 70 y principios de los 80).....	73
Tabla III.3.3.	Características de la política social en los debates alternativos.....	74
Tabla III.3.4.	Características de los modelos de los Estados de Bienestar en los 80.	79
Tabla III.3.5.	Características del pluralismo del Estado del Bienestar según las corrientes de derecha e izquierda.....	90
Tabla III. 3.6.	Papel de los agentes socioeconómicos bajo el enfoque pluralista.....	119
Tabla IV.1.	Gasto social en cuidados de larga duración en los países europeos (% s/PIB).....	135
Tabla IV.2.	% Población dependiente (+65/15-64).....	136
Tabla IV.3.	Provisión del cuidado de larga duración informal y formal para la Tercera Edad en Europa.....	157
Tabla IV.4.	Síntesis de gestión de los cuidados de larga duración en los modelos de bienestar europeos contemporáneos.....	158
Tabla V.1.	La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.....	178
Tabla V.2.	Evolución de las personas con derechos adquiridos y atendidas (2009-2015).....	194
Tabla V.3.	Comparativa de personas con derecho reconocido por grados (10-15).....	194
Tabla V.4.	Promedio de incorporación PIAs/mes por año y atenciones (2008-2015).....	196
Tabla V.5.	Evolución de las prestaciones económicas y servicios (2010-2015).....	196
Tabla V.6.	Indicadores de implantación de la <i>Ley de Dependencia</i>	198
Tabla V.7.	Valores de los indicadores de aplicación de la <i>Ley de Dependencia</i> para las Comunidades Autónomas.....	199
Tabla V.8.	Clasificación de las Comunidades Autónomas por modelos de gestión de la <i>Ley de Dependencia</i>	200

Tabla V.9.	Consecuencias de los modelos de gestión de la Ley de Dependencia..	205
Tabla VI.1.	La participación de los agentes en la gestión de la <i>Ley de Dependencia</i> bajo el enfoque pluralista de bienestar.....	220
Tabla VI.2.	Evolución de las solicitudes acumuladas de España, Andalucía, Diputación y municipio (2008-2013).....	221
Tabla VI.3.	Evolución porcentual de las solicitudes acumuladas, según la población de España, Andalucía, Diputación y Municipio (2009-2013)..	222
Tabla VI.4.	Comparativa de personas con derechos por grado a septiembre de 2015.....	223
Tabla VI.5.	Comparativa de prestaciones y servicios a septiembre de 2015.....	224
Tabla VI.6.	Comparativa del Servicio de Ayuda a Domicilio entre Diputación y municipio (2008-2013).....	225
Tabla VI.7.	Organización de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva.....	226
Tabla VI.8.	Organización del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva.....	228
Tabla VI.9.	Organización de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva.....	233
Tabla VI.10.	Mapa de la gestión y provisión de las prestaciones del catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Provincia de Huelva.....	235
Tabla VI.11.	Representatividad de la encuesta semi-estructurada.....	239
Tabla VI.12.	Sexo del encuestado.....	239
Tabla VI.13.	Grado de conocimiento previo del dependiente/familia.....	240
Tabla VI.14.	Influencia del conocimiento previo en la elaboración del Programa Individual de Atención.....	240
Tabla VI.15.	Importancia de la elaboración del Programa Individual de Atención a través de los servicios sociales comunitarios.....	241
Tabla VI.16.	Aporte de valor de los servicios sociales comunitarios a la gestión de la <i>Ley de Dependencia</i>	241
Tabla VI.17.	Principales problemas de la gestión de la Ley de Dependencia a través de los Servicios Sociales Comunitarios.....	242
Tabla VI.18.	Tipo de descoordinación entre agentes de la dependencia.....	243
Tabla VI.19.	Grado de diferencias entre Programas Individuales de Atención de distintos territorios.....	244
Tabla VI.20.	Variedad de elección del beneficiario una vez que es valorado.....	245

Tabla VI.21.	Desajustes entre deseos de los beneficiarios y propuestas del programa individual de atención.....	245
Tabla VI.22.	Aceptación del PIA propuesto por el dependiente.....	246
Tabla VI.23.	Grado de cobertura de las necesidades del dependiente.....	246
Tabla VI.24.	Razones por las que no se cubren todas las necesidades del dependiente.....	246
Tabla VI.25.	Responsabilidad de los agentes para hacer frente al riesgo de la dependencia.....	247
Tabla VI.26.	Deseo de atención de los beneficiarios.....	248
Tabla VI.27.	Inconvenientes de la <i>Ley de Dependencia</i>	249

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa VI.1.	Mapa Provincial de Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Huelva 2015.....	230
Mapa VI.2.	Mapa sobre la distribución de los Centros Sociales de los Servicios Sociales Comunitarios de la Provincia de Huelva.....	234

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico V.1.	Personas beneficiarias por tramo de edad (31/8/2015).....	195
Gráfico V.2.	Personas beneficiarias por sexo (31/8/2015).....	196
Gráfico V.3.	Grado de aplicación de la Ley de Dependencia por Comunidades Autónomas (puntuaciones base 10).....	201
Gráfico VI.1.	Comparativa de tasas de crecimiento anuales de las solicitudes: España, Andalucía, Diputación y Municipio de Huelva (2009-2013).....	221
Gráfico VI.2.	Evolución comparativa de solicitudes en relación a la población (2009- 2013).....	222
Gráfico VI.3.	Comparativa de personas con derechos por grado a septiembre de 2015.....	223
Gráfico VI.4.	Comparativa de prestaciones y servicios a septiembre de 2015.....	225
Gráfico VI.5.	Organigrama de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva.....	227
Gráfico VI.6.	Organigrama del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva.....	229
Gráfico VI.7.	Organigrama de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva.....	233

CAPÍTULO I

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

I.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En las últimas décadas, como consecuencia de las sucesivas y, cada vez, más intensas crisis económicas (Torres López, 2006, entre otros), sobre todo a partir de la crisis de la década de los setenta del pasado siglo, comienza a debilitarse el Estado de bienestar keynesiano que se habían venido desarrollando en Europa desde la década de los cuarenta (Berzosa y Fernández, 1993).

A su vez, a partir de la década de los noventa del pasado siglo, con el Tratado de Maastricht, los estados europeos, con motivo de la adaptación a la moneda única europea, se ven obligados a implementar políticas macroeconómicas de corte restrictivo (contención del déficit público, reducción de la deuda pública, etc.), lo cual incide en un debilitamiento de las políticas sociales y de los estados del bienestar que se habían venido desarrollando desde hacía décadas (Flora, 1993).

Por consiguiente, como consecuencia de todo ello, a finales del pasado siglo surge la necesidad de reformar o reestructurar esos estados de bienestar para hacer frente a todos estos problemas, con el objetivo de mejorar la eficiencia y eficacia de las políticas sociales que se venían aplicando (Muñoz de Bustillo, 1993). Y que éstas se adaptaran al nuevo escenario de intensificación de crisis económicas, globalización económico-financiera y políticas macroeconómicas, fiscales y monetarias, restrictivas.

Por tanto, ante este nuevo contexto, a la hora de abordar el análisis de las políticas sociales, ya no cabe el debate entre “Estado vs Mercado” (De Paz, 2008), pues aparecen una serie de agentes, tales como la sociedad civil organizada, y no organizada, que, en determinados casos, comienzan a adquirir importancia a la hora de contribuir a proveer bienestar social. De tal forma, que su consideración se hace cada vez más necesaria a la hora de abordar el análisis e implementación de las políticas sociales.

Fruto de ello, a finales del pasado siglo surge el denominado enfoque pluralista del Estado del Bienestar, el cual considera que a la hora de abordar el análisis de las políticas sociales y de los estados del bienestar se deberá considerar las aportaciones y el papel complementario que pueden desempeñar los diferentes agentes económicos y sociales, tales como el Estado, las empresas de Economía Capitalista, la Economía Social, de mercado y no mercado, así como la propia sociedad civil y la familia (Rodríguez Cabrero, 1996).

A su vez, en paralelo a todo este proceso de crisis y reforma de las políticas sociales y de los estados de bienestar europeos, en la propia Europa, desde finales del siglo pasado, comienza a desarrollarse un nuevo derecho social: el de la dependencia o cuidados de larga duración (Casado y López, 2001b). De tal forma, que con este tipo de políticas sociales se intenta dar respuesta a un nuevo riesgo social que aparece en Europa, motivado por una serie de factores, tales como: el envejecimiento de la población, los cambios culturales y en la estructura familiar, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, etc.

Así, para el caso español, el riesgo de la dependencia comienza a ser considerado, de una manera importante, como riesgo social a principios del presente Siglo, a partir de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD, en lo sucesivo) (BOE nº 229). De forma que, coincidiendo con lo comentado en el párrafo anterior, la puesta en marcha y primeros desarrollos de esta Ley coincide con un período de grave crisis económica y de debilitamiento del Estado del bienestar.

Es, por tanto, en este contexto de crisis económica y de los Estados del bienestar, así como de desarrollo de las políticas sociales de la dependencia, donde se sitúa el tema de

investigación elegido para desarrollar la presente tesis doctoral. De hecho, ante esta realidad, consideramos de máxima importancia analizar y reflexionar sobre las políticas de gestión de la dependencia que se vienen aplicando en Europa, en general y en España, en particular.

A su vez, consideramos oportuno realizar el análisis de las políticas de la dependencia bajo el denominado enfoque pluralista del Estado del bienestar por las siguientes razones:

- Tal y como se ha argumentado más arriba, estamos ante un enfoque abierto en el que deben tener cabida, de una forma complementaria, los diferentes agentes económicos y sociales que pueden proveer bienestar social y, en nuestro caso, hacer frente al riesgo social de la dependencia. De forma que, desde un primer momento, trabajamos con todos los agentes intentando buscar la complementariedad entre los mismos.
- Las características propias del riesgo de la dependencia hacen que para la provisión del mismo, sea necesario considerar, de una forma complementaria, el aporte que pueden hacer cada uno de estos agentes.
- En el enfoque pluralista adquiere especial importancia la descentralización de las políticas, dándole importancia a los territorios y al ámbito local, así como a la participación de la sociedad civil. De tal forma que se buscará las sinergias que pueden llegar a establecerse entre la provisión del propio riesgo social de la dependencia y el enfoque de gestión pluralista del mismo.
- El análisis de las políticas de la dependencia o de los cuidados de larga duración (CLD), tal y como se les denomina en Europa, se considera como un tema actual, sometido actualmente a debate, e introducido en la agenda política social europea.

En definitiva, todo ello, nos ha llevado a considerar como tema central de nuestra investigación el análisis de la gestión de la dependencia, la cual, a pesar de su relativa juventud, ya ha sido abordadas por autores, tanto nacionales como internacionales, entre los cuales destacan: Migo Basail (2008), Molero (2009), Martínez Herrero (2007), OECD (2005), Rodríguez Cabrero (1999, 2002, 2004b, 2007), Rodríguez Rodríguez (1998, 2006), Casado y López (2001b), Casado (2009), entre otros.

A pesar de la larga lista de trabajos, ya existentes, sobre dependencia, podría decirse que la mayor parte de éstos han sido elaborados en las dos últimas décadas, como consecuencia, tal y como hemos apuntado anteriormente, del carácter relativamente reciente de la instauración de este derecho social en determinados países europeos. Por lo que se hace necesario seguir avanzando en el análisis y diagnóstico de este tipo de política social, tanto a nivel comparativo como mediante estudios, más en profundidad, de casos.

En efecto, en el presente trabajo abordaremos estos dos tipos de análisis: a) por un lado, realizaremos un análisis comparativo de la gestión de la dependencia o cuidados de larga duración (en adelante, CLD) a nivel europeo para, posteriormente, b) abordar el análisis del caso español, centrándonos en la gestión de la dependencia en Andalucía, en general, y en el caso de la provincia de Huelva, en particular. No obstante, los objetivos concretos, y análisis realizados, se describen en los siguientes epígrafes.

I.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

I.2.1. Objetivos de la investigación

Como apuntábamos en el epígrafe anterior, el *objetivo central (OC)* de la tesis será: “demostrar que la gestión de la dependencia bajo el enfoque de gestión pluralista del bienestar contribuye a mejorar su calidad y eficacia, poniendo de manifiesto, al mismo tiempo, sus ventajas e inconvenientes”. A partir de este objetivo central se definen los *objetivos específicos (OE)*, lo cuales se concretan en:

- OE₁: “Analizar el Estado de bienestar y los diferentes modelos que lo han desarrollado en Europa”, con objeto de caracterizar y comparar los distintos tipos de políticas sociales que se han implementado, prestando especial atención a la importancia que tienen los diferentes agentes, económicos y sociales, en estos desarrollos.
- OE₂: “Analizar las causas de la crisis del Estado del bienestar y las diferentes corrientes y enfoques de reforma que se proponen”, con objeto de seleccionar uno de ellos para que sea aplicado al análisis de la gestión del riesgo social de la dependencia.
- OE₃: “Realizar un análisis comparativo de la gestión de la dependencia en Europa bajo el enfoque de gestión pluralista del Estado de bienestar”, con objeto de poner de manifiesto las semejanzas y diferencias que puedan existir entre los diferentes países europeos, haciendo especial referencia al papel que desempeñan los diferentes agentes.
- OE₄: “Analizar en profundidad la gestión de la dependencia en España poniendo de manifiesto sus diferentes modelos de gestión”, para lo cual se analizará sus diferentes grados de desarrollo, procedimientos de gestión, el papel que realizan los diferentes agentes en la provisión de este riesgo social, etc. Ello nos permitirá caracterizar este modelo de gestión dentro de los diferentes modelos europeos, extraídos del cumplimiento del objetivo anterior.
- OE₅: Dado que son las comunidades autónomas españolas quienes tienen plenas competencias en lo que respecta a la política de gestión de la dependencia, “analizaremos la política de dependencia de la comunidad autónoma andaluza, prestando especial atención a la provincia de Huelva”. Ello permitirá profundizar en las características del enfoque que se sigue en esta región, así como en el papel e implicación que tienen los agentes que participan en su aplicación en la provincia de Huelva.

I.2.2. Hipótesis de la investigación

La *hipótesis central (HC)*, que da respuesta al principal objetivo de la investigación, se define como: “el enfoque pluralista de la dependencia se considera idóneo para garantizar la calidad y eficacia de la gestión de este derecho social, si bien se pueden identificar una serie de ventajas e inconvenientes en el mismo”. No obstante, esta hipótesis central se divide en una serie de *hipótesis específicas o secundarias (HE)*. Éstas son:

- HE₁: “En los países europeos se pueden identificar distintos modelos de desarrollo en sus respectivos Estados del bienestar, en los cuales el peso de los agentes en la provisión de bienestar social cambia significativamente”.

- HE₂: “De las diferentes corrientes y enfoques que se proponen de reforma del Estado del bienestar Keynesiano, el enfoque pluralista se presenta como uno de los más completos y que mejor se puede adaptar a la gestión del riesgo social de la dependencia”.
- HE₃: “En la gestión de la dependencia a nivel europeo se dan diferencias entre países, las cuales se corresponden con sus diferentes modelos de Estados del bienestar, si bien éstos están convergiendo a un enfoque de gestión pluralista”.
- HE₄: “El modelo de gestión de la dependencia en España se sitúa dentro de uno de esos modelos de Estados del bienestar, si bien, entre comunidades autónomas, se pueden identificar, a su vez, distintos modelos de gestión”.
- HE₅: “De los diferentes modelos de gestión autonómica de la dependencia en España, el modelo andaluz es uno de los que más se aproximan al enfoque de gestión pluralista, permitiendo, por tanto, analizar las principales ventajas e inconvenientes que tiene la aplicación de este enfoque en la gestión del riesgo social de la dependencia”.

El contraste de cada una de estas hipótesis deberá permitir validar, o no, la hipótesis central en la que se fundamenta el objetivo y estructura de la presente investigación, a la cual se la da cumplimiento siguiendo la metodología que se detalla en el siguiente apartado.

I.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se detalla la metodología genérica de la investigación, la cual permitirá validar cada una de las hipótesis anteriormente planteadas, dando, por tanto, cumplimiento a los objetivos de la investigación.

Para la elaboración del marco teórico en el que descansa la tesis doctoral, directamente relacionado con los objetivos 1, 2, 3 y 4, se han consultado diferentes bases de datos, con objeto de seleccionar bibliografía sobre los tres temas centrales de nuestra investigación: Estado del bienestar, crisis y reformas, la gestión pluralista del bienestar y el derecho de la dependencia en Europa y en España.

En este sentido, como bibliografía clave, y autores de referencia, de la que partíamos desde un primer momento caben citar, en base a los temas tratados, entre otros:

- En relación al Estado del bienestar, su crisis y reformas: Alemán Bracho et al (1999, 2003), Alemán Bracho y Ramos Lorente (2006), Adelantado Gimeno (2002), Briggs (1961, 2002), Esping-Andersen (1985, 1990, 1993), Esping-Andersen y Corpi (1993, 2009), Gough (1982, 2007), Muñoz de Bustillo (1993, 2000), Navarro (2004), Pierson (1991), Pierson y Castres (2006), Titmuss (1981), Taylor-Gooby (1991, 2004).
- En relación al enfoque pluralista del bienestar: Banda Gallego (1997), Herrera Gómez (1998), Jonson (1990), Martín Castro (2010, 2012), Rodríguez Cabrero (1990, 1991, 1994, 1996, 2004^a, 2006), Subirats y Gomá (2000) y Subirats *et al* (2007). Uroz Olivares (2010).
- En relación a la gestión de la dependencia o cuidados de larga duración en Europa: Abrahamson (1995), Bond (2009), Comas-Herrera *et al* (2006), Daatland (2001, 2009), Daatland y Lowenstein (2005), De Gier et al (2004), De Gier (2009), Jacobzone (1991, 1999), Pacolet (1998), Pacolet *et al* (2000).

- En relación a la gestión de la dependencia en España: Casado (2001b, 2009), Marbán Gallego (2009, 2011, 2012), Marbán Gallego y Rodríguez Cabrero (2012), Marbán Gallego *et al* (2012), Rodríguez Cabrero (2004b, 2007), Sarasa (2009).

Una vez elaborado el marco teórico, se analiza la gestión de la dependencia en España a partir de: a) los documentos e informes que elabora el Observatorio de la Dependencia en España (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales); b) los datos recogidos en el Sistema de Información del SAAD (Sistema de Atención para la Autonomía y Atención a la Dependencia); y c) la propia *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD).

En este análisis se destaca, fundamentalmente, el diferente grado de aplicación y desarrollo que tiene la LAPAD en las diferentes comunidades autónomas españolas, así como los diferentes modelos de gestión de la misma. A partir de ello, se argumenta la necesidad de analizar la gestión de este derecho social por comunidades autónomas, que, nuestro caso, será Andalucía. Por ello se presta especial atención a la situación en la que se encuentra esta comunidad autónoma respecto a las restantes.

Una vez hecho este análisis comparativo por comunidades autónomas, se analiza, en profundidad, la gestión de la dependencia en Andalucía, tomando como referencia la provincia de Huelva. Para ello, se siguen una serie de fases, en las que se utilizan las siguientes fuentes de información.

Fase I: Análisis del procedimiento de gestión y competencias de cada uno de los agentes que participan en la dependencia en Andalucía, aplicado a la Provincia de Huelva, para los cual se utilizarán las siguientes fuentes de información:

a) Decreto 168/2007 que regula el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

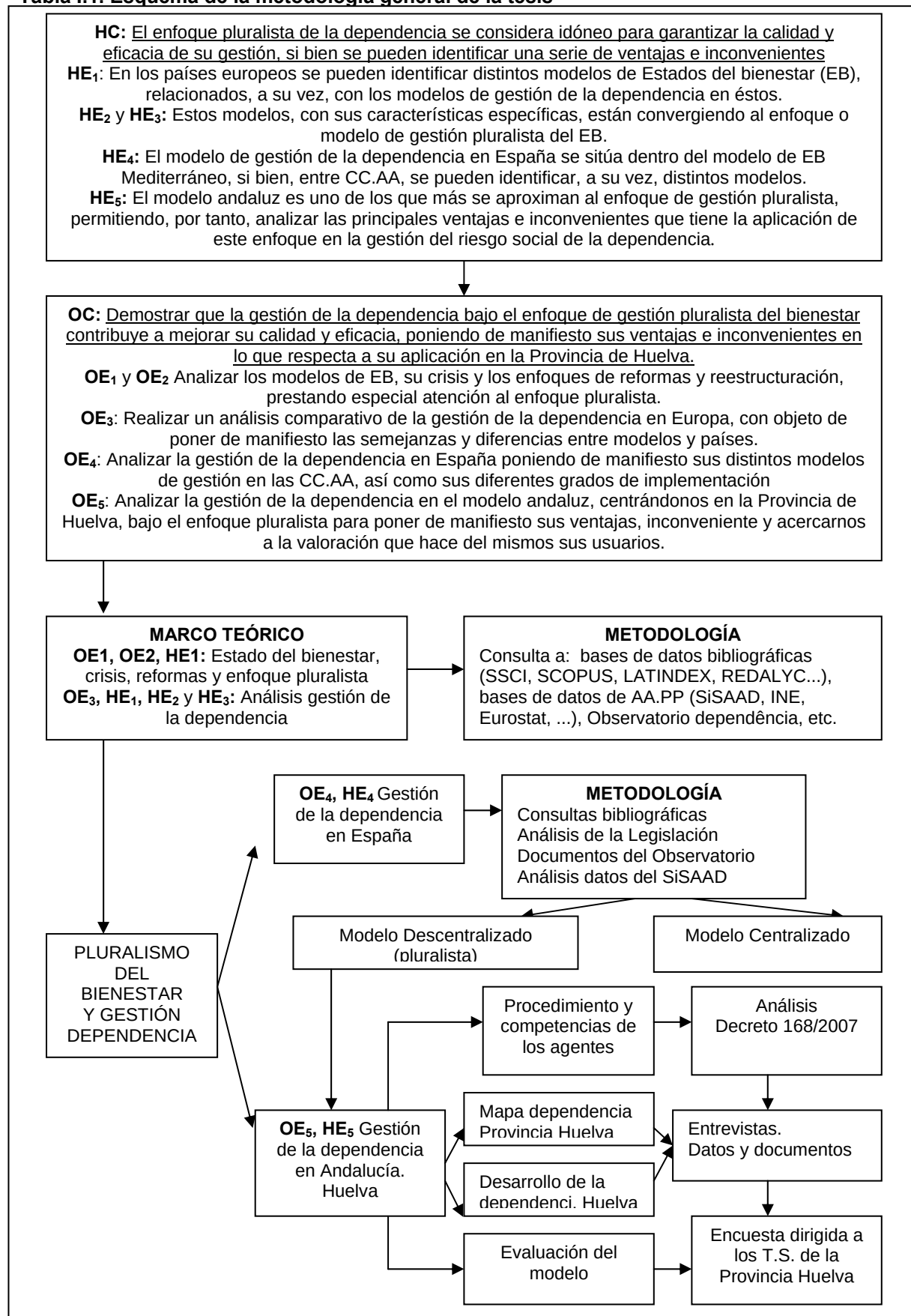
b) Entrevista en profundidad a los coordinadores de la dependencia de los tres niveles de la administración pública con competencia en dependencia en la provincia de Huelva, esto es: Delegación Territorial en Huelva de la Agencia de Servicios Sociales y de Atención a la Dependencia, Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva y Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva).

c) Análisis de datos, documentos e informes proporcionados por las tres administraciones, cuyos responsables fueron entrevistados.

Fase II: Análisis de la problemática de la gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva a partir de la opinión de los trabajadores sociales. Para ello, se elabora una encuesta semiestructurada dirigida a los propios trabajadores sociales que participan, de una u otra forma, en la gestión de la dependencia en la provincia, con objeto de dar respuesta a dos grandes objetivos: a) ventajas e inconvenientes del modelo español de gestión descentralizada de la dependencia en los entes locales a través de sus servicios sociales comunitarios para el caso de Huelva y b) posición del dependiente/familia respecto a la gestión de la dependencia en la provincia con objeto de aproximarnos a la eficacia de la LAPAD, en nuestro caso, en la Provincia de Huelva.

Con objeto de tener una visión global e integrada de las relaciones entre hipótesis, objetivos y metodología, en la Tabla I.1 se recoge un esquema de la metodología general de la misma.

Tabla I.1. Esquema de la metodología general de la tesis



Fuente: elaboración propia.

I.4. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

Para dar cumplimiento a los objetivos y contrastar las hipótesis planteadas, a continuación se presentan brevemente las diferentes partes y capítulos en los que se divide la presente tesis doctoral.

Así, a este primer capítulo metodológico, le sigue una primera parte de la tesis, titulada: "Estado del bienestar: crisis y enfoque pluralista"; que conforma el marco teórico de referencia en el que se sitúa el tipo de política que se va a analizar posteriormente. Esta parte tiene como objetivo plantear el modelo teórico que sirva como referencia a la hora de analizar la gestión del riesgo social de la dependencia o cuidados de larga duración (CLD).

Esta primera parte se divide en dos capítulos: el II y el III. En el Capítulo II se aborda el Estado del bienestar, su génesis y los diferentes modelos que lo han desarrollado. Por su parte, el Capítulo III se centra en analizar la crisis del Estado del bienestar y los diferentes enfoques y corrientes reformistas que tratan de reestructurarlo con objeto de adaptarlo a la realidad actual. Dentro de estos enfoques, se presta especial atención al pluralismo del bienestar, por ser éste el modelo teórico sobre el que se fundamenta la presente tesis doctoral.

La parte segunda de la tesis, titulada: "La dependencia como riesgo social. Su gestión en Europa y España", la cual consta también de dos capítulos. En el Capítulo IV se abordan las características de la dependencia como riesgo social, su génesis y desarrollo, prestando especial atención a las diferentes políticas, o modelos de gestión, que lo implementa en los diferentes países europeos, haciendo referencia a los aspectos comunes y diferenciales entre ellos. Por su parte, en el Capítulo V se profundiza en la dependencia en España como riesgo social, analizando sus antecedentes, la Ley que lo regula como derecho social subjetivo de carácter universal, su implementación y desarrollo por comunidades autónomas, así como los diferentes modelos de gestión que se pueden identificar entre éstas.

La tercera parte de la tesis se dedica al estudio de caso, correspondiéndose con su Capítulo VI, en el que se analiza en profundidad uno de los modelos más descentralizados de gestión de la LAPAP en España: el modelo andaluz. Dentro del modelo andaluz, este estudio de caso de centra en la gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva, analizando los agentes que intervienen, elaborando un Mapa de la Dependencia para la Provincia de Huelva y recogiendo las opiniones sobre algunos de los agentes que intervienen en su gestión sobre las principales ventajas e inconvenientes de este modelo de gestión. Se finaliza este Capítulo VI recogiendo, según valoración de los trabajadores sociales, la posición de los dependientes y sus familiares respecto a la aplicación del derecho de la dependencia, con objeto de aproximarnos a la eficacia de su gestión.

Por último, en el Capítulo VII se presentan las principales conclusiones a las que se llega con la elaboración de la presente tesis doctoral, sus principales limitaciones, así como las futuras líneas de trabajo que desarrollen y den continuidad a la investigación que aquí hemos realizado.

PARTE I

ESTADO DEL BIENESTAR: CRISIS Y ENFOQUE PLURALISTA

CAPITULO II

DERECHOS SOCIALES Y ESTADO DE BIENESTAR: ORÍGENES Y DESARROLLO

II.1. INTRODUCCIÓN

En este primer capítulo teórico pretendemos presentar una visión general de la conceptualización, orígenes y evolución experimentada por el Estado de Bienestar, el cual tiene como principal objetivo garantizar y desarrollar los denominados derechos sociales.

Por este motivo, previamente, el primer gran bloque de este capítulo lo dedicamos a analizar la conceptualización, orígenes y evolución experimentada por este tipo de derechos para, posteriormente, en el segundo bloque, analizar la génesis, caracterización y evolución del Estado del bienestar.

De esta forma, este capítulo sitúa el objeto de estudio de la presente investigación (el derecho social de la dependencia) dentro del marco de referencia, contexto y problemática actual; ubicándolo, por tanto, dentro de los derechos sociales y del Estado del bienestar.

II. 2. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS SOCIALES

Las demandas sociales universalmente legitimadas, y conocidos como derechos humanos o fundamentales¹, pueden ser clasificadas con arreglo a diferentes razones. Teniendo en cuenta el criterio histórico, previsto por Alexi (1993), distinguimos los derechos humanos según el momento en que fueron reivindicados y reconocidos en las constituciones, pudiéndose hablar de las siguientes generaciones de derechos:

a) Los derechos de primera generación: denominados genéricamente derechos civiles y políticos, fueron reivindicados en las revoluciones liberales burguesas de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX en Europa occidental y Norteamérica e incorporados a las primeras Constituciones liberales.

b) Los derechos de segunda generación: denominados derechos económicos y sociales o derechos sociales, cuyo origen se sitúa en las reivindicaciones de los trabajadores y las presiones de los partidos socialistas y comunistas a partir de la segunda mitad del siglo XIX, sobretodo, en Europa².

c) Los derechos de tercera generación: que hacen referencia a un conjunto heterogéneo de nuevos derechos cuya reivindicación es reciente y está relacionada con los cambios sociales y tecnológicos de la sociedad de nuestros días (el derecho al medio ambiente, el derecho a la autodeterminación informativa y el derecho a la paz serían algunos ejemplos).

De modo que, los derechos de primera, segunda y tercera generación que comienzan siendo parte de la generación los derechos humanos, se convierten en derechos fundamentales cuando se produce su constitucionalización y se les dota de garantía jurisdiccional. Y, de ahí que, los derechos sociales como parte de la generación de los derechos humanos, se convierten en *derechos fundamentales* cuando son previstos en la Constitución y, como *derechos subjetivos* si se les dota de garantía jurisdiccional.

¹ Derechos humanos y derechos fundamentales no son términos equivalentes. Los derechos humanos son exigencias derivadas de la dignidad de la persona y pertenecen al ámbito de la ética, mientras que los derechos fundamentales serían derechos humanos sólo cuando encuentran su reconocimiento en una norma constitucional y este reconocimiento es susceptible de protección judicial.

² Su reconocimiento constitucional se produjo por primera vez en la Constitución mexicana de 1917 y en la alemana de Weimar de 1919. En ambas constituciones se reconocen de forma particular el derecho al trabajo, a la educación y a la seguridad social junto con el derecho de huelga y la libertad sindical.

En los siguientes epígrafes analizamos cada una de estas tres generaciones de derechos, haciendo especial referencia a los derechos de segunda generación o derechos sociales, al describir sus orígenes, concepto, características, etc.

II.2.1. Derechos de Primera Generación: Derechos Civiles y Políticos

Durante el S. XVII, culminando en el S. XVIII, la burguesía empezó a demandar el reconocimiento de ciertos bienes que eran de su interés (Marshall, 1950 [1998])³, lo cual se tradujo en la exigencia de ciertos derechos que aseguraban a la burguesía frente a la arbitrariedad de lo político. El reconocimiento de estos derechos fue lento, pero a fines del S. XVIII se procedió al reconocimiento de estos derechos, llamados civiles y políticos, quedando de esta forma, estructurado el concepto de estado de derecho (Atria, 2005).

Con el desarrollo del capitalismo del S. XVIII, los Estados Liberales de Derecho, apoyados por los partidos políticos de signo individualista, dictaron normas que protegieran al individuo de los excesos del Estado, principalmente, sobre la libertad y la propiedad individual, la seguridad, el derecho a la vida, la dignidad del hombre y la igualdad de todos ante la ley.

Así, estos derechos constituirían los denominados derechos civiles y políticos, lo cual justificaría, la necesidad de crear estructuras institucionales que aseguraran el goce de esos derechos naturales, lo cual marcaría el inicio del poder político del Estado Liberal de Derecho del S. XIX. Tal y como reconoce Paramio (1998), se configura la primera fase de constitución de los derechos liberales, en las que el poder público no puede intervenir, salvo bajo reglas de derecho.

A su vez, en Inglaterra, surgen las bases del Estado de Derecho como Estado de Libertades (o fase liberal de la ciudadanía), sentándose las bases para el posterior desarrollo de la economía capitalista⁴. Más tarde, con la revolución americana (1776) y francesa (1789), se abre la segunda fase de conformación de derechos políticos, a fin de que los ciudadanos tengan, además, capacidad para participar en el poder.

El derecho de sufragio se hizo extensivo, en un principio, sólo a un sector privilegiado de la población⁵, con exclusión del voto femenino y no de los propietarios. No obstante, el sufragio universal supuso el fin de la propiedad privada y del capitalismo (Paramio, 1998), ello significó una de las razones fundamentales por lo que los derechos políticos y de sufragio no se hicieron extensivos a toda la población, inicialmente. Aunque, tras un largo proceso complejo, se hicieron generales durante finales del S. XIX y principios del S. XX en las democracias capitalistas industrializadas⁶.

Por todo, cabe señalar que, durante el S. XIX, el modelo económico imperante, basado en el sistema capitalista industrial, no sólo excluía de la propiedad a amplios sectores de la población, sino que además no ofrecía solución a los problemas más inmediatos como: el hambre, el paro, la inflación, la miseria, etc.; incrementando las desigualdades sociales.

Estos procesos de exclusión social y aumento de las desigualdades vinieron a fortalecer los movimientos sociales y reivindicativos de mejoras en las condiciones de vida y de trabajo, así como de una mayor igualdad, configurándose, de esta forma, la génesis de los derechos sociales (Martínez de Pisón, 1998). En este mismo sentido se manifiesta Atria (2005) al

³ Marshall, 1950 [1998]: en adelante, cuando se hace referencia a una obra en su idioma original las referencias a las traducciones españolas aparecerán entre corchetes a continuación de la referencia original.

⁴ Entre estas libertades están: la de cerrar contratos efectivos y la seguridad frente a la confiscación de la propiedad; así como el desarrollo de las libertades de pensamiento y creencia.

⁵ Obviamente, dicho sector privilegiado contaba con una economía, educación y relaciones sociales fuertes.

⁶ Quedando, de esta forma, suprimido el sufragio censitario que fuera condicionado a determinados requisitos patrimoniales, educativos o sociales.

afirmar que el avance del socialismo y su énfasis en la idea de comunidad e igualdad, tuvo un impacto importante en los *derechos* (Atria, 2005), tal y como se manifiesta en el siguiente apartado.

Estos derechos de primera generación fueron propuestos por primera vez en la Carta de Derechos de los Estados Unidos, y en Francia por la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. También quedaron consagrados, a nivel global, por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en los artículos del 3 al 21 y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Todos estos derechos hacían referencia a principios como el derecho a la vida y a la integridad física y moral de la persona, libertad religiosa, libertad de pensamiento, libertad de expresión y el derechos a información, libertad de reunión y de asociación, derecho a la propiedad, derechos a participar en la vida política y el derecho a la resistencia a la autoridad.

En síntesis, la estructura de los derechos civiles y políticos puede ser caracterizada como un complejo de obligaciones negativas y positivas de parte del estado: obligación de abstenerse, de actuar en ciertos ámbitos y de realizar una serie de funciones a efectos de garantizar el goce de la autonomía individual e impedir su afectación por otros particulares (Abramovich y Courtis, 2002).

El desarrollo de estos derechos facilita e impulsa el desarrollo del sistema capitalista industrializado, el cual incide, a su vez, en el desarrollo de este tipo de derecho. No obstante, en paralelo, el desarrollo del sistema capitalista, tal y como se comenta posteriormente, genera unos efectos sociales que inciden en la génesis de los derechos de segunda generación.

II. 2.2. Derechos de Segunda Generación: Derechos Sociales

En el presente epígrafe, dado el objeto de estudio de esta investigación, profundizamos en el origen, desarrollo y características de los derechos de segunda generación, conocidos también como derechos sociales.

II.2.2.1. Definición y categorías de los derechos sociales:

Definición de los derechos sociales

Inicialmente, podríamos decir que los derechos sociales son aquellos derechos que poseen los miembros de una comunidad por el hecho de ser hombres, a disfrutar de una prestación reconocida y, por tanto, regulada por los poderes públicos en función de la participación en los bienes y servicios de la vida social y, en función de la participación del principio de igualdad (Velasco, 1989). De ahí, conforme Salinas (1999), son aquellos derechos que permiten a la persona a satisfacer sus necesidades básicas, a tener un mínimo de calidad de vida.

Los derechos sociales son los que garantizan universalmente un mínimo de bienestar y seguridad económica a su ciudadanía contra ciertos riesgos que les pueden sobrevenir a lo largo de su vida, como son la vejez, la enfermedad, el paro, la pobreza, la situación de dependencia, etc. Frente a estas contingencias preestablecidas, las acciones del Estado estarían encaminadas a mejorar el bienestar social y calidad de vida de la población.

Los derechos sociales ayudan a satisfacer las necesidades básicas que muchos individuos no pueden alcanzar por sí mismo y que impedirían el desarrollo de la dignidad de las personas. La dignidad es individual y, es también del conjunto de la humanidad; de modo

que, se debe hablar de igual dignidad para todos los seres humanos, lo cual supone realizarnos como personas. Para ello, se requiere de la acción positiva de los poderes públicos y del instrumento de los derechos sociales (Peces-Barba, 1988).

En sus orígenes los derechos sociales eran específicos, tenían un carácter concretamente asistencialista, apoyaban a quienes no podían por sí mismos alcanzar su desarrollo humano; más tarde, encontraron resistencia por parte de los Estados de Bienestar liberales, al sostener que, cada uno debía procurarse su propio bienestar, por tanto, este modelo de bienestar, concibe la intervención del Estado de mínimos, residualista frente a las necesidades de la persona y de la sociedad.

No obstante, cada vez los Estados más avanzados son conscientes de las desigualdades existentes, por ello, vienen diseñando en sus políticas sociales el desarrollo de sus sistemas de protección social, empezando por reconocer aquellos derechos sociales que sobrevienen a las necesidades sociales de la población. Así, habilitan en sus Constituciones, desde los valores de libertad e igualdad la realización de la dignidad humana, al desarrollo de la personalidad de quienes no pueden por sí mismos satisfacer necesidades básicas.

Los derechos sociales se consideran derechos fundamentales cuando se crean en las constituciones y tratados internacionales, lo cual hace que se diferencien del resto de su género y tengan el carácter de derechos generales positivos, cuya obligación correlativa es de hacer, siendo el obligado por ser estos derechos fundamentales, el estado. Sin embargo, la exigibilidad de estos derechos al estado estaría sujeta, tanto a condiciones formales y materiales (Alexi, 1993).

En efecto, para que los derechos sociales sean exigibles requiere de una norma y legislación que los desarrolle y regule, tal y como ocurre con el derecho social de cuidados de larga duración reconocido como tal en los Estados de Bienestar europeos, siendo el caso de los países nórdicos, también, en los países del modelo Continental (Alemania, Austria,...), y, que a su vez recoge el modelo Mediterráneo español en el sistema de protección social de situación de dependencia con la Ley 39/2006⁷.

Una vez que una situación de riesgo es asumido por las instituciones públicas y por la sociedad, como en el caso de los derechos sociales de los cuidados de larga duración o riesgo social de la dependencia, ello se debe a que éste derecho social humaniza a los individuos, así como a sus relaciones y, al entorno en el que se desarrollan. Por tanto, los derechos sociales son garantías de la igualdad y la libertad reales, pues la libertad no es posible si no se puede ejercer por las condiciones materiales de existencia.

Para, Abramovich y Courtis (2002), uno de los problemas a la justiciabilidad⁸ de los derechos sociales es la falta de especificación concreta del contenido de estos derechos. Para Carmona (2006), el problema que se plantea sigue siendo el de su justiciabilidad, problema agravado en Alemania, donde, al no haber una declaración constitucional expresa de los derechos sociales de prestación, hay que adscribir estos derechos a otras normas y principios constitucionales, como el principio de Estado social o el derecho a la dignidad humana.

En este sentido, corresponde al Tribunal Constitucional el importante papel en la justiciabilidad y eficacia de estos derechos (Alexi, 1993). Dicho Tribunal podría controlar si el deber del Estado correlativo a cada derecho ha sido satisfecho de manera suficiente o no.

⁷ Como derecho social de las situaciones de dependencia, denominado, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

⁸ Entendida como la posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que se derivan del derecho (Abramovich, 2002).

Tanto en Europa como en España se ha procedido a la generalización de los derechos sociales, para ser derechos de quienes lo necesiten, específicos y basados en la igualdad como diferenciación. Aunque, algunos juristas, como Peces-Barba (1988) y Alexi (1993), consideran que el peligro que entraña la generalización de esos derechos es la falta de recursos y la crisis fiscal del Estado. No obstante, en España, el gasto público social es sólo 72% del promedio de la UE-15, de modo que hay recursos para corregir su déficit social, lo que ocurre es que no los recauda (Navarro, 2011).

Frente al problema de falta de recursos, como bien afirma el profesor Navarro (2011)⁹ en relación a la crisis financiera y económica actual, que los países deberían homogenizar su política fiscal, concretamente en el caso español, el Estado debería de aplicar ante la crisis, políticas fiscales progresivas, así la gente con más recursos económicos pague igual que sus homólogos en la UE, y, de este modo se pueda hacer una recaudación fiscal eficiente.

Sin embargo, actualmente están predominante, antes esta coyuntura económica, políticas fiscales regresivas, acrecentando, cada vez, una mala concentración de las rentas en los sectores más pudientes de la sociedad, y con ello, se está generando el subdesarrollo social de España y, por tanto, el imposible disfrute de derechos sociales básicos reconocidos en la Constitución.

De modo que, ante la mala distribución de recursos, se viene produciendo grandes desigualdades sociales, que a la postre, dificultan la consideración de los derechos sociales como derechos plenos por ser difícilmente justiciables, máxime cuando persiste la desigualdad en el reparto de los bienes y servicios para quienes más lo necesiten. Sin embargo, ello no diluye el mandato radical de la Constitución de remover los obstáculos y promover las condiciones para que la libertad y la igualdad puedan ser reales y efectivas para todos.

Categorías de los derechos sociales: derechos sociales subjetivos

La lista de los derechos sociales puede ser muy amplia, pero las necesidades y las demandas humanas son ilimitadas (Añón, 1994). No todas estas demandas son estimadas como derechos fundamentales. Alexi (1993) propone un *criterio formal*, el cual considera que, desde el punto de vista del Derecho Constitucional (español), podría determinarse cuáles son los derechos sociales fundamentales y, por tanto exigibles ante los tribunales.

No obstante, consideramos, para una mejor comprensión del estudio de estos derechos, tener en cuenta la categorización planteada por profesor Peces-Barba (1988), la cual pasamos a comentar:

a) *En primer lugar*, están los derechos sociales que se encuentran totalmente equiparados a los derechos de libertad o de participación política, porque están plenamente desarrollados con financiación total y son justiciables plenamente, incluido el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. El ejemplo claro en el Derecho español es el reconocimiento y la garantía de la enseñanza básica, obligatoria y gratuita, previsto en el artículo 27.4 de la

⁹ El autor Navarro, señala que en España hay suficientes recursos financieros para atender y desarrollar los derechos sociales, llegando a afirmar que España es casi tan rica como el promedio de los países de la UE-15, su nivel del PIB por habitante es el 94% de ese promedio.

Asimismo, según los datos provistos por la Agencia Tributaria en las declaraciones de renta, un empresario ingresa menos que un trabajador, las grandes empresas españolas sólo pagan un 10% de sus beneficios y los multimillonarios que mantienen sus ingresos y sus patrimonios medita SICAV (sociedad de inversión de capital variable) apenas pagan el 1% (Navarro, 2011:109-110).

Constitución Española, (en lo sucesivo, CE), en el marco genérico del derecho a la educación y de la libertad religiosa.

b) *En segundo lugar*, están los derechos sociales, que tienen una estructura y una organización similar a los derechos clásicos de libertad y que, por consiguiente, no tienen problemas de financiación, ni suponen dificultad para ser justiciables: lo son en plenitud, incluido el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. Tales como, la libertad sindical y el derecho de huelga (art. 28.1 y .2 de la CE).

c) *En tercer lugar*, y último, entre los derechos sociales posibles, con unos derechos incompletos, donde se recoge el principio, el ámbito a proteger y los posibles beneficiarios, pero donde no se ha desarrollado la dimensión subjetiva, sino que ésta se deja a criterio del legislador, que puede desarrollarla por Ley, por ello, cabe precisar, que los derechos sociales, en sentido amplio, serán derechos fundamentales, sólo si son derechos subjetivos y constitucionales.

El *derecho subjetivo* implica la facultad legal reconocida a un sujeto por medio de una norma, es decir, para perseguir intereses propios mediante la exigencia a otro de hacer, permitir u omitir algo. Por tanto, el carácter subjetivo de los derechos sociales necesitan la regulación normativa mediante una Ley, o norma jurídica, que conlleva a la obligación jurídica y a la posición jurídica (para que un sujeto puede exigir a otro algo, con razones válidas y suficientes) (Ortiz, 2009), como ejemplo: la Ley 39/2006.

Siguiendo con la tercera categoría de los derechos sociales posibles, entre ellos destacan en la Constitución de España (1978):

- El derecho a la protección social de la familia y de los hijos y de las madres (art. 39);
- El derecho a la formación y readaptación profesional, a la seguridad e higiene en el trabajo y demás derechos en el ejercicio del trabajo (art. 40.2);
- A la seguridad social (art. 41); a la protección de la salud (art. 43);
- Al acceso a la cultura (art. 44.1);
- El derecho al medio ambiente y a la utilización racional de los recursos naturales (art. 45);
- A la vivienda (art. 47);
- A la participación de la juventud (art. 48);
- A la suficiencia económica de los ciudadanos en la tercera edad (art. 50);
- A la defensa de los consumidores y usuarios (art. 51).

Todos estos derechos aparecen como valores y como principios y sus destinatarios son los operadores jurídicos, especialmente los legisladores, los jueces y los funcionarios. Sólo con esa intermediación institucional del legislador podrán ser alegados por los titulares posibles ante los tribunales de acuerdo con la ley que los desarrolle. Son normas de segundo grado que mandan establecen obligaciones de respeto a su contenido por parte de los poderes públicos competentes, especialmente a los poderes legislativo y reglamentario¹⁰.

A este último grupo de derechos sociales no se puede exigir su garantía y su reconocimiento por los tribunales si no existe ley que los desarrolle, pero, tomando como ejemplo la Ley de la Dependencia, los posibles beneficiarios si estarían protegidos porque sí es obligatorio su respeto por los tres poderes del estado, que no podrán actuar contra ellos, que no podrán realizar políticas ni construir jurídicamente en contradicción con estos parámetros.

¹⁰ Como por ejemplo, la Comunidad Autónoma de Andalucía es competente en los Servicios Sociales Públicos, a quien le corresponde establecer una norma de procedimiento para el desarrollo de la *Ley de la Dependencia*, prevista ésta en la Ley estatal: Ley 39/2006, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

Por otro lado existen dos derechos sociales arraigados socialmente; el primero de ellos es el *derecho de propiedad*¹¹, que para Alexi es un derecho a prestación en sentido amplio como derecho a protección; y el segundo, sería el *derecho al trabajo*¹², como derecho a pedir y a recibir un puesto de trabajo.

En la Constitución alemana el derecho de propiedad está garantizado en el artículo 14 y, sin embargo, no se recoge el derecho al trabajo en el sentido aquí señalado de derecho a reclamar un puesto de trabajo, sino que sólo se reconoce la libertad de trabajo (art. 12). En la Constitución Española están regulados tanto el derecho de propiedad (art. 33) como el derecho al trabajo (art. 35).

No obstante, por distintas razones, ni el derecho de propiedad ni el derecho al trabajo pueden ser incluidos entre los derechos fundamentales (Peces-Barba, 1990). Según dicho autor, *estamos antes dos pretensiones afectas por la escasez, que impide su generalización y, por consiguiente su consideración como derecho fundamental*. Lo cual no compartimos, ya que, toda persona tiene derecho a vivir con dignidad, conforme reza la CE y, tal y como hemos recogido, existen los suficientes recursos como para garantizar tales derechos.

Se ha planteado que para el derecho al trabajo existen razones técnicas que imposibilitan su construcción como derecho fundamental en una sociedad de libre mercado, donde el poder público es un empleador secundario frente a los empleadores privados¹³. Sin embargo, consideramos que se podría tener en cuenta, tal vez, a otra forma de gestión del sistema económico, es decir, se pueda dar cabida a otras formas de funcionamiento del mercado como, por ejemplo, la economía solidaria, ya que venimos siendo testigos de que el actual sistema capitalista no funciona.

Para que las relaciones económicas puedan desarrollarse, es preciso asegurar un mínimo de recursos para todos los miembros de la comunidad. A partir de ese mínimo, serán las capacidades individuales y las leyes económicas de la oferta y la demanda las que determine las diferencias en el disfrute de los bienes por unos y otros ciudadanos. A su vez, la solidaridad, puede fundamentar el derecho a un mínimo vital, a fin de superar los clásicos valores de libertad e igualdad (Carmona, 2000).

Por ello, y en consecuencia, los derechos sociales son importantes para garantizar la libertad fáctica (real), necesaria para ejercer la libertad jurídica. Máxime cuando uno de los pilares básicos de nuestros Estados de Derecho es la garantía de la libertad. Por ello, para que los individuos puedan disfrutar realmente de su libertad es preciso que dispongan de un mínimo de seguridad económica (Alexi, 1993), ya que, en caso contrario, dicha libertad sería ficticia.

Los derechos sociales son los que humanizan a los individuos y a la sociedad, son garantías de la igualdad y la libertad, pues la libertad no es posible si es imposible ejercerla por la falta de condiciones materiales de vida. Sin la satisfacción de los derechos sociales, tanto los derechos políticos como los derechos de libertad estarían destinados a permanecer en el papel, no existiría, participación en la vida pública sin la garantía de mínimos vitales (Ferrajoli, 2008).

¹¹ El derecho de propiedad, es la principal reivindicación de la burguesía comercial e industrial en su lucha por la emancipación de la monarquía absoluta a partir de los siglos XVII y XVIII, uno de los núcleos básicos del capitalismo: me refiero al derecho de propiedad (Peces-Barba, 1998).

¹² El derecho al trabajo corresponde a la principal reivindicación de la izquierda europea desde la aparición de la clase trabajadora y de la toma de conciencia de sus derechos.

¹³ El titular del presunto derecho subjetivo al trabajo no se podría dirigir a los poderes públicos para exigirles el deber de proporcionar trabajo y menos podría solicitar que se obligase a los empleadores privados a proporcionar el empleo, porque estaríamos fuera de la sociedad de libre mercado.

En el ámbito de los derechos sociales, los distintos grupos sociales deben ser atendidos de forma igualitaria en derechos, bienes y servicios, por parte de los gobernantes del bienestar, y, a efectos de que dicha cobertura llegue a todos los ciudadanos requerirá la participación de los demás agentes privados de bienestar, a fin de corregir las desigualdades y faltas de libertad e impulsar su desarrollo. Por ello, se puede decir que, los derechos sociales son la suma de poderes y facultades, atribuidos a todos y cada uno de los ciudadanos, como fragmento de la soberanía de la nación.

A continuación, con objeto de tratar sobre los orígenes de los derechos sociales, comentaremos brevemente las causas y consecuencias que dieron origen al surgimiento de tales derechos, asimismo, describiremos el contexto histórico de su nacimiento, de los cuales podemos adelantar, que estuvieron determinados por la inseguridad y la precariedad de las condiciones de vida de los grupos vulnerables, como consecuencia de la economía de mercado capitalista, acentuada por el proceso de la industrialización del S. XIX (Pérez Luño, 1995; Rivero Lamas, 1987; Baldasarre, 2001; Gil y Gil, (2002).

II. 2.2.2. Orígenes de los Derechos Sociales

En el Siglo XIX encontramos los orígenes de los derechos sociales, donde participaron, no solo los partidos socialdemócratas y los movimientos sindicales, sino además, la doctrina social de la Iglesia¹⁴. Este periodo, también, es conocido como el siglo de la Revolución Industrial.

Para Martínez de Pisón (1998), *los derechos sociales no son sino la encarnación de las viejas reivindicaciones de los movimientos de los obreros*. No en vano, los derechos sociales son el período de las reivindicaciones proletarias para la defensa de los derechos humanos desde una perspectiva colectiva, hoy generalizados y convertidos en derechos de todos y que tienen igualmente su origen en la idea de igual dignidad (Pérez Luño, 1995; Rivero Lamas, 1987).

En los países de ideología socialista los derechos sociales constituían los principios básicos de la estructura social, presidiendo el ejercicio de todas las libertades; sólo en dichas circunstancias, podía lograrse el desarrollo pleno de los derechos sociales (Pérez, 1995). Por ello, estos derechos constituyeron la aportación socialista al acervo de los derechos humanos, según Peces-Barba (1993); máxime cuando estos derechos han sido incorporados al conjunto de los derechos humanos como derechos de segunda generación, en pie de igualdad con los de primera generación (Bobbio, 1996).

Ello no quiere decir que, en la tradición liberal sólo defendieran las libertades civiles y políticas y, que a los socialistas les importasen sólo los derechos sociales; sino, conforme señala Atria (2005), *tanto liberales y socialistas han venido defendiendo los bienes tras ambas generaciones de derechos, pero la diferencia está en la razón por las que ellos son importantes en cada tradición*. En la ideología liberal los derechos se fundan en el auto-interés, en cambio, en el pensamiento socialista, el objeto de los derechos sociales se funda en el bienestar comunitario.

¹⁴ La motivación de las encíclicas fue la situación angustiosa del proletariado; desde entonces la doctrina social de la iglesia se preocupó por el desarrollo de los derechos sociales; así tenemos:

- La Encíclica *Rerum Novarum*, que propuso *justicia social sobre la situación de los obreros*, redactada por el Papa León XIII en 1891.

- La Encíclica: *Pacem in terris*, del Papa Juan XXIII en 1963, destacó *el lazo entre la dignidad de la persona y los derechos fundamentales*; y, por último,

- La Encíclica *Laborem exercens*, escrita por Juan Pablo II en 1981, contiene la doctrina social de la Iglesia en el ámbito laboral; trasciende *el derecho al trabajo, a la promoción de políticas de empleo de jóvenes, mujeres con responsabilidades familiares, minusválidos, emigrantes y trabajadores agrícolas; así como al derecho a una justa retribución* (Rivero Lamas, 1987; y, Osés, 1967).

Para la concepción socialista, según el análisis ofrecido por Marshall (1950 [1998]) los derechos sociales representaron una *manifestación superior de comunidad, en la que cada cual contribuye de acuerdo a sus capacidades y recibe de acuerdo a sus necesidades*. La ciudadanía era una forma de *status* y de pertenencia o participación en la comunidad; donde, ser conocido como ciudadano da derechos, siendo el estado, el garante del acceso universal a esos derechos¹⁵.

Holmes Steven en Atria (2005), cita a los autores liberales clásicos como Smith; Montesquieu; Locke y Hobbes, entre otros, quienes reconocían la existencia de derechos *naturales* como *derechos de bienestar*, donde el hecho de vivir en comunidad no aparece¹⁶. Holmes encuentra en la tradición liberal que *los derechos de bienestar no son derechos sociales en el sentido socialdemócrata*, es decir generales, sino *derechos a un mínimo*. Ello implicaría un papel secundario del estado en la satisfacción de las necesidades, puesto que la responsabilidad es atribuida, primero, al mercado y a la familia; y, segundo, sólo cuando aquellos fallan, al estado.

A su vez, resulta característico, en los países liberales, focalizar los programas sociales para quienes están por debajo de la línea de pobreza, cuya finalidad se limita a levantarlos hasta esa línea (ejemplo: Estados Unidos), lo cual conllevaría, mantenerlos apartados de la necesidad extrema, mientras carezcan de los medios para subsistir de otra manera. Sin embargo, en los estados socialistas (socialdemócrata) se recurre de modo más típico a programas universales y no focalizados (v. gr., los países escandinavos).

Según Habermas (1998), en el contexto de los derechos civiles y políticos, el modelo de derecho formal burgués dio lugar a la *sociedad de derecho privado*, reinante de las libertades sobre: derechos personales, de autonomía de contrato, de derecho de propiedad y de asociación, los cuales no daban cabida a las intervenciones del estado, ya que sus actuaciones servían a los intereses y autonomía del mercado; ello, más tarde, desencadenó una progresiva generalización de regulaciones en materia de trabajo y seguridad social (S. XIX), seguida del proceso de constitucionalización de los derechos sociales (S. XX), como quedó anotado.

En consecuencia, a lo largo del S. XIX, los conflictos de clase se tradujeron en una serie de exigencias de carácter socio-económico, que pusieron de relieve la insuficiencia de los derechos individuales de origen liberal. Dichas reivindicaciones sociales, produjeron un cambio en la dirección abstencionalista del estado para dedicarse a la función social (Rivero, 1987; Osés 1967; Pérez ,1995; y Baldasarre, 2001).

En este sentido, se pone de manifiesto, que tanto el Estado social, y los derechos sociales, surgen como una respuesta institucional a problemas generados por la inseguridad y precariedad de las condiciones de vida de grupos vulnerables, acentuados por el proceso de industrialización (Baldasarre, 2001).

La afirmación de los derechos sociales se hizo por primera vez en la Constitución mexicana de 1917; luego fueron incluidos entre los derechos fundamentales con la Constitución de la Weimar, de 11 de agosto de 1919. Asimismo, cabe indicar que en estos textos

¹⁵ La extensión del *status* de ciudadano a las diferentes esferas sociales se da en sucesivas etapas, diferenciándose en el tiempo distintas instituciones garantes de los derechos asociados a ese *status*.

¹⁶ Para Hobbes las leyes del estado debían proveer a la mantención de quienes, *por accidente evitable, resultan incapaces para mantenerse a sí mismos*; Smith destacaba la necesidad de que el gobierno se hiciera cargo de *la ayuda a los pobres*; para Montesquieu, se trata de dar a *los obreros en necesidad momentánea [...] un socorro rápido, tanto para prevenir el sufrimiento del pueblo, o para evitar una rebelión*; Locke, por ultimo, reconoce a cada uno un título sobre la riqueza de los demás, para mantenerlos alejados de la necesidad extrema, en tanto carezcan de medios para subsistir de otra manera.

constitucionales se reconocen de forma indiferenciada el derecho al trabajo, a la educación y a la seguridad social junto con el derecho de huelga y la libertad sindical.

En definitiva, podemos concluir que el reconocimiento de los derechos sociales en la historia de los Derechos Humanos fue posterior a la de los derechos civiles y políticos, por ello se les conoce, también, como Derechos de Segunda Generación. Surgen a finales del S. XIX y, logran su desarrollo, a lo largo del S. XX; más tarde fueron incorporados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

Por tanto, cabe señalar que los derechos sociales no pueden entenderse sin una comprensión de las transformaciones del estado en su tránsito del Estado liberal al Estado social durante el S. XVIII, como expresión del Estado social de derecho (garante de los derechos sociales mediante su reconocimiento en la legislación), y sin un conocimiento de las causas económicas, históricas y sociales acaecidas durante el S. XIX, que produjeron profundos cambios en su organización.

II. 2.2.3. El Derecho de Ciudadanía como acceso a los derechos Sociales

La ciudadanía es entendida como una forma de *status* que acompaña la pertenencia o participación en la comunidad, lo cual implica que, el ser conocido como ciudadano da derechos, y el Estado es el garante del acceso universal a esos derechos. La extensión del *status* de ciudadano a las diferentes esferas sociales ha venido desarrollándose en sucesivas etapas, diferenciándose en el tiempo distintas instituciones garantes de los derechos asociados a ese *status*, como refiere Marshall (1950 [1998]):

En el S. XVIII, se gesta la ciudadanía civil, necesarios para la libertad individual; los Tribunales de justicia eran los garantes de esos derechos; en el S. XIX, toma cuerpo la ciudadanía política; los parlamentos fueron los garantes de esos derechos; y, por último, en el S. XX, se institucionaliza la ciudadanía social que *cubre el amplio abanico que va del derecho a un mínimo de bienestar y seguridad económica al derecho a participar del patrimonio social y a vivir la vida de un ser civilizado de acuerdo con los patrones vigentes en la sociedad*.

Para dicho autor, el Estado de Bienestar es la concreción de la ciudadanía social, ya que implica igualdad de *status*, pero no igualdad material. Aunque la ciudadanía no ha resuelto el problema de la desigualdad social, la ha hecho legítima. No obstante, en la tradición socialista, una forma de atenuar el problema de la desigualdad, es considerando a la ciudadanía una forma de comunidad, en la que cada uno de sus componentes tenía interés en el bienestar del otro. De ahí que, en esta sociedad es donde se afianza el valor de solidaridad (Atria, 2005).

Por su parte, Lord Beveridge (1879-1963), a fin de proteger a la población frente a contingencias, previó un Plan de Seguro Social (*desde la cuna hasta la tumba* de cobertura y protección a los ciudadanos contra la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad).

La dinámica por la modernidad ha producido revisiones en el rol del mercado y del estado, y diversas concepciones de los derechos de ciudadanía. Para algunos se ha producido una progresiva definición y afirmación de los derechos civiles, políticos y sociales. *Hay quienes sostienen que no se puede incluir los derechos sociales en los derechos de ciudadanía*, debido a que *los derechos sociales son derechos de naturaleza diversa respecto a los civiles y los políticos*. Estos últimos marcan un límite al poder político del estado y aumentan el poder de los individuos (Martínez de Pisón, 1998).

Los derechos sociales, conforme a la interpretación dominante, requieren una intervención del Estado en la sociedad (Alpa, 1992; Ardigo, 1993; Donati, 1993 y Paci en Herrera, 1998:20). Hay quienes argumentan que los derechos sociales son actualizaciones de los derechos civiles y políticos. No obstante, el punto de partida es considerar que el individuo y la sociedad no son dos categorías aisladas y contradictorias, sino dos términos con implicación recíproca, de tal modo que no pueden realizarse el uno sin el otro.

La intensificación de los programas sociales, en los Estados de Bienestar -surgidos tras la guerra-, descansaba en su extensión de la solidaridad y la democracia: *La promesa de una ciudadanía social fue una forma de combatir la polarización de clases*. Marshall, (1950 [1998]). Aunque, la ciudadanía social de hoy está en peligro por las fuerzas globales, por un lado, del crecimiento desmesurado del capitalismo, y, por otro, de las instituciones internacionales¹⁷ mediante la implantación de políticas de austeridad que limitan estos derechos.

Para Goodin en Noya (1997), los Estados de Bienestar son los responsables directos de reducir la desigualdad; es decir, cuando hay mayor igualdad se promueve el sentimiento de comunidad, por ello, es necesario que el Estado de Bienestar y la comunidad estén relacionados indirectamente a través de la reducción de la desigualdad social. De ahí, el Estado no es el único agente responsable de hacer frente a las desigualdades, pero sí es el responsable en liderar una estrategia implicando la participación de todos los agentes sociales.

En definitiva, el derecho de ciudadanía, permite a la persona el disfrute de los derechos reconocidos en la sociedad. Una vez adquirido el estatus de ciudadano, este derecho viene a complementar y enlazar los derechos civiles y políticos, en cuanto a derechos individuales del ciudadano, con los derechos sociales, en lo que respecta a la vida del ciudadano en sociedad, caracterizada ésta por unos determinados riesgos a cubrir.

II.2.2.4. Terminología de los Derechos Sociales

Respecto a las diferentes alternativas terminológicas de los derechos sociales, podemos decir, que hay quien utiliza el término completo de *derechos económicos, sociales y culturales*; otros, *derechos económicos y sociales* o, sencillamente, *derechos sociales*, éstos tienen, sin duda, un núcleo en común, ya que el término: *derechos económicos, sociales y culturales* o *derechos económicos y sociales* tienen a su favor que son los empleados en las declaraciones internacionales de derechos y en los textos constitucionales.

Los derechos sociales se incluyen en la parte preliminar de las Constituciones modernas y de las declaraciones de derechos de carácter internacional y supranacional. Precisamente, el artículo 1 de la Constitución Española (CE, en adelante), se refiere a *los derechos sociales como derechos fundamentales de la ciudadanía...* Que en el caso del derecho social de la protección a la dependencia, la Constitución ha facultado al legislador para su desarrollo normativo, y, por tanto, es un derecho subjetivo.

En este sentido, para el desarrollo de este trabajo nos interesa utilizar solo el término de derechos sociales, en lugar de derechos económicos, sociales y culturales, porque es objeto de estudio el derecho social de protección ante la situación de dependencia, el cual se encuentra regulado con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

No obstante, cabe indicar que, el término de *derechos económicos, sociales y culturales* es el más completo, puesto que el mismo deriva directamente de los tratados internacionales

¹⁷ Entre ellas, como la UE, FMI...

de derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (1966) y las normas establecidas por organismos especializados como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

Otros se refieren a los derechos sociales como derechos de prestación o derechos de crédito o derechos fundamentales prestacionales; o derechos de los trabajadores, derechos de igualdad o incluso derechos colectivos. Sin embargo, conforme a la línea trazada por Contreras y Sanchís en Martínez de Pinsón (1998), consideramos que esa denominación obedecería a sus rasgos o características específicas, las cuales serán abordadas a continuación.

Finalmente, existe la tendencia a incluir estos derechos en la jurisprudencia interna de muchos países mediante recursos legales, pero queda mucho por hacer para que estos derechos se equiparen a los civiles y políticos en lo que se refiere a su exigencia jurídica internacional.

II. 2.2.5. Estructura de los Derechos Sociales

Entre los derechos sociales reconocidos se encuentran figuras jurídicas de naturaleza diversa. Así, junto a los derechos al trabajo, a la seguridad social, a la educación o a la protección de la salud, se reconocen los derechos a la libre sindicación o a la huelga, cuya forma de ejercicio es muy distinta de las anteriores. Para una mejor caracterización, es preciso combinar esta clasificación histórica con otra que tenga en cuenta la naturaleza de los derechos.

Según el criterio de la naturaleza jurídica de los derechos fundamentales, es comúnmente aceptado, por un lado, los derechos de defensa y, por otro lado, los derechos de prestación (Alexi, 1993). Los derechos de defensa son derechos a acciones negativas del estado, cuyo objeto es preservar de la intervención estatal una serie de posiciones, situaciones y actuaciones consideradas de principal importancia o especialmente vulnerables (Escobar, 2005). Por el contrario, los derechos de prestación son derechos de acciones positivas del estado.

En sentido amplio, Alexi (1993) distingue tres tipos de derechos de prestación: a) *derechos a protección*, cuando el titular del derecho requiere la protección del estado frente a intervenciones de terceros, por ejemplo, frente al homicidio; b) *derechos a organización y procedimiento*, tienen por objeto una serie de actividades normativas y procedimentales del poder público, y c) *derechos a prestaciones en sentido estricto*, que son aquellos derechos del individuo frente al estado a algo que podría obtenerlo también de particulares.

Cuando se habla de derechos sociales como el derecho al trabajo, a la seguridad social, a la educación o a la vivienda, se está haciendo referencia fundamentalmente a estos derechos a prestaciones en sentido estricto. Para algunos tratadistas como Carmona (2006), consideran adecuado hablar de estos derechos como *derechos sociales de prestación*; sin embargo, los derechos sociales no son siempre derechos prestacionales, puesto que según su contenido puede variar en cuanto al tipo de obligaciones que impongan al Estado y a los particulares.

En consecuencia, podemos decir que en la expresión derechos sociales se incluyen una variada gama de derechos en virtud de los distintos contenidos obligacionales que pueden presentar, de tal modo que ofrecen diversos grados de exigibilidad que echan por tierra las afirmaciones de acuerdo a las cuales los derechos sociales son simples programas para la acción pública o simplemente se reducen a opciones prestacionales. Otros derechos tradicionalmente reconocidos como derechos sociales (libertad sindical, derecho de huelga) son, por su naturaleza, derechos de defensa.

II. 2.2.6. Rasgos específicos de los derechos sociales

En base a la línea trazada por Contreras y Sanchís en Martínez de Pisón, (1998), abordaremos algunos rasgos específicos de los derechos sociales que importa tener en cuenta:

a) Los derechos sociales son derechos de prestación

Los derechos sociales son derechos de prestación o de crédito porque, frente a los derechos de la primera generación, exigen que el Estado actúe, planifique y materialice políticas sociales concretas a favor del bienestar de los ciudadanos. De forma que éste debe responsabilizarse de la situación material de los individuos y, en su caso, debe procurar la satisfacción del individuo, procurándole ciertos bienes y servicios, tales como: la construcción de hospitales, de escuelas, financiación de la medicina y de la educación, etc., a fin de garantizar una vida digna a los ciudadanos.

Para Acuña (2006), estos derechos de prestación implican que el sujeto titular del derecho *tiene un título para exigir que se le entreguen ciertos bienes, se le presten ciertos servicios o se le transfieran ciertos recursos*. Se incluyen aquí derechos tales como la educación, los derechos de los niños a la protección de los padres y de los poderes públicos, el derecho al trabajo y remuneración suficiente, el derecho de acceso a la cultura y al desarrollo integral de la personalidad, el derecho de la familia a la protección social, económica y jurídica de los poderes públicos, el derecho a la formación profesional, a la dependencia...¹⁸.

En este sentido, estos derechos sociales dan al sujeto titular un determinado status jurídico a partir de cuya adquisición se hace acreedor a ciertas prestaciones o beneficios. Incluimos aquí a status tales como jubilados, dependientes, huérfanos, desempleados, etc., (Acuña, 2006). Por ello, el estado participa de una forma activa a la hora de asegurar el cumplimiento de los derechos sociales.

Según Contreras (1994), en los derechos sociales la prestación estatal representa el contenido esencial del derecho. Así, en el derecho a la asistencia sanitaria o a la educación gratuita, la intervención estatal tiene lugar todas y cada uno de las veces que el derecho es ejercitado; la inexistencia de prestación estatal supone automáticamente la denegación del derecho.

En esta misma idea incide Contreras y Sanchís (1998), al sostener que los derechos sociales de prestación se diferencian de los derechos civiles y políticos porque éstos implican derechos de autonomía y de participación, es decir, por condiciones negativas impuestas al estado para que no interfiera en los ámbitos de autonomía individuales.

No obstante, y conforme a Nino (2001), ciertas condiciones materiales son indispensables para la realización de los planes de vida individuales, ya sea que estas se cumplan a través de abstenciones o por medio de la conducta de terceros. Lo cual nos permitiría comprender que los derechos sociales y los individuales no son términos opuestos, sino por el contrario se implican mutuamente.

¹⁸ Así como el derecho de: los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos; de los mayores; de los consumidores y usuarios a la defensa de la seguridad, a la salud y de sus intereses; a la seguridad e higiene en el trabajo; a la Seguridad Social, etc.

En igual sentido, Abramovich y Courtis (2002), plantean que los derechos sociales también pueden ser caracterizados como un complejo de obligaciones positivas y negativas por parte del estado, aunque para estos autores, las obligaciones positivas revistan una mayor importancia.

En consecuencia, podemos decir que el cumplimiento de muchos de los clásicos derechos civiles no sólo requiere de conductas omisivas sino además de un actuar positivo y erogaciones por parte del estado. Por ejemplo, derechos tales como el debido proceso, el acceso a la justicia, el derecho de asociación, el derecho a elegir y ser elegido etc., requieren de grandes erogaciones para por ejemplo, aspectos tales como: la instalación de registros públicos, tribunales, organización de elecciones, etc. Por tanto, las actividades tendientes respecto de los derechos señalados son positivas y conllevan la necesaria erogación de recursos públicos (Abramovich y Courtis).

Y, finalmente, en relación a los derechos sociales, generalmente se les aprecia en su faz prestacional, si bien los derechos sociales también implican para los poderes públicos obligaciones negativas que se materializan en no afectar su nivel de disfrute. No obstante, a diferencia de los derechos civiles y políticos, en este tipo de derecho prima, en mayor medida, las acciones positivas por parte del estado.

b) Los derechos sociales son de titularidad individual de carácter empírico, que se inspiran en una concepción empírica y realista del ser humano

En primer lugar, los derechos sociales son de titularidad individual porque se entiende que son los individuos particulares los que solicitan, ejercen y disfrutan este tipo de derechos. Por tanto, son derechos de un individuo determinado y no del grupo o de la colectividad a la que pertenecen. Se refiere a derechos del hombre como trabajador, como joven, como anciano, como disminuido, etc., derechos que tienen que ver con multitud de circunstancias y contingencias que rodean al ser humano concreto en sus situaciones vitales.

Distinto es que, en el marco del proceso de especificación de derechos que se ha producido en los últimos tiempos, los derechos sociales sean derechos atribuidos a grupos como las mujeres, niños, ancianos, discapacitados, dependientes, desempleados, etc., y que una persona pueda disfrutar de la solidaridad general que han adoptado las políticas sociales en los Estados de bienestar.

En segundo lugar, la concepción empírica y realista de los derechos sociales hace referencia al hombre con sus necesidades básicas en sus relaciones. El concepto de necesidad básica revela una especial transcendencia en el diseño del concepto del hombre real y de los rasgos de los derechos sociales. Estas necesidades están relacionadas con hechos objetivos, en los que se verifica la carencia de un individuo en su entorno –alimento, vestido, vivienda, educación u otras condiciones materiales-, imprescindibles para llevar una vida digna.

De ahí que, cuando las necesidades son compartidas por un número considerable de personas, hacen referencia a las necesidades sociales y, cuando esto ocurre, son legitimadas por la sociedad, lo que supone la exigencia de su satisfacción por parte del estado y/o de las instituciones (Rubí, 1991).

Tal y como hemos hecho referencia en epígrafes anteriores, los derechos sociales son el resultado de antiguas reivindicaciones de los obreros, de demandas de los individuos en sociedad, de ahí que las necesidades sociales se construyen socialmente. No obstante, las necesidades sociales no hacen referencia a preferencias personales, ni deseos, ni están sujetas a intereses personales. Las necesidades y aspiraciones no generan acciones para su satisfacción en sí mismas. La condición necesaria, aunque no suficiente, para que los

requerimientos humanos susciten respuestas institucionales, es que se manifiesten mediante demandas.

Sin embargo, las demandas no reflejan automáticamente las necesidades por diversos motivos: primero, porque puede ser que en ciertos casos las carencias o privaciones pueden no ser percibidas por quien las padece o por la sociedad¹⁹; segundo, cabe la posibilidad de una percepción alterada de las necesidades y aspiraciones iniciales²⁰, y por último, las necesidades pueden magnificarse cuando se elaboran en forma de demanda²¹.

Por estos motivos, la objetivización de la exigencia de respuesta por parte de la sociedad es prácticamente imposible, cuando sabemos que responden a condicionamientos personales y culturales en permanente transformación. De tal forma, será el Estado y/o las instituciones quienes solventen el problema, ya sea, articulando diferentes métodos de análisis y diagnóstico de demandas y necesidades, con la finalidad de prevenir su agudización y organizar los recursos precisos.

Finalmente, podemos decir, que las necesidades sociales constituyen el fundamento de los derechos sociales, ya que la satisfacción de las mismas son consideradas indispensables para el desarrollo personal y social; así como también, al ser objetivas, su carencia es externa al individuo y, por tanto, constatable; por último, son universales, ya que las poseen todos los hombres.

c) Los derechos sociales remiten a un concepto de libertad configurado a partir de la igualdad

Se dice que los derechos de primera generación son derechos de libertad, mientras que los derechos de segunda generación son derechos de igualdad. Tales derechos, se fundamentan por su condición instrumental, por ser complemento de los derechos de libertad en el logro de condiciones para el ejercicio de los derechos sociales (Prieto en Martínez de Pisón).

De tal forma que, los derechos sociales se configuran como derechos de igualdad, cuyo fin es dotar a todos los ciudadanos de unas mínimas condiciones materiales de vida, de poder disfrutar de ciertas condiciones de igualdad con la que realizar sus deseos e intereses, tener calidad de vida, por tanto, vivir con dignidad. Por ello, es necesario el desarrollo de políticas sociales encaminadas a la protección social de los desfavorecidos, que les permita cubrir sus necesidades básicas, y esta es una tarea que corresponde al Estado en colaboración con la sociedad en general.

Sin embargo, en el mundo real esto no se cumple, todos tenemos derecho a la libertad y derecho a la igualdad, pero el derecho de igualdad no es para todas las personas del planeta. Por ejemplo, sin ir más lejos, antes de la actual crisis financiera venimos siendo testigos de que una gran parte de los españoles no llegan a fin de mes, no tienen capacidad monetaria.

Por tanto, no pueden adquirir bienes ni servicios, tienen derecho de libertad para elegir, para desear bienes y servicios que les pueda permitir vivir dignamente, pero no hay igualdad para todos, no hay una distribución eficiente de la renta, por lo que no todos tienen capacidad monetaria y, por tanto, libertad, para adquirir dichos bienes. En este sentido, decimos que los derechos sociales remiten a un concepto de libertad configurado a partir del de igualdad.

¹⁹ Por ejemplo, la necesidad de ingerir alimentos no siempre va acompañada de la sensación de hambre.

²⁰ Así como por ejemplo: comprar determinadas marcas de ropa responde más bien a una demanda de integración en un grupo social que a la necesidad de vestirse.

²¹ Como por ejemplo: ancianos que demandan una plaza residencial urgente aludiendo a la incapacidad de cuidarse por sí mismos, cuando lo que precisan realmente es compañía.

d) Los derechos sociales son un elemento de solidaridad social

Para Durkheim, en Martínez de Pisón (1998), los derechos sociales son instrumento de conexión interna de las sociedades en las que se implementan, dado que uno de sus objetivos es la superación de las diferencias sociales, de las desigualdades de riqueza entre ricos y pobres. Por ello, el estado deberá cumplir un importante papel equilibrado entre unos y otros, a través de la utilización de los instrumentos fiscales que están a su servicio y a través de la programación de políticas sociales.

Pero ante todo, los derechos sociales son derechos solidarios porque implican una especial y estrecha vinculación de la conciencia individual con la colectiva, ya que cada uno se compromete en el bienestar de los demás, en procurar que todos tengan un mínimo vital. De tal forma que, bajo el escudo del Estado de Bienestar, los derechos sociales han sido un potente instrumento de consenso y de legitimación del poder (Martínez de Pisón, 1998). Precisamente, cuando éstos han fallado ha sido cuando se ha puesto en tela de juicio la misma existencia del modelo del Estado de Bienestar.

De esta forma, los derechos sociales son parte del mecanismo por el cual el individuo no es aislado sino absorbido por la sociedad, permitiéndole beneficiarse y, al mismo tiempo, contribuir al bienestar colectivo (políticas de promoción social, políticas fiscales). En cuanto mecanismo de integración, los derechos sociales ejercen un papel decisivo en la preservación de la cohesión social.

Como conclusión a la evolución de los derechos sociales, podemos decir que, tanto en el S. XVIII como en el S. XIX se produce un reconocimiento formal de los derechos del hombre, es decir de los derechos civiles y políticos. Pero, como tales derechos no resolvieron los problemas más inmediatos de la población²², generados por el propio sistema capitalista, por ello, a finales del S. XIX surgen importantes reivindicaciones sociales, las cuales conllevarían al reconociendo de los derechos sociales²³.

En el siguiente cuadro resumimos las diferentes clasificaciones y características de los derechos sociales, comentado en este capítulo, dentro de las cuales se localiza el derecho de la dependencia, objeto de estudio de la presente investigación.

Tabla II.2.1. Calificación de los derechos sociales vs derecho social de la dependencia.

Criterio	Tipo de derecho social	Localización de la dependencia
Aparece recogido en constituciones y cartas internacionales	Derecho fundamental Derecho no fundamental	Derecho fundamental
Aparece regulado por normativa específica	Derecho subjetivo Derecho no subjetivo	Derecho subjetivo
Papel del Estado	Derecho de protección Derecho de organización Derecho de prestaciones	Derecho de prestación
Intervención del Estado	Positiva Negativa	Positiva

Fuente: elaboración propia.

²² Tales como, paro, inflación, hambre, miseria, desigualdad, etc.

²³ Pues estos derechos sociales alcanzarían su consolidación a lo largo del siglo XX, con el desarrollo de los Estados de Bienestar, con la afirmación de la ciudadanía social.

II.2.3. Derechos de Tercera Generación: Derechos de Solidaridad o Derechos de los Pueblos

A finales del S. XX, se plantea el reconocimiento de una tercera generación de derechos, precisamente, en 1979 el jurista checo Karel Vasak propuso el término de los derechos de tercera *generación*²⁴ en el Instituto Internacional de Derechos Humanos en Estrasburgo, Francia. Las teorías de Vasak tenían sus raíces, sobre todo, en la legislación europea, ya que reflejaban principalmente los valores europeos.

Los derechos de tercera generación implican un medio ambiente sano. También hacen referencia a aquellos derechos asociados a la solidaridad. Al ser vital su incidencia en la vida de todos se le vincula a escala universal; de ahí que requiere para su realización de una serie de esfuerzos y cooperaciones en un nivel planetario. Regularmente se incluyen en ella derechos heterogéneos como el derecho a la paz, a la calidad de vida o las garantías frente a la manipulación genética, aunque diferentes juristas asocian estos derechos a otras generaciones²⁵.

En este sentido, podemos decir que *los Derechos de Tercera Generación o Derechos de Solidaridad o Derechos de los Pueblos*, son el resultado de las exigencias más recientes en el tiempo, y hasta ahora están consolidándose. Son llamados así porque son derechos que optimizan el desarrollo de una persona en un ambiente apropiado, sano y libre de problemas; de ahí su vinculación con la solidaridad y universalidad.

Este grupo fue promovido a partir de los ochenta para incentivar el progreso social y elevar el nivel de vida de todos los pueblos. Entre otros, destacan los relacionados con el uso de los avances de las ciencias y la tecnología; la solución de los problemas alimenticios, demográficos, educativos y ecológicos; el ambiente; los derechos del consumidor; el desarrollo que permita una vida digna; el libre desarrollo de la personalidad.

Por todo, y como conclusión al apartado que desarrolla las demandas sociales universalmente legitimadas y conocidos como derechos humanos, podemos decir que, el Estado liberal se construye sobre los derechos civiles y políticos (conocidos como Derechos de Primera Generación), mientras que el Estado de Bienestar, sobre los derechos sociales (como, Derechos de Segunda Generación), constituyendo éste un avance respecto al estado liberal, y como un compromiso entre los sectores y fuerzas que habían combatido anteriormente.

Que la extensión de los derechos sociales, ponen de manifiesto que, ha sido una de las dimensiones –si no la fundamental-, más relevante para el estudio de diferentes estados de bienestar, tal y como trataremos en los siguientes epígrafes.

Asimismo, como conclusión al análisis de los derechos sociales, de una forma esquemática, en el siguiente cuadro se resume las principales diferencias que pueden destacarse entre

²⁴ Sobre los Derechos de Tercera Generación puede consultarse en Karel Vasak, "Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to give Force of law to the Universal Declaration of Human Rights", *UNESCO Courier* 30:11, Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, November 1977.

http://es.wikipedia.org/wiki/Tres_generaciones_de_derechos_humanos#cite_note-0, (consultado 22/11/2011).

²⁵ Por ejemplo, según Vallespín (2002), la protección contra la manipulación genética sería un derecho de cuarta generación. Para Roberto González Álvarez es una manifestación, ante nuevas amenazas, de derechos de primera generación como el derecho a la vida, la libertad y la integridad física.

los derechos de primera generación (derechos civiles y políticos), de segunda generación (derechos sociales), así como, con los derechos de tercera generación:

Tabla II.2.2. Derechos Humanos de Primera, Segunda y Tercera Generación.

	DERECHOS HUMANOS			
	Primera Generación		Segunda Generación	Tercera Generación
Denominación	D. Civiles	D. Políticos	D. Sociales/ E.S.C.	D. Solidaridad
Orígenes	Revoluciones liberales burguesas	Revoluciones liberales burguesas	Reivindicaciones trabajadores, partidos socialistas...	Cambios sociales y tecnológicos
Países	Europa Occidental y Norteamérica	Europa Occidental y Norteamérica	Fundamentalmente Europa	Fundamentalmente Europa
Periodos	Finales S. XVIII	Inicio S. XIX	2ª mitad S. XIX – XX	S. XX – S. XXI
Derechos	D. a la vida y a la integridad física y moral, a la dignidad del hombre y la igualdad de todos ante la ley; libertad religiosa, libertad de pensamiento, libertad de expresión e información, de reunión y de asociación, a la propiedad, a la seguridad frente a la confiscación de la propiedad.	D. políticos: D. a participar en la vida política y el derecho a la resistencia a la autoridad.	D. sociales: Educación, Seguridad Social, Huelga, Libertad sindical, Libertad de Trabajo, protección de niños... Dependencia.	Paz, calidad de vida, garantías /manipulación genética...
Papel Estado	Pasivo	Pasivo	Activo	Activo
Garantes	Tribunales de Justicia	Parlamento	Estado de Bienestar	Estado de Bienestar

Fuente: elaboración propia.

II.3. ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DEL ESTADO DEL BIENESTAR

En este segundo gran bloque del capítulo nos centramos en el análisis del Estado del bienestar, comentando aspectos tales como: su génesis, conceptualización, evolución, características y modelos, para finalizar describiendo la crisis y retos a los que se enfrenta actualmente. No en vano, tal y como quedó reflejado en el apartado anterior, el desarrollo y consolidación de los derechos sociales tuvo lugar en el S. XX con el desarrollo de los Estados de bienestar.

II.3.1. Génesis del Estado de Bienestar

No existe acuerdo entre la doctrina al señalar los orígenes del Estado de Bienestar, pero la mayoría de los autores coinciden en fechar su origen en el momento en el que se pone en marcha un repertorio básico de políticas sociales, como fue el caso de Gran Bretaña, que pasó a ser un Estado de Bienestar en 1920 o de la Alemania nazi, mientras que en España, durante la dictadura de Franco, sería a partir de 1960 (Esping-Andersen, 2000), considerado como un modelo político más de intervención del estado en la economía.

Las políticas sociales se han manifestado a lo largo de la historia, a través de distintas formas de intervención en la sociedad, encaminadas a amparar a los más débiles y para satisfacer las necesidades sociales de todos sus componentes. Tal y como señala Esping-Andersen (2000), esta política estaba ya presente cuando los romanos repartían alimentos a los pobres o cuando la iglesia, los gremios o la nobleza repartían ayuda y limosna²⁶. Pero, todas estas intervenciones en la sociedad sólo eran políticas sociales sin Estado de Bienestar.

En este sentido, las políticas sociales tuvieron su origen sobre la base de la *cuestión social*; han existido en todas sociedades, casi siempre refiriéndose a las acciones filantrópicas desarrolladas durante siglos por la Iglesia (Batista, 2002). Aunque, además de la Iglesia, también han participado otros agentes privados de bienestar, como: la Familia (sector informal), el Tercer Sector voluntario y, el sector empresarial.

En este sentido, podemos decir que el origen real y desarrollo de las políticas sociales se ha dado en el ámbito de la sociedad civil, quien ha venido asumiendo tareas complementarias al Estado. Llegando éstos a las esferas sociales donde el Estado no llega por fallos de éste, así como, por fallos del mercado capitalista. Aunque, en el sector informal, la familia ha venido asumiendo dicha responsabilidad.

En el Estado moderno, ha sido la lucha de los trabajadores la que ha hecho avanzar a éste hacia políticas sociales de compensación, en el desarrollo de las formas asistenciales, no habiendo logrado más que esto. Tampoco implica el nacimiento del Estado de Bienestar la intervención a través de las distintas formas asistenciales (o de acción social), como puede ser el caso de un plan de pensiones, aunque se complementa con los seguros de enfermedad y de desempleo, como se ha referido con la legislación social de Bismarck en Alemania, a finales del siglo XIX²⁷.

Sin embargo, la construcción de un Estado de Bienestar y de una política moderna, impulsada después de la II Guerra Mundial (IIGM) está ligada al nombre de Beveridge y sus famosos informes sobre seguros sociales y los servicios afines que condujeron la política de posguerra de los laboristas británicos:

El primer Informe de Beveridge (1942) se centró en el Sistema de Seguridad Social (incluía una seguridad social para las pensiones, en caso de: enfermedades, maternidad, vejez, viudedad y desempleo; un servicio nacional de salud gratuito y universal; y, un sistema de asistencia nacional, extendiendo los beneficios a la educación, la vivienda y la atención especializada a niños). Mientras que, en *el segundo Informe* (1944), Beveridge exponía una política de pleno empleo y crecimiento económico desde la perspectiva Keynesiana.

También, por otro lado, Franklin Roosevelt con el *New Deal* (o nuevo trato) crea el moderno Estado Social para salir de la Gran Crisis que había provocado el impulso globalizador de la

²⁶ Así como, también cuando los nacientes estados nacionales y los monarcas absolutistas legislaban la beneficencia para los pobres (y planes de asistencia social para los funcionarios públicos).

²⁷ Alemania es el primer país que adoptó un sistema moderno de seguridad social debido a la consolidación del movimiento obrero y la presión de los grupos socialistas durante los años 80 del S. XIX. Pero dicho modelo, solo cubría a la clase asalariada urbana excluyendo al resto de los trabajadores como los autónomos o a los del ámbito rural.

economía mundial, cuyo éxito fue innegable en el plano social²⁸, sobre todo, porque el mismo contenía una serie de medidas intervencionistas abocadas a sostener a las capas más pobres de la población, reformar los mercados financieros y redinamizar la economía dañada desde la Crisis del 29 por el desempleo y las quiebras en cadena.

Sumándose a estos hechos los intentos paralelos de un nuevo pacto entre el ciudadano y el Estado, de *Patria de los Pueblos* promovido por la socialdemocracia sueca, los cuales fueron generando respuestas improvisadas a la crisis del capitalismo, obligada por la intervención del Estado si el capitalismo deseaba sobrevivir.

De tal forma, que a principios del S.XX, este naciente Estado de Bienestar encontró, tras la IIGM, el contexto más adecuado para asentarse y generalizarse, con el establecimiento de unas políticas expansivas, con grandes inversiones encaminadas a crear empleo y establecer las infraestructuras físicas y sociales necesarias que estimularan la demanda, basadas en políticas redistributivas.

En definitiva, tanto el New Deal permitió salir de la Gran Depresión y, después de la IIGM, el Plan Marshall incidió en la recuperación de Europa, mediante la enorme expansión de gasto público y la aceptación de las teorías económicas de Keynes, tal y como, trataremos más adelante, lograron la consolidación, a partir de la segunda mitad del S.XX, de los Estados de Bienestar.

En efecto, en las décadas de la posguerra (50 y 60) los países occidentales pasaron a autoproclamarse Estados de bienestar, aunque con distinta amplitud y con grados diversos de entusiasmo. Como ya se ha señalado, las bases del Estado de Bienestar se habían ido poniendo durante los 60 años anteriores al desencadenamiento de la IIGM. En los años de la posguerra la posición se consolidó a medida que la provisión estatal se amplió y los servicios existentes se coordinaron y extendieron.

Tal y como señala Esping-Andersen (2000), el colapso del crecimiento anunciado en la década de 1950 se convirtió en un espectacular boom económico, al tiempo que crecía el gasto público. Luego en la década de los 60 y 70, los Estados de Bienestar de todas partes aseguraron unas prestaciones sociales, reduciendo las desigualdades. Ciertamente, fue este, y no la década de 1950, el auténtico período de consolidación, de institucionalización del capitalismo del bienestar y, sobre todo, fue el periodo donde se cristalizaron las características fundamentales de estos estados.

No en vano, podemos decir que la década de los 60 y 70 fueron de gran trascendencia en el mundo laboral, ya que en dicho período se aprueban las directrices para una importante protección al trabajador, así como una fuerte regulación del mercado de trabajo y de afirmación plena de la ciudadanía social. De tal manera, dicho período permitió extender, en los países occidentales, unas políticas para la provisión social pública, basada en un crecimiento económico sostenido. En esos años se afirmaron las diferencias esenciales entre los estados de bienestar nórdicos, socialdemócratas, europeo continental y liberal anglosajón, tal y como posteriormente se comenta.

II.3.2 Concepto de Estado de Bienestar²⁹

Se suele incurrir en error conceptual en el estudio del Estado de Bienestar. Algunos tratadistas se refieren al Estado de Bienestar, otros a regímenes de bienestar, y otros hablan

²⁸ El New Deal (Nuevo trato), implicó una serie de medidas intervencionistas para luchar contra los efectos de la Gran Depresión de EE.UU (1933 a 1938). http://es.wikipedia.org/wiki/New_Deal (13/02/2013).

²⁹ Según el idioma que se utilice: Estado de Bienestar (que es la traducción del Welfare state) en inglés, español y en portugués; Estado Providencia en francés, Estado Social en Alemania,...

de políticas sociales, como si se tratara del mismo tema, pero no lo es. Puede haber política social sin Estados de bienestar, pero no al revés. La política social ha estado presente en tanto ha habido acción política colectiva para afrontar los riesgos sociales (Mishra, 1993 y Esping-Andersen, 2000).

Normalmente, se considera de flexible adaptación la política social en los regímenes políticos, pero sería un error usar el término de política social de forma común con el Estado de Bienestar, ya que la política social es un concepto genérico³⁰. Sin embargo, el Estado de Bienestar subyace a las características de la historia de la posguerra, así como a una connotación política e institucional propia, que no podemos olvidar (Mishra, 1993; Rodríguez, 1996).

A pesar de ello, podría decirse que no hay un consenso generalizado en la doctrina para definir el Estado de Bienestar. Algunos autores han enfatizado que se trata de una institución o conjunto de instituciones que pretenden responder a los desafíos del proceso de modernización o industrialización en sus diferentes versiones (Galbraith, 1992), tales como: las relaciones de clase, el modelo de sistema político, la configuración del mercado de trabajo y el papel de las élites económicas y políticas.

Para otros, tuvo el apelativo de estado fordista, fue consecuencia del *modelo de acumulación capitalista*³¹, sumido en el sistema de producción-consumo característico del capitalismo industrial (desde principios del S. XX hasta la década de los 70). De tal forma, que el estado fordista constituyó una extensa clase obrera proletaria encuadrada en potentes sindicatos de clase, los cuales actuaría como contraparte del capital.

En el sentido de Adelantado (2000), el estado fordista implicó un estado interventor, no sólo porque regulaba las variables macroeconómicas mediante políticas keynesianas (de pleno empleo y demanda agregada), sino además diseñando un modelo institucional propio (servicios y políticas públicas), un pacto social entre capital y trabajo³², que más tarde alcanzaría su consolidación en la década de los 50 y 60 (Esping-Andersen, 2000).

Sin embargo, la concreción del modelo general en estados de bienestar ha dependido de la densidad de la sociedad civil, del mayor o menor peso del mercado, de la situación que un país tenía en la división internacional del trabajo en el momento del inicio de la construcción del sistema de protección social y de cómo y mediante qué mecanismos se resolvían los conflictos de clase, religiosos y étnicos.

En consecuencia, el concepto de Estado de Bienestar se convirtió, sobre todo, en parte del lenguaje común después de la IIGM. Existe, por tanto, una amplia gama de definiciones sobre el término de Estado de Bienestar, con un vasto grado de heterogeneidad entre ellas. Aquí no pretendemos analizar las distintas concepciones sino, más bien, plasmar sólo aquellas que puedan ser más representativas desde una óptica socioeconómica.

Se ha enfatizado en la gran diversidad de orígenes y situaciones nacionales (factores culturales y religiosos), que tuvieron un papel importante, junto a los de tipo económico y

³⁰ Para Adelantado, Noguera y Rambla (2000), la política social es un instrumento de gobernabilidad capaz de gestionar las desigualdades sociales; al ser tan vasto el ámbito de esta política, define características esenciales de una sociedad, abarca casi todos los dispositivos que arbitra la colectividad para proteger al sector más vulnerable, así como, satisface las necesidades sociales de todos sus componentes.

³¹ H. Ford fue un fabricante de coches que aplicó la parcelación de tareas en la producción, dando origen más tarde a la cadena de montaje. Uno de los aspectos más importante fue que dichos vehículos producidos por sus empleados fueran adquiridos por ellos mismo, expandiendo así notablemente la esfera del consumo y, por tanto, la producción en masa.

³² A fin de que los trabajadores se desistieran a promover una revolución socialista, los empresarios humanizaron el capitalismo y el estado se comprometió a garantizar derechos de ciudadanía, principalmente pensiones, sanidad y educación públicas (Rodríguez, 1996).

político, que serían más contexto que condicionantes, a la hora de configurarse los diferentes modelos de estados del bienestar.

Por otro lado, (como los exhaustivos análisis de Flora, 1996) se destacan los factores de tipo institucional, siguiendo la tradición weberiana, con base en el análisis histórico, así como la mayor presencia o no del Estado en el proceso de creación de los sistemas de protección social, la fragmentación de los mercados de trabajo y el papel institucional de las Iglesias, los cuales definirán una naturaleza peculiar en los distintos modelos de Estado de Bienestar.

Por ello, el distinto énfasis en las distintas variables económica, cultural e institucional han definido modelos interpretativos diferentes y, por tanto, la propia definición de qué sea eso que llamamos Estado de Bienestar o Estado Providencia. Para Gough, (1982), el Estado de Bienestar era la consecuencia de las necesidades de la modernización capitalista y de las presiones y demandas de la clase obrera³³.

El concepto de Estado de Bienestar, según Rodríguez (1996), connota un conjunto de respuestas de *policy* al proceso de modernización, consistentes en intervenciones *públicas* en el funcionamiento de la economía y en la distribución de las expectativas de vida, la cuales se orientan a promover la seguridad e igualdad de los ciudadanos, *introduciendo entre otras cosas derechos sociales específicos dirigidos a la protección en el caso de contingencias preestablecidas*, con la finalidad de aumentar la integración social de sociedades industriales con elevada movilización.

En efecto, un Estado de Bienestar ha de poseer y estar dotado de unos mecanismos elementales básicos de protección hacia su ciudadanía contra ciertos riesgos que les pueden sobrevenir a lo largo de su vida como son la vejez, la enfermedad, el paro, la pobreza, etc. Este catálogo de medidas y políticas son las que quedan recogidas dentro del término de protección social en su doble vertiente, tanto en su faceta de seguridad social como bajo la óptica asistencial.

El término Estado de Bienestar se ha extendido y consolidado de tal manera que, incluso en la actualidad, cuando tratamos el concepto de Estado de Bienestar nos referimos a un modo de organización social y política que es, a la vez, una reacción y un complemento al Estado liberal y se caracteriza: *por un lado, por la intervención del Estado en la economía con el objetivo de mantener el pleno empleo mediante la regulación del mercado y la creación de un sector público económico y, por otro lado, por la prestación de una serie de servicios sociales de carácter universal* (Rubio, 1991).

Para Flora y Heidenheimer (1986) el ascenso del moderno Estado de Bienestar puede ser la respuesta a dos consecuencias fundamentales: la transformación de los estados nacionales y su transformación en democracias de masas después de la Revolución Francesa, y el desarrollo del capitalismo, que se erigió en un tipo de producción dominante tras la revolución industrial. Este contexto, en donde discurren los elementos históricos constitutivos, es el que nos permite comprender las distintas formas que adoptará el Estado Social, integrando las diferentes realidades sociales e históricas.

Otra de las conceptualizaciones que podemos utilizar, de forma general, de Estado de Bienestar es la utilizada por Picó (1996), cuando refiere que *el Estado de Bienestar es un tipo específico de sociedad –capitalista- en la que el Estado interviene en el proceso económico de producción, reproducción y distribución de bienes y servicios para reasignar (redistribuir) las oportunidades de vida entre los individuos y las clases sociales*.

³³ Esta apreciación coincidiría en buena medida con otra que da Ferrera (1994), quien contempla variables de modernización, sociodemográficas y políticas, con la variable sociológica de tradición continental.

Por otro lado, entre las definiciones sobre el Estado de Bienestar que hacen referencia a la teoría keynesiana estaría la realizada por Muñoz, (1993) quien establece que: *...el Estado de Bienestar se entiende como aquel conjunto de actuaciones públicas tendentes a garantizar a todo ciudadano de una nación, por el mero hecho de serlo, el acceso a un mínimo de servicios que garanticen su supervivencia (entendida en términos sociales y no estrictamente biológicos);...*

Ello representa un determinado comportamiento del sector público de las economías occidentales que buscan cubrir buena parte de las necesidades sociales, colaborando de forma apreciable en el crecimiento económico, en aras de mantener la economía de mercado.

Varios autores distinguen la doble percepción que puede tener el concepto de Estado de Bienestar: por un lado el término hace referencia a la responsabilidad que posee el Estado ante la sociedad para ofrecer una protección mínima ante circunstancias adversas; y, por otro lado, una concepción del Estado de Bienestar en sentido amplio con políticas que garanticen el pleno empleo a través de programas que requieren un cierto volumen de transferencias públicas de recursos.

Para ello estos autores utilizan el término de *estatismo de bienestar* para reflejar *de forma más genérica posible el uso del poder estatal dirigido a proteger a los ciudadanos contra las adversidades económicas y asegurar cierto nivel de prosperidad al conjunto de la población* (Pfaller; Gough; Therborn, 1993).

De esta manera, el estatismo del bienestar sería la forma que tiene la economía industrial capitalista de hacerse compatible con ciertos objetivos de carácter social. Pero el *estatismo de bienestar* también se ha empleado para otras funciones importantes para el sistema de producción capitalista como sería la reproducción de la fuerza de trabajo, la formación del capital humano o la estabilidad de la demanda.

Asimismo, se observa que Gough (1982) penetra en el análisis del Estado de Bienestar examinando los límites que va estableciendo el modo de producción capitalista a la política estatal: *el Estado de Bienestar se caracteriza por la utilización del poder estatal para modificar la reproducción de la fuerza de trabajo y para mantener a la población no trabajadora en las sociedades capitalistas*. De tal forma, estas serían las dos actividades principales que debe realizar el estado para conseguir el bienestar.

Mientras que Therborn, en Muñoz de Bustillo (1993), profundiza en la necesidad de diferenciar entre Estado Keynesiano de bienestar (o pacto keynesiano) y Estado de Bienestar (como elemento crucial del anterior) a partir del proceso histórico, las instituciones modernas tienen sus orígenes antes de que se adoptaran las teorías keynesianas y las políticas macroeconómicas de control de la demanda³⁴:

Una visión sobre la intervención del estado capitalista, es la realizada por O'Connor (1981). El estado debe asegurar dos funciones, que además son contradictorias: una función de acumulación y una función de legitimación. El Estado de Bienestar debe facilitar las condiciones de acumulación, financiando inversiones, además de asumir parte de los costes de reproducción de la fuerza de trabajo intentando resolver los problemas de legitimación y promoviendo empleos públicos y gastos sociales, a fin de garantizar la armonía social.

³⁴ Tal y como quedó anotado más adelante, no solo la legislación de Bismarck se adelanta a Keynes sino también la seguridad social americana de los años treinta.

Una definición operativa del término es la realizada por Mishra (1993): *El Estado de Bienestar hace referencia al sistema social desarrollado en las democracias industrializadas, como Gran Bretaña, después de la Segunda Guerra Mundial y permaneció más o menos intacto hasta mediados de los setenta*. De tal forma que, tal y como quedó reflejado en apartados anteriores, el Estado de Bienestar es una construcción histórica concreta que empezó a desarrollarse entre las décadas de 1930 y 1960.

Por último, una definición objetiva del Estado de Bienestar, es la propuesta por Navarro (2004), donde se...*incluye las intervenciones del Estado (tanto en el nivel central como en los niveles autonómico y local) dirigidas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población*. Aquellas intervenciones afectan directamente a la calidad de vida de sus ciudadanos y residentes, las cuales serían agrupadas de la siguiente forma:

a) *los servicios públicos*, tales como la sanidad, la educación, los servicios de ayuda a las familias, los servicios sociales, la vivienda social y otros servicios;

b) *las transferencias sociales*, tales como, las pensiones de vejez, de viudedad y de discapacidad, que constituyen el capítulo más importante, transfiriendo fondos públicos de los trabajadores, empleados y empresarios -que cotizan a la Seguridad Social- a los beneficiarios pensionistas;

c) *las intervenciones normativas*, ya sea para forzar y garantizar su cumplimiento; y

d) *las intervenciones públicas*, encaminadas a producir buenos puestos de trabajo. Estas dos últimas intervenciones son dimensiones poco desarrolladas en España.

Por todo, estas definiciones, entre otras muchas existentes, tratan de describir las distintas realidades y representaciones existentes, el grado de profundización y desarrollo del término, así como la mayor o menor implicación, compromiso y/o consenso político existente para respaldar el establecimiento de políticas redistributivas propias de un Estado de Bienestar.

Desde nuestro punto de vista podemos decir que el Estado de Bienestar es una fórmula de consenso para superar la conflictividad social. Es necesario conocer sus orígenes para poder captar la importancia histórica que supone la conexión entre ciudadanía y derechos sociales, que plasman el status de ciudadanía más allá de la retórica. No es aceptable hablar del Estado de Bienestar donde existen derechos civiles y políticos de los ciudadanos, pero faltan derechos sociales, servicios universales; tampoco donde se dan altos niveles de servicios públicos universales sin derechos democráticos.

Y, finalmente, consideramos que el Estado de Bienestar no debería identificarse con la sola idea de asistencia social o de protección contra la pobreza o la marginación. Por el contrario, debería ser analizado desde los objetivos, categorías e instrumentos que lo definen, valorando especialmente los relacionados con las demandas de seguridad de los ciudadanos en todas las sociedades desarrolladas; ya que, sirve para garantizar un conjunto de redes de seguridad para los ciudadanos en los campos de la prevención de la vejez, la atención a algunas necesidades vitales o el aseguramiento ante una eventual situación de desempleo o de enfermedad (Hills, 1993 en Ruiz-Huerta, 1998:103).

Tanto las formas como las funciones del Estado de Bienestar deberán estar encaminadas a asegurar a la población contra los riesgos sociales, es decir, a corregir los aspectos más negativos e incómodos de la desigualdad social, porque, consideramos al Estado de Bienestar como el conjunto de instituciones estatales proveedoras de legislación y políticas sociales dirigidas a la mejora de las condiciones de vida de la ciudadanía, y a promocionar la igualdad de oportunidades.

II. 3.3. Intervencionismo estatal: Aporte de la teoría Keynesiana

La intervención estatal keynesiana fue un instrumento importante de estructuración social relevante en los modos clasistas de organización social. Bajo el keynesianismo fordista buena parte de las poblaciones europeas vivieron décadas de relativo bienestar, crecimiento económico sostenido y estabilidad políticas, como expresión del encuentro, contradictorio y a veces conflictivo, entre capitalismo y democracia (Rodríguez, 1985).

Significó una mayor intervención del estado en la economía, es decir, aumento del gasto, como exigencia la política social expansiva y, como resultado del consenso entre estado y mercado, entre política social y libre iniciativa. Tanto liberales como socialdemócratas vieron en el Estado de Bienestar una forma de estabilizar y modificar el funcionamiento de la economía de mercado, corrigiendo en lo posible sus fallos (Álvarez-Miranda, 1996).

Los estados nacionalizaron industrias estratégicas (tales como: ferrocarriles, minería, electricidad, correos, telefonía,...), e instituyeron un infraestructura fiscal progresiva (en los que paga más quien más tiene) que dotaría de una sólida base financiera al sistema. Por ello, el modelo funcionaba con un alto grado de estabilidad económica y política. No en vano, las políticas económicas keynesianas permitían suavizar los períodos de crisis y las democracias institucionalizaban el conflicto social (Adelantado, 2002).

Según Álvarez-Miranda (1996), Keynes partía de la negación de la Ley de Say, según la cual la oferta agregada crea su propia demanda, y rechazaba la correspondiente idea de un mercado que se autorregulase por ajustes de precios más que por ajustes de cantidades. Por ello, según este análisis clásico, los mercados eran estables y tendían al pleno empleo.

Aun aceptando esta posibilidad para el largo plazo, Keynes afirmó que, a corto plazo, los mercados son inestables y capaces de largos períodos de equilibrio en niveles de empleo innecesariamente bajos. Las rigideces que aplican en el mercado las organizaciones de productores y las variaciones de la confianza de los inversores, llegan a crear largas crisis. En estos casos, puede la intervención del estado llevar a la economía hacia el pleno empleo, ya que la acción estatal periódica es necesaria para frenar las variaciones de la economía.

Continuando con la autora Álvarez-Miranda, la acción estatal debe adoptar la forma de políticas fiscales expansivas, en períodos de recesión. Keynes negó la relación convencional entre ahorro e inversión, para fomentar ésta, los gobiernos debían moderar los tipos de interés y aumentar la oferta monetaria limitando la deuda pública.

En este sentido, defendió que la inversión depende de muchos factores diferentes de los monetarios, y que los gobiernos deberían fomentarla incrementando la demanda agregada de bienes y servicios. Para ello proponía aumentos del gasto público o reducciones de los ingresos fiscales, lo que aumentaría la capacidad adquisitiva de los consumidores, liberarían inversión privada y la complementarían con inversión pública.

De acuerdo con Keynes, los desequilibrios presupuestarios tienen efectos macroeconómicos beneficiosos, al contrario de lo previsto por los teóricos, los déficit suavizan la crisis, y los superávits, las tendencias inflacionistas en la recuperación. A su vez, esta política económica ofreció un campo de encuentro para aliar a políticos de filiaciones ideológicas diversas: para liberales y conservadores, la política social sería un medio para estabilizar la economía de

mercado, potenciando su eficiencia y corrigiendo sus fallos, sin llegar a amenazar la libre competencia.

Sin embargo, la política social y fiscal, para los socialdemócratas, transformaría progresivamente la economía de mercado hacia el socialismo, centralizando la distribución de la renta, con objetivos igualitarios, pero dejando la producción en manos privadas. Dicho consenso fue facilitado por el aumento económico continuado hasta mediados de los años setenta, que limitó los conflictos en la redistribución pública de los excedentes creados en el sector privado.

Lo que pone de manifiesto que el Keynesianismo despejó el camino hacia la política social y ofreció la base para el consenso político que sustentó su desarrollo sostenido en los cincuenta y sesenta. Aunque dichas políticas no se desarrollaron en toda Europa tras la guerra, con Inglaterra, Francia, Suecia y Noruega como precursores, sí ofrecieron a los países europeos los principios económicos para el desarrollo del Estado de Bienestar (Álvarez-Miranda).

Una vez descritos someramente los objetivos y características que están presentes en el Estado de Bienestar, podemos decir que, todas estas formas de actuación han dado lugar a la aparición de diferentes modelos, los cuales son analizados y caracterizados en el siguiente apartado.

II. 3.4. Modelos de Estados de Bienestar

Tal y como quedó anotado, el Estado de Bienestar constituye un modelo ideal de provisión universal de protección mediante servicios sociales articulados a través de políticas sociales. Una clasificación más detallada de estas mutuas relaciones y de las implicaciones que se derivan de la vinculación entre Estado de Bienestar e ideologías se recogen en diferentes clasificaciones realizadas por Titmuss (1981); Esping-Andersen (1999 y 2000); Ochoa (1999); Ferrera, M.; y Peter Abrahamson en Sarasa y Moreno (1995); Leibfried (1992), Castell y Mitchell (1993) en Martínez H. (2007); Palmer (1998); Pampillón (2008), entre otros, adoptados en países como Alemania, Suecia, Gran Bretaña, España, e incluso Estados Unidos.

Titmuss (1981), hizo la primera contribución a la modelización del bienestar, teniendo en cuenta un principio organizativo y analizando las consecuencias para sus ciudadanos, distingue tres modelos diferentes de política social: el modelo residual de bienestar, el modelo de logro personal-cumplimiento laboral y el modelo institucional redistributivo. Esping-Andersen distingue entre los diferentes regímenes de políticas y estrategias del bienestar.

La tipología que divide entre estados de bienestar institucionales y estados de bienestar residuales, radica en que los estados de bienestar institucionales fijan compromisos más directos con la desmercantilización³⁵. Por ello, en los estados de bienestar residuales, el estado tiene la responsabilidad sólo cuando falla la familia o el mercado, es decir, tiende a limitar sus obligaciones a los grupos sociales marginales y necesitados, mientras que en los

³⁵ Esping (2000: 64), la desmercantilización obedece a nociones desarrolladas por Polanyi (1994) y Offe (1972, 1984): en razón de que, *...aspira a captar el grado en que los estados de bienestar debilitan el nexo monetario al garantizar unos derechos independientes de la participación en el mercado. Es una manera de especificar la noción de derechos de ciudadanía social de Marshall.*

Al respecto, para Adelantado (1998:143), [...] *la desmercantilización se podría entender como el conjunto de restricciones económicas, políticas y culturales que limitan la entrada de bienes en la esfera de lo mercantil, o intervenciones que extraen relaciones sociales de la misma.* Es decir, se trata de la extracción de una relación social del circuito mercantil y su adscripción a la regulación estatal.

estados de bienestar institucionales, las políticas se dirigen a toda la población y suelen ofrecer un compromiso más institucionalizado —y estatalizado— de la protección social.

Normalmente, es frecuente que se asuma que los estados de bienestar liberales tienden a desarrollar enfoques más residuales, mientras que los estados de bienestar escandinavos son el ejemplo más nítido del enfoque institucional. Por su parte, los estados de bienestar conservadores, se rigen preferentemente por el enfoque institucional, pero también han adoptado importantes rasgos de tipo residual.

En cualquier caso, es difícil establecer con exactitud estos modelos, pues existen importantes diferencias en el interior de ellas. Por ejemplo, los Estados Unidos y el Reino Unido, ambos estados de bienestar anglosajones-liberales, han desarrollado sistemas de salud distintos. Mientras que en Estados Unidos se trata de un esquema principalmente privado, organizado en función de la pertenencia al mercado de trabajo (enfoque residual), en el Reino Unido se trata de un esquema público de acceso universal (principio Beveridge³⁶, enfoque institucional).

El Estado de Bienestar no se desarrolló en cualquier caso en un solo trayecto, sino que a lo largo del tiempo adquirió rasgos nacionales específicos, sobre todo respecto de la extensión y el tipo de cobertura de las políticas de bienestar ofrecidas. La definición sobre cuestiones como quiénes eran considerados sujetos de derecho, y qué tipo de derechos se adquirían, se orientó en función de criterios estructurales, como la integración gremial de los individuos en el mercado laboral (como en Alemania), o en función de determinaciones políticas en sentido de proveer universalmente un servicio, como en el caso de la salud en el Reino Unido.

Siguiendo la lógica de la coalición de clases, Esping-Andersen sugiere tres tipos clásicos de Estado de Bienestar, que representan a su vez tres respuestas a estos dilemas (Esping-Andersen, 1993). Responden no solamente a las similitudes de las coaliciones de clase dominantes en cada uno de ellos, sino también a diferentes grados de desmercantilización:

Tabla II.2.3. Modelos de los Estados de Bienestar según Esping-Andersen.

Liberal	Socialdemócrata	Corporativista
Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia, Nueva Zelanda,	Suecia, Dinamarca, Noruega, Finlandia, Islandia.	Alemania, Francia, Italia, Austria, Holanda, Bélgica.

Fuente: Esping-Andersen (1993).

La desigual capacidad desmercantilizadora de los estados de bienestar radica, en la interacción entre las variables del poder político y el legado histórico de los países: *los resultados de una desmercantilización relativamente alta en los países europeos continentales no son el resultado de la movilización de izquierdas sino de una larga tradición de reformismo conservador católico. Por el contrario, los resultados de una desmercantilización baja en los países con movimientos obreros poderosos como Australia y Nueva Zelanda, encuentran su explicación en legado de un liberalismo institucionalizado históricamente dominante* (Esping, 1993).

³⁶ Tal y como ha quedado recogido más adelante, Beveridge (1942), ideó un programa que incluía un *Sistema de Seguridad Social* unitario de pensiones por enfermedad, maternidad, vejez, viudedad y desempleo, generalizable; un *Servicio Nacional de Salud* -gratuita y universal-; y un *Sistema de Asistencia Nacional* -complementario a los subsidios de la Seguridad Social-; incluyendo los beneficios de la educación, la vivienda y la atención especializada a niños.

El concepto de estratificación social está relacionado con la estructura capitalista y su división en clases sociales. Por ello, cada Estado de Bienestar definirá su grado de estratificación en función de su orientación hacia una mayor igualdad o desigualdad social. De ahí, en los países de tradición liberal se crea una sociedad sobre la base de un dualismo social, es decir, entre pobres beneficiarios de asistencia social y clases medias que se aseguran en el mercado; en la corporativa, se forja una identidad según el tipo de ocupación; y, en el modelo universalista, se erige una sociedad más igualitaria.

En este sentido, se puede identificar y comparar los tres tipos o modelos ideales de estratificación y de solidaridad con los regímenes descritos con respecto a la desmercantización. No obstante, se han realizado con posterioridad ampliaciones, modificaciones o precisiones con el fin de integrar, o de representar mejor, a países o a tipos de regímenes que se ignoraban. De tal forma, que se recoge nuevas aportaciones con objeto de analizar una nueva categoría de Estado de Bienestar, el correspondiente a Europa del Sur.

Por otro lado, la interrelación entre el mercado, el estado y la familia para asegurar la provisión de bienestar se configura como un elemento importante para identificar los regímenes de los estados de bienestar y conocer si se suministran los derechos sociales de forma pública o privada. Así, observamos que tanto el estado como el mercado han influido en la provisión social, definiendo, de esta manera, los sistemas de los estados de bienestar.

Por ello, a la hora de estudiar las variaciones internacionales tanto a nivel de los derechos sociales reconocidos como en la estratificación de bienestar, y la separación entre mercado y estado, el autor Esping-Andersen (2000:115) distingue tres regímenes del Estado de Bienestar:

a) Un *régimen liberal* (el estado estimula el mercado de manera pasiva –garantizando un mínimo a la población-, de ahí, las personas con más recursos acudirán al mercado para completar su protección).

b) Un *régimen conservador* (dando importancia a la conservación de las diferencias de status, por ello, los derechos fueron vinculados a la clase y al status social).

c) Y, un *régimen socialista* (que destaca la fusión entre el bienestar social y el trabajo, es decir se minimiza los problemas sociales y se maximizan los ingresos por salarios).

Sin embargo, tras el análisis de las tesis de los tres mundos de Esping-Andersen, existe una extensa literatura crítica centrada en dos aspectos: una, hace referencia a la clasificación por países, que incluye y distingue otro modelo adicional, el correspondiente a los Estados de Bienestar Mediterráneo o del Sur; y, la otra ha sido realizada desde la perspectiva feminista.

En todo caso, primero nos centraremos en ésta última y luego, con objeto de analizar el grado implicación de los Estados a la hora de asumir los riesgos sociales y desarrollo de los derechos sociales, haremos un esbozo de las principales aportaciones bibliográficas de modelos de estados de bienestar de la postguerra hasta la actualidad.

Sobre las objeciones realizadas desde la perspectiva feminista, destacaremos brevemente las asumidas por el autor Esping-Andersen:

Cabe referirnos a que, en otra obra posterior, el autor Esping-Andersen (2000), recoge y asume las críticas centradas en el hecho de no considerar la categoría del género en sus análisis, en cuanto que no considera el papel específico que tienen las mujeres en la sociedad. En este sentido, se hace indispensable incluir en dicho análisis la organización social del trabajo doméstico y del trabajo de cuidados a fin de comprender la situación de la

mujer, puesto que a nivel social participa, no sólo en el mercado de trabajo sino en los servicios sociales, bien sea en su condición familiar (esposa y madre) como por ser poseedora de derechos individuales.

Esping-Andersen señala que esta crítica: *será objeto de bastante... atención debido ante todo a que resulta urgentemente necesario recordar que el núcleo familiar es un componente fundamental de cualquier régimen del bienestar;...puesto que durante décadas se ha partido del supuesto de dejar a la familia, tanto en su calidad de institución social como en su condición de sujeto que adopta decisiones, al margen* (Esping-Andersen, 2000: 22-23).

Actualmente es imprescindible conocer y analizar la forma en que la familia produce y consume bienestar, puesto que su actuación influirá en la provisión que haga tanto el mercado como el estado. No en vano, esta interrelación entre las instituciones: la familia, los mercados de trabajo y los estados de bienestar, será la que defina a los diferentes estados de bienestar.

No obstante, también cabe incluir a un cuarto componente en la provisión de bienestar social, sería el Tercer Sector o la Economía Social, el cual será analizado en otro apartado del presente trabajo, destacando su papel complementario en la sociedad. Este aspecto será tratado en el capítulo III de la presente investigación.

A continuación comentamos brevemente cada uno de los diferentes modelos de Estados de bienestar a los que, según los diferentes autores consultados, hemos hecho referencia en el presente epígrafe.

II. 3.4.1. Estado de Bienestar Liberal

La política social liberal subyace a la economía política británica del siglo XIX. Dicha economía alberga una fe ilimitada en la soberanía del mercado. Desde su forma contemporánea denota el compromiso político de minimizar el estado, individualizar los riesgos (al asumir la pobreza como un problema del individuo y no como un problema estructural de la sociedad) y fomentar las soluciones de mercado; lo que diera lugar a desfavorecer los derechos de los ciudadanos (Esping-Andersen, 2000).

Conforme señala Castles (1993) [en Esping (2000)], el modelo liberal se caracterizó por su peculiar agrupamiento de los países anglosajones; distinguiéndose entre estos estados, ya que, mientras en las sociedades de Australia y Gran Bretaña, el movimiento obrero tuvo un papel importante en la formación de la política social, como consecuencia de sus estados de bienestar más globales y colectivistas; en Estados Unidos su papel fue marginal.

Los estados de bienestar son residuales porque las garantías sociales se limitan a *malos riesgos* o *riesgos inaceptables*; debido a su restringida definición a la hora de elegir qué sujetos tienen derecho a protección. Previamente se hace una comprobación de los medios de vida o de los ingresos del sujeto, a fin de determinar el grado de desamparo y de necesidad; dicho reconocimiento servirá como indicador del *liberalismo*. De tal forma, que en el modelo liberal la asistencia social estaba orientada a unos sujetos específicos: Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Canadá (Esping-Andersen, 1999).

Por otro lado, también el modelo liberal es residual por su concepción restringida de los riesgos que deben ser considerados *sociales*: *riesgos inaceptables*, a la hora de afrontar las situaciones de contingencias (como el desempleo, las enfermedades, la pobreza, la viudedad, la maternidad,...). Por ello, para hacer frente a tales áreas, utiliza subsidios, como viene ocurriendo en Estados Unidos, inmensamente residual; dicho país, no cuenta con

sistema sanitario nacional, frente a situaciones de riesgo, sólo da ayudas médicas para pobres y ancianos³⁷.

Los Estados de bienestar liberal y conservador son similarmente residuales en lo que respecta a los servicios familiares. Para los liberales dichos servicios son competencia del mercado capitalista, por lo que, vienen asumiendo estos servicios, como una responsabilidad individual; mientras los conservadores, consideran que deberían estar a cargo de las familias.

En efecto, el modelo de bienestar liberal considera a las empresas capitalistas como la esfera más importante de la interacción humana. Por ello, ha sido relevante en la promoción norteamericana del *capitalismo del bienestar* en la década de 1920, o en la era Thatcher en Gran Bretaña (Esping-Andersen, 2000)³⁸. Pero, el diseño residual genera dos dualismos: por un lado, los sujetos de riesgos aceptables pueden valerse por sí mismos en el mercado; y, por otro lado, los de riesgos inaceptables pasan a ser *dependientes de la asistencia social*.

De esta forma, existen dos formas de actuar en el mercado: una sería individual, a través de planes de pensiones personales, seguros de vida, etc.; y la otra sería colectivamente, con los seguros colectivos o planes de previsión profesionales. Generalmente, ambas actuaciones gozan de sustanciales desgravaciones fiscales.

En este modelo existe una bastante polarización del papel de provisión del mercado. Según Esping-Anderson (1990) los ratios entre las pensiones públicas y las privadas son mayores: en Australia, Canadá, Japón y Estados Unidos, en relación con los de la Europa Continental o en Escandinavia, que son menores. Respecto al sector de la sanidad no está bien definido; en los países europeos son bastante privados (Alemania y Australia) debido a que dicha asistencia está a cargo de las asociaciones sin fines de lucro del Tercer Sector. Mientras que en Canadá y Gran Bretaña el seguro sanitario es universal. También, en Estados Unidos, predomina la asistencia sanitaria privada, donde las organizaciones sin ánimo de lucro tienen un papel decisivo.

Finalmente, por otro lado, usualmente los planes de previsión privados han sido más colectivos que privados en Australia, Gran Bretaña y Estados Unidos, debido a las tradiciones de negociación colectiva en dichos países.

II. 3.4.2. Estado de Bienestar Nórdico

La política social nórdica tuvo como cimiento los programas de socorro a los pobres del siglo XIX, al igual que en Gran Bretaña. Estos programas se fueron transformando lentamente, desde 1940 hasta 1960, de programas de asistencia social a modernos programas de reconocimiento de derechos; si bien, el universalismo de los mismos tuvo su origen sólo en los estados de bienestar escandinavos. Dentro de estos países destacó Dinamarca, como país pionero en la asistencia a la tercera edad, en 1981 amplió la asistencia a todo el colectivo de ancianos, sujeta a una prueba de ingresos (Esping-Andersen, 2000).

El universalismo en el modelo socialdemócrata está sujeto a una cobertura de riesgos global y unos niveles de subsidio generosos; así como también al igualitarismo (korpi, 1983; Esping-Andersen, 19990; Hicks *et al.*, 1989; Stephens, 1996). En este sentido, la mayoría

³⁷ O, ayudas para familias con hijos dependientes; así como, para madres que viven solas con sus hijos y deducciones fiscales para las familias de renta baja con hijos.

³⁸ Conforme hemos recogido anteriormente, con el New Deal (1930), Estados Unidos desarrolló los primeros programas de seguridad social de ámbito nacional.

de los estudios apuntan en señalar que este peculiar conjunto de atributos son consecuencia de varias décadas de gobiernos socialdemócratas fuertes y hegemónicos.

Los países nórdicos han llevado más allá los límites del universalismo que ningún otro país; puesto que las pensiones populares son más universalistas que las británicas u holandesas de la postguerra. No en vano, en estos países los derechos se vinculan a los individuos y se basan en la ciudadanía, antes que en una necesidad probada o en una relación laboral (mientras que las pensiones británicas y holandesas están sujetas en la aportación realizada) (Palme, 1990, [en Esping-Andersen, 2000]). Ello pone de manifiesto que en este modelo el universalismo se acentúa más que otros sistemas universalistas como el británico, ya que estos marginan el papel de la asistencia basada en las necesidades.

Los estados socialdemócratas se caracterizaron también por su activo esfuerzo en desmercantilizar el bienestar, minimizar o abolir radicalmente la dependencia del mercado capitalista, con el fin de maximizar la igualdad.

A principios de la década de 1970, los estados socialdemócratas fueron perfeccionando programas de protección de los ingresos con unos servicios sociales y un generoso programa de sostenimiento de los ingresos para las mujeres trabajadoras. No en vano, a finales de 1960, los Estados de bienestar nórdicos de Dinamarca y Suecia se convirtieron en estados de servicios, destacando los servicios sanitarios, en el que se construyó una estructura de servicios dirigidos a las familias necesitadas, aunque la atención privilegiada fue para los niños y ancianos.

En el modelo socialdemócrata todos disfrutan de los mismos derechos y subsidios, sean ricos o pobres, dada la lógica de los estados socialdemócratas: el elemento igualitario es simplemente la práctica del universalismo. Por ello, la expansión del empleo público en los países nórdicos (década de los 60) estuvo guiada por el igualitarismo, como medio de fomentar el empleo. Para otros, el igualitarismo tiene que ver con la promoción activa del bienestar y las oportunidades vitales (quizás sólo evidentes para las mujeres), aunque también otros autores lo asemejan a la redistribución y la eliminación de la pobreza.

El pleno empleo ha sido la tarea fundamental en este modelo, si bien también lo ha sido en otros países europeos. No obstante, Escandinavia ha marcado la diferencia frente a esos otros países, por su alto nivel de empleo. A pesar de que el empleo descendiera en ciertos períodos, ello no ha sido significativo en relación con otros países, tales como, Alemania y Francia. Ello ha sido posible como consecuencia, entre otros aspectos, de la plena incorporación de las mujeres; así como, también, al importante fomento de las políticas activas del mercado de trabajo, tanto en recursos gastados como en el personas que son objeto de programas de formación, readaptación o reciclaje (Esping-Andersen, 2000).

En este sentido, el bienestar escandinavo y la política de empleo se han formulado en términos de *productivismo*, o maximizar el potencial productivo de la sociedad. Ello implica que estos estados de bienestar garanticen a que todo el mundo que dispongan de los recursos y motivación necesarios para trabajar. Sin embargo, la relación bienestar y empleo, en Estados Unidos, el *Workfare*, implicaría que las prestaciones sociales estén condicionadas a que el receptor se comprometa a trabajar.

Finalmente, hasta aquí hemos hecho referencia a dos características de la socialdemocracia: el universalismo y la desmercantilización; pero, existe otra que pone el acento en este modelo, se trata de la desfamiliarización, ella hace referencia a las políticas que tratan de descargar a la familia o de reducir, a los individuos de parentesco, la dependencia del bienestar. Dado que las responsabilidades familiares de las mujeres limitan su independencia económica a través del trabajo, su desfamiliarización depende exclusivamente del Estado de Bienestar.

De esta forma, conforme a Orloff, 1993 [en Esping-Andersen, 2000]), podemos decir que el concepto de desfamiliarización es paralelo al de desmercantilización, ya que en las mujeres la desfamiliarización suele ser una condición previa para su capacidad de mercantilizarse (o establecer núcleos familiares independientes).

II. 3.4.3. Estado de Bienestar Conservador

El estatismo monárquico de Alemania, Austria y Francia, inspiraron las iniciales políticas sociales en el corporativismo tradicional o en la doctrina social de la Iglesia. La Encíclica Rerum Novarum (1891), del Papa León XIII tuvo una importante influencia en los países católicos. La esencia del modelo conservador radica en la mezcla de segmentación de estatus y familiarismo.

La mayoría de los países de Europa continental imitaron la reforma de la seguridad social de Bismarck³⁹, aunque sus objetivos originales no persiguieron el igualitarismo. Ya que la seguridad social obligatoria era complementada con planes de pensiones residuales para los desempleados, ello hizo que la provisión de bienestar del sector mercantil fuese marginal. De modo que, cuando en algunos países la asistencia sanitaria no era estatal, esta asistencia sería cubierta por las asociaciones voluntarias, sin ánimo de lucro, afiliadas a la Iglesia (como Cáritas).

Por otro lado, los Estados de bienestar conservadores se caracterizan, además, por su familiarismo (especialmente en Europa meridional y en Japón). El familiarismo es la mezcla de la protección social sesgada a favor del varón cabeza de familia y el carácter central de la familia como dispensadora de cuidados y, en última instancia, responsable del bienestar de sus miembros (principio de subsidiariedad⁴⁰).

Por ello, el mantenimiento legal de que los padres (o los hijos) son responsables de sus hijos (o de sus padres) en caso de necesidad, es un rasgo que une y caracteriza a los países de Austria, Alemania, Italia y España (Esping-Andersen, 2000). De ahí, la Familia es la institución, que precisamente da respuesta frente a los riesgos que pueden padecer cualquier miembro de ésta. La familia atiende a los suyos desde los primeros años de vida hasta cuando son personas adultas, porque la familia nunca falla.

En el modelo de bienestar conservador, no existe una disposición a proporcionar servicios sanitarios, y cuanto más familiarista sea el Estado, menos generosos serán los subsidios familiares. Por ello, las transferencias familiares suelen considerarse innecesarias dada la respuesta familiar. La provisión de servicios para las familias *atípicas*, como las integradas por las madres que viven solas con sus hijos, tiende a ser residual.

Ello pone de manifiesto, en el modelo de bienestar conservador, que la provisión de servicios es una respuesta al fallo de la familia; mientras que en el modelo residual liberal, hace referencia a unos riesgos inaceptables que el fallo del mercado capitalista ha dejado al margen.

³⁹ Bismarck legó a la humanidad un Sistema legal de Seguros, tales como: la Ley del Seguro de Enfermedad de 1883, la Ley de Accidentes de Trabajo de 1884 y la Ley de Seguro de Enfermedad, jubilación y defunción de 1889.

⁴⁰ La *subsidiariedad* en el sentido de Abrahamson en Sarasa y Moreno (1995), significa que siempre la instancia más cercana ha de intentar resolver un eventual problema. De ahí que, el individuo es la instancia más cercana, pero si la persona fracasa en ayudarse a sí misma, ha de volverse hacia la familia y al clan (resto de familiares). Si también estos fallan, la siguiente instancia es la comunidad local, incluidas la iglesia y las organizaciones civiles; así como, también redes informales de vecinos. Si fallan todas las instancias descritas, es cuando el sector público interviene.

En consecuencia, existe un mínimo de carácter residual en el modelo conservador, que aparentemente lo equipara al liberal, ya que las políticas liberales y conservadoras son parecidamente residuales en lo relativo a los servicios familiares; aunque las razones son distintas. Así, mientras que para los liberales los *servicios de ayudas*⁴¹ competen a las empresas mercantiles (como una responsabilidad individual), mientras que, a los conservadores le atañe a las familias (Esping-Andersen, 2000).

En cuanto a la gestión del empleo, tanto la política social conservadora como la liberal favorecieron un enfoque pasivo, por cuanto en el modelo liberal se dio prioridad a los mercados no regulados, en cambio en el conservador se dio una fuerte protección laboral a los adultos que tienen empleo, es decir, los cabezas de familia masculinos. No obstante, en ambos modelos las políticas de empleo activo o de formación tienden a ser marginales.

La gestión del desempleo para el modelo liberal es una cuestión de equilibrio de mercado y de flexibilidad salarial; y en el conservador es, o bien una cuestión de apoyo familiar (como en el caso del empleo juvenil o femenino), o bien una cuestión de inducir la reducción de la oferta de mano de obra (desincentivando la dedicación profesional de las mujeres casadas y fomentando la jubilación anticipada).

II. 3.4.4. Estado de Bienestar Mediterráneo o del Sur de Europa

La interpretación sobre la tipología de modelos de estados de bienestar de Esping-Andersen (1990), dio paso a la polémica de si los países del Sur de Europa, incorporados en los 80 a la Unión Europea, deberían ser caracterizados como un modelo específico de Estado de Bienestar.

En este sentido, a partir del modelo *católico, latino o rudimentario*, por su nivel primitivo de provisión social y desarrollo institucional, presentado por Leibfried (1992) (en Cabrero 2004), varios autores justificarían un cuarto modelo de Estado de Bienestar constituido por los países de la Europa del Sur (Grecia, Italia, España, y Portugal).

Para Moreno (2000) los países de Sur de Europa podían ser *calificados como una vía media y opción intermedia entre los regímenes bismarckianos, de mantenimiento de rentas ocupacionales, y los beveridgeanos, de cobertura universalística*. En efecto, Italia se ajusta a un modelo *ocupacional mixto* que incluye peculiaridades básicas del régimen contributivo continental, pero con algunos rasgos del régimen universalístico (Ferrera, 1993).

Sin embargo, España sería el Estado que más representa dicha posición media entre la universalización de sus sistemas de salud, educación y pensiones, y la permanencia de una seguridad social de carácter contributivo (Moreno y Sarasa, 1992 y 1993).

En todo caso, en los países del Sur de Europa existen notables diferencias institucionales, en cuanto que no han tenido los mismos orígenes, ni tampoco han alcanzado el mismo grado de desarrollo. Sin embargo, en estas sociedades encontramos una serie de características similares que hacen que se les agrupe dentro del modelo latino, mediterráneo, meridional o del Sur de Europa.

Así, para Ferrera (1996) y Boloni (1997), estos países comparten los mismos rasgos comunes frente a la protección social, destacando a la Familia como fuente de provisión social; la fragmentación ocupacional de la protección social; el atraso en el desarrollo de los servicios en las prestaciones económicas y la inexistencia de un sistema de renta mínima.

⁴¹ Para las familias con hijos dependientes, a madres que viven solas con sus hijos, así como, deducciones fiscales a las familias de renta baja con hijos.

Leibfried (1992) afirma que es un modelo netamente diferenciado, que se limita sólo al programa de asistencia social. En este caso, su carácter residual obedece a su marcado familiarismo, a pesar de que la asistencia social no haya alcanzado mejora. Por ello, las familias son la fuente más importante en la provisión de ayuda social, generalmente porque las familias según la cultura de estos países, no fallaban. Todo esto pone de manifiesto que la existencia del modelo mediterráneo, diferenciado de los anteriores, se halle constituido sobre la cuestión del familiarismo.

Por otro lado, se atribuye que la diferencia de los países mediterráneos frente a los países de la Europa continental (Leibfried, 1992; Ferrera, 1996,...), tiene que ver con la práctica distributiva: el uso generalizado de los subsidios sociales, sobre todo en Italia, con fines de clientelismo político. A su vez, Abrahamson en Sarasa y Moreno (1995), señala que este modelo presupone una estructura de clientelismo y patronazgo como consecuencia del desarrollo capitalista tardío de estructuras de mercado, así como de los derechos políticos y sociales.

Finalmente, por todo, podemos decir que los Estados que integran el modelo mediterráneo se han caracterizado por su industrialización o modernización tardía, bloqueada en diferentes períodos de su historia, por la presencia de largas dictaduras políticas. Por ello, el tránsito histórico desde el sistema de protección asistencial y Seguridad Social selectiva y corporativa a los modernos sistemas universales de protección ha tenido lugar a finales de los años 90 del siglo XX (Gough, 1996).

II.3.5. Síntesis de los modelos de Estados de bienestar

A continuación, basándonos en los comentarios y análisis anteriores, a modo de resumen, podemos esbozar los principales atributos de cada uno de los modelos de estados de bienestar. Ello aportará una visión de comparativa y de conjunto de cada uno de estos modelos de Estados de bienestar, comentados en epígrafes anteriores.

Tabla II.2.4. Características de los modelos de Estados de Bienestar.

ATRIBUTOS	LIBERAL	CONSERVADOR	SOCIALDEMÓCRATA	MEDITERRÁNEO
Aparición	S. XIX	S. XIX (finales)	S. XX	S. XX (década 70)
Ejemplos modales	EEUU, Canadá y Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda.	Alemania, Francia, Bélgica, Austria, Holanda y Luxemburgo.	Dinamarca, Finlandia, Suecia, Noruega e Islandia.	Italia, España, Grecia y Portugal.
Pobreza	Individual: Problema del individuo	Parentesco, Corporativismo, Estatismo, Familia	Universal: Problema social	Problema del individuo
Destinatarios	Pobres	Trabajadores	Universal	Trabajadores/pobres
Papel Estado	Mínimo - Marginal	Residual - Subsidiario	Sustitutivo – Central	Subsidiario
Papel Mercado	Central	Marginal	Marginal	Marginal
Papel Familia	Marginal	Central	Marginal	Central
Política empleo	Activa	Activa Alto para el cabeza de familia	Activa (flexible)	Pasiva
Grado desmercantilización	Mínimo	Alto (para el cabeza de familia)	Máximo	Alto
Modo Solidaridad	Individual	Parentesco Corporativismo Estatismo	Universal	Parentesco Corporativismo
Lugar de solidaridad	Mercado	Familia	Estado	Familia
Ideología política	Liberal	Conservadora (corporativismo tradicional - doctrina social de la Iglesia)	Socialdemócrata	Católico

Fuente: elaboración propia.

Por todo, el Estado de Bienestar keynesiano, como modelo de organización supo dar respuesta a la crisis de la demanda de 1930, en la medida que proveía al Estado una serie de herramientas para realizar intervenciones en el ámbito económico con el fin de hacer frente a situaciones de crisis o fallos del mercado capitalista, a la vez que se creaba un sistema de protección social que asegurara y cubría algunas de las necesidades socioeconómicas de la ciudadanía, así como una cierta igualdad de oportunidades.

Sin embargo, en la década de los 70, dicho modelo de Estado de Bienestar entró en crisis como consecuencia de la importante crisis económica que, a nivel internacional, comienza a experimentarse a mediados de esa misma década. En este sentido, en el siguiente capítulo se abordan las causas que llevaron a esa denominada crisis del estado del bienestar, analizando sus consecuencias y las posibles soluciones que se proponen para hacer frente a la misma, haciendo especial referencia al enfoque pluralista del estado del bienestar.

CAPÍTULO III

CRISIS DEL ESTADO DEL BIENESTAR Y ENFOQUE PLURALISTA

III.1. INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se analiza las causas que provocaron la crisis del Estado de Bienestar, sus consecuencias y las soluciones que se proponen para hacer frente a la misma, prestando especial atención al enfoque pluralista, dado que el objeto central de la presente tesis doctoral descansa en el análisis de la gestión del derecho social de la dependencia bajo este enfoque teórico.

No obstante, previo a la crisis del Estado del bienestar, ya comenzaba a haber debates sobre su propia gestión, los cuales dan lugar a diferentes enfoques y corrientes ideológicas. En este sentido, en el siguiente apartado, antes de entrar en profundidad en el análisis de los factores que explican dicha crisis, se comentan brevemente los diferentes enfoques teóricos que surgen previos a la misma, para en el tercer epígrafe, pasar a comentar los que aparecen para hacer frente a ésta.

El último gran apartado del presente capítulo lo dedicamos a exponer las principales ideas bajo las cuales descansa el enfoque pluralista del Estado del bienestar, analizando el papel complementario que pueden llegar a desempeñar los diferentes agentes económicos y sociales que participan en el mismo.

III.2. CRISIS DEL ESTADO DEL BIENESTAR

En este primer gran apartado del capítulo III abordaremos la crisis que sufren los Estados de bienestar a partir de la década de los 70 y 80, haciendo referencia a sus causas y consecuencias, pero antes, haremos una breve referencia al debate teórico en torno a la política social y protección social desde la década de los cincuenta a ochenta, con el fin de destacar el surgimiento y fundamentos del enfoque pluralista de bienestar, como sustento y fundamento teórico de la co-gestión de los agentes sociales y económicos del riesgo social de la dependencia, como derecho social, cuya gestión se analiza en la última fase de la presente tesis doctoral.

III.2.1. El debate teórico en política social previo a la crisis del Estado del bienestar

A pesar del crecimiento del gasto social y de la consolidación de los Estados de bienestar europeos, podría decirse que, ya, durante los años cincuenta y sesenta del pasado siglo, el debate sobre las políticas sociales y los sistemas de protección social en los Estados de Bienestar consolidados, constituyeron la primera fase de un discurso reformista⁴².

Posteriormente, durante los años setenta y primeros ochenta, a raíz de la importante crisis económica internacional, se produjo, en una segunda fase, un extenso debate ideológico y teórico entre neoliberalismo y neomarxismo⁴³; para, finalmente, en una tercera fase, aún no concluida, situarnos en un debate plural y pragmático sobre alternativas de bienestar y

⁴² El período de los años cincuenta y sesenta se caracteriza por el crecimiento del gasto social y consolidación del Estado de Bienestar como expresión de los derechos sociales. Además, en la década de los sesenta, hubo un relativo avance de los sistemas de protección en EE.UU y en España, como respuesta a una modernización capitalista acelerada y a la lucha por los derechos civiles. En ese contexto, la política social fue el instrumento autónomo de reforma social en el ámbito de un capitalismo regulado en expansión.

⁴³ El *neomarxismo*, se le relaciona con el pensamiento marxista; engloba las corrientes de pensamiento del siglo XX que se remonta a los primeros escritos de Karl Marx, anteriores a la influencia de Engels, y que rechaza el determinismo económico percibido por Marx en los escritos posteriores, prefiriendo hacer hincapié en aspectos psicológicos, sociológicos y culturales. En la actualidad, es usado para hacer oposición a desigualdades en los países en vías de desarrollo en el nuevo orden económico internacional. Esta corriente se añade al entendimiento de Max Weber sobre la desigualdad social, en conceptos tales como: el *status* y el *poder*. En la actualidad se entiende que los neomarxistas defienden posturas del Socialismo Democrático, el Socialismo del siglo XXI y el Eurocomunismo. Se argumenta que estas teorías añaden elementos nuevos a la interpretación marxista, sin aceptar a ultranza elementos del Capitalismo como lo hace la Socialdemocracia.

protección social desde la perspectiva de la sociedad de bienestar (Rodríguez Cabrero, 1992).

A continuación se esquematiza las características fundamentales de cada uno de los enfoques, presentes en el debate abierto en cada una de las tres fases identificadas, conforme a los cuadros N° 3.1, N° 3.2 y N° 3.3, siguiendo los trabajos clásicos en sociología y teoría política social de: R. Mishra: *Society and social policy*, The Macmillan Press, Londres, 1977; R. Pinker: *Social theory and social policy*, Heinemann, Londres, 1979; V. George y P. Wilding: *Ideology and social welfare*, Routledge, Londres, 1976; así como, de Rodríguez (1992, 1996); García Roca (1993); Rabotnikof, (1993) y, Sarasa (1995); Alemán Bracho y García Serrano (1999); y Jonhson (1987), entre otros.

Tabla III.3.1. Características fundamentales del enfoque reformista (años 50 y 60)

1º FASE			
Características	Enfoque Reformistas: década de los 50 y 60 de crecimiento del gasto social y consolidación del Estado de Bienestar y Derechos sociales: capitalismo postliberal y reforma social. Progresiva universalización del Estado de Bienestar.		
Teorías	Pragmatistas (R. Titmuss)	Societaristas (T.H. Marshall)	Modernización (Kerr) Modernización despótica
Política social	Reforma social y bienestar. Adaptación de las clases trabajadoras al sistema producción fordista.	Expansión DS; complementan: DC y DP., DS: estructura social funcional sociedades industriales.	Respuesta costes sociales y cambios <i>sociotécnicos</i> ⁴⁴ (costes agrarios, procesos urbanización y salarización).
Papel Estado	Gestión y administración; intervención estatista de la política social.	Central: Derechos sociales <>, D. civiles + D. políticos.	1º Fase: Autoritarios, estatistas en Alemania de Bismarck o régimen Franco. 2º Fase consolidación industrialización: fórmulas democráticas
Papel Mercado	Innovación, gestión eficiente.	Producción necesidades colectivas	Política social: compensatoria de los costes crecimiento
Servicios sociales (ss) y prestaciones sociales	M + SC + Trabajadores.	DS: pieza estratégica frente a las desigualdades	

Fuente: Elaboración a partir de Rodríguez Cabrero (1992).

Cabe indicar que estos enfoques reformistas (pragmatistas, societaristas y de la modernización) entendían a la política social como una integración de las clases trabajadoras en las sociedades industriales; y de gestión institucional de la fuerza de trabajo presente y futura. Sin embargo, en esta etapa, los enfoques estrictamente liberales o marxistas no tenían lugar relevante en este debate teórico sobre un capitalismo postliberal de países que habían apostado por la reforma social en lugar de opciones revolucionarias.

Sin embargo, a partir de la década de los setenta, como consecuencia de la grave crisis económica internacional, resurgen una serie de corrientes ideológicas que protagonizan el debate de la política social europea, en la que hemos calificado como segunda fase de los debates en torno a esa política social. En este sentido, a continuación, en la tabla 2, se recogen las principales características de estas corrientes ideológicas.

⁴⁴ El sistema socio técnico nos traslada a su forma originaria, en ambientes de trabajo industrial, sobre la interrelación obrero- máquina; actualmente se ha extendido a las complejas interrelaciones entre la tecnología y las personas, incluso a sus consecuencias psicológicas y culturales.

Tabla III.3.2. Características fundamentales de los enfoques neomarxista y neoliberal (fines de los 70 y principios de los 80)

2º FASE: debate teórico e ideológico entre el neomarxismo y neoliberalismo , durante los años setenta y primeros ochenta. Crisis relativa opciones reformistas.				
Características	Neomarxismo: dirigismo estatal. Crisis general y socialización radical.		Neoliberalismo: dismantelamiento y privatización general.	
Teorías	Soviético: crisis general socialización radical.	Socialista: modelo socialdemocrático.	Liberal radical: dismantelamiento y privatización	Liberal equilibrio, menos extremo
Política social	Estado fin: política social igualitaria. Economía centralizada.	Intervención del Estado con otros actores sociales. <i>Descentralizada</i> a favor de la economía y de la propiedad.	Libre mercado y Estado fuerte. Privatización y mercantilización sistemas públicos	Estado y Mercado motor del crecimiento económico
Papel Estado	Máximo: crecimiento económico y social.	Motor económico y social, pero necesita agentes sociales y económicos.	Asistencial.	Subsidiario
Papel Mercado	Mínimo.	Importante en vista planificación económica.	Eficiencia económica y efectividad social	subsidiario
Servicios sociales y prestaciones sociales	Universal, igualitario.	Universal, igualitario.	Extensión del mercado.	Extensión del mercado.
Tercer sector voluntario y Sector informal: Familia	Menos importante	Importantes en la producción de bienestar.	Rechazo forma oposición SC al E. (Keane, 1998)	

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez Cabrero (1992).

La evolución histórica del Estado de Bienestar, la consolidación de las sociedades de capitalismo corporativo (entendida como Estado y Sociedad civil), el agotamiento de la onda expansiva de postguerra en cuanto a crecimiento económico y la diversificación interna de las estructuras sociales, produjeron una crisis relativa de las opciones reformistas, generaron los enfoques: neomarxistas⁴⁵ y, seguidamente, el despliegue de corrientes neoliberales en la fase de inicio de la reestructuración de las economías capitalistas (Rodríguez, 1992).

Las corrientes del neoliberalismo y del neomarxismo sostienen la tesis de la crisis del Estado de Bienestar, aunque, si bien comparten, en cierta forma, los efectos de dicha crisis, difieren absolutamente en el análisis de las causas y en la perspectiva del futuro de dicho modelo de Estado, ya sea: dismantelamiento y privatización, en el caso de los neoliberales, o socialización radical, en el caso del neomarxismo.

Sin embargo, las perspectivas de futuro en dichas corrientes ideológicas no se han cumplido en totalidad. No ha habido una privatización total, ni, tampoco, una mayor socialización del Estado de Bienestar, sino un mantenimiento del Estado de Bienestar sobre la base de procesos parciales de *reestructuración*, entendido como la rearticulación de los modos de intervención social del Estado, sector mercantil, tercer sector voluntario y, en el sector informal: la familia; y *racionalización*, como la búsqueda de eficiencia, selectividad en el acceso y efectividad (Rodríguez, 1992).

Con el fin tener un cuadro general del debate teórico en este campo, podemos decir que entre 1950-70 el eje del debate teórico en política social fue protagonizado por el *reformismo* sobre la progresiva universalización del Estado de Bienestar, mientras que en los años de 1970-85 este debate se radicalizó y polarizó en forma de *ideologización* del Estado de

⁴⁵ En el ámbito de las dificultades sociales de finales de los años sesenta y primeros setenta.

Bienestar sobre su *consolidación*. En los últimos años el debate se centra en torno al *pragmatismo*⁴⁶ en base a la *reestructuración y diversificación* del Estado de Bienestar.

Tabla III.3.3. Características de la política social en los debates alternativos

3ª FASE: primeros años ochenta. Debates alternativos sobre alternativas de bienestar y protección social. Reforma social dentro sistema estatal y propuesta de cambio desde la sociedad civil. Inicio de la reestructuración de las economías capitalistas.				
Características	Reestructuración desde arriba: adecuación de las instituciones y planteamientos del EB a la reestructuración del capitalismo: flexibilidad, descentralización y eficiencia.		Reestructuración desde abajo: pretensión de reforma del Estado: economías pluralista del bienestar y el reformismo radical desde la prioridad de la sociedad civil.	
Teorías	Corporativista (Mishra: EB formación híbrida y de compromiso, precisa - Estado integrado de bienestar).	Neopragmatista (OECD y autores: Klein y Rose): retorno SC entendida como comunidad.	Pluralismo de bienestar: economía mixta del bienestar	Reformismo crítico: reestructuración EB no ha supuesto bancarrota sino adaptación nuevos condicionamientos socioeconómicos: capitalismo y democracia
Política social	Integrar la economía, política y bienestar, institucionalizando C y T. (pluralismo centralizado: empresarios, sindicatos y E)	Sin CRE no hay política social. Freno al GS. SSPS continuar desarrollándose/CE sostenido, flexibilidad organizativa y participación social.	Facilita la descentralización y la participación social	Críticas del neomarxismo: 1º sustituye la subordinación reestructuración del EB a las necesidades capital por necesidades humanas e individuales. Introduce crítica feminista al EB concepción patriarcal reproducción social (Gough, 1982). 2º Rechazo: privatización no implica defensa estatismo, sino su reforma y democratización de la sociedad con sujetos, construir bienestar colectivo, criterio de participación y necesidades. Críticas del Neoliberalismo: 1º fracaso EB logro de objetivos: eficiencia económica (no hay relación directa GP, paro y alta fiscalidad). 2º la crisis legitimación -sobrecarga de expectativas- desacreditada: se constata demandas sociales y su correspondiente GS permite adaptación dual al cambio sociotécnico de la crisis actual. 3º no han visto en el crecimiento del EB la maduración SSPS por el impacto: universalización, consolidación institucional y cambios demográficos en aquél.
Papel Estado	E. integrado del Bienestar. Consenso centralizado. No valora otras alternativas protección s.	Frenar el GS; nuevo consenso, adaptación y cambio.	Central extendiendo los DS. Gestión mixta.	
Papel Mercado	Pactos consensuados o pactos corporativos.	SC entendida comunidad y no de mercado.	Innovación, gestión eficiente y atender necesidades colectivas y bienestar	
Sociedad civil: Tercer sector voluntario y sector informal	No contempla papel de los gr. menos organizados: quedan excluidos pacto corporativista	Recuperar papel: F; de la mujer y grupos sociales.	SC: creciente: mayor presencia SC y altruismo organizado (Sarasa, 1995).	

Leyenda: E: Estado; EB: Estado del Bienestar; C: Capital; T: Trabajo; M: Mercado capitalista; SC: Sociedad civil; TSv: Tercer sector voluntario; F: Familia; GP: gasto público; GS: gasto social; SSPS: sistemas de protección social; CRE: crecimiento económico.

Elaboración a partir de Rodríguez Cabrero (1992); Jonhson (1987); García Roca (1993); Rabotnikof, (1993); Sarasa (1995); OECD (1988).

Corporativismo y neopragmatismo en el Estado de Bienestar. Reestructuración desde arriba (redimensionamiento del Estado)

El corporativismo y el pragmatismo en el Estado de Bienestar, tal y como se recoge en el cuadro que antecede, son corrientes y enfoques muy distintos, pero que comparten la tesis que gira sobre la necesidad de redefinir los objetivos, recursos e instituciones que conforman el Estado de Bienestar, con el fin de adecuarse a las necesidades actuales de reestructuración del capitalismo (o dentro de un nuevo capitalismo democrático) en el que la flexibilidad, la descentralización y la eficiencia son prioritarias frente a la rigidez, la centralización y la ineficiencia del mismo.

⁴⁶ En este caso, cuando se hace referencia al pragmatismo, no es para reducirlo a un debate sobre lo ya existente, sino para darle énfasis a los sistemas de protección social.

De tal forma que estos dos enfoques, corporativismo y el pragmatismo, hacen una defensa funcional del Estado de Bienestar en cuanto a un capitalismo democrático que debe permitir el crecimiento económico y estabilidad política, destacando sus logros en la reducción de la inseguridad y en una mejora de algunos estándares de vida.

Sin embargo, los problemas de estos dos planteamientos se hallan: a) en reducir el futuro del Estado de Bienestar al mero crecimiento económico, dejando al margen los factores políticos e institucionales de su evolución; y b) no contemplar el papel de otros grupos menos organizados o de aquellos grupos que puedan quedar excluidos del pacto corporativista, al igual que tampoco valoran otras formas alternativas de protección social fuera del Estado de Bienestar.

El planteamiento de cada uno de estos enfoques en política social y protección social rechaza de forma radical la intervención del Estado. Sin embargo, sí han destacado la importancia política y social de dicho Estado en la estructuración de las economías actuales y en la gestión de nuevos cambios sociotécnicos. Por consiguiente, lo que cabría debatir sería el papel del Estado de Bienestar a la luz de las transformaciones económicas y tecnológicas, las nuevas necesidades sociales y diversificación de los grupos sociales en relación con las alternativas de protección social, conforme veremos en otro epígrafe.

El enfoque desde abajo, y más concretamente el pluralismo del bienestar, se desarrolla con mayor profundidad en posteriores epígrafes, al ser el enfoque teórico en el que se fundamenta este trabajo de investigación. No obstante, previamente, se comentan los factores explicativos de la crisis que comienza a vivir el Estado de Bienestar a partir de la década de los ochenta.

III.2.2 Factores desencadenantes de la crisis del Estado del Bienestar

Las principales consecuencias sobre la crisis del modelo clásico de Estado de Bienestar Keynesiano fueron de índole económica y social, pero también de naturaleza política e institucional, así como, debido a sus cambios estructurales y en su forma de gestión (Martín Castro, 2012). Por ello, la crisis del Estado de Bienestar, afectó no sólo a su vertiente financiera por la crisis económica, sino a sus aspectos político-institucionales, dañando también a su propia legitimidad.

El Estado de Bienestar se ha desarrollado y consolidado paralelamente al crecimiento económico capitalista, lo que a su vez ha implicado serias objeciones, tal y como pone de manifiesto desde una visión neo-marxista Offe (1990). El Estado de Bienestar sufre diversas presiones, externamente de las imposiciones económicas de productividad y competitividad (Gough, 2000), a su vez, atraviesa un complejo cambio institucional sujeto a tensiones políticas, tales como, la descentralización interna, cuestión candente en España (Gallego, et al, 2003). En este contexto, el Estado asume la subsidiaridad de su papel como uno de los agentes del bienestar social.

El Estado de Bienestar keynesiano no pudo dar respuesta a la crisis de oferta generada por la crisis del petróleo de 1973, lo que, a su vez, acentuó las diferentes crisis económicas del sistema de economía capitalista y puso de manifiesto que dicho modelo tenía unos límites económicos y políticos, siendo, por ello, rechazado por unos y cuestionado por otros, incitando una crisis de legitimidad del sistema. A continuación brevemente describiremos otros factores que han sido causa de las crisis del Estado de Bienestar.

Factores de tipo económico-financiero

Luego de la crisis del petróleo, con el incremento del precio del mismo, muchos países que no eran productores de petróleo entraron en una profunda y grave crisis económica. Siendo

la inflación el problema capital al que tendrán que hacer frente los estados de aquel entonces (es decir, una subida generalizada y continúa de precios). Ello hizo que los países entraran en un período de estancamiento y retroceso económico, rompiendo así la tendencia de crecimiento económico que venían experimentando en las últimas décadas.

Como consecuencia de la crisis del petróleo muchas empresas entraron en crisis y quiebran, sumándose, a ello, el paro como uno de los grandes retos que los países desarrollados tenían que hacer frente; esto significó la crisis fiscal del Estado, debido, principalmente, a la imposibilidad de aumentar los niveles impositivos y a los mayores gastos a los que tenía que asumir. Igualmente la necesidad de expansión de los mercados privados en el sector servicios hacen que el Estado sufra presiones a favor de la privatización (que adopta la forma de gestión normalmente) de áreas del Estado de Bienestar (Mishra, 1992).

Surgen las críticas sobre las limitaciones del Estado de Bienestar, a la vez se plantea la posibilidad de que éste desapareciera para dar paso a un modelo más liberal, en el que el estado sea menos intervencionista. Pero, la crisis fiscal del Estado de Bienestar, no generó la total desaparición de las políticas keynesianas, por cuanto, continúan existiendo alguno de los programas de gasto social, tales como, por ejemplo, el seguro de desempleo, las pensiones,...

No obstante, sí se dio comienzo a un cambio de política, es decir, los estados empiezan aplicar medidas para reducir el gasto público en contra de las políticas intervencionistas; por ello, se suscribieron, por un lado, el *Tratado de Maastricht* y, por otro, el *Pacto de estabilidad y crecimiento*, ambos, a nivel supranacional, a fin de introducir limitaciones para los diferentes estados miembros no incurrieran en déficit público (Muñoz de Bustillo, 2000).

En consecuencia, el factor económico tiene que ver con las presiones que la mundialización económica supone sobre los países, en la medida en que los costes de protección social constituyen un coste salarial para los mismos. Las presiones para reducir la intensidad protectora y el dumping social son la consecuencia de estos cambios, debatidos en la Unión Europea (*Libro Verde de la Política Social*, Comisión Europea 1993 b), si bien, podría decirse que, existe más retórica ideológica que realidad en el impacto de los costes de protección social en la competitividad.

Factores de tipo político

Durante el Estado de Bienestar fordista, se dieron los mecanismos reguladores en el ámbito laboral a través de las negociaciones colectivas, lo cual se traduce en el aumento continuado de los salarios y el fortalecimiento político de los trabajadores. A dicho periodo se le conoce como la época dorada del capitalismo (Navarro, 2013); pero, transcurrido el mismo, el mercado capitalista revirtió la distribución de las rentas a su favor, es decir, disminuyó los salarios de los trabajadores, a su vez, aumentó el problema de escasez de demanda privada, generando, por todo, el endeudamiento de las familias y de las empresas que ocurrió en paralelo al descenso de las rentas del trabajo⁴⁷.

Sin embargo, el problema principal surge debido al aumento creciente y continuado de esas demandas hacia el Estado como único productor de bienes sociales, en un contexto económico cada vez más mundializado, hasta el punto de cuestionar el status quo en forma de expectativas crecientes que minaban la autoridad empresarial (Offe, 1990) y de los

⁴⁷ Las políticas redistributivas impulsadas por el Presidente Reagan en EE.UU y la Sra. Thatcher en Gran Bretaña a favor del mercado capitalista a costa de las rentas del trabajo, dieron lugar al empobrecimiento generalizado de la población (disminuyeron la participación en el PIB de las rentas del trabajo y, generaron la iliquidez de demanda privada). Aunque, ello tuvo como fondo, además: el impacto económico de la reunificación alemana de 1990 y el enorme crecimiento del gasto público resultado de las políticas de integración de la Alemania Oriental en la Occidental.

poderes públicos. Sin olvidar que el Estado de Bienestar institucionalizó los derechos sociales de los ciudadanos, de forma que estos tendrán garantizadas una serie de prestaciones económicas en circunstancias concretas tales como: los subsidios por desempleo, pensiones y diversas prestaciones económicas⁴⁸.

Esta globalización económica, trajo consigo que las relaciones comerciales y financieras no tengan casi restricciones; lo que, a la postre, generaría modificaciones en la estructura productiva y económica, introduciéndose, de esta manera, nuevas formas de producción: se sustituyó la mano de obra por formas de producción más basadas en los avances tecnológicos y en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación⁴⁹. Todo ello, dio lugar al agravamiento del paro en los estados desarrollados y, a su vez, dicha globalización obligó al replanteamiento sobre el modelo de Estado de Bienestar, así como a su financiación.

En otro sentido, el propio comportamiento del Estado de Bienestar significó un elemento de controversia; es decir, nos encontramos ante una tendencia imparable de crecimiento del sector público caracterizado por una excesiva burocratización, la cual puede obstaculizar el dinamismo en la situación actual a la vez que perjudica a la eficacia del sistema.

Todas estas consideraciones, hacen que el factor político pueda identificarse con la dificultad para articular el consenso en torno al sistema de protección social. La dificultad general para reconstruir el consenso entre las clases medias y la clase obrera industrial en torno a la continuidad del Estado de Bienestar, tuvo como base el hundimiento del socialismo, como modelo económico y régimen político, y el surgimiento del liberalismo. Estos hechos fueron factores cruciales para la ruptura del consenso político sobre el Estado de Bienestar. Aunque, por otro lado, la resistencia fiscal de las clases medias ha fortalecido la oferta privada de bienes públicos.

Factores ideológicos

Ideológicamente las críticas al Estado de Bienestar han venido por el lado tanto del neoliberalismo como del lado del neomarxismo. El neoliberalismo actual sostiene que el Estado de Bienestar ha crecido incontroladamente debido a las presiones sociales excesivas para obtener cada vez más prestaciones, puesto que los beneficiarios han mostrado una insuficiente disposición a asumir los costes de ello; por tal razón, el neoliberalismo sostiene la inviabilidad patente del modelo de Estado de Bienestar (Uroz, 2010).

Por otro lado, el pensamiento marxista considera que el Estado de Bienestar representa una forma de manipulación y consuelo de los colectivos explotados y necesitados. El capitalismo debería atender a una doble necesidad que es contradictoria entre sí: garantizar la acumulación económica y satisfacer la legitimación ideológica con los gastos sociales.

Tanto las posturas más liberales como las más radicales de la izquierda, reprochan el modelo del Estado de Bienestar. Así, mientras que uno atribuye la crisis del mismo a los excesos democráticos; el otro la imputa a la propia incapacidad del capitalismo. Lo cierto es que desde los distintos polos: derecha e izquierda, así como, desde los amplios sectores de

⁴⁸ A la vez que pone a su disposición un conjunto de servicios sociales: fundamentalmente, servicios de sanidad, de educación, de vivienda y de seguridad social.

⁴⁹ Para las empresas los costes laborales de los Estados de bienestar son muy elevados, lo cual hizo replantearse nuevas de producción en las que la mano de obra fuera reemplazada, a su vez el cierre y su marcha de los países en los que el factor trabajo es más caro y buscando una localización en los países en los que los costes laborales sean más bajos (países que no tienen sistemas de protección frente a los trabajadores y ciudadanía).

la población, existe un descontento generalizado sobre el Estado de Bienestar, por lo que se plantea su reformismo.

Por un lado, el Estado de Bienestar es criticado a causa de la burocratización que ralentiza su funcionamiento, resultando ineficaz frente a las necesidades de la población. Y, por otro lado, hay una resistencia fiscal, por cuanto, cada vez la mayoría de los ciudadanos no aceptan asumir la financiación de unos servicios sociales (sanidad, educación, vejez, prestaciones económicas, etc.) tan onerosos. A esto, se suma la crítica de la población hacia la gestión ineficiente de los recursos del estado, gastándolo de forma excesiva o empleándolos de forma incorrecta.

Todo esto significaría la pérdida de legitimidad, de la cual el Estado de Bienestar gozó tiempos atrás; por ello, parte de la población estaría más a favor de modelos o programas más neoliberales.

Factores sociales

La concepción de la familia y de un determinado ciclo de vida de los ciudadanos, constituyeron el fundamento del Estado de Bienestar. Para Esping-Andersen (2000) el Estado de Bienestar fue concebido para dar respuesta a un modelo de sociedad que ha venido teniendo diferentes mutaciones hasta la actualidad. Tanto la Seguridad Social y el pleno empleo fueron concebidos exclusivamente para la población masculina, la cual con su sólo salario protegería económicamente a toda la familia, mientras que el papel de la esposa y madre estaba relegado a funciones de cuidado familiar y social (niños, enfermos, ancianos).

Como consecuencia de la crisis del modelo de Estado de Bienestar, en la actualidad, predomina en el mercado de trabajo una elevada población en paro y una masa industrial mucho más diferenciada y desestandarizada, es decir, predomina un porcentaje de la población trabajadora con una alta cualificación, y otra con escasa cualificación, perteneciente al sector de servicios, los cuales perciben unos bajos salarios; y que, a su vez, se caracteriza por una alta movilidad laboral.

A su vez, la estructura de las familias también se está viendo modificada. Cada vez existe un mayor número de familias monoparentales, rupturas matrimoniales, hogares unipersonales, otro tipo de situaciones familiares que implican mayores riesgos sociales ante los cuales el Estado de Bienestar debería dar respuesta (Esping-Andersen, 2000; Navarro, 2000).

De tal forma, los cambios sociodemográficos, producto del envejecimiento de la población, de la pérdida del papel protector de la familia, de las nuevas formas de articulación familiar, entre otros, han venido a incrementar el coste de los servicios sanitarios y sociales y complejizan la estructura de la solidaridad familiar sobre la que tradicionalmente se ha construido la solidaridad colectiva (Walker, Alber, Guillemard, 1994).

En definitiva, la confluencia de una serie de factores económico-financieros, sociales políticos e ideológicos, hicieron que, en la década de los ochenta, los Estados de Bienestar entraran en crisis, debiéndose replantear los diferentes modelos para adaptarse a los cambios que se venían sucediendo.

III.2.3. Síntesis de los modelos de Estados de Bienestar tras la crisis de los 80.

Como consecuencia de los factores anteriormente comentados, el Estado de Bienestar se ha visto progresivamente sometido a importantes cambios o mutaciones institucionales y económicas, a partir de principios de la década de los ochenta, cuando se empiezan a

aplicar políticas de racionalización, privatización y contención del gasto social, como consecuencia de las políticas monetarias restrictivas que se comenzaban a implementar.

A continuación presentamos una síntesis de los modelos de los Estados de Bienestar tras diferentes reformas, como consecuencia de la crisis de la década de los ochenta, donde se insertan estos complejos cambios y procesos.

Tabla III.3.4. Características de los modelos de los Estados de Bienestar en los 80.

CARACTERÍSTICAS	NEOLIBERAL	CONSERVADOR	SOCIAL-DEMÓCRATA	MEDITERRÁNEO
Ejemplos modales	EEUU, Canadá y Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda.	Alemania, Francia, Bélgica, Austria, Holanda y Luxemburgo.	Dinamarca, Finlandia, Suecia, Noruega e Islandia.	Italia, España, Grecia y Portugal.
Derecho social a la Protección social	Debilitado, coste salarial, diferenciación interna.	Universal: dos niveles contributivo y no contributivo.	UE Derecho universal.	Avance relativo (EE.UU y España 70); Universal.
Prestaciones sociales: riesgos o contingencias	Asistencial.	Negativa. Parentesco.	Universal: servicios sociales.	Problema del individuo: Seguridad social mixto – universal.
Papel Estado	Privatización gestión: mínimo - Marginal	Privatización gestión: Residual – Subsidiario. Corporativo: E, M, SC./ Comunitario: E. y SC.	Subsidiario – Central	Subsidiario: descentralización
Papel Mercado	Mayor protagonismo, gestión eficiente, innovación	Importante, gestión eficiente, innovación	Creciente importancia empresas	Creciente importancia de empresas
Papel Familia	Marginal. Elevada responsabilidad individual	Solidaridad familiar	Subsidiario producción de bienestar	Central. Protagonista: mujer.
Política económica	Disciplina del mercado: favorece la competitividad.	Disciplina del mercado: favorece la competitividad.	Favorece la competitividad.	Semifordista.
Mercado de trabajo	Fragmentado. Segmentación y dualización	Fragmentado. Segmentación y dualización.		
Política empleo	Activa, Flexible. Internacionalizado	Activa, Flexible. Internacionalizado.	Activa, Flexible. Internacionalizado.	Pasiva. Internacionalizado.
Sistema de producción	Postfordismo: producto diferenciado. Trabajador polivalente, ...	postfordismo	postfordismo	Semifordista
Ideología política	Neoliberal	Conservadora	Socialdemócrata	Mediterránea – católica ¿?

Fuente: elaboración propia a partir de Rodríguez Cabrero (1984, 1992 y 1996); Taylor-Gooby (1989) y Gough (1982).

A partir de la lectura del cuadro anterior, sobre todo en lo que respecta al papel del mercado, al sistema de producción o a las políticas de empleo, entre otras; se puede vislumbrar cómo las diferentes reformas de los distintos modelos de Estados del bienestar respaldan un paradigma de pluralidad relacional, que implica un rediseño general de las políticas sociales en un mundo interconectado y mundializado, donde la flexibilidad (producción posfordista), el papel del mercado, la eficiencia, la innovación y la competitividad, cada vez, van adquiriendo una mayor importancia.

Fruto de este nuevo paradigma son los nuevos planteamientos y debates que, en torno a la política social y al Estado del bienestar, comienzan a surgir a partir de la década de los 80.

Así, en los siguientes epígrafes se comentan estos planteamientos, prestando especial atención al enfoque pluralista del Estado del bienestar.

III.3. CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO CONSENSO: SOCIALIZACIÓN DE LA REFORMA DEL ESTADO DEL BIENESTAR

La crisis del Estado de Bienestar, tal y como hemos señalado, es la consecuencia y la manifestación de muchas de las presiones antes descritas: la progresiva globalización económica, el crecimiento del paro y sus costes sociales, el envejecimiento de la población, los cambios en la estructura de la familia, la marginación y la demanda creciente de servicios públicos, entre otras.

Frente a estos hechos, la cuestión se centra en cómo seguir produciendo bienes públicos, y extender las prestaciones económicas, sin incrementar el déficit estructural del Estado. como una primera aproximación, sería teniendo en cuenta la necesidad de establecer nuevas juntas entre protección social pública y mecanismos privados complementarios, apostando, al mismo tiempo, por una mayor descentralización de la gestión y la producción de servicios hacia los entes municipales y las organizaciones no gubernamentales.

De tal forma, que el debate debe centrarse en sí, ante los factores y circunstancias que venimos comentando, las sociedades europeas están o no dispuestas a mantener y profundizar en los Estados de Bienestar. Aquí sostenemos la tesis de que el Estado de Bienestar no sólo es un problema, sino la solución a los problemas sociales y económicos que se vienen produciendo en este período de transición hacia un nuevo tipo de sociedad postindustrial.

En efecto, es posible mantener y desarrollar el Estado de Bienestar como instrumento de solidaridad colectiva y eficiencia económica si se reformula el consenso social y político en torno al mismo, teniendo en cuenta, a pesar de los condicionantes antes enumerados, que la política social tiene un doble objetivo funcional (además de los estrictamente cualitativos)⁵⁰; por una lado, viene a reforzar la cohesión social, sin la que no es posible el crecimiento económico; y, por otro, contribuye a crear el clima social favorable al cambio tecnológico.

Por todo, resulta necesario encontrar la configuración del modelo sobre el que puede concretarse el consenso necesario y posible en torno al Estado de Bienestar; aunque resulte difícil y complejo hallarlo dada las contradicciones e importantes transformaciones sociales, políticas, económicas, durante la década de los setenta y ochenta, como hemos visto; por ello, no es posible diseñar nuevas formas de regulación, y como señalan Martínez Gonzalez-Tablas (1994), Jonhson (1990), entre otros, de ahí que, no existe un modelo genérico que lo desarrolle.

Más, cuando el debate teórico en política social se encuentra polarizado entre el neoliberalismo y el neomarxismo; así como, también por la existencia de un debate plural entre concepciones partidarias a la permanencia del Estado de Bienestar, orientadas a la intervención de la sociedad civil, como la economía mixta de bienestar y opciones de reformismo crítico.

A continuación se recogen diferentes modelos teóricos, u opciones, propuestas, de reestructuración del Estado del Bienestar para, posteriormente, pasar a comentar cómo realmente está siendo ese proceso de reestructuración.

⁵⁰ Como, la creación de bienestar, el fomento de la solidaridad, y el establecimiento de compromisos generacionales de solidaridad.

III.3.1. Modelos teóricos de reestructuración del Estado del Bienestar

Rodríguez (1996) hace referencia a cuatro opciones posibles en esa reestructuración el Estado del Bienestar, tales como: la neoliberal, la corporativista, la conservadora y la socialista, descartándose, por ahora, esta última, la cual se correspondería con un socialismo burocrático. A continuación nos referiremos a ellas de manera sucinta:

a) La opción *neoliberal*, en sus diferentes variantes, excluye toda alternativa que no suponga desmantelamiento del Estado de Bienestar o, al menos, su reducción radical a un Estado Asistencial. Se presupone que los sistemas de protección social pueden ser ofertados por el mercado capitalista, garantizando su eficiencia económica y efectividad social. La privatización de los servicios públicos facilitaría la expansión del mercado en la creación de servicios y prestaciones sociales.

Esta ideología rechaza cualquier oposición de la sociedad civil al Estado o cualquier supuesto de complementariedad que no suponga la radical reducción del tamaño y funciones sociales del Estado (Keane, 1998).

b) La opción *corporativista*, implicaría contener al Estado de Bienestar en base al consenso centralizado entre los agentes tradicionales de la acción colectiva. Estado y sociedad civil (entendida como sociedad corporativa) tenderían a confundirse bajo procesos políticos en los que los intereses organizacionales garantizarían las necesidades de la producción y las demandas sociales.

Sin embargo, la ideología corporativa no parece posible en tanto por la dificultad de los pactos corporativos ante los cambios en la correlación de fuerzas sociales, la amplia fragmentación de las clases asalariadas y las propias dificultades económicas de dichos pactos. De tal forma que, la desregulación y flexibilidad de los mercados, organizaciones y agencias sociales, en la actualidad, limitan la antigua capacidad de los acuerdos corporativos.

c) La opción *conservadora*, optaría por un retorno de la sociedad civil, entendida no como mercado, sino como comunidad, como ámbito donde reconstituir las identidades perdidas y recuperar los viejos papeles sociales de la familia, la mujer y los micro grupos disueltos a lo largo del proceso de modernización económica y crecimiento de la presencia del Estado en la sociedad.

Pero el retorno de la comunidad no es posible debido, entre otros aspectos: a la modernización capitalista, a los logros en la lucha de los derechos de la mujer y a los cambios en el seno de la estructura familiar, entre otros, los cuales han disuelto y transformado las viejas identidades en otras más complejas y difusas. No obstante, esto no significa que el factor comunitario, como eje donde se forman las identidades y solidaridades colectivas, esté llamado a desaparecer.

El planteamiento de estas tres opciones no excluye posiciones mixtas (Diddens, 1996), basadas en la combinación del conservadurismo y ciertos valores esenciales del pensamiento socialista. En este caso no estaríamos ante una opción ecléctica sino en una combinación de dudosa consistencia teórica e ideológica según Rodríguez (1996).

No parece posible, ni deseable, el retorno al libre mercado, ni a la idílica comunidad, ni a una extensión corporativa del Estado.

Por tanto, más allá del Estado de Bienestar, estaría la profundización de la reforma social entendida como gestión pluralista del Estado de Bienestar (Rodríguez Cabrero, 1992 y 1996), conformado por el Estado, el Mercado (ya sea, mercado capitalista y economía social

de mercado) y la sociedad civil (integrado por el tercer sector voluntario y el sector informal: la familia).

Asimismo, por otro lado, cabe indicar, que los pronósticos de los enfoques neomarxista y neoliberal, a la fecha, no se han cumplido en su conjunto, ya que no hay una privatización en profundidad ni una mayor socialización del Estado de Bienestar, por el contrario, hay un mantenimiento del Estado de Bienestar sobre la base de procesos parciales de reestructuración y racionalización, tal y como veremos en el desarrollo del siguiente epígrafe.

III.3.2. Proceso de reestructuración del Estado de Bienestar

Producida la crisis del Estado de Bienestar, desde mediados de los años setenta, se impuso progresivamente la necesidad de reestructurarlo, así como de redefinir el papel de lo público en línea con los cambios que están teniendo lugar en el mercado de trabajo y las crecientes tendencias privatizadoras.

Los nuevos procesos que impulsan a la remodelación del Estado de Bienestar comenzaron a presionar a mitad de los años setenta, no a favor del desmantelamiento del Estado de Bienestar, sino a favor de su reestructuración. En este sentido, Gough (1982) predice con acierto que la compleja relación entre capitalismo y democracia no conduce al desmantelamiento del Estado de Bienestar por privatización, ni a su radical socialización por crisis total (fundamentalismo marxista), sino a su reestructuración.

En igual sentido, Rodríguez (1996) se manifiesta a favor de la reestructuración del Estado de Bienestar, subordinado a las presiones económicas globales, que contuviera las demandas sociales enmarcadas con la reconstrucción de los valores del mercado y restableciendo viejos valores como la responsabilidad individual, la disciplina laboral y el recurso a la familia como fuente de protección social.

Dada la complejidad del proceso de reestructuración del Estado de Bienestar, todos estos nuevos hechos pueden agruparse en las siguientes fases:

La primera fase de la reestructuración del Estado de Bienestar (se corresponde desde la subida de los precios del petróleo hasta la crisis del socialismo 1989):

En ella, se produce una fractura relativa en los sistemas de protección social, en lo que respecta a la intensidad protectora. En dicha fractura han contribuido la segmentación del mercado de trabajo y el paro estructural, la extensión de la privatización en la gestión del Estado de Bienestar y los cambios en modos de intervención social del Estado. A ello, se suma la creciente desigualdad económica, fruto de una mayor dispersión salarial y del paro estructural. Por ello, aunque las sociedades industriales sigan siendo más ricas, son también más desiguales (Costas, 1996).

Asimismo, podemos decir que en esta primera fase se han producido dos cosas, por una lado: ganancias relativas gracias a la descentralización de los servicios, como consecuencia del protagonismo de las regiones respecto al Estado; y, por otro lado, una mayor presencia de las entidades voluntarias en la producción de bienestar, lo cual pone de manifiesto que, el auge del sector voluntario tuvo como base la descentralización de la gestión por parte de las administraciones públicas para abaratar costes y reducir la responsabilidad estatal en la producción de ciertos bienes públicos.

Como consecuencia de estos cambios los sistemas de protección social (al menos en el caso de los países de la Unión Europea), han continuado siendo universales, a su vez, han ampliado la extensión de los derechos sociales, la cual viene a estar caracterizada por una

mayor diferenciación interna en lo que respecta a protección social, un mayor protagonismo del mercado en la gestión de los servicios públicos y una pérdida de la perspectiva de ciudadanía social a favor del usuario individual de los servicios y prestaciones.

Segunda reestructuración del Estado de Bienestar (desde principios de la década de los años noventa, 1990 a 1996):

En ella se profundiza las características de la fase anterior, cuyo desarrollo tiene su punto de partida en el derrumbe del modelo de socialismo en la URSS y de los países de Europa del Este.

La segunda reestructuración del Estado de bienestar ha consolidado un modelo de Estado fragmentado de protección social: con el debilitamiento intenso de la base económica y social del sistema de protección social; la privatización en la gestión y una creciente individualización en el Estado de Bienestar que pueden crear diferenciación y jerarquización interna, etc.

A ello se le suman los problemas sociales, consecuencia de la reducción radical del gasto social, que en períodos de crisis conlleva al crecimiento del déficit público y la crisis fiscal. Sin embargo, dadas las profundas raíces históricas e institucionales del Estado de bienestar, así como los derechos sociales ya adquiridos, tal como analizaremos más adelante, podríamos decir que se hace inviable, hoy por hoy, su desmantelamiento.

No obstante, lo que sí se está produciendo es un cambio en su naturaleza, en sus formas de intervención y en su concepción ideológica, que se traduce en un Estado de Bienestar más mixto institucionalmente, más diferenciado socialmente y más debilitado políticamente.

En este sentido, siguiendo a Uroz (2010) y Rodríguez (1990, 1992, 1996), entre otros, podría decirse que estos nuevos procesos de cambio, suponen reestructurar el Estado de Bienestar en línea con los cambios en el mercado de trabajo y las crecientes tendencias privatizadoras existentes.

El Estado de Bienestar debe mantenerse, ya que era la voluntad electoral ciudadana, pero sometido a los límites económicos (contención económica de la protección social) y políticos (freno a las demandas sociales) a favor de la lógica económica del mercado capitalista y, en muchos sentidos, a favor de una indefinida sociedad civil.

La situación a considerar no es el desmantelamiento del Estado de Bienestar, sino su reestructuración institucional y reorientación ideológica (Taylor-Gooby, 1991) que para unos se traduciría en una mayor asistencialización de los sistemas de protección, junto a una mayor privatización de los servicios públicos, y para otros en una remodelación en la que la extensión de los derechos sociales se complementa con una mayor personalización y socialización de los sistemas de protección social, teniendo en cuenta los nuevos papeles e influencias del mercado y de la sociedad civil.

No es posible hablar de desmantelamiento al coincidir la crisis con la propia maduración institucional y política del Estado de Bienestar, el envejecimiento de la población y los riesgos del desempleo estructural que limitaban la capacidad de los gobiernos para gestionar de manera contenida el Estado de Bienestar, cuando no se vieron obligados a incrementar el gasto social como consecuencia de tales efectos.

En efecto, en aquellos países donde el gasto social estaba garantizado (Alemania, Dinamarca, Holanda), éste Estado ha sufrido un retroceso; mientras que, en los países del sur de Europa, con niveles de gasto social comparativamente bajos en relación a la media europea, el gasto social ha subido como consecuencia del crecimiento del paro, el propio

envejecimiento y la existencia de fuertes demandas de protección social (Chassard y Quintín, 1992).

En el desarrollo de las políticas sociales, los procesos complejos de reestructuración del Estado de Bienestar han seguido una mayor subordinación de éstas a los imperativos de la política económica (prioridad de políticas estabilizadoras), a un Estado progresivamente asistencialista (reducción de la intensidad protectora) y privatizado (estímulo de la oferta privada), cuyo desarrollo futuro va a depender de que haya crecimiento económico y que los ciudadanos asuman su progresiva privatización para asegurar su continuidad futura, en lugar basarse en un pacto social que comprenda el empleo, la productividad y la protección social.

Prueba de estos cambios es la constatación de cómo la mayoría de los países con sistemas de Estado de Bienestar, con mayor o menor intensidad, han aplicado políticas sociales que han contenido económicamente, subordinado políticamente y fragmentado socialmente al Estado de Bienestar. En este sentido, han sido cuatro las políticas que se han reforzado unas a otras, en el proceso de reestructuración del Estado de Bienestar:

En primer lugar, *políticas económicas monetaristas* centradas en la lucha contra la inflación y el déficit público en detrimento de la lucha contra el paro y la exclusión o, al menos, subordinadas a aquellas. Es decir, influjo de la *disciplina del mercado* frente a las demandas sociales de bienestar.

En segundo lugar, *políticas redistributivas* favorecedoras de una distribución funcional de la renta a favor de las rentas del capital a costa de las rentas del trabajo, si bien buena parte de las prestaciones sociales han sido financiadas, fundamentalmente, a costa de las rentas del trabajo (Rodríguez 1996). En este sentido, según Ayala (1996), el crecimiento de la desigualdad tiene sus raíces en la segmentación del mercado de trabajo, el paro y la dispersión salarial creciente.

En tercer lugar, directamente relacionadas con las anteriores, las *políticas laborales*, favorecedoras de la desregulación y la flexibilidad en el empleo, que aumentan la inseguridad y en ocasiones empeoran las condiciones de trabajo, además de dificultar o debilitar la carrera de seguro de los asalariados.

Por último, las *políticas sociales*, adaptadas y subordinadas a las anteriores, que suponen la reducción de la intensidad protectora, una mayor diferenciación y jerarquización en el Estado de Bienestar, resultado de la fragmentación en el mercado de trabajo y un mayor control de la población precaria o excluida que se beneficia de prestaciones sociales.

Por consiguiente, estas cuatro políticas, complementadas entre sí, han debilitado el Estado de Bienestar hasta el punto de cuestionarse claramente su viabilidad futura. Este tipo de política ha deteriorado los contenidos prestacionales del Estado del Bienestar y, como consecuencia de ello, la cohesión social se ha debilitado, con lo que ello supone para el desarrollo de los derechos sociales y el propio orden social, necesario como factor de eficiencia y estabilidad económica.

Sin embargo, un nuevo consenso sobre el Estado de Bienestar parece, política y económicamente, necesario. El consenso debe centrarse en desarrollar y profundizar el carácter reformador del Estado de Bienestar como instrumento de bienestar social, eficiencia económica y desarrollo democrático. En este sentido, podemos decir que el Estado de Bienestar y la reforma social, en un sentido amplio, es una garantía para el desarrollo de una sociedad civilizada y abierta; y, donde la reforma social es concebida como gestión pluralista del Estado de Bienestar, comprendida por el Estado, Mercado y Sociedad civil.

En este contexto, anticipamos que el debate más amplio del pluralismo de bienestar se corresponde como un debate, relativamente reciente y anglosajón, iniciado y mantenido en países como Gran Bretaña y Estados Unidos. Tal y como hemos indicado, las cuestiones y controversias en torno al pluralismo de bienestar y la crisis del Estado de Bienestar han protagonizado desde comienzos de la década de los ochenta los debates en el ámbito de la política social, específicamente en las sociedades capitalistas⁵¹. En España, a lo largo de las postrimerías del Franquismo (1939-1975), ya podía hablarse de pluralismo social e institucional (Sarasa & Moreno, 1996).

En el siguiente epígrafe desarrollamos los enfoques del pluralismo y el reformismo crítico, como enfoques que se integran dentro de la denominada reestructuración del Estado del Bienestar desde abajo; si bien, finalizamos el presente capítulo prestando especial atención al enfoque pluralista sobre el se va a aplicar al análisis de la gestión de la dependencia como derecho social, integrado en los diferentes modelos de Estados de Bienestar europeos.

III.4 REESTRUCTURACIÓN DEL ESTADO DE BIENESTAR DESDE ABAJO: PLURALISMO DE BIENESTAR Y REFORMISMO CRÍTICO.

Ambos enfoques se caracterizan por ser escépticos respecto al papel e intervención protagonista del Estado. Sin embargo, promueven una socialización y participación de la sociedad civil en los objetivos del bienestar social, de tal forma, que no cabe cuestionamientos en contra del Estado de Bienestar. Por ello, se dice que estamos ante enfoques de reestructuración del Estado del Bienestar desde abajo, donde debe darse cabida a otros agentes, sociales y económicos, en la nueva configuración de las políticas sociales.

A continuación nos ocuparemos sobre los planteamientos fundamentales de estas dos corrientes: pluralismo de bienestar y reformismo crítico, sobre el cual se asienta la co-gestión del derecho social de la dependencia como objetivo de análisis del presente trabajo de investigación.

III.4.1 Enfoque pluralista del bienestar

El enfoque pluralista del bienestar es una corriente desarrollada desde enfoques económicos y sociológicos (Ascoli, 1988) que defienden la necesidad de un Estado de Bienestar que garantice una provisión universal y básica de las necesidades sociales y permita la extensión de otras formas de intervención social: mercado, familia y de todos los agentes sociales, en general.

El enfoque pluralista de bienestar implica un sistema mixto, profundiza en una división plural de la producción de bienestar con más espacio para el mercado y para la sociedad civil, por lo que tiene que reorientar sus mecanismos de decisión, y acercamiento más al ciudadano.

No obstante, podría decirse que la gestión pluralista de servicios y prestaciones sociales es tan antigua como el mismo Estado de Bienestar (Sarasa, 1996). De hecho, la participación cívica, básicamente de las organizaciones eclesíásticas y religiosas y de las asociaciones voluntarias, entre otras, sustituía al Estado en la provisión de bienestar a la población marginada; mientras que en las crisis actuales del Estado de Bienestar, y el desarrollo de la

⁵¹ Es comúnmente aceptada la tesis de Wedderburn (1965) de que Estado de Bienestar es un fenómeno común a todas las sociedades capitalistas.

tesis pluralista, vuelve la sociedad civil para complementar las tareas oficiales del Estado en la producción de bienestar, destacándose la intervención del denominado tercer sector⁵².

Sin embargo, el pluralismo de bienestar, tal y como lo vamos a presentar en la presente tesis, apareció, precisamente, a raíz de renovarse la conceptualización del voluntariado en la reunión del Comité WOLFEDEN (en Gran Bretaña, 1978), siendo el objetivo del evento mejorar la partición del tercer sector o sector voluntario, sin ánimo de restringir el suministro público ni sustituir a éste en la provisión oficial por las nuevas iniciativas sociales (Rowntree en Martín Castro, 2010a).

La novedad del pluralismo de bienestar, a fines de los años setenta, radica en la iniciativa social, y apunta hacia un modelo mixto con menor preponderancia estatal, cuyo fin sería flexibilizar el burocratismo, la rigidez y corregir el alejamiento de los ciudadanos en la provisión de los servicios de bienestar.

En la década de los ochenta, la gestión mixta del Estado el Bienestar no buscaba sustituir plenamente la provisión oficial por las nuevas iniciativas sociales sino, más bien, complementar su papel. Todo ello pone de manifiesto cómo en tiempo de crisis de los estados, ha sido nuevamente la sociedad civil la institución que ha asumido la provisión de bienestar social, tanto en el período clásico, con carácter sustitutivo, como en la crisis del Estado de Bienestar, con carácter complementario.

No obstante, debe destacarse cómo, según este enfoque, son los Estados de Bienestar actuales los que deben fomentar la participación constantemente de todos los agentes privados de una forma complementaria, ya que todos son importantes.

La visión pluralista ha tenido una amplia aceptación, ya que en ella se destaca los principios para lograr una reactivación eficaz de la política social, dirigida a la descentralización de los poderes públicos, la participación de los ciudadanos y la gestión menos burocrática de los servicios de bienestar –con la intervención de los actores privados, en este último-, tal y como veremos, desde muy distintas posiciones ideológicas y estratégicas.

Sin embargo, las alternativas a los problemas y crisis del Estado de Bienestar se han intentado resolver, bajo este mismo enfoque, tanto desde corrientes de derecha como de izquierda. De tal forma, que pueden identificarse diferentes vías de solución, dentro de este enfoque, a la hora de hacer frente a los fallos del Estado de Bienestar. A continuación intentaremos resaltar los argumentos a favor de la economía pluralista del bienestar de las corrientes de derecha y, posteriormente, de la izquierda.

Corriente de derecha

Entre los defensores liberales a favor de la economía pluralista del bienestar destacan los argumentos de Judge (1987), para quien no ha habido una división social de la producción de bienestar, sino, más bien, una concentración en las instituciones del Estado, que han dado lugar a comportamientos ineficientes de la oferta estatal y al fracaso relativo de las políticas redistributivas, según Le Grand (1982).

Para reforzar la economía mixta de bienestar, o liberal pluralista, Judge (1987) concibe al Estado más como promotor que productor del bienestar. El Estado promotor no implica la concepción del Estado Mínimo, sino una concepción de la política social en la que el Estado ponga más empeño en la financiación, planificación, promoción y regulación de los servicios

⁵² El tercer sector, o sector voluntario, ha despertado especial interés por considerarse que incorpora no sólo posibles mejoras en la eficiencia y eficacia de la acción pública, sino por la participación cívica por parte de la ciudadanía, reconciliando así al Estado y a la sociedad en torno a la crisis del Estado keynesiano (Offe, 1990).

sociales, que en la producción y desarrollo de los mismos. Nos encontramos ante un enfoque de política social que rechaza aceptar que la libertad individual necesite ser sacrificada para dar cumplimiento a las aspiraciones legítimas a favor de una seguridad garantizada por el Estado.

Asimismo, esta economía mixta del bienestar intenta concretar un marco institucional para la intervención del sector público, sector mercantil, tercer sector voluntario, y el sector informal, en la producción del bienestar social; dando lugar a la cooperación en sus variadas formas de protección, bajo criterios de libertad, eficiencia y efectividad. Por ello, admite diferentes estrategias de privatización, vía concertación y subsidios, mayor diversificación de la oferta estatal y una nueva forma de intervención que se reduce en descentralización, delegación de recursos y, poder, innovación y coste-efectividad.

En este sentido, podemos decir que desde el pensamiento de la derecha se concibe a la economía pluralista como una alternativa adecuada para reducir el papel del Estado, mejorar la eficiencia de los servicios públicos, y aumentar la capacidad de elección de los usuarios. Estos objetivos serían alcanzados tras el fomento de la competencia entre los distintos proveedores de servicios públicos.

Asimismo, la competencia estaría garantizada por el Estado para que las empresas y los consumidores tengan acceso a una información completa y gratuita, eliminando las barreras de entrada o salida al mercado, etc., entre otras actuaciones para crear una transición hacia el mercado de competencia perfecta; si bien debe decirse que muchos sectores no reúnen estas condiciones, puesto que son muy restrictivas y, algunas de ellas, no llegan a darse en la realidad (De Paz, 2005).

Corriente de izquierda

Por otro lado, la corriente pluralista de izquierda defiende como medidas para reconstruir el Estado de Bienestar: la descentralización de poderes y la participación de los ciudadanos, incentivando la cooperación, pero, incluso, con cierto grado de lógica mercantil o ampliación del espacio mercantil de los servicios sociales.

Fundamentalmente, en él se destaca el auge del tercer sector voluntario -aunque sus raíces históricas vienen de muy atrás-, ya que, a pesar de su poca financiación estatal, ha venido a paliar los efectos nocivos de la crisis económica de los Estados de Bienestar, suministrando bienes y servicios sociales de bienestar a la población menos favorecida. Frente a la corriente de derecha, ésta de izquierda pretende favorecer más la participación de la sociedad civil.

Podría decirse que el enfoque pluralista, así como las diversas formas en que éste se concreta en los diferentes modelos de bienestar, ha sido escasamente incorporado a las teorías del Estado de Bienestar, pero, en la práctica encontramos formas extendidas de regulación y de prestación social pública, de sociedades anónimas y organizaciones no lucrativas que ofrecen servicios de bienestar, así como de redes de solidaridad y asistencias informales⁵³. Por todo ello, podría decirse que estamos ante un enfoque más práctico que teórico, sobre el cual se hace necesario reflexionar y teorizar.

Estas dos corrientes pluralistas se justifican:

a) por el lado de la derecha, como la necesidad de impulsar una gestión privada-lucrativa de los intereses públicos, con cierta financiación y regulación pública, que tienda a una privatización de la gestión del bienestar, incluyendo las versiones comunitaristas

⁵³ Las cuales se ordenan en torno a las relaciones familiares, de amistad y vecindad.

conservadoras de la sociedad civil, de vuelta a la familia y a las redes informales como medio de satisfacción de las necesidades; y,

b) por el lado de la izquierda, como la necesidad de crear un modelo de provisión y gestión pública, con importantes garantías del Estado, pero con mayores márgenes de descentralización y participación social, lo que vendría a conformar la socialización de la gestión del bienestar (Espadas, 2006).

No en vano, ya desde la opción pluralista de izquierda se proponía la reestructuración participativa del Estado de Bienestar acorde con la democracia radical y las democracias participativas, mientras que la alternativa pluralista desde la derecha, tal y como hemos recogido, señala que no es exacto hablar de reestructuración sino de cambio de modelo, es decir, hacia el modelo Pluralista (Welfare mix) o de la Sociedad del bienestar, funcional al neoliberalismo y como requisito previo para la consolidación de éste.

Tal y como hemos comentado, los Estados de Bienestar han sido siempre pluralistas, en razón de que los proveedores de bienestar han sido múltiples, ya que en ello han participado diferentes agentes socioeconómicos privados (Johnson, 1990:16). No obstante, la discusión sobre la idoneidad del grado de participación de cada uno de ellos no terminará porque los Estados de Bienestar van cambiando según el contexto temporal y espacial, debido a factores históricos, culturales, políticos e ideológicos, entre otros criterios⁵⁴.

Como venimos comentando, y en concordancia con Gomá y Brugué, en Sarasa (1996), la opción pluralista, en sí misma, no ofrece una solución única a los problemas del moderno Estado de Bienestar, sino que puede dar lugar a distintas soluciones según el tipo de relación que se establezca entre los agentes públicos y privados.

En efecto, en la reestructuración del Estado de Bienestar, los países de tradición más socialdemócrata han experimentado una adecuación a la nueva realidad del Estado de Bienestar, mientras que aquellos países que han dado un giro hacia ideologías más liberales, han introducido grandes recortes en las prestaciones que el Estado de Bienestar anteriormente proporcionaba, argumentando que éste no es funcional para el crecimiento de la economía, que no fomenta ni ahorro ni inversión, y que desincentiva a la población frente al trabajo (Paramio, 1998).

Sin embargo, no es ni será posible la desaparición del Estado de Bienestar, ya que la cultura de los derechos sociales y la seguridad económica está fuertemente enraizada, por lo que no es posible aplicar medidas radicales, ni una reducción brutal de los derechos sociales. Por tanto, el consenso debe centrarse en desarrollar y profundizar el carácter reformador del Estado de Bienestar como instrumento de bienestar social, eficiencia económica y desarrollo democrático. Por tanto, el Estado de Bienestar y la reforma social, en un sentido amplio, son garantía para el desarrollo de una sociedad civilizada y abierta (Rodríguez, 1996).

Sin embargo, como venimos apuntando, podemos estar asistiendo a una reforma del Estado del Bienestar desde dos posicionamientos bien distintos, desde corrientes de izquierda y de derecha. Para Uroz (2010), por un lado, podríamos asistir a un desmantelamiento o desestructuración de lo que hemos conocido como Estado de Bienestar, dando paso a un modelo más liberal, en el que el intervencionismo de éste sea mínimo y en el cual los ciudadanos deban asumir la responsabilidad de asegurar su propio bienestar, como viene ocurriendo en los países anglosajones, tales como: Gran Bretaña y Estados Unidos; en Japón; o en los países conservadores, como Francia y Alemania.

⁵⁴ Este diferente grado de participación e importancia de los distintos agentes, económicos y sociales, en los modelos de Estados de Bienestar europeo quedó recogido en el capítulo II, cuando se caracterizó cada uno de ellos.

Mientras que, por otro lado, se propone la progresiva instauración de la Sociedad del Bienestar, en el sentido de que la aportación de bienestar social no debe ser un asunto exclusivo del Estado, puesto que no es el único agente en proveer bienestar a la población, no es el único con poder para gestionar, fomentar y proporcionar bienestar a los ciudadanos, sino que la sociedad civil debe implicarse más (a través del Tercer Sector voluntario, mercado capitalista, de la economía social y del sector informal: la familia, etc.).

Sin embargo, esta mayor implicación de los actores económicos y sociales, frente al enfoque pluralista de derecha, no debe ser vista como una vocación de sustitución de la provisión pública, sino, más bien, para complementar las tareas del Estado, llegando donde éste no llega, recortando, por tanto, su protagonismo (Uroz, 2010).

Por consiguiente, desde nuestro punto de vista, y desde el enfoque más de izquierda, el Estado no debe perder peso absoluto, sino peso relativo, respecto a otros agentes; el Estado debería de adecuarse a las exigencias de la globalización y alcanzar una democratización de las diferentes relaciones sociales a todos los niveles: local, regional, estatal, supraestatal y mundial, con objeto de mejorar las condiciones materiales de existencia a nivel global.

Este enfoque plantea un *reemplazamiento parcial de los servicios oficiales existentes, dando lugar a un sistema mixto en el que el Estado sería menos dominante de lo que es actualmente* (Jonhson, 1990). Por ello, la racionalidad de la presencia pública en cuestiones de bienestar pasa necesariamente por la redefinición del papel del Estado, de la Familia y de la Sociedad, en general, en la satisfacción de las necesidades vinculadas al bienestar de los ciudadanos.

Esta corriente alternativa defiende la necesaria participación de los ciudadanos en la concreción de la política social aplicada a nivel local, de ahí recibe el nombre de *pluralismo del bienestar* (Garcés, 1996). En efecto, para Ken Judge (Rodríguez Cabrero, 1992) lo que este enfoque pretende es definir un marco institucional para la actuación diferenciada de los diferentes sectores (público, privado, voluntario e informal) en la producción del bienestar social, permitiendo así una cooperación entre las diferentes formas de protección bajo criterios de libertad, eficiencia y efectividad.

Ello va a suponer la privatización de la provisión de ciertos servicios, una mayor diversificación de la oferta estatal y un nuevo estilo profesional de intervención cuyas características serán la descentralización, delegación de recursos y poder, innovación y coste-efectividad. Sin embargo, en este enfoque no se contempla el abandono de responsabilidades por parte del Estado, sino su necesaria adecuación institucional a la sociedad civil y el mercado.

En definitiva, podemos decir que en la producción de bienestar todos los agentes son importantes, no se trata de que el Estado sea menos importante, sino que, en estas nuevas formas de intervención estatal, disminuye, de forma relativa, respecto a otros agentes, su intervención directa en la gestión de los servicios y prestaciones; ya sea porque, por un lado, se transfiere poder a otras autoridades de la administración pública, como son: las regiones (caso de las Comunidades Autónomas españolas) o los Municipios (administraciones locales); o porque el Estado transfiere parte de su responsabilidad a la acción del sector comercial (mercado capitalista y economía social), al Tercer Sector y al sector informal: la Familia⁵⁵.

⁵⁵ En el último gran apartado del presente capítulo se analiza el papel de cada uno de los agentes en el Estado de bienestar, según el enfoque pluralista, entendido éste desde posiciones más de izquierda.

Como resumen y conclusión del presente epígrafe, en el siguiente cuadro se recogen las principales características que venimos comentando, y que diferencian y, a su vez, unen, a las corrientes de izquierda y de derecha, integradas dentro del denominado como enfoque pluralista del Estado del Bienestar.

Tabla III.3.5. Características del pluralismo del Estado del Bienestar según las corrientes de derecha e izquierda.

Características	Corriente izquierda	Corriente derecha
Crisis Estado del Bienestar	Se asume la necesidad de hacer cambios en el Estado de Bienestar	
Inicios del enfoque teórico	Finales de los 70-década de los 80	
Tipo de enfoque	Más práctico que teórico	
Participación de agentes	Múltiple (división de la provisión de bienestar social) Enfoque de reestructuración desde abajo	
Cambios propuestos	Reestructuración	Adaptación
Papel del Estado	Pérdida de peso relativo (sigue siendo máximo responsable)	Pérdida de peso absoluto (responsabilidad compartida)
Papel de otros agentes	Complementan al Estado	Sustituyen al Estado
Procesos, actuaciones	Descentralización poderes, participación ciudadana y cooperación	Privatización (incremento niveles competencia)
Agentes que incrementan importancia	Administración regional y local, Economía Social de mercado y Economía Social de no mercado (Tercer Sector)	Mercado capitalista, familia y otras redes informales

Fuente: elaboración propia.

Por tanto, puede decirse que desde la perspectiva pluralista más conservadora la sobrecarga estatal podría ser aliviada a través de la transferencia de servicios hacia el sector comercial, reduciéndose así el gasto público y, favoreciendo la confianza y competencia; mientras que, desde la izquierda (Avila, et al., 2001), esa reforma del Estado del bienestar, bajo el enfoque pluralista, se sustenta en la descentralización y la participación social, tal y como se desarrolla en el siguiente epígrafe.

Por último, resaltar cómo el pluralismo de bienestar presenta diversas matizaciones, en función a su visión político-ideológica. Así, algunos ideólogos destacan la evolución desde el estatismo al pluralismo, otros destacan el pluralismo de bienestar como la pluralidad de agencias en la provisión del mismo y no faltan quienes se centran en la difuminación entre los límites de lo público y lo privado (Martín Castro, 2010); lo cierto es que, en general, es concebido como una tercera vía cercana a la social-democracia, en todo caso, entre el socialismo real y el capitalismo neo-liberal, conservando el diseño, regulación y financiación en el Estado.

III.4.2 Reformismo crítico

El origen de estas teorías se halla en las reformulaciones del neomarxismo o su radical revisión, a partir de la importancia de los movimientos sociales y el debate sobre las necesidades sociales (Rodríguez, 1992). De tal forma, que el reformismo crítico plantea la

reforma del Estado de Bienestar a partir de aspectos tales como: la crítica feminista, la crítica de la planificación de necesidades y la crítica estatal.

La crítica desde la corriente feminista plantea el problema de la subordinación de la mujer en las políticas de reproducción del Estado, así como la importancia de las necesidades individuales en la concepción de los objetivos del bienestar social. No obstante, éste no es el único planteamiento en este debate, ya que encontramos argumentos que van desde aquéllos que unen la emancipación general de la sociedad con la independencia de la mujer, hasta otros que proponen estrategias de reforma sobre la real igualdad de derechos entre hombre y mujer, así como, la importancia del Estado de Bienestar en el logro de ese objetivo.

La crítica a la planificación de las necesidades sostiene que la planificación centralizada desarrolla una política social instrumental a los problemas del crecimiento económico, separada y subordinada a la política económica que legitima el *statu quo*⁵⁶. La alternativa de una política social estructural debe fundarse en la unidad de la economía y de la política social, en la planificación social abierta y en valores socialistas, así como en la adopción de un modelo de planificación estructural (socialismo descentralizado).

Por su parte, la crítica estatista trata de diferenciar los aspectos defendibles del Estado de Bienestar (posiciones del reformismo estatista) de los rechazables (concepciones marxistas ortodoxas).

En definitiva, todos estos enfoques, o aspectos, del reformismo crítico buscan combinar un socialismo realista a nivel territorial o local con cierta planificación general y con elementos progresistas de la economía mixta o pluralista del bienestar y del corporativismo. Por ello, plantea un tercer camino que, bajo los aspectos fundamentales del Estado de Bienestar, incorpore una sociedad civil de grupos y movimientos sociales.

Si bien, estos dos enfoques teóricos, pluralismo y reforma crítica, no cuestionan tanto el papel del Estado, sí cuestionan, al máximo, las insuficiencias de otras alternativas de protección social (caso del enfoque pluralista) o la incapacidad del Estado de Bienestar para captar a los nuevos movimientos de emancipación social (caso del enfoque del reformismo crítico).

El pluralismo no evalúa debidamente los resultados de las estrategias privatizadoras y, las formas de dualización que puede adoptar el Estado de Bienestar, así como, tampoco identifica qué necesidades y grupos sociales son objeto de sus planteamientos; en cambio, el reformismo crítico lo hace, enumera las deficiencias estructurales del Estado de Bienestar (su carácter patriarcal), la dinámica centralizadora de la política social o su incapacidad para captar las nuevas necesidades materiales y culturales.

Por último, el reformismo crítico, adolece de límites prácticos, en cuanto no relaciona la reforma con los cambios en la estructura social, ni valora con suficiencia las potencialidades de la sociedad, ni a los nuevos movimientos sociales a las que, tampoco, da respuesta.

Por todo, dicho Estado no ha sido radicalmente rechazado, sino que está redimensionando sus objetivos y modos de intervención, debido a exigencias sociodemográficas y económicas, bajo el enfoque teórico de una gestión pluralista (Rodríguez Cabrera, 1992). Al

⁵⁶ Para autores como Friedman (1984), los fallos del mercado dieron lugar a la intervención del Estado (dada las externalidades y dinamismo del mercado capitalista), lo que a su vez, produjo los fallos del Gobierno; para Friedman, los fallos del Estado son el resultado de las tiranías de las masas beneficiarias del Estado de Bienestar, de los políticos y de la burocracia, conforme a su obra: *la triple tiranía del statu quo*.

mismo tiempo, está adecuando los valores de ayer a los de hoy: centralidad del individuo, participación y descentralización que sintetizan en parte el surgimiento de la sociedad civil.

Por tanto, podemos decir, siguiendo a Cruz Roche *et al* (1985), que en la actualidad el Estado de Bienestar se encuentra en un proceso de redefinición de sus modos de intervención en función de la eficiencia, participación y diversificación de la oferta. De tal forma que, cuando no se cuestione la extensión democrática de los derechos sociales en el Estado de Bienestar, el debate deberá centrarse en definir el campo de lo individual y social, sobre todo, en aquellas sociedades donde la intervención estatal es necesaria como medio de regulación de la acción colectiva.

Una vez planteadas las principales corrientes, desde abajo, que surgen para hacer frente a la crisis del Estado de bienestar de los años 80, concluimos el presente capítulo profundizando en la corriente pluralista desde la izquierda, haciendo especial referencia al papel complementario que pueden jugar los diferentes agentes, económicos y sociales, a la hora de gestionar el Estado del Bienestar.

III.5 ESTADO DE BIENESTAR PLURALISTA DESDE LA IZQUIERDA: DESCENTRALIZACIÓN, PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y GOBERNANZA

La participación ciudadana en las políticas públicas es considerada como un mecanismo que viene a resolver déficits en el Estado de Bienestar. La implicación en la formulación y provisión de servicios públicos a cargo de organizaciones de la sociedad civil se inserta, tal y como hemos expuesto anteriormente, en una corriente de revisión y reforma de la estructura y rol del Estado de Bienestar tradicional a partir de consolidarse su crisis (Esping-Andersen, 1993 y 2000; Pierson, 1991; Subirats y Gomá, 2000).

En respuesta a la crisis del Estado de Bienestar y a los problemas concretos que esta crisis comenzaba a dejar en términos de exclusión social, muchos gobiernos de países con sistemas capitalistas comenzaron a reformular el alcance del Estado, así como buena parte de sus roles clásicos, en un contexto de reducción y control del gasto que buscaba, como primer objetivo reducir el déficit fiscal (Gough, 1983; Pierson, 1991).

A su vez, comenzaron a recorrer el camino del pluralismo de bienestar, el cual, como hemos visto, definía nuevas formas de organización social en el Estado de Bienestar. Ello implicaría las transformaciones en la definición del rol del Estado en la economía y la sociedad; en segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, una modificación en la estructura organizativa y administrativa del Estado (procesos de descentralización), y en tercer lugar, cambios en la lógica de gestión del Estado, conforme señala Rossel (2006), surgiendo, de esta forma, el concepto de gobernanza.

III.5.1. El rol del Estado de Bienestar

Tal y como hemos visto, una de las ideas principales que apuntó el diagnóstico de crisis fue la insuficiencia del Estado, tanto institucional como económica, para garantizar el bienestar mínimo de los ciudadanos. Lo cual dio lugar al impulso de reducción del gasto y repliegue del Estado en la provisión de servicios, incrementando el rol de otros actores –como el sector privado o el sector voluntario- para desempeñar tareas antes desarrolladas por el sector público (Grindle, 1997; Pierson, 1995).

Esta nueva forma de entender el Estado generaron nuevas corrientes privatizadoras en países como Gran Bretaña, Nueva Zelanda o Estados Unidos (Gough, 1983; Pierson, 1995); que luego dieron lugar a propuestas sobre modelos diversos de combinaciones y mixes entre el sector público y el sector privado (Esping-Andersen, 1990), incorporando más tarde

al sector voluntario y al sector informal como prestadores de servicios públicos (Salamon y Anheier, 1998).

En este contexto se promueve la implicación del tejido asociativo en la implementación de las políticas públicas, instalando el debate sobre los modelos de co-gestión de servicios públicos, principalmente en el área social. De ahí, nace el planteamiento de que el Estado no debe ser el único financiador de las políticas sino sólo uno entre varios aportantes (Hood y Dunleavy, en Rossel, 2008). Esto hace ir en busca de la cofinanciación de otros sectores que colaboran con el Estado en la prestación de servicios, aunque en otros (en el caso privatización pura) proviene de los propios beneficiarios de los servicios (Salamon, 1989).

Precisamente, este cambio en la financiación ha sido fuertemente criticado en la medida de que puede dejar desprotegida a la población que no tenga ingresos para acceder a los servicios. En este contexto de reducción del gasto se plantea que el Estado debe concentrarse en la atención de estos grupos más desfavorecidos y focalizar sus políticas, pasando de una estructura universalista en la prestación de servicios a una estructura que atienda de forma diferencial a aquellos grupos que son diferentes, sobre todo, a los sectores más vulnerables.

Esto permite al Estado liberar la sobrecarga de demandas de su formato tradicional, atendiendo no ya a las clases medias, sino atendiendo a los más necesitados, que en general, son los grupos que habían quedado fuera de las redes de protección social del anterior modelo. En este sentido la reducción del rol del Estado y la focalización se articulan en el proceso de transformación del Estado tradicional con la descentralización de las políticas públicas y la devolución de la participación ciudadana en los procesos de decisorios de las políticas.

III.5.2. Organización y administración del Estado de Bienestar

A partir de la diversidad de los modelos de Estados de Bienestar se ha intensificado su naturaleza mixta de producción de bienestar en base a la combinación de descentralización estatal, creciente presencia de las empresas capitalistas y cooperación activa del tercer sector (voluntario y economía social de mercado). No en vano, lo nuevo del Estado de Bienestar es su reformulación, orientada a una creciente y complementaria responsabilidad estatal, solidaridad social y responsabilidad individual⁵⁷.

De ahí, el Estado de Bienestar tradicional pasa de cierto centralismo, en busca del bienestar, a la descentralización y desarrollo de la participación ciudadana, donde se multiplican los centros de poder que dirigen, coordinan y asumen responsabilidades. Así, como señala Adelantado (2000), estos cambios en los objetivos y contenidos del Estado de Bienestar han dado lugar a nuevos modos de gestión emergentes que articulan sistemas complejos, como es el caso de la gestión de la dependencia.

En este sentido, Rodríguez (2002) describe que en la reforma del Estado han sido tres los procesos que han contribuido al cambio de las formas tradicionales de intervención del Estado de Bienestar: la *descentralización*, el *auge del tercer sector voluntario*, y la *privatización selectiva* (o gestión de recursos públicos a través de la empresa lucrativa), los dos procesos últimos serán abordados más adelante, en cuanto se caracterice el papel que asume cada uno de los agentes privados.

Aunque cabe indicar aquí que, tanto la descentralización, como el protagonismo creciente del tercer sector voluntario, han contribuido a la *extensión del Estado*. Por ello, el Estado ha

⁵⁷ Esta reestructuración, orientada hacia una provisión mixta de bienestar social queda recogida y contrastada en la segunda parte de la presente investigación para el caso de la provisión del riesgo social de la dependencia.

diluido su implicación directa como Estado central en la gestión de servicios y prestaciones para dar cabida a *nuevos poderes territoriales*: locales y regionales, y, al tercer sector voluntario. Mientras que en el proceso de la privatización selectiva, el Estado ha transferido parte de su *responsabilidad a la labor mercantil* (sector comercial).

La descentralización estatal

Quienes han llevado adelante el proceso de descentralización critican el modelo centralista porque tiende a tomar decisiones con poca o nula información sobre las necesidades de las unidades locales y regionales, aplicando soluciones homogéneas y universalistas a realidades heterogéneas, generando, de esta forma, una creciente ineficiencia en el uso de los recursos y una baja eficacia en lo que respecta al logro de los objetivos que se había planteado.

No en vano, el traspaso de las decisiones de políticas a ámbitos regionales o locales podría dar solución a estos problemas, en la medida que estas unidades tendrían mayor información sobre las necesidades y especialidades locales (Franco, 1995). Desde esta perspectiva, las instituciones descentralizadas son más efectivas y eficientes, están más conectadas a las necesidades y demandas de la ciudadanía y, además, tienen mayor capacidad de innovar y facilitar la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones; por tanto, la descentralización, permite ejercer una mayor y mejor control sobre el aparato del Estado (Castell, 2001).

Lo cierto es que, tras un largo y complejo proceso de cambio en los Estados de Bienestar, casi todos ellos se han descentralizado, transfiriendo parte de su responsabilidad a regiones y entes locales, como respuesta: *primero*, a las críticas ciudadanas frente a los efectos negativos de la centralización sobre la participación social y en la definición y planteamientos de las políticas sociales; y, *segundo*: porque ella, ha dado respuesta a las demandas de los nuevos poderes territoriales para dar contenido a las políticas de tipo local, es decir, a los municipios (Rodríguez, 2002).

Esta descentralización ha generado dos efectos: a) por un lado, que las políticas sociales, y la gestión de los servicios, se *aceran* al ciudadano; y b) por otro lado, al ciudadano se le *diferencia* en la materialización de sus derechos sociales en dos aspectos: cuando es sometido a nuevas formas de control de la acción pública y de la calidad de los servicios y cuando en la materialización de los derechos sociales se genera grandes problemas de desigualdad en los contenidos de los derechos y de coordinación institucional.

Frente a ello, las nuevas tendencias en la reestructuración del modelo dan nuevo protagonismo a los gobiernos territoriales, a la empresa lucrativa (privatización de los servicios públicos en manos de la empresa privada) y a la sociedad civil, familia y entidades sociales, con el fin de garantizar financieramente la materialización de los derechos sociales, interviniendo en la gestión sólo allí donde la naturaleza del servicio lo requiera.

Lo cierto es que, la transferencia de competencias a los poderes territoriales del Estado de Bienestar, a través de la descentralización, ha dado lugar a una cierta especialización o división del trabajo entre el gobierno central (como regulador, financiador, etc.) y los gobiernos territoriales o regionales (en su calidad de gestores de las políticas de servicios sociales y prestaciones asistenciales).

Transformaciones en la gestión del Estado de Bienestar

El último grupo de transformaciones refiere los cambios en mejorar la eficiencia y eficacia del Estado, dentro de la lógica de funcionamiento y gestión, con el fin de superar los déficit del modelo burocrático tradicional, expresado en el exceso de jerarquías claramente

delimitadas, entre otros⁵⁸. Por ello, las nuevas transformaciones del Estado desarrollaron estructuras organizativas más flexibles y dinámicas, más abiertas a la contingencia y la creatividad en el momento de solucionar problemas (Rossel, 2008; Mayntz, 1985).

Para ello, como indica Ramió (2001), se tomaron en cuenta los planteamientos de la *corriente empresarial*, con el objetivo de construir y reforzar la capacidad administrativa de la Administración Pública, incorporando en el Estado nuevas formas de gerencia y administración, básicamente provenientes del sector privado, destinadas a: a) sanear las finanzas públicas; b) reducir las estructuras burocráticas; c) buscar la eficiencia económica del Estado; y d) crear mercados capitalistas en los servicios públicos

Sin embargo, a pesar de que el desarrollo de estas nuevas formas de gerencia y administración han dado lugar a nuevos modelos administrativos, y al sustento del proceso de reforma del Estado, con el paso del tiempo, aplicándose los principios de la corriente empresarial, en realidades territoriales diferentes, ha generado fuertes críticas y cuestionamientos (Narbondy y Ramos, 2001; Ramió, 2001). Esta cuestión será tratada más adelante, cuando exponamos las ventajas e inconvenientes de tipo de empresas como agentes del Estado del Bienestar.

En consecuencia, podemos decir que las nuevas transformaciones del Estado han dado paso a las *empresas lucrativas* en las políticas sociales, bien como: a) *gestoras* de servicios públicos a través de contratos, cesiones y conciertos, obviamente, en competencia creciente con las instituciones del tercer sector –sector voluntario y economía social de mercado–; y, b) mediante una *oferta propia* de servicios que se presentan de manera complementaria y/o sustitutiva de los servicios estatales para los grupos sociales de mayores ingresos (Rodríguez, 2002).

Por tanto, en base al sistema mixto de producción de bienestar, tenemos nuevos agentes institucionales y sociales: las regiones y municipios, las entidades no lucrativas o del sector voluntario, las empresas capitalistas y de economía social, así como a los movimientos sociales. Todo ello ha venido a constituir nuevas formas de regulación y gestión del bienestar, posfordistas, en los diferentes modelos de bienestar social (Boyer, 2000), haciendo más compleja la regulación de las instituciones en la materialización de los derechos sociales iguales.

Aunque los nuevos sistemas mixtos de producción de bienestar impliquen una nueva dinámica económica del capitalismo globalizado, no obstante, el sistema mixto actúan en contextos nacionales (los Estados de Bienestar nacionales) que obligan a la negociación política, buscando las formas concretas de adaptación y de cambio. La importancia del pacto social es un ejemplo claro de la capacidad adaptativa de las instituciones públicas de bienestar (Rodríguez, 2002).

Por tanto, estamos, en expresión de Rhodes, ante el *corporativismo competitivo*, sustentado en que los gobiernos han perdido su poder para expandir los gastos sociales, debido a la incapacidad de sostener déficits públicos altísimos, pero continúan teniendo un papel central en el Estado de bienestar y los sistemas de empleo. Ello hace que la reforma adaptativa del Estado sea relativa y negociada a los constreñimientos de las fuerzas sociales y electorales y, a los requerimientos de la eficiencia productiva.

Asimismo, se pone de manifiesto que la globalización y las transformaciones económicas y tecnológicas, han provocado una reestructuración institucional del Estado de bienestar que

⁵⁸ Así como la configuración de una verticalidad en los procesos organizativos y de toma de decisiones, la excesiva división y especialización del trabajo, y las reglas y procedimientos administrativos que regulan el trabajo (de forma perversa).

han repercutido en sus objetivos y en sus formas de provisión; lo cual se refleja en el debilitamiento de la intensidad protectora, debilitamiento del universalismo y auge del privatismo. Pero, también el Estado de bienestar por su propia posición institucional ha condicionado nuevas fuerzas productivas en los distintos estados.

Por otro lado, tras el largo y complejo proceso de cambios económicos, tecnológicos, institucionales e ideológicos, los Estados de bienestar han hecho desaparecer relativamente el universalismo protector, para remodelar los modos de gestión tradicional en sistemas mixtos, más descentralizados, más privatizados y abiertos a la colaboración institucional con el sector social o voluntario y/o de la sociedad civil en general.

No en vano, son muchas y muy diversas las perspectivas que abogan por el reconocimiento de un nuevo papel de mayor responsabilidad de la sociedad civil, dada su reconocida importancia, como agente, en la provisión del bienestar, lo que supone ampliación del papel de los ciudadanos y de sus organizaciones. Como tal, la participación ciudadana ha ascendido mostrando sus potencialidades y limitaciones, aboga por modelos de intervención social transformadores que supongan la reinención participativa del Estado de Bienestar.

Desarrollo de la participación ciudadana en el pluralismo de bienestar

La participación ciudadana en el contexto del Estado de Bienestar pluralista se instaura como uno de los pilares sobre los que se sostendrían las posibles estrategias para democratizar la esfera pública y extenderla más allá del propio Estado. La participación ciudadana hace referencia a prácticas que se desarrollan en relación con la administración pública, excluyendo a la participación política indirecta (voto), la militancia en partidos políticos o la participación personal en órganos de representación o gobierno.

No todos los intereses se integran en el sistema de partidos políticos de la democracia representativa, de tal forma que la participación ciudadana es necesaria, si bien no se plantea como una alternativa a la democracia representativa sino como un complemento del mismo (Cunill, 1991).

La participación ciudadana no tiene como finalidad solucionar la crisis de los actuales sistemas de representación (como la baja participación electoral), sino que viene a complementar estos mecanismos para ampliar y fortalecer el sistema democrático. En este sentido, como afirma Espadas (2006), a pesar de que la participación ciudadana no garantiza ampliar la representación social en los asuntos públicos, ésta puede impulsar acciones sociales.

Según Cunill (1991), la participación ciudadana puede hacer en dos sentidos: a) como modo de control sobre la administración pública y b) como medio de transmisión de las necesidades sociales a la administración y de mecanismo de colaboración en la satisfacción de éstas. De ahí que los individuos *toman parte* en los asuntos públicos, tanto como ciudadanos y actores políticos, como portadores de intereses sociales o colectivos.

Por tanto, la participación ciudadana va más allá de la mera representación, que actualmente supone la inclusión en un consejo consultivo a miembros de determinadas entidades; en tanto, se refiere a articular formas de relación estables, decisorias, con objetivos claros, sobre concepciones integrales que interrelacionen todas las dimensiones que inciden en los procesos que tienen lugar en el ámbito concreto de que se trate, adecuando las estructuras administrativas necesarias, y teniendo como sustrato un compromiso de implicación real y compartido por políticos, técnicos y ciudadanos (Espadas, 2006).

Asimismo, para que la iniciativa social pueda democratizar la esfera estatal, es necesario según Cunill (1991): *reinventarla como participación política;...hacer de la esfera pública un espacio real y efectivamente público*. Para ello se deberá:

a) Incluir y tener en cuenta a la los grupos excluidos, creando estructuras de oportunidades, dotándoles de medios institucionales para su reconocimiento y representación.

b) Ir más allá de los intereses particulares. La participación ciudadana debería, a través de organizaciones que no buscan la distribución de ventajas, desarrollar una política de influencia sobre el sistema político para modificar determinadas situaciones.

c) Incluir en la agenda pública asuntos de interés general, que no son tratados por los partidos políticos. Y, por último,

d) Incorporar a la sociedad a las experiencias desarrolladas mediante metodologías participativas.

Finalmente, sólo desde esta perspectiva, conforme señala Villasante (1995), la participación ciudadana se viene a configurar como cauce de redefinición de las relaciones Estado-Ciudadanos en el campo de la intervención social, en el sentido de ensanchamiento de los límites de un espacio público y común a ambos sectores, que abre puertas al establecimiento de estrategias conjuntas y de *conjuntos de acción* en línea de la democracia participativa.

Gobernanza y políticas de redes como ejes de colaboración entre el Estado y la sociedad civil

La gobernanza es una forma de gobernar que considera fundamentalmente la articulación del Estado con otros actores o, tal y como recoge De Paz (2008), con el *tercer elemento a considerar en la gobernanza mundial: los movimientos sociales, las ONGs, las redes de la sociedad civil más o menos organizadas que interactúan a nivel público, privado o mixto, a nivel local o nacional y global al mismo tiempo*. Esta necesidad surge, precisamente, por la insuficiencia del Estado para resolver los problemas de la sociedad.

Según Mayntz (2001), la gobernanza moderna es *una forma de gobernar más cooperativa (...). Allí donde se desarrollan redes de políticas, el gobierno deja de ser el centro director de la sociedad*. Para dicha autora, la gobernanza implica que los actores corporativos privados cumplen funciones reguladoras, que, en definitiva, son de interés público.

Desde esta perspectiva, la gobernanza es un mecanismo de autorregulación de la sociedad. No obstante, el Estado sigue teniendo un cierto control sobre la misma, ya que si la autorregulación deviene en ineficaz, éste puede intervenir.

La gobernanza es entendida en dos niveles diferentes, por un lado: referida a la forma de implementación y de gestión de las políticas públicas; y por otro lado, a la forma misma de gobernar, al proceso de toma de decisiones políticas y de negociación de prioridades. Ambos casos tienen, al igual que las ideas pluralistas, una crítica a la centralidad del papel del Estado que, en el primer caso se materializa con la provisión de los servicios por parte de éste; y en el segundo caso, con la apertura de los procesos de toma de decisiones a múltiples actores (Espadas, 2006).

Siguiendo a Narbondo y Ramos (2001), el primer eje de colaboración entre el Estado y la sociedad civil lo constituye la conducción del mercado capitalista, que pone un fuerte énfasis en el control de la gestión por resultados –en lugar del control por los inputs-, imponiendo

nuevos criterios de organización del personal, provenientes del ámbito gerencial privado, centrado la evaluación en el rendimiento y resultados.

En el segundo eje, se refleja el objetivo central de un modelo de conducción de redes o forma específica de conducción de la sociedad, basada en el intercambio, negociación y coordinación entre diferentes actores⁵⁹.

Según el análisis que plantea Santos (2005), podría decirse que se ha dado una sustitución importante de interés político, ya que con la crisis del Estado de Bienestar la preocupación central era la reforma social, la cual es sustituida por la preocupación por la reforma del *Estado y la gobernabilidad*. De tal forma que, la fuerza del Estado está ahora en someter todas las interdependencias de los múltiples actores sociales a la lógica mercantil, algo que el Mercado no podía hacer por sí sólo. Desde este marco toman fuerza, sentido y tremenda utilidad las teorías de la gobernanza.

Siguiendo a Graña (2005), la gobernanza sugiere una toma de decisiones colectivas basada en una amplia inclusión de actores afectados por las mismas, junto a una necesaria coordinación de éstos en pos de un mínimo de eficacia, en la que el Estado pierde su antigua hegemonía y debe coparticipar en la gestión del poder junto a otros actores y decisores: banqueros, empresarios, sindicatos, colectivos ciudadanos y organizaciones no gubernamentales de diversa índole.

No obstante, los presupuestos de profundización democrática en los que se basa (menor jerarquía, mayor participación, cooperación de múltiples decisores, obligación de rendición de cuentas) no consideran el poder desigual de los actores, ni tampoco sus asimetrías de influencia en la toma de decisiones (Graña, 2005). Asimismo, en muchos casos, el reparto de responsabilidades entre el Estado y las organizaciones miembros de la red es confuso y no siempre delimita con claridad los diferentes espacios en los que cada actor va adquirir roles protagonistas (Narbondy y Ramos, 2001)⁶⁰.

Sin embargo, hay una serie de competencias del Estado, sobre asuntos de interés general y estratégico, que no pueden ser dejadas a los acuerdos de intereses privados, corporativos o sectoriales (Graña, 2005); siendo imprescindible, como señala Espadas (2006), empezar porque el centro de gravedad se desplace en otra dirección, es decir, la esfera pública se amplíe a través de la *publicación* y la democratización del Estado.

Por otro lado, debe decirse que la participación y la gobernanza, como señala Villasante (2002), requiere de una ciudadanía activa, que se crea y se re-crea en el hecho mismo de participar. De esta forma, renovando las concepciones de ciudadanía activa, se puede ir consolidando experiencias de intervención social en la línea de las democracias participativas que fortalezca un *Tercer Sistema*, lo que se conoce como Tercer Sector. *...que propone construir otro sistema de valores civilizatorios que no son los dominantes ni en las lógicas del mercado actuales ni en las de los estados de tipo redistribuidor realmente existentes.*

En este sentido podemos decir, que además del tercer sector, si bien puede contribuir en lo que respecta a crear alternativas a la burocracia y a la mercantilización del bienestar,

⁵⁹ Los autores Narbondy y Ramos, encuentran que la diferencia sustancial del modelo de conducción del mercado capitalista con el modelo de conducción de redes reside, en que ambos parten de la insuficiencia del Estado para el desarrollo e implementación de las políticas; el primero entiende que el traspaso de funciones y recursos debe hacerse desde el Estado a las empresas privadas, mientras para el segundo, el traspaso debe de hacerse también a organizaciones con y sin fines de lucro, cuyo objetivo es la búsqueda de consensos en la red.

⁶⁰ En igual sentido, los resultados de las investigaciones realizadas por Espadas (2006), confirman que los modernos modelos de gestión pública, no han producido siempre los resultados esperados, sobre todo en el ámbito de los servicios sociales, especialmente respecto a la coordinación, optimización de recursos y participación del tercer sector en la toma de decisiones.

también pueden intervenir otros agentes sociales y económicos, tales como: el sector informal; el sector mercantil; siempre y cuando asuman condiciones profundas que se manifiestan en la manera de desarrollar la participación, puesto que, todos los actores económicos y sociales son importantes a la hora de complementar el papel del Estado.

Finalmente, y por todo, podemos decir que, en el Estado de Bienestar Participativo, el enfoque pluralista destaca el papel que pueden aportar, tanto: el tercer sector voluntario; el sector informal y el sector comercial en la producción de bienestar. El mismo Titmuss (1981) lo reconoce de esta manera, comentando que lo hicieron en el pasado (con y sin Estado de Bienestar), lo hacen ahora y, sobre todo, lo harán de forma mucho más activa en el futuro.

En este sentido, a continuación abordaremos, con algún detalle, en qué medida tanto el mercado capitalista, la economía social, el sector voluntario y la familia pueden ser solventes agentes de provisión de bienestar social. Posteriormente, en los siguientes capítulos, se presenta el papel que cada una de estos agentes desarrolla en la provisión y gestión del riesgo social de la dependencia.

III.6 EL PAPEL DE LOS DIFERENTES AGENTES BAJO EL ENFOQUE PLURALISTA

III.6.1. El Estado

Tal y como hemos visto, la reducción del rol del Estado y la focalización tienen su origen en el proceso de transformación del Estado tradicional con la descentralización de las políticas públicas y la puesta en valor de la participación ciudadana en los procesos de decisivos de las políticas. Sin embargo, en paralelo a estos procesos, se observa mayores complejidades en variados aspectos relacionados con el papel de las administraciones públicas en el Estado del bienestar; es ahí, precisamente, donde el Estado adquiere especial importancia.

Así, por ejemplo, tiene la tarea fundamental de promover y fomentar la participación para que la pluralidad de intervenciones sociales quede debidamente integrada y, como producto de esta interconexión, se logre disminuir las desigualdades. En este sentido, Sotelsek (2002) señala que el principal objetivo del Estado sería proveer el mayor número o cantidad de inputs a la ecuación que presenta el Bienestar Social Total para lograr el máximo nivel del mismo.

Desde esta perspectiva, para Rose (1993) el bienestar total de la sociedad (BTS, en adelante) puede ser el medido a través de la suma de la producción de bienestar por parte de los tres sectores: la familia (F), el mercado (M) y el Estado: $BTS = F + M + E$. Pero, a pesar de que la familia, a través de diferentes mecanismos, viene realizando un importante aporte al bienestar social, no resulta fácil medir tal aportación; lo cual no debe significar que no se le tenga en cuenta; todo lo contrario, pues viene prestando ayuda a la sociedad (familiares) en estado de necesidad; por tanto, su aporte es vital⁶¹.

Asimismo, al Estado, bajo el enfoque pluralista participativo de bienestar, le corresponde la tarea de fomentar la participación activa de la sociedad; por ello, el Estado tiene una función importante en la sumatoria total de bienestar, ya que debe cubrir la diferencia entre lo que puede aportar la familia y el mercado y lo que la sociedad necesita para lograr determinadas cuotas de bienestar.

⁶¹ Verbigracia, la atención a los ancianos, a los dependientes, a los hijos en desempleo... (cuestión que trataremos más adelante).

No en vano, como señala Sotelsek (2002), el Estado, dentro de la función del bienestar total social, tiene como objetivo promover una mayor cantidad de inputs a la ecuación, de garantizar la provisión de ciertos bienes (tutelares), como: la educación, la salud, la vivienda, etc., garantizar las rentas a los pensionistas, jubilados y parados, establecer las relaciones entre las instituciones y las personas, garantizar la conservación de los recursos naturales, etc.

Por ello, podemos decir que el papel del Estado sigue siendo central en la gestión pública, es decir, que la Administración viene siendo el principal actor del sector público que realiza sus tareas conforme a estructuras burocráticas regladas y organizadas, sujetos a los principios de jerarquía y coordinación, suministrando servicios y bienes públicos en tanto, que outputs resultantes de las políticas públicas y, en especial, de las políticas sociales.

De ahí, a la intervención pública le corresponde la actuación principal en el ámbito del bienestar social; en este sentido, el Estado asume la potestad de supervisar otras modalidades de hacer frente a las necesidades sociales, ya sea desde: el sector mercantil (que comprende a las empresas lucrativas y a la economía social de mercado), el tercer sector voluntario, y, a través del sector informal. Por ello, el Estado requiere realizar ciertas funciones de ordenación, control y tutela, como elementos esenciales de la intervención pública en el terreno de las necesidades sociales.

Por otro lado, cabe señalar que, teniendo en cuenta los inconvenientes que se plantean en la provisión de servicios de bienestar social a través del mercado capitalista (cuestión que trataremos más adelante), autores como Alemán y García (1999) describen algunas ventajas de la provisión pública de bienes y servicios sociales:

Primero, el Estado como principio promueve un fin social, el bienestar colectivo, más que el interés individual.

Segundo, el control colectivo de los servicios sociales, mediante la representación democrática, aboga por aquellos sectores de la población más vulnerable ante los proveedores que buscan el máximo beneficio que un interés social.

Tercero, los servicios colectivos son distribuidos de acuerdo con la necesidad social y no en base a un baremo de prioridades económicas.

Cuarto, el control público es necesario para proveer servicios regulares, estandarizados y eficientes.

Quinto, a través de los servicios sociales se puede hacer frente al interés individual de las empresas lucrativas que, como hemos visto, produce desigualdad en la distribución de los recursos, status y poder. En este sentido, el Estado de Bienestar garantizar un mínimo de ingresos y prestaciones a la población; por ello, al Estado le asiste la responsabilidad de asegurar la aplicación de un sistema distributivo justo en la sociedad (Walker, 1984).

Por otro lado, podemos decir que el Estado, con su actuación a la hora de hacer frente a las demandas sociales, avanza en el reconocimiento de los derechos sociales, ampliando el ámbito de protección de los mismos, como lo vienen haciendo los países de la Unión Europea, que frente al riesgo creciente de personas dependientes, concretamente en España se ha dictado Ley 39/2006 de 14 de diciembre, sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

En este sentido, conforme hemos visto, al Estado no sólo le asiste una mayor responsabilidad en la satisfacción de las demandas sociales, sino, también, de la calidad y control de las acciones realizadas por todos poderes públicos (gobierno central, autonómico y local, en el caso español), así como de los actores privados. Por ello, en este caso, su

papel es central y por tanto, complementada y mejorada con la intervención de la pluralidad de actores sociales y económicos.

No obstante, según el enfoque pluralista, tal y como afirma Donahue (1991), la intervención estatal es mejorable con la intervención de la sociedad civil, porque: i) algunas de las funciones más importantes de la sociedad debe hacerse en forma colectiva (ej. el tercer sector encarna la necesidad de establecer relaciones humanas); y ii) muchas demandas la sociedad no son cubiertas por el Estado, por ello, éste necesita la colaboración de otros agentes privados, para llegar a las esferas sociales donde éste no llega.

Por otro lado, el Estado, en el enfoque del pluralismo del bienestar participativo, debe fomentar la participación activa del tercer sector –ya sea, voluntario y de economía social de mercado-, porque son organizaciones creadas para finalidades sociales, y que pueden llegar a los estratos sociales más vulnerables que el Estado no atiende por tratarse de una sociedad compleja y porque tampoco al mercado capitalista le interesa; y, de interesarle, se encarecería el valor de los bienes y servicios de contenido social, a los cuales no todos los ciudadanos pueden acceder.

De esta forma, el fomento de la participación de la sociedad civil en asuntos de interés colectivo, por parte del Estado, viene a incrementar las relaciones del Estado con los todos los sectores privados, porque todos, de una forma o de otra, son importantes a la hora de generar bienestar social. Por ello, al Estado le corresponde reconocer y asumir una mayor responsabilidad en la producción de bienestar, el cual estará sometido a un mayor control de los ciudadanos más activos y dinámicos.

No en vano, como señala Herrera (1998a) *el bienestar* es el resultado de las relaciones entre las cuatro esferas fundamentales de la sociedad: Estado, mercado capitalista; tercer sector (voluntario y economía social) y sector informal (familia y redes informales). Como producto de esas relaciones surgen nuevas configuraciones de los procesos de intercambio entre los agentes: *ciudadanía societaria*, como bien analiza dicho autor, que reflejan las acciones y aportaciones que el Estado da a los demás agentes en la producción de bienestar, y que a continuación detallamos:

a) Al mercado capitalista: la regulación para garantizar y tutelar, pero también un sistema de incentivos y sanciones que oriente a los actores de éste sector hacia modalidades de producir, distribuir y consumir bienestar. Al mismo tiempo, ésta modalidad de regulación política se ve indirectamente sobre los intercambios que, a su vez, el mercado tiene con el resto de los actores sociales.

b) Al tercer sector (voluntario y economía social): las mismas prestaciones que le da al mercado capitalista, como la regulación para garantizar-tutelar y un sistema de incentivos-sanciones. ¿Cuál es la diferencia? Debería ser un trato diferencial entre organizaciones de beneficio y no beneficio, pero no siempre es así. Por otro lado, un mejor trato fiscal a las empresas de economía social que generalmente contienen mayores vínculos que para las agencias de beneficio; y,

c) A la familia y a las redes informales: lo mismo que le da al mercado capitalista y al tercer sector, pero con diferenciación, tanto, en el trato y en los resultados.

En consecuencia, podemos decir que, en la producción de bienestar social, el papel del Estado viene a ser complementado a través de la pluralidad de agentes públicos y privados, bajo el enfoque pluralista de bienestar; para ello, al Estado le asiste la tarea de promover constantemente la participación ciudadana activa para alcanzar el bienestar de los individuos, las familias y los grupos sociales, y, no sólo en tiempo de crisis.

III.6.2. El mercado - sector mercantil: empresas lucrativas y empresas de economía social de mercado

El sector comercial, a través del mercado, interviene en la producción de bienestar social desde la base del intercambio. A continuación comentaremos el papel que asume cada uno de estos tipos de empresas (lucrativas y no lucrativas) en la producción de bienestar social, en lo que respecta a sus ventajas e inconvenientes; primero nos ocuparemos de las empresas lucrativas y, en segundo lugar, de las empresas de economía social de mercado.

III.6.2.1. Mercado capitalista - empresas lucrativas

Podría decirse que todas las acciones de las empresas capitalistas tienen como fin último la búsqueda de un beneficio económico individual. Ante ello surge los cuestionamientos sobre la idoneidad de dicho mecanismo como forma de satisfacer necesidades sociales, ya que la búsqueda del beneficio parece ser incompatible con la prestación de unos servicios en que los costes son, en la mayor parte, más altos que los beneficios, y la inversión más arriesgada; y, por otro lado, porque la acción de la empresa lucrativa es exclusivista, es decir, sus beneficios son percibidos por un individuo o grupo de individuos y no trasciende al bienestar de la colectividad (Alemán y García, 1999).

En el primer caso, generalmente suele ocurrir que existe una serie de bienes públicos que no pueden ser suministrados por la empresa lucrativa, porque, como hemos indicado, sus beneficios no pueden llegar a cubrir los costes de inversión, como ocurre con las grandes obras de infraestructuras o determinados servicios que entran dentro del campo del bienestar social (Donahue, 1991), concretamente, en la construcción de residencias para personas mayores, como para personas discapacitadas, en general, o la prestación de una educación universal.

En el segundo caso, el devenir histórico ha puesto de manifiesto, en los últimos siglos, que el crecimiento económico del mercado capitalista no genera necesariamente desarrollo social, puesto que, tal y como hemos comentado anteriormente, éste no persigue el interés colectivo, sino su interés individual, el máximo beneficio económico. Todo lo contrario, lo que sí puede decirse es que el crecimiento económico en los últimos siglos ha generado desigualdad y mala distribución de la riqueza, entre otros.

Sin embargo, tal y como hemos indicado, con la reforma del Estado de Bienestar, en las últimas décadas, se ha dado paso a una oferta privada lucrativa en el ámbito del bienestar social. Bajo este influjo, muchos gobiernos han aplicado una política de privatizaciones; el problema surge cuando sólo una parte de la población puede lograr la satisfacción de sus necesidades sociales por tener solvencia económica suficiente frente a la oferta privada, pero, gran parte de la población no alcanza cubrir sus demandas sociales, máxime, cuando se trata de un sector excluido de la sociedad.

A pesar de ello, podemos destacar cómo este sector comercial también puede participar, de una determinada manera, en la producción de bienestar social, complementando el papel de los demás agentes (Estado, tercer sector, familia y redes familiares, como señala Herrera, 1998a). Así, el aporte que hacen las empresas capitalistas al bienestar del resto de los agentes puede ser resumido en los siguientes:

- a) Al Estado: aportando recursos financieros bajo la forma de contribuciones fiscales e *inputs* para la definición de los estándares de consumo de bienes y servicios de bienestar.
- b) Al sistema de las familias y de las redes informales: bienestar privado a través del pago, y, con ello, incentivos y sanciones, para particulares estilos de vida.

c) Al tercer sector: apoyos de bienestar en términos de beneficencia, pero también estímulos para aumentar la capacidad empresarial de estas entidades y organizaciones a través del aumento e intensificación de la competencia.

No obstante, como señala Donahue (1991), el mercado capitalista no puede llegar con sus acciones y estrategias a todas las demandas sociales, especialmente a sectores de la población más vulnerables, en el que el Estado sigue siendo la institución central de la protección social; frente a ello hay dos cuestiones: i) el Estado no puede atender las necesidades de toda la población, porque ésta es compleja; y, ii) éste tipo de mercado es ineficaz; por ello, según Villasante, (2002), la sociedad necesita la intervención de un *tercer sistema*, o tercer sector, dicho sector por tener un fin social, puede atender las necesidades sociales.

Como indica Rodríguez (2002), estamos ante la producción de servicios de bienestar que no sólo compete al Estado sino que se ha extendido a la sociedad civil, como consecuencia de un proceso de privatización; de tal forma que, sólo la población que cuenta con financiación suficiente puede satisfacer sus necesidades sociales. Este proceso de privatización se debe: primero, como búsqueda de rentabilidad en el Estado a través de la empresa privada, y, segundo, como manifestación del consumidor demandante con poder adquisitivo, por tanto, con mayor capacidad de demanda en la elección entre servicios.

Con la primera estrategia -gestión de recursos públicos a través de la empresa lucrativas-, el Estado consigue reducir costes de estructura en la Administración Pública y resta su responsabilidad a los efectos de las políticas sociales; a su vez, con la segunda estrategia -constitución de oferta privada-, consigue resolver las necesidades sociales de una parte de la población, a través de empresas lucrativas con fuerte financiación, que buscan servicios diferenciados; y que estas empresas están dispuestas a pagar su coste a cambio de reducciones fiscales.

Por ello, los ciudadanos ven con recelo la producción de servicios por parte de las empresas capitalista, al no hallar relación entre los servicios de bienestar y los negocios privados, incluso en la actualidad, en los países de sur de Europa, ha habido críticas desde los movimientos sociales (Rodríguez, 2002), sobre supuesta mercantilización de los servicios sociosanitarios (ej. Residencias privadas para: ancianos, dependientes, discapacitados, en general, con mínimas plazas concertadas).

Con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia del Estado en aplicación de las nuevas formulaciones de transformación del Estado de Bienestar bajo la *corriente empresarial* sugiere: un Estado relacional, menos centralista, la idea del ciudadano como *cliente* de servicios y la incorporación de las prácticas de gestión estratégica para superar los déficits del modelo burocrático tradicional. Aunque dicha estrategia haya generado nuevos modelos administrativos, la aplicación de sus principios en realidades muy diferentes ha sido objeto de fuertes críticas y cuestionamientos (Ramíó, 2001)⁶².

Asimismo, con el desarrollo de la corriente empresarial, las nuevas reformulaciones del Estado se centraron en crear estructuras organizativas más flexibles y dinámicas, más abiertas a la contingencia y a la creatividad a la hora de solucionar problemas. Pero lo cierto es que este tipo de mercado en la provisión de bienes y servicios, no siempre es perfecto, en él aparecen muchas imperfecciones que lo alejan del concepto de eficiencia⁶³.

⁶² Asimismo, bajo la visión de la corriente empresarial, las nuevas reformulaciones del Estado se centraron en crear estructuras organizativas más flexibles y dinámicas, más abiertas a la contingencia y a la creatividad a la hora de solucionar problemas.

⁶³ Situaciones como la información asimétrica, las barreras de entrada y los riesgos impredecibles hacen del mercado una situación imperfecta.

A su vez, los planteamientos de esta forma de gestión empresarial trasladados a la Administración Pública han sido cuestionados, siguiendo con Ramió, en el sentido de: *...reducir a los ciudadanos a clientes es un paso atrás y no al revés*. Los ciudadanos son accionistas políticos y económicos de las administraciones públicas, y tienen muchos más derechos de los que están asociados al rol de cliente. *Entre la administración pública y la ciudadanía no hay un contrato comercial sino un contrato social y político*.

En igual sentido Narbondo y Ramos (2001), consideran principalmente un gran error el traspaso de los mecanismos de gestión de la empresa a la Administración Pública, dado que ésta última presenta complejidades y particularidades que la primera no tiene por qué contemplar, cuestionándose, al mismo tiempo, la consideración del ciudadano como un cliente; así como, las dificultades que las nuevas formas jurídicas imponen al control de la calidad y los recursos.

Por otro lado, la prestación de bienes y servicios sociales por parte de la entidades lucrativas conlleva las siguientes ventajas: a) da a ciertos usuarios el derecho de elegir los servicios que le interesa (a ciudadanos que puedan permitírselo porque cuentan con recursos económicos suficientes), y b) obliga a las instituciones prestadoras a mejorar la calidad de su atención con el fin de retenerlos (CLAD, 2000).

A su vez, las críticas a la lógica del mercado en su papel de conducción de la sociedad están asociadas a la *despolitización* que se genera en la provisión de servicios públicos, la cual puede ser considerada: como un elemento positivo por parte de los defensores de la corriente empresarial, en la medida que promueve la eficiencia y alivia los costos políticos a los servicios, pero, a su vez, puede generar una pérdida total de control sobre los servicios que prestan, por tal razón, como sostiene Rossel, (2008), esta modalidad debe inevitablemente ir acompañada de fuertes mecanismos de regulación, evaluación y control por parte del Estado.

Por todo, el hecho de que la prestación de los servicios públicos estén en manos de privados deja sin herramienta al Estado para evaluar y controlar los mecanismos de gestión, dejándose al Estado sólo ver los resultados finales, perdiendo, así, su capacidad para castigar o premiar el fracaso o éxito de la gestión (Manguire, 1998; Behn, 1999; Peters y Pierre, 2000, en Rossel, 2008).

De otro lado, el predominio de la búsqueda de la eficiencia puede dejar de lado objetivos centrales en la prestación de servicios públicos, como son la equidad social o la universalización. Por ello es necesario un fuerte control del Estado y, de esta forma, central su papel.

Finalmente, podemos decir que una proporción importante de bienes y servicios vinculados al concepto de bienestar social, no son en la mayoría provistos por el sector empresarial, lo cual hace más compleja la situación. Por otro lado, el mercado capitalista puede ayudar al bienestar desde el punto de vista de la eficiencia (producir la mayor cantidad de bienes y servicios, dada una cantidad limitada de recursos) pero nada puede hacer por su carácter pasivo en la distribución de recursos socialmente requeridos por la colectividad, porque no le interesa la equidad, por tanto, no genera desarrollo social.

III.6.2.2. Mercado social: empresas sociales - Economía Social de Mercado

Por empresas de economía social de mercado nos referiremos al *conjunto de empresas privadas organizadas formalmente, con autonomía de decisión y libertad de adhesión, creadas para satisfacer las necesidades de sus socios a través del mercado, produciendo bienes y servicios, asegurando o financiando y en las que la eventual distribución entre los socios de beneficios o excedentes, así como la toma de decisiones, no están ligados*

directamente con el capital o cotizaciones aportados cada socio, correspondiendo un voto a cada uno de ellos (Monzón coord., 2010).

En este sentido, dentro de la economía social se deben diferenciar dos grandes grupos de entidades: las de mercado y las de no mercado, si bien ambas están relacionadas por una serie de características comunes que comparten (Monzón coord., 2010): a) son privadas; b) con forma jurídica; c) con autonomía de decisión; d) con libertad de adhesión; e) la eventual distribución de beneficios no es en función al capital de los socio o usuarios; f) ejercen una actividad económica para satisfacer necesidades, es decir, están al servicio de las personas y no del capital; y g) son democráticas.

Podría decirse que las empresas de economía social, cuyo objetivo es social, pueden verse amenazadas a corto-medio plazo por la competencia de las empresas lucrativas -por su capacidad financiera y por el recurso a precios bajos- las empresas sociales pueden hacerles frente trabajando la calidad, ya sea, manteniendo el factor calidad en los sectores donde las empresas capitalista no llegan por sus economías de escala o también colaborando con éstas empresas en proyectos en los que el valor añadido de las empresas sociales es incuestionable.

La economía social, tanto de mercado como de no mercado (tratada en el siguiente epígrafe bajo la denominación de Tercer Sector) ha venido haciendo significativas aportaciones en la construcción y reestructuración del Estado de Bienestar. A continuación intentaremos destacar brevemente el papel que ha desempeñado regulando los conflictos redistributivos, desde el Siglo XIX, en plena intensificación del capitalismo industrial, así como, a la hora de hacer frente a la crisis del Estado de Bienestar desde los ochenta hasta nuestros días.

Así, el origen histórico de lo que se conoce como economía social de mercado se sitúa en la Francia del S. XIX, surgida de las experiencias cooperativistas, mutualistas y del asociacionismo obrero y que tiene como principal objetivo dar prioridad a lo social en el desarrollo de la actividad económica⁶⁴. Con este concepto se comenzaba a mostrar preocupación por las graves consecuencias sociales, en lo que a la distribución de la renta se refiere, producidas por la Revolución Industrial.

En este mismo contexto, también en el S. XIX, podemos situar los orígenes de las políticas sociales, y, por consiguiente, del Estado del Bienestar, ya que los estados, ante la presión de los movimientos obreros, comienzan a intervenir en materia social con objeto de hacer frente a la concentración del capital y del poder. Así, se aprueban las primeras leyes que regulan el mercado laboral, se establecen jornadas máximas de trabajo, se prohíbe el trabajo infantil, etc. No en vano, Alemania es el primer Estado que, en 1883, articula un sistema de seguridad social.

En definitiva, podría decirse que tanto el Estado del Bienestar como la economía social fundamentan sus orígenes en un mismo contexto socioeconómico. De tal forma, que ambos tratan de hacer frente a los problemas sociales que se comenzaban a intensificar en el S. XIX⁶⁵, desde esferas y sectores diferentes. Así, mientras que la construcción de los Estados de Bienestar se desarrolla por iniciativa del sector público, a través de políticas sociales, la economía social surge y se desarrolla desde el sector privado, es decir, desde la sociedad civil.

⁶⁴ El concepto de economía social surgió concretamente en 1830 cuando Charles Dunoyer publicó en París un *Nuevo tratado de economía social*. No obstante, hubo que esperar los aportes de Constantin Pecqueur (1842) y François Vidal (1846) para que se encontraran referencias explícitas a la economía social. Más tarde esta tradición estuvo representada en Francia por Benoit Malon y su *Tratado de economía social* (1883), así como por Marcel Gauss, quien defendió una economía de asociaciones voluntarias (Dedourny, 2003).

⁶⁵ Tales como, el aumento de las desigualdades, de la pobreza, explotación de la clase trabajadora, etc.

De hecho, la economía social podría decirse que se sitúa entre el sector público y el sector privado, debido a que las entidades que la integran se crean por iniciativa privada, pero responden a intereses colectivos o sociales. Estas entidades son muy heterogéneas, tanto en la forma jurídica que adquieren, como en la actividad económica que desempeñan, estando aún lejos de alcanzar un consenso sobre un concepto unívoco de economía social⁶⁶.

Sin embargo, a pesar de todos estos elementos que comparten la economía social y el Estado del bienestar, podría decirse que en las distintas definiciones que se han dado de éste, o de los distintos regímenes o modelos de Estado de Bienestar, donde los actores juegan un papel diferente, la economía social no ha sido considerada. De hecho, en los diferentes estudios tan sólo se consideran como actores del Estado del Bienestar: al Estado, al mercado capitalista, a la familia y, últimamente al tercer sector voluntario (Urra, 2010). De tal forma que, no se le ha prestado mucha atención a la economía social de mercado.

Así, por ejemplo, siguiendo a Esping Andersen (2000), se puede definir un régimen del bienestar como la forma conjunta e interdependiente en que se produce y distribuye el bienestar por parte del Estado, Mercado y la Familia (sólo en una nota a pie de página aparece las organizaciones voluntarias como un cuarto actor). En esta misma línea también se manifiesta Rodríguez (1994).

Siguiendo a Chaves y Monzón (2007), podría decirse que una de las razones que pueden contribuir a explicar la falta de consideración de la economía social en los análisis del Estado de Bienestar se puede situar en el modelo de desarrollo económico que se produjo entre 1945 y 1975, basado, fundamentalmente, en el mercado capitalista y el Estado como actor que corregía los fallos del primero. De forma que, la economía social era un actor secundario al que no se le prestaba especial importancia en los análisis de las políticas sociales y los regímenes de Estados del Bienestar.

Incluso, a pesar de que a partir de la década de los 70, cuando el Estado de Bienestar entra en crisis y comienzan a plantearse diferentes modelos de Estados de Bienestar, en los que aparecen otros actores, como: la familia y la ciudadanía, el papel de la economía social se sigue obviando. Se olvida, por tanto, tal y como reconoce Sajardo (2007), que la economía social se concibe como una alternativa óptima ante los fallos del mercado capitalista y los fallos del Estado.

Podría decirse, por tanto, que el predominio del papel del Estado en los regímenes de bienestar, fundamentalmente, desde después de la II Guerra Mundial hasta la década de los 70, ha podido eclipsar y minimizar el papel que puede cumplir la economía social en la construcción de éste. No obstante, en el sentido de Urra (2010:801), cuando el Estado de Bienestar se retrae, la economía social se despliega.

Ello se puede observar en los países en vías de desarrollo y en países europeos, como los mediterráneos (España, Portugal y Grecia), donde el Estado del Bienestar no ha alcanzado su máximo desarrollado, siendo, por tanto, en estos países, donde el papel de la economía social es, por tanto, más significativo.

Sin embargo, lejos de ello, ambas instituciones deben considerarse como complementarias a la hora de abordar el análisis del Estado de Bienestar, sobre todo bajo el modelo pluralista que venimos desarrollando. De forma que, tal y como se suele considerar, la economía social llega donde no lo hace el mercado capitalista ni el Estado, desarrollando, por tanto,

⁶⁶ Numerosos factores impiden un estudio estandarizado de la economía social en el ámbito internacional: diversidad de los marcos jurídicos nacionales, dificultades para encontrar términos equivalentes en las diferentes lenguas, pluralidad de tradiciones asociativas y de contextos sociales, culturales y políticos, etc.

funciones diferentes, pero complementarias, a la hora de construir modelos de Estados de Bienestar.

En este mismo sentido, se manifiesta Gutiérrez Resa (1999), al entender que el protagonismo que debe alcanzar el tercer sector (voluntario y de la economía social) no significa ni que vaya a sustituir al Estado, ni que intente contrarrestar al mercado capitalista. De tal forma que, no debe entenderse como una alternativa a cada uno de estos agentes.

La economía social viene desempeñando una serie de funciones en el denominado Estado del Bienestar. Pero, para Navarro Yáñez y Rodríguez García (2004, 107), han sido dos las funciones, más significativas, que ha venido desarrollando el tercer sector en relación con el Estado del Bienestar:

a) Por un lado, la mediación: centrada en la canalización, defensa y representación de intereses o demandas de la ciudadanía o de grupos específicos. Ejemplo de esta función serían los servicios de mediación familiar, representación, etc. Sin embargo, esta función ha sido desarrollada, fundamentalmente, por el denominado Tercer Sector voluntario, el cual será tratado en el siguiente epígrafe.

b) Por otro lado, la provisión de servicios: a miembros de la propia entidad o a personas que no pertenezcan a la misma. A su vez, dentro de esta función, las entidades pueden cumplir una función de complementariedad (consiste en prestar servicios en coordinación con las administraciones públicas) o suplementario (prestar servicios públicos).

Al respecto, como ejemplo de tales servicios se plantea: la provisión de créditos, la prestación de servicios a la dependencia y mayores (ayuda a domicilio, residencias, etc.), la prestación servicios educativos, la solución de problemas de los socios (empleo, acceso a la vivienda, comercialización, aprovisionamiento, etc.), servicios de inserción sociolaboral, previsión social, de cuidados de larga duración, etc. Este tipo de función es la que, de una forma mayoritaria, ha sido prestada por las empresas de Economía Social de mercado.

En todo caso, en las áreas de empleo, sanidad, educación, dependencia y previsión social, como características propias del Estado del Bienestar, la economía social ha sido y viene siendo capaz de articular una propuesta que entiende lo público como comunitario y lo privado como un mercado lucrativo que puede ser capaz de anteponer las personas al capital. En este sentido, la aportación que la economía social puede hacer a la construcción y mejora del Estado de Bienestar es importante.

No en vano, esta forma de organización económica permite poner en valor los aspectos filantrópicos, altruistas y solidarios que están presentes en la sociedad civil, contribuyendo a aumentar el bienestar social. De hecho, estas organizaciones, surgidas por iniciativa propia, y organizada de forma autónoma, persiguen elevar el bienestar de los ciudadanos de manera progresiva y solidaria; por tanto, es una institución fundamental para alcanzar el desarrollo social.

No obstante, aparte de que la economía social pueda tener cierta importancia en la prestación de una gran parte de servicios relacionados con el Estado del Bienestar, es también su posibilidad de actuar de un modo determinado en las relaciones sociales, dotando de sentido a las mismas por parte de los individuos, lo que le da razón de ser (Gutiérrez, 1999).

En efecto, en las últimas décadas ha vuelto a resurgir con fuerza el papel que la economía social puede desempeñar a la hora de hacer frente a los importantes impactos sociales y

medioambientales ocasionados por el desarrollo del capitalismo financiero y las políticas neoliberales que lo impulsa⁶⁷.

De hecho, Marbán y Rodríguez (2013) señalan que la economía social (ES, en adelante) *está relacionada con la producción para el mercado y el mutualismo obrero... Asimismo, la ES tiene su origen,..., en su configuración como un sistema de contrapeso o contrapoder a la empresa capitalista, a la que opone la democracia interna y un sistema de reparto de beneficios que no es funcional del capital invertido sino de criterios sociales variables;... De ahí, la ES está orientada a la gestión de los seguros sociales de clase obrera industrial (mutuas),...*

Desde hace unas décadas en Europa, el tercer sector voluntario ha venido dando respuesta a las necesidades sociales inmediatas, mientras que la economía social, ha dado respuesta a la creación de nuevas formas de producción y consumo. Ambas, conjuntamente, han venido dando respuesta a demandas sociales inmediatas desde el ámbito local, desarrollando los servicios de proximidad como estrategia de intervención social ante los riesgos por ejemplo: el envejecimiento de la población o la situación de dependencia; etc.

Asimismo, la economía social constituye una respuesta desde el ámbito local, bajo nuevos supuestos de innovación organizativa, a las nuevas necesidades y desigualdades: nacionales e internacionales, a las que los Estados responden con lentitud, ineficiencia y distanciamiento. Asimismo, forman parte de las nuevas políticas de austeridad (costes bajos en los programas sociales), transfiriendo a la sociedad la responsabilidad de la gestión, mediante cooperación necesaria bajo el principio de responsabilidad social (Madrid, 2000).

Frente a las nuevas formas de producción y consumo, la economía social también ha venido dando respuesta a las necesidades sociales inmediatas a través de los servicios de proximidad⁶⁸; estos servicios de bienestar han venido siguiendo modelos y tradiciones, cuya base organizativa son las comunidades locales; constituidas y organizadas bajo fórmulas de ésta.

Los servicios de proximidad se prestan como soportes simbólicos que denotan reciprocidad y proximidad entre los miembros de la comunidad local, a los cuales, ni Estado ni el mercado capitalista, han sido capaces de atender. Precisamente, el desarrollo de nuevos servicios de proximidad en las zonas rurales, además de procurar atención a las personas mayores y favorecer su permanencia en sus contextos habituales de vida, genera un impacto positivo en la geografía rural que debe ser destacado (García, 2005; Martínez, 2002; Rodríguez, 2004).

⁶⁷ Así, por ejemplo, como consecuencia de estas políticas, podría decirse que la mitad del mundo vive con menos de 2 dólares al día. De tal forma, que mientras que el 94% de la renta mundial se concentra en el 40% de las personas, el 6% restante lo hace en el otro 60% de la población mundial. Por otro lado, el cambio climático se está convirtiendo en una de las mayores amenazas a las que se enfrenta la Humanidad. Estos problemas no han pasado desapercibidos por la comunidad internacional y, ya en 2000, los líderes mundiales se reunieron en las Naciones Unidas para fijar los Objetivos del Milenio, comprometiéndose, entre otras cosas, a que la pobreza se redujera a la mitad en el año 2015, lo cual no se va a cumplir. Por otro lado, esas políticas neoliberales comienzan a poner en peligro los Estados de bienestar como consecuencia de los recortes presupuestarios que se vienen produciendo en materia de política fiscal para corregir el déficit público que sufren los Estados europeos, siendo necesario, tal y como venimos argumentando, una reestructuración de los mismos.

⁶⁸ El concepto de proximidad puede entenderse bien como una característica de los servicios o como una tipología de los mismos: a) ésta debe ser entendida como una condición deseable para el conjunto de recursos de atención a las personas; pensados desde diseños que permitan una ejecución descentralizada, cercana a las personas y a sus contextos cotidianos de vida; y, b) los servicios de proximidad pueden ser definidos como los que se dirigen a apoyar la permanencia de las personas en su entorno habitual, promoviendo su autonomía y su independencia en las actividades.

Por tanto, estos servicios, a demás de procurar una mejora de calidad de vida de la población, sobre todo del colectivo en situación de dependencia, generan empleo, contribuyen a fijar población en la zona y, como consecuencia de todo ello, pueden suponer un elemento dinamizador de primer orden para estos territorios.

Ante el nuevo riesgo social de las personas en situación de dependencia, las entidades de la economía social cuentan con aspectos diferenciales con respecto a otros sectores, tales como: su amplia cobertura territorial tanto en el medio urbano como rural, su proximidad con el colectivo beneficiario, la calidad en los servicios prestados, etc.

Por estas consideraciones, podemos decir que frente a la emergencia de nuevos riesgos sociales (envejecimiento, movimientos migratorios, la desigualdad de género, cambios en la estructura familiar o deslocalización productiva) en un contexto a la baja del Estado de Bienestar español, se ha propiciado un mayor protagonismo de la economía social en el logro de bienestar social dentro de un nuevo sistema mixto, implicando un modo distinto de intervención económica y política.

No en vano, tal y como indican Marbán y Rodríguez (2013), las aportaciones del tercer sector son el resultado de su potencial impacto sobre las políticas sociales, puesto que, frente a las actuales políticas de recortes en el ámbito de la sanidad, educación y, sobretodo, de la atención a la dependencia, se están demandando de éstas organizaciones una intervención que cubra estos derechos sociales, complementándolos con otras funciones como la provisión de otra serie de servicios mediante la gestión de recursos públicos.

No en vano, la economía social presenta una serie de atributos, reconocidos por la Comisión Europea (2011), que le convierte en un proveedor eficiente en el sector del bienestar social y que, de esta forma, justifican su importante papel en la reformulación que estimamos necesaria del Estado de Bienestar. Como comentan Vázquez, Albarán y Salinas (2013), el nuevo modelo de bienestar social debe construirse sobre la base de un equilibrio correcto entre la adecuada protección social de la población y la sostenibilidad a medio y largo plazo del sistema.

Por tanto, las entidades de economía social pueden aportar al Estado del Bienestar una serie de características que lo hagan avanzar en su construcción y gestión. Entre estas características se pueden citar: la flexibilidad, la rapidez, la adaptación, la creatividad y la innovación. De tal forma que la economía social reacciona rápidamente a los nuevos problemas sociales, resolviéndolos de una forma más eficaz y eficiente.

Mientras que el Estado genera burocracia, lentitud, no llega a cubrir determinadas demandas sociales, responde tarde a las mismas, etc.; el mercado apenas tiene interés por cubrir las demandas sociales de aquellos grupos con baja capacidad productiva y adquisitiva. Sin embargo, la economía social se configura como el único agente del Estado del Bienestar que puede cubrir las necesidades sociales de una forma más eficiente y profesional, ya que a la familia, en muchos casos, como veremos en el siguiente apartado, le falta esa profesionalidad, así como capacidad económica, tiempo, etc.

Se hace necesario, por tanto, que el Estado, como una de sus políticas socioeconómicas, apueste por fomentar y desarrollar el papel que debe desempeñar economía social de mercado en el Estado de Bienestar, como fórmula que complementa las actuaciones que realiza la familia, las empresas capitalistas y el propio Estado. De hecho, tal y como reconoce Gutiérrez Resa (1999:150), el futuro de la sociedad civil (refiriéndose al tercer sector y a la economía social) no depende de ella misma ya que necesita el apoyo del Estado, que es quien debe crear las infraestructuras de bienestar.

Dicha adecuación del Estado de Bienestar al nuevo contexto, debe hacerse sin renunciar a los valores sobre los que se asentó en un primer momento (solidaridad, justicia social, la igualdad, la democracia, etc.), como nueva forma de entender las relaciones económicas y las organizaciones que las implementan.

También podría decirse que estas entidades de la economía social de mercado se están consolidando durante la crisis como amortiguadores del desempleo y como refugio de colectivos desempleados con mayores dificultades de inserción laboral. No en vano, Román (2014), en un estudio sobre *las cooperativas españolas y los ciclos económicos. Un análisis comparado*⁶⁹, demuestra que en tiempos de crisis económicas y de contracción del empleo han sido las empresas asociativas las que mejor responden.

En este mismo sentido, dicho resultado guarda relación con estudios que demuestran dicha tesis, como los de: Morales (2003); Iturrioz del Campo (2010); Melián y Campos (2010); Díaz y Marcuello (2010); Grávalos y Pomares (2001) y Sala, Farré y Torres (2014). A su vez, reforzado con los resultados hallados por Monzón y Chaves (2012), concluyendo en...*cómo la economía social en su conjunto, tanto las cooperativas como las sociedades laborales, resistieron mejor que las empresas capitalistas la primera embestida de la crisis*. Pero que, a partir del 2010 sufrieron pérdidas netas de empleo.

Por tanto, los resultados de estas investigaciones recientes, así como el carácter que le asiste a la economía social, ponen de manifiesto su gran potencial a la hora de contribuir a hacer frente a la actual crisis del Estado del Bienestar que sufren gran parte de los países europeos. Sin embargo, a pesar de ello, el papel que puede jugar la economía social de mercado en los Estados de bienestar, tal y como se ha apuntado anteriormente, apenas ha sido tratado por la bibliografía especializada sobre políticas sociales y Estados de bienestar.

No obstante, este papel deberá ser complementario al del Estado, la familia o el mercado capitalista, en el sentido de que ello no debe conllevar a que se le reste responsabilidad al Estado, ya que a éste le asiste la responsabilidad central, como garante e impulsor del desarrollo del Estado del Bienestar.

En definitiva, podemos decir que la economía social de mercado participa en la producción de bienestar social de forma complementaria: a) a las funciones del Estado, ofreciéndole su gestión, producción de servicios y bienes sociales a las esferas sociales más débiles y dónde éste no llega, aprovechando las ventajas que tienen derivadas de una menor burocratización y mayor eficiencia en la gestión; b) a la familia: ofreciéndole, tanto a las propias familias como a las demás redes informales, organización, a fin de encontrar ámbitos organizativos de un nivel más elevado; y c) al mercado capitalista: al incentivar la competencia en el sector de la solidaridad social.

III.6.3. Tercer Sector: Economía Social de no mercado

Tal y como se afirma en Monzón coord. (2010), la economía social también agrupa a aquellas entidades privadas organizadas formalmente, con autonomía de decisión y libertad de adhesión que producen bienes y servicios de no mercado a favor de las familias, cuyo excedente, si los hubiera, no puede ser apropiado por los agentes económicos que las crean, controlan o financian. El conjunto de estas entidades se corresponde con la denominada economía social de no mercado o, en el presente trabajo, con el Tercer Sector u organizaciones voluntarias o de voluntariado.

En este sentido, podría decirse que esta diferenciación de la economía social es muy útil para la elaboración de estadísticas y, sobre todo, para la realización de análisis de la

⁶⁹ En este trabajo se ha comprobado, entre los primeros años del S. XX y 2000, cómo el ritmo de creación de nuevas cooperativas estaba relacionado con los cambios en la estructura productiva que está experimentando el país, a través de la sustitución del un modelo agrario por uno industrial y de servicios. A su vez, se ha probado como en periodos de escasez alimenticia y dificultades de abastecimiento, fueron las cooperativas agrícolas y las de consumo las que tuvieron mejor comportamiento que las sociedades mercantiles al incrementarse su ritmo de creación.

actividad económica y las políticas públicas. Por tal motivo, consideramos conveniente incluir tales agentes en epígrafes distintos.

Con la publicación del informe Wolfenden, de 1978, se reconoce el importante papel de las organizaciones voluntarias, destacándose la participación de diferentes actores en la provisión de bienestar para hacer frente a las necesidades inmediatas.

De ahí, los estados han institucionalizado la cooperación voluntaria en forma de estructuras y plataformas de entidades colaboradoras de la acción estatal que gestionan recursos públicos y, al mismo tiempo, legitiman las políticas asistenciales a los grupos menos favorecidos de la sociedad. De tal forma, que ha sido el tercer sector voluntario la institución que de manera especial ha centrado su actividad social. De ahí el importante auge que ha venido experimentando en las últimas décadas.

El tercer sector—aunque sus raíces históricas son de otra época- es el resultado de dos polos contrarios:

a) Por un lado, uno con raíces en la beneficencia religiosa, hoy ampliado a lo que se conoce como tercer sector voluntario (asociaciones, fundaciones y otras instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares y familias), que forma parte de la democracia asociativa (Rodríguez, 2002; Marbán y Rodríguez, 2013); y

b) Por otro, la economía social de mercado (que hemos visto en el epígrafe anterior), que a pesar de estar más próximo a la lógica del mercado lucrativo su fin es social.

Lo cierto es que, estas dos fuerzas contrarias con el tiempo han cambiado, pero no han perdido su identidad. Y, para tener una visión más general, en este epígrafe nos centramos en el primero de los polos, es decir, en el tercer sector voluntario.

El sector voluntario está relacionado con la producción de no mercado. Se configura con un sistema reactivo o paliativo ante los efectos de la desigualdad del mercado capitalista y las limitaciones redistributivas del Estado. Y, desde el punto de vista de la protección social, está orientado a la protección de los colectivos excluidos y en situación de vulnerabilidad, atendiendo las necesidades inmediatas, proveyendo asistencia social; de ahí que, viene respondiendo a la incapacidad de la sociedad y del propio Estado frente a los riesgos (Marbán, 2007; Marbán y Rodríguez, 2013; Herrera, 1998a).

El tercer sector voluntario se centra en producir *bienes no destinados a la venta para determinados grupos de hogares o familias y no para retribuir o dar cobertura a inversores o empresas capitalistas* (Monzón, 2011), su financiación se efectúa a través de contribuciones voluntarias por hogares y consumidores, pero fundamentalmente, estas entidades están sujetas a la constante dependencia financiera del Estado.

Precisamente, por encontrarse el tercer sector voluntario en la situación de dependencia económica estatal, ésta se ha visto obligada a desarrollar estrategias de actuaciones competitivas por los recursos entre las propias entidades, así como, adopción de algunas estrategias empresariales (semi-empresariales) de gestión.

En este sentido, las entidades del tercer sector voluntario se han visto obligadas a competir con las empresas capitalistas y empresas de economía social de mercado, siendo creciente su papel en la gestión de los programas sociales como señala Rodríguez (2002). Sin embargo, dado el aumento constante de la demanda de atención social y restricción de

recursos, se ven obligadas a dar respuesta asistencial a la crisis, buscando otras fuentes de financiación alternativas⁷⁰.

El tercer sector, ha pasado de ser un núcleo reactivo a los fallos del Estado a ser un colaborador del Estado de Bienestar, a la vez que un ámbito de desarrollo de la solidaridad y de la participación cívica. Por ello, es necesario el papel del tercer sector en favorecer la inclusión laboral y social, pero nunca podrá dar respuesta completa ni a los riesgos actuales ni a los retos de reforma social futura (Marbán y Rodríguez, 2013).

Tal y como hemos señalado, el tercer sector voluntario y la economía social han venido dando respuesta a las necesidades sociales inmediatas desde el ámbito local. Frente al actual contexto de retroceso de derechos sociales y de protección social el papel de las entidades del tercer sector voluntario es, si cabe, más relevante en la protección social, por ejemplo en el riesgo creciente de la situación de dependencia, conjuntamente con todas las organizaciones de personas mayores y de discapacitados han ejercido una significativa presión para el reconocimiento y universalización de ésta contingencia.

De cara a la crisis actual del Estado de Bienestar, desarrollo de políticas de recorte del gasto de protección social y, a los fallos del mercado capitalista en creación de empleo,..., el tercer sector está abocado a dar respuesta a las necesidades inmediatas, pero, esta respuesta será limitada (por el tamaño del sector) e insuficiente (por su falta de financiación autónoma), por tanto, precisa de la complementariedad del Estado, como institución central de la protección social, de lo contrario la crisis económica afectaría en sus expectativas de supervivencia.

Tal y como se pone de manifiesto en el Anuario 2012 de la Fundación Luis Vives, los problemas de financiación afectan a un 20% más de entidades en 2010 de lo que lo hacían en 2008, donde 8 de cada 10 aseguran tener dificultades económicas y 4 de cada 10 tuvieron problemas de liquidez en 2010.

Asimismo, y según los datos de la Plataforma por la recuperación de la iniciativa ciudadana (PRIC, en adelante) (2012), sobre: *El efecto de la crisis en el tejido asociativo de Baleares*: el 99% del tejido asociativo depende financieramente de las instituciones públicas, y que por su incapacidad de solvencia por otros medios o recursos para cubrir sus gastos, han quedado desprotegidos y con el peligro a perder la solidaridad a nivel local, en Baleares.

En este sentido, el sostenimiento económico del tercer sector voluntario (por su limitada financiación pública y la crisis estructural) debe basarse en potenciar otras vías como: a) el recurso a la propia sociedad civil, cuya solidaridad ha puesto de manifiesto la crisis; b) una mayor participación en los recursos de la Unión Europea; c) una mayor aproximación entre el sector voluntario y la economía social *strictu sensu*; y d) una gestión más eficiente del sector voluntario en las compras, en la formación, en la participación conjunta en proyectos y programas.

El tercer sector voluntario,... *debe posicionarse ante el sector público no como solicitante de garantías de financiación de las entidades sociales, sino como colaborador autónomo necesario para defender los derechos sociales de los grupos vulnerables y establecer alianzas que permitan el desarrollo de los derechos sociales, el diálogo social y la producción de servicios públicos de calidad*, tal y como manifiestan Marbán; Montserrat; Morán y Rodríguez (2012).

⁷⁰ Conforme el Anuario del Tercer Sector de Acción Social de 2010, el 92,8 % de las entidades dependen de la financiación pública, representando entorno al 60% de sus presupuestos.

Por ello, el tercer sector debe fortalecer la alianza entre los dos polos, como señala Rodríguez, *et al* (2012): *superando la sectorialización sería la clave*. Con la crisis actual se evidencia que la articulación no solo es un medio de defensa frente a la incertidumbre sino la mejor forma de avanzar de la economía social, en general. No en vano, la intervención del tercer sector constituyen una prueba de prácticas institucionales de las que se puede aprender innovar: la participación en planes nacionales, autonómicos y locales de todo tipo (discapacidad, dependencia, inmigrantes, infancia pobre; minorías étnicas, personas mayores,...).

Por todo, podemos decir que, en la producción de bienestar, el Estado necesita la colaboración de todos los agentes económicos y sociales. De tal forma, que las políticas sociales serían una responsabilidad compartida entre las administraciones públicas y la sociedad civil.

No obstante, el propio tercer sector voluntario no garantiza la financiación de estas organizaciones sociales, las cuales entran en crisis, desapareciendo un importante porcentaje de este tejido asociativo, cuando las necesidades sociales son mayores. En este sentido, el Estado debería acometer las medidas adecuadas para mejorar la gestión y financiación de las mismas.

Sin embargo, podrá decirse, según la bibliografía consultada, que este sector viene realizando una importante aportación al Estado de bienestar, en la medida que aportan cercanía, inmediatez, flexibilidad y calidad en la atención de necesidades sociales, sobre todo a la hora de detectar y dar respuestas a esas nuevas necesidades sociales que el Estado por su burocracia, lentitud, recursos limitados, etc., no puede satisfacer de forma eficaz y eficiente.

III.6.4. Sector informal: la familia y otras redes sociales informales

El sector informal está constituido por redes de apoyo, conformado por la familia, los parientes, los amigos y los vecinos, los cuales proveen asistencia de forma personal, disponiendo de una alta carga afectiva, bajo lazos de reciprocidad y de un conocimiento basado en la experiencia y sin cualificación. De este modo, la familia viene desarrollando una serie de actuaciones (de ayuda, atención, cuidado, protección, asistencia,...) encaminadas a dar bienestar a los suyos.

En este sentido, Abrams Millar en Martínez, *et al* (1992) señala que la atención social comunitaria constituye una forma de provisión de ayuda, apoyo y protección por parte de miembros de la sociedad no cualificados para tales tareas, las cuales abarcan una gama muy variada de actividades como los cuidados personales⁷¹.

La asistencia social través del sector informal puede proporcionarse durante un período de tiempo más o menos largo, o incluso puede referirse a acciones ocasionales o puntuales. Sin embargo, cabe la posibilidad de que, en esta provisión de bienestar, no sólo participa la familia, amigos y vecinos, sino, también, aquellos que proporcionan cuidados de forma altruista y voluntaria.

Sin embargo, a pesar de que las redes de atención social informales están presentes en la sociedad, permanecen prácticamente invisibles a las instituciones prestadoras de servicios

⁷¹ Apoyo en tareas domésticas, ayuda ocasional en el desplazamiento de personas, vigilancia y apoyo social, incluso *ser un buen vecino* y, en general *estar pendiente de alguien*.

sociales, sin recibir ningún, o muy escaso, apoyo de éstas, pues los servicios sociales se orientan fundamentalmente a aquellos que no tienen a nadie a quien recurrir en apoyo de sus problemas. Normalmente, son los parientes más próximos los que proporcionan las atenciones y cuidados, viviendo en la misma casa o edificio. En caso de que no existan familiares, la ayuda generalmente es proporcionada por los vecinos más próximos (Martínez, *et al*, 1992).

A pesar de que la protección social de las redes informales constituye una de las formas pioneras de atención social, en la actualidad, este sector no dispone de una cuantificación precisa, no se dispone de una clara medición y de pruebas no uniformes; al existir una gran variedad de tipos de familias, se desconoce muchos aspectos de la misma en lo que respecta a los lazos de solidaridad existentes entre el círculo amplio de parientes y la unidad familiar, así como sobre la influencia del ámbito comunitario sobre la vida familiar (Iglesias y Flaquer, 1993).

De tal forma, la familia, así como los amigos, vecinos y las redes informales, en general, cumplen la función des-institucionalizadora de la protección social frente a los cambios de la modernización, que originaron la profesionalización y el salario; son las familias las que tienen una relación más directa con las personas que precisan de apoyo personal y social, están en el centro y son parte fundamental de apoyo y soporte.

La familia tradicionalmente han constituido un sistema invisible de apoyo social y sanitario: hijos/as, en ocasiones muy jóvenes, que atienden a sus padres incapacitados; sobrinos/as que cuidan de sus tíos y tías, padres ancianos que proporcionan una atención sanitaria a sus hijos discapacitados, etc. De hecho, la familia ha sido considerada siempre como la expresión primera y fundamental de la naturaleza social del hombre. Por tanto, éste sector constituye, con la familia, el principal referente para toda persona y, en la que se ha constituido formas privilegiadas de protección social.

Para Finch y Groves, en Jonhson (1990), la asistencia comunitaria es igual a la asistencia familiar e igual que la asistencia femenina; de esta manera, la familia puede ser considerada como la primera comunidad de personas, puesto que sólo las personas son capaces de existir en comunión. La familia constituye una *comunidad de amor y solidaridad* (Pontificio Consejo para la Familia, 1983)⁷². Pero, más allá del núcleo familiar, más allá de las mujeres, están las redes familiares (las abuelas, abuelos,...) o las redes intergeneracionales. Cuando funciona así, cumpliendo con sus tareas de *solidaridad intergeneracional*, funciona la sociedad (Zárate y Gas, 2009).

La familia tiene la función esencial, que es el cuidado y la educación de las vidas que genera; esta asistencia se proporciona de modo más eficaz y adecuado en el ámbito familiar⁷³. No obstante, desde la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la ayuda intergeneración es intensa. Desde el punto de vista temporal las redes familiares sustituyen a las madres, que hasta hace veinte o treinta años asumían mayoritariamente estas tareas y, desde el punto de vista del deber ser social, sustituyen al Estado.

La teoría de la sustitución, no se reduce al caso de la familia por el Estado, sino que, como ocurre en nuestro país, puede ser al contrario, es la familia la que sustituye al Estado porque

⁷² Cada miembro de la comunidad familiar tiene un papel propio e insustituible en la construcción de la familia, de ahí que pueda hablarse de: i) deberes entre los cónyuges: mutua ayuda, fidelidad, comunidad de vida; ii) deberes de los padres con los hijos: apertura a la vida, cuidado y educación; iii) deberes entre los hermanos: fraternidad; iv) deberes de los hijos con los padres.

⁷³ En este sentido, la familia tiene el deber de asistencia (cuidado y educación) desde el primer momento de la vida de sus componentes. La familia siempre puede apoyar y asistir a sus miembros, también a los que están independizados. Por tanto, la familia como agente de provisión de bienestar social, tiene unas funciones sociales de primer orden que vienen moduladas por las distintas etapas evolutivas de la persona.

no hace todavía lo que la sociedad espera que haga. No se trata, sin embargo, de la vieja familia extensa en que conviven abuelos, hijos y nietos sino, de redes intergeneracionales que articulan varios hogares con relaciones intensas y fluidas de intercambio de ayuda de todo tipo (Tobío, 2013).

En igual sentido, Bonvalet, *et al* (2011) destaca la importancia las relaciones intergeneracionales, más allá de la familia nuclear, tanto en la transferencia de riquezas como de servicios, no sólo en los países mediterráneos sino en toda Europa, aunque con variantes y especificaciones propias. No obstante, aquellos que eligen no recibir asistencia directa de las redes informales (o no pueden) deben tener seguridad en que existen servicios alternativos aceptables, no en vano, si *el pluralismo del bienestar tiene algún mérito debe ser el de ampliar el campo de elección, no el restringirlo* (Jonhson, 1990).

Esta idea es también expresada por Doyal y Gouhg (1994). Este aspecto, tal y como vamos a poder comprobar en el siguiente capítulo, se observa muy bien en las orientaciones y evolución que está tomando la gestión del riesgo de la dependencia en los diferentes países y regímenes de bienestar europeos.

Aunque la ayuda prestada por los amigos y vecinos, de la cual hay poca investigación (Banda, 1997), son fuente importante para muchas personas, se diferencia de la ayuda familiar en que mientras la persona elige a su amigo, no puede elegir a su red familiar. En este sentido, dado que *el cuidado mutuo no es un elemento inherente de la organización rutinaria de la amistad...*, la mayoría de las amistades rutinarias no están especialmente bien provistas para suministrar el tipo de cuidados que la asistencia comunitaria conlleva,..." (Allan, 1985 en Jonhson, 1990).

Así, como indica Banda (1997), los servicios proporcionados por los vecinos y amigos son tareas simples, que implican servicios limitados por lo que, aunque sean importantes, no forman la base para constituir un adecuado sustento para el desarrollo de políticas de asistencia comunitaria. Por tanto, la provisión familiar viene siendo la práctica habitual en los momentos concretos de dificultad: enfermedad, nacimiento de un hijo, préstamo por necesidades económicas extraordinarias; para hacer frente al desempleo, en las situaciones de dependencia, etc., (Iglesias, 1994).

Sin embargo, cuando dicha asistencia familiar se da en circunstancias en que los familiares cuidadores están enfermos, viven aislados y sin posibilidad de salir de casa, ni siquiera por un par de horas, viven situaciones de extrema pobreza y sin posibilidad de asumir los altos costes que supone proporcionar las asistencias que requieren los familiares a su cargo, al Estado le corresponde la responsabilidad central de la protección social de éstos.

Por ello, un criterio básico de actuación para los poderes públicos debe estar encaminado a la procura del cuidado de los más débiles (o en situación de vulnerabilidad) en el entorno familiar, dotando a ésta de los apoyos necesarios para poder asumir sus funciones (Zárate y Gas, 2009). Dado que, como indican Alemán y García (1999), la cobertura familiar viene siendo la modalidad de provisión de bienestar social más permanente en la historia, incluso da respuesta a sus miembros de manera altruista y no remunerada, por lo que, no genera servicios sociales.

Sin embargo, lo cierto es que, aunque de cara a la actual crisis económica del Estado de Bienestar, la microsolidaridad familiar (junto con el tercer sector voluntario) viene desempeñando un papel activo en la implementación de las políticas sociales, no está reconocido su papel como agente productor de bienestar social, tal y como reconocen Zárate y Gas (2009) al señalar que la familia es la institución olvidada, siendo el caso, de que ésta es la principal proveedora de cuidados y atención a las personas en situación de dependencia.

Por otro lado, cabe comentar que a los familiares más directos, de acuerdo a la legislación vigente (Título VI del Código Civil), se les impone la obligación legal de prestar alimentos (todo lo indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica), si bien, no es menos cierto que el prestar apoyo y asistencia a los familiares es algo más que una obligación legal. En este sentido, como comenta Finch [1989, en Martínez, et al, (1992)], el apoyo social entre parientes no puede entenderse simplemente en términos de normas de deberes u obligaciones, porque la familia cuando da asistencia a un familiar lo hace con voluntad⁷⁴.

Por consiguiente, la familia continúa siendo la institución básica que presta un gran número de asistencias a sus miembros, frente a todas las contingencias sobrevenidas, anteponiendo el interés familiar antes que su interés individual. No en vano, esta responsabilidad personal en las relaciones interpersonales de la familia es la clave de la solidaridad social que se aprende a vivir en la familia y, que a la postre, es fundamental en la constitución de la ciudadanía (Bernal, 2005).

A pesar de que la intervención del Estado sea activa a través de las políticas sociales, en muchas ocasiones no da respuesta a todas las necesidades sociales, que en éste caso, el cuidado de las personas requiere, siendo asumido por la familia, fundamentalmente, por las mujeres, quienes son las responsables habituales de estas cuestiones (Tobío, 2013).

No obstante, la aportación estatal debe ir encaminada a apoyar la ayuda familiar, ya que las relaciones entre la familia y el Estado deberían ser complementarias. Así, por ejemplo, la familia asume, de forma complementaria, la importante tarea de la educación de los hijos, desde las primeras fases de sus vidas, para luego ser integrada en centros escolares de educación reglada; del mismo modo, estas instituciones (Familia y Estado) deben actuar de forma complementaria en materia de salud, de vejez o de dependencia, tal y como se va a poner de manifiesto, para este último caso, en los próximos capítulos del presente trabajo de investigación.

Por ello, la familia cuando asume dichas tareas, no viene siendo reemplazada por ninguna institución estatal, sino que ésta, debido a su implicación íntegra en cada una de las circunstancias personales de sus integrantes, viene a ocupar un papel de bienestar mucho más completo que lo que pueda brindar el Estado, a pesar de que éste tiene la responsabilidad central de la protección social; de esta forma, la familia viene a complementar sus funciones (Montoro, 1997).

Por tanto, el Estado, como primer actor de bienestar social, debe asegurar el apoyo preciso a las familias a través de una asociación adecuada con las instituciones responsables de la atención social, sean éstas públicas o del sector voluntario.

En suma, podemos decir que, la familia constituye soporte completo de bienestar social, viene implicándose de forma íntegra en las diferentes etapas de vida de sus miembros, debido a su convivencia, a su cercanía, a su proximidad; la familia conoce de primera mano las circunstancias personales de cada uno de sus integrantes. De ahí que en su interior se crean grandes necesidades sociales como, la educación de los hijos, el cuidado de los ancianos, de los dependientes, la salud de sus miembros, etc.

En consecuencia, podemos decir que en la familia nacen las necesidades sociales de bienestar, y esto tiene la suficiente importancia para destacar el papel social del agente

⁷⁴ Cuando la gente proporciona asistencia a sus familiares no están simplemente actuando de acuerdo con reglas preestablecidas, sino que están inmersos en un proceso de trabajar activamente en aquello que quieren hacer.

familiar. La familia aporta a la sociedad las nuevas vidas, es la seguridad social que siempre acoge y llega donde no llega la asistencia pública; aporta calidad de vida y humanidad. Sin la familia no existiría solidaridad social universal y problemas como el paro o la atención a las personas dependientes se volverían dramáticos. Por todo ello, la familia merece protección jurídica y amparo de los poderes públicos.

Por todo, tal y como hemos visto, el pluralismo de bienestar implica el reconocimiento de la complementariedad de cada uno de los sectores públicos y privados en la producción de bienestar social y, a la vez, las imperfecciones e insuficiencias de cada uno de ellos. Cada sector puede resultar eficaz para resolver unas determinadas funciones y puede tener su ámbito, dependiendo de la naturaleza de la necesidad a la que intente dar respuesta. De ahí, ninguno puede ser una alternativa al margen de los otros, sin olvidar que todos tienen sus ventajas y limitaciones.

Dado que la protección social tiene la necesidad de nuevos actores, nuevos principios-guías y nuevas reglas; más allá de la vinculación con el Estado (convergencia y coordinación), éstos deberán ser capaces de autogestionarse en términos de eficacia, eficiencia y equidad en los costes y en las ventajas de la protección social colectiva. Así, desde la sociedad civil es necesario emprender la reorganización de los recursos, promover una mayor y más efectiva colaboración con las organizaciones voluntarias y las redes sociales de recursos informales, en definitiva favorecer el desarrollo del sentimiento de comunidad.

Las fuerzas del mercado, en lo que respecta al sector lucrativo, es decir, al mercado capitalista, simplemente no entran a facilitar recursos en aquellas áreas que definitivamente no constituyen negocio. Sus actuaciones en el campo de lo social se orientan hacia aquellas demandas que pueden proporcionar beneficios, por lo que sólo aquéllos con capacidad adquisitiva pueden acceder a los servicios ofertados por el mercado.

El problema consiste en regular la mayor autonomía de las formas de protección social autogestionadas de los diversos actores sociales y económicos, interesados con la equidad social. En este sentido, es necesario que los sistemas de protección social consigan encontrar un nuevo modelo social, el cual deba construirse sobre la base de un equilibrio entre las formas de integración social (en las redes formales/informales) entre la adecuada protección social y la sostenibilidad y largo plazo del sistema.

En consecuencia, se requiere reformular la posición dominante del sector público a través de la introducción de mecanismos: de control y regulación estatal en cumplimiento del interés general; de un intercambio eficiente y eficaz del mercado capitalista; de solidaridad social con el tercer sector por su proximidad al ciudadano; y, finalmente, de reciprocidad familiar y redes informales; favoreciendo un modelo de bienestar social más flexible, descentralizado y plural, en el que todos los agentes tengan una mayor implicación en la provisión de los servicios y bienes de bienestar social, bajo el principio de responsabilidad social.

De esta forma, también la sociedad civil asume, cada vez más, la función de responsabilidad social, porque todos en conjunto -en mayor o menor medida- vamos a ser co-partícipes y responsables de la solidaridad; en cuyo ámbito de colaboración entre Estado-sociedad primen criterios de cooperación y coordinación; a su vez se pretenderá una redistribución racional de recursos, buscando la proximidad al usuario en la prestación, focalizando las intervenciones en el ámbito local, comunitario y familiar, en simultaneidad con la activación y fomento de medios propios y apoyos recíprocos.

Por consiguiente, el enfoque pluralista de bienestar aboga por el mantenimiento del Estado de Bienestar, pero quitándole peso relativo al Estado como principal proveedor de los servicios, integrando la complementariedad de los demás agentes económicos y sociales. El

papel del Estado seguirá siendo central en la financiación, planificación, promoción y reglamentación de los servicios. De ahí, que los pluralistas de bienestar no pretenden necesariamente una reducción del gasto estatal, sino una redistribución en apoyo de una provisión informal y voluntaria.

III.6.5. Síntesis del aporte de los diferentes agentes a la producción de bienestar social

De una forma esquemática y a modo de resumen del presente apartado en la Tabla III.3.6. se recogen las principales características del enfoque pluralista del Estado del bienestar, así como las principales aportaciones y/o funciones que cada uno de los agentes socioeconómicos puede hacer, de una forma complementaria, a la hora de proveer bienestar social bajo este enfoque. También se recoge el motivo genérico que impulsa a cada uno de los agentes a moverse en la sociedad.

En dicha Tabla se desprende cómo, de una forma u otra, cada uno de los agentes considerados participan en la provisión de bienestar social, movidos por diferentes estímulos (interés general, interés individual lucrativo, interés individual social, interés afectivo, etc.); si bien, al mismo tiempo, cada uno de estos agentes tiene una serie de problemas que pueden ser solventados por otros agentes. De tal forma, que en la medida en que, mediante una adecuada gobernanza, se pueda complementar y crear sinergias entre las actuaciones de todos estos agentes, se estará maximizando la función de bienestar social.

A partir de este momento, en los siguientes capítulos de la investigación, nos centramos en el análisis de la gestión del riesgo social de la dependencia bajo el enfoque pluralista del Estado del bienestar y, más concretamente, del papel que vienen desempeñando cada uno de estos agentes en los diferentes regímenes de Estados del bienestar europeo, prestando especial atención al caso español.

Tabla III. 3.6. Papel de los agentes socioeconómicos bajo el enfoque pluralista.

CARACTERÍSTICAS DEL ENFOQUE PLURALISTA	AGENTES	PROBLEMÁTICA	FUNCIONES DE LOS ACTORES
- Todos los agentes son importantes en la provisión de bienestar social. - Todos los agentes tienen un papel y funciones complementarias en la provisión de bienestar social. - Flexibilidad en la gestión y capacidad de adaptación. - Descentralización y reformas institucionales. - Participación activa de la sociedad civil. - La gobernanza frente a la gestión pública. - El Estado, respecto a otros agentes, pierde peso relativo pero no importancia.	Estado/AAPP (interés general)	- Burocracia. - Rigidez. - Lentitud. - Falta financiación. - Insuficiente.	- Descentralización. - Regulación, ordenación, control. - Fomento participación. - Coordinación/concertación. - Financiación. - Aseguramiento universal. - Garantía de un mínimo vital. - Igualdad y redistribución.
	Mercado o empresas capitalistas (interés individual lucrativo)	- No es eficaz al asignar recursos. - Atiende sólo a determinados colectivos. - Busca rentabilidad económica a partir de necesidades sociales básicas.	- Financia al Estado vía imptos - Financia al Tercer sector voluntario vía donaciones, subvenciones, etc. - Gestión y provisión de servicios sociales con fines lucrativos previo pago con fines lucrativos. - Fomento de la competencia. - Eficiencia, ahorro costes, innovación, flexibilidad. - Cercanía a la demanda.
	Mercado no capitalista no lucrativo o empresas sociales (interés individual social)	- Falta de desarrollo. - Falta de instituciones que apoyen su desarrollo. - No es tenido en cuenta en las políticas sociales. - Impactos microeconómicos (locales, comunitarios..)	- Financia al Estado vía imptos - Financia al Tercer sector voluntario vía donaciones, subvenciones, etc. - Gestión y provisión de bienes y servicios sociales previo pago bajo criterios de responsabilidad social. - Fomento de la competencia. - Eficiencia, ahorro costes, innovación, flexibilidad. - Cercanía a los problemas. - Participación activa de la sociedad civil en el E.B.
	Tercer sector voluntario (interés individual social)	- Problemas financieros, sobre todo en épocas de crisis. - Falta profesionalidad. - Impactos microeconómicos (locales...)	- Gestión y provisión de bienes y servicios sociales de forma gratuita o a precios insignificantes que no cubren costes. - Cercanía a los problemas. - Flexibilidad. - Participación activa de la sociedad civil en el E.B.
	Familia (interés afectivo, amor reciprocidad)	- Carácter informal. - Falta de información, datos, etc. - Escasa consideración en las políticas sociales.	- Desinstitucionaliza la protección social. - Referente tradicional de la protección social. - Complemento esencial en las funciones del Estado en bienestar social (educación, salud, dependencia, etc.).

Fuente: elaboración propia.

PARTE II

LA DEPENDENCIA COMO RIESGO SOCIAL. SU GESTIÓN EN EUROPA Y ESPAÑA

CAPÍTULO IV

GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LOS ESTADOS DE BIENESTAR EUROPEOS

IV.1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas del siglo XX, en los países occidentales más desarrollados, de acuerdo a los avances y profundización en el bienestar de la población, la sociedad y los poderes públicos dan respuesta a las necesidades básicas de las personas con medidas intensas y generalizadas de apoyo o cuidados de larga duración (CLD), como conjunto de cuidados sanitarios, sociales, formales e informales, recibidos en el propio hogar o en instituciones, para que una persona, que no sea capaz de cuidar de sí misma, mantenga la mejor calidad de vida posible.

Los cuidados CLD son una noción equivalente a la atención a las situaciones de dependencia, lo cual tiene una base conceptual establecida y aceptada comúnmente en Europa; si bien, tal y como se va a recoger en el presente capítulo, no existe todavía un modelo homogéneo de cuidados de larga duración, debido a la diversidad de circunstancias históricas, económicas y sociales de cada Estado miembro. De tal forma, que, todas estas circunstancias, condicionan mucho los tipos de prestaciones, gobernanza y financiación de los sistemas de cuidados de larga duración europeos.

No obstante, en todo el ámbito de la Unión Europea existe una verdadera preocupación por la viabilidad financiera de los sistemas de protección social, en especial la sanidad, las pensiones y los cuidados de larga duración, pues el envejecimiento progresivo y constante de la población, así como la disminución de la natalidad, harán necesarios muchos recursos económicos en el futuro para ofrecer una atención de calidad, como la mejor garantía de su mantenimiento y eficacia.

En este sentido, será preciso redimensionar dichos sistemas para que puedan seguir siendo adecuados, sostenibles y financieramente viables. De tal forma, que los países están trabajando por mejorar, perfeccionar y ampliar sus respectivos modelos, puesto que es innegable la necesidad creciente de los cuidados de larga duración.

No en vano, después de muchos años de que las personas en situación de dependencia han sido consideradas como sujetos incapaces para ocupar un puesto de trabajo o una participación activa en la sociedad, reducidos a una posición de dependencia pasiva (envejecimiento), se ha cobrado conciencia de sus necesidades y de sus derechos a tener una vida digna, lo más independiente posible, a contar con los medios y recursos para desarrollar plenamente sus capacidades.

De modo que, el reconocimiento del derecho social de la situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Europeo y la Unión Europea.

En este sentido, en el presente capítulo se hace, en primer lugar, un acercamiento a la conceptualización de la dependencia y los cuidados de larga duración, exponiendo sus principales características definitorias.

Posteriormente, se analizan los orígenes de este riesgo individual como riesgo social, el cual llega a convertirse en un derecho social y, como hemos recogido en capítulos anteriores, en para importante del Estado del bienestar y de las políticas sociales de buena parte de los países europeos.

Una vez analizado el concepto y los orígenes de este derecho social en Europa, se analizan las diferentes formas de gestionarlo, con objeto de comparar modelos, destacando similitudes y diferencias entre los mismos; para, en capítulos posteriores, compararlos con el caso de estudio referido al modelo español.

Se concluye, por tanto, el presente capítulo, elaborando un cuadro resumen-comparativo, donde se recogen las principales coincidencias y similitudes, así como las diferencias, entre los diferentes modelos de gestión analizados.

IV.2. EL DERECHO SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

Los derechos sociales tienen su origen en las reivindicaciones de los trabajadores y las presiones de los partidos socialistas y comunistas a partir de la segunda mitad del siglo XIX, sobre todo, en Europa⁷⁵; mientras que la protección social de los servicios de atención social y médica, así como el reconocimiento de las necesidades sociales de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, esenciales para la protección de la vida, de los derechos humanos y de la dignidad de los ciudadanos, fueron surgiendo junto con el Estado de Bienestar en el siglo XX.

A lo largo del siglo XX los países europeos han desarrollado políticas de protección social destinados a garantizar a sus ciudadanos una red básica frente a los principales riesgos (pobreza, vejez, desempleo o enfermedad). Durante los años 60, los derechos sociales existentes se consolidan con el auge de los Estados de Bienestar Keynesiano, que coinciden con la aparición de nuevos riesgos sociales, encontrándose entre ellos la situación de dependencia, puesto en debate en los distintos sistemas de protección social.

El avance de las políticas sociales en los países de Europa amplían las situaciones de riesgo a proteger, tales como: la maternidad, la discapacidad, la carencia de vivienda, educación, salud e integración social, estando vinculados a las transiciones post-industriales, que afectan a la persona a lo largo de su vida (Taylor-Gooby, 2004).

En este contexto, la situación de dependencia ha hecho su aparición como una nueva cuestión social. Es un tipo de situación de necesidad (más que de riesgo) muy distinta a los riesgos que atendían los clásicos seguros sociales obligatorios y la Seguridad Social estructurada sobre ellos; es un fenómeno complejo que exige una categorización muy perfilada, atiende a situaciones individualizadas de riesgo; se desvinculan en gran medida al trabajo profesional, atendiendo a una nueva expresión de la cuestión social de nuestro tiempo.

Los Estados europeos desde principios de la década de los noventa, vienen haciendo efectiva la función equilibradora y moderadora de la desigualdad social, atendiendo a la necesidad social, reconoce el derecho social de la dependencia, permitiendo al ciudadano a participar en sociedad de los derechos y prestaciones garantizadas mediante leyes específicas; configurando, de esta forma, sistemas sociales integrados de atención a la dependencia, como lo hizo Alemania en 1995⁷⁶ y en el caso español, con la Ley 39/2006.

La institución de los sistemas de protección social de la dependencia europeos ha tenido como finalidad crear unas condiciones de igualdad en el ejercicio de este derecho, con el fin de evitar las desigualdades territoriales, y de esta forma, se pueda atenuar la situación de desventaja de las personas en situación de dependencia en el ejercicio de sus derechos fundamentales frente a otras que cuentan con recursos económicos.

⁷⁵ Tal y como quedó recogido en el Capítulo II de este trabajo, el reconocimiento constitucional de los derechos sociales aparece por primera vez en la Constitución mexicana de 1917, así como, también, en la alemana de Weimar de 1919; en ambas constituciones se reconocen de forma particular el derecho al trabajo, a la educación y a la seguridad social junto con el derecho de huelga y la libertad sindical.

⁷⁶ La Ley de la Dependencia de Alemania, de 1995, se convirtió en el gran referente como modelo de Seguridad Social europeo y también en la vara de medida con la que comprar y evaluar los impactos sociales y financieros de los modelos alternativos.

En este sentido, el reconocimiento del derecho social de la dependencia es indiscutible porque es esencial para que las personas afectadas puedan recibir apoyos para el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria, que les permita vivir con dignidad en sociedad, así como para que estas personas ejerzan con plenitud sus derechos, pues sin esta ayuda pueden encontrar limitaciones en el ejercicio de los mismos; implicando una participación activa de los poderes públicos para su cumplimiento.

Por otro lado, debe destacarse que en esta materia rige en Europa el principio de la subsidiariedad y que, por lo tanto, su desarrollo es competencia exclusiva de los Estados de Bienestar, es decir, necesita pasar por un desarrollo legislativo en los diferentes países de la Unión.

La dependencia como situación de necesidad específica se produce en el momento en que emerge un grupo de edad que se caracteriza por su falta de autonomía (o está muy mermada) y demanda una cobertura específica ante la inadecuada atención de los mecanismos tradicionales (familiares o institucionales). Se trata de un fenómeno social de la dependencia que no es, desde luego, enteramente nuevo, pero sí generalizado y más relevante, como tal, desde el punto de vista de la política jurídica de protección social.

Trataremos la situación de dependencia, como un concepto más limitado, como dependencia en el manejo de la vida cotidiana, excluyendo las dependencias normales de la infancia. Sin embargo, no existen criterios estandarizados para definir la dependencia, por ello, cualquier definición se debe a normas establecidas por organismos internacionales, siendo la referencia el Estado de Bienestar. Por ello, en el presente Capítulo, analizaremos la situación de la dependencia como necesidad de cuidados de larga duración (CLD, en lo sucesivo).

Desde la historia moderna hasta la contemporánea (inclusive), los Estados de Bienestar han mostrado preocupación por atender la mayoría de las necesidades de la familia, pero de forma residual o subsidiaria, por fallo de la familia (porque no podía solventar el problema)⁷⁷. También se hacía cargo cualquier institución de tipo colectivo, como la iglesia, asociaciones caritativas o gobiernos locales, aunque éstas carecían de instalaciones apropiadas, ofreciendo la ayuda en casas de pobres, asilos y similares.

De modo que, la idea de que estas necesidades de cuidado que debían ser reconocidos como un derecho ciudadano a los servicios por parte de un estado responsable, fue surgiendo junto con el Estado de Bienestar en el siglo anterior, siendo desarrollada más profundamente en el modelo nórdico o escandinavo, hasta el punto de que una gran mayoría considera al Estado como el principal responsable de ofrecer cuidados de larga duración.

Tras las ruinas de la II Guerra Mundial, durante los años de fundación del Estado de Bienestar escandinavo se tuvo preferencia por el desarrollo de las prestaciones universales, las cuales estarían basadas en derechos de ciudadanía y no en la caridad⁷⁸, lo cual implicó una expansión de los derechos sociales (Daatland, 2009).

En este contexto, también se ha venido experimentando un importante desarrollo de los servicios de atención social en colaboración con el tercer sector. No en vano, para Anttonen & Sipilä (1996), la atención social ha sido el componente fundamental de expansión de los Estados de Bienestar, aunque existan diferencias en su desarrollo.

⁷⁷ En caso de una situación de enfermedad mental, discapacidad, etc.

⁷⁸ Tras la II Guerra Mundial, Suecia, por su condición de país neutral, no sufrió los estragos de la guerra, siendo el país pionero en el desarrollo del *modelo escandinavo* seguido de Dinamarca y Noruega.

Con el predominio de políticas descentralizadoras y desinstitucionalizadoras se sentaron las bases para el desarrollo de los sistemas de protección social de CLD en los diferentes modelos de bienestar europeos, favoreciendo la expansión de los derechos ciudadanos, no sólo de los mayores, sino también de los jóvenes, física o mentalmente discapacitados, siendo su reconocimiento, no sólo de forma individual, sino como un nuevo riesgo social.

Tal y como veremos más adelante, el avance las políticas de protección social de cuidados de larga duración siguen el camino específico del modelo de cada país; si bien, esta necesidad social debe ser tomada en cuenta como un aspecto relevante para la intervención del Estado, ya que éste es el principal responsable de la producción de bienestar en la sociedad.

Y, así lo asumen los países escandinavos, donde la protección de los CLD se caracterizaron, en contraste con los modelos anglosajones y continentales, por los derechos universales, la financiación mediante impuestos, el fuerte énfasis en la redistribución y una responsabilidad pública directa y amplia en la provisión de servicios, tal y como posteriormente se desarrolla.

IV. 2.1. Definición de la dependencia.

Puede decirse, como hemos referido en el epígrafe anterior, que no existen criterios generalizados para definir la dependencia, por lo que cualquier definición debe ser relativa a normas establecidas de acuerdo con los organismos supranacionales y organizaciones internacionales.

Por tanto, en la actualidad existe una gran pluralidad de formas de entender la dependencia, algo que queda posiblemente enraizado en las diferentes tradiciones nacionales de gestión de los riesgos sociales. Sin embargo, aquí centramos nuestra atención en revisar y analizar las diferentes definiciones formuladas por los organismos e instituciones internacionales, sumándose a ello, las contribuciones de los distintos actores sociales sobre las características generales que viene a centrar su definición como nuevo riesgo social.

El término de la dependencia es habitual y comúnmente aceptado (salvo determinadas censuras del movimiento asociativo y de analistas críticos procedentes del mundo de la discapacidad), empleado generalmente por organismos supranacionales como el Consejo de Europa. También esta denominación es habitual en la literatura española sobre la materia, regulada legal y administrativamente en la *Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

La dependencia es un concepto en constante evolución que debe referirse a la interacción entre las personas por falta o pérdida de autonomía⁷⁹, así como a las barreras existentes en su entorno, que impiden su plena y efectiva participación en la sociedad en igualdad de condiciones. A fin de mejorar la situación de las personas dependientes y la de sus cuidadores, el Consejo de Europa ha elaborado un texto de consenso para que fuera adoptado por todos los países miembros de este organismo internacional.

A partir de la definición de la situación de dependencia del Comité de Ministros del Consejo de Europa, Recomendación Nº 98 (9) (en adelante, CE. R: 98-9) (Consejo de Europa, 1998), existe un consenso en torno a su definición. En ella se define a la dependencia como:

⁷⁹ Se entiende por autonomía a la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales para vivir de acuerdo con las preferencias propias; y, a su vez, desarrollar las actividades básicas cotidianas.

... la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, o como: un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

No sólo la doctrina ha seguido ampliamente esta definición Consejo de Europa, sino que los Organismos Internacionales la vienen utilizando de manera generalizada. Así, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2001) se refiere a la situación de dependencia al tratar la discapacidad, como el hecho de no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para realizar actividades ordinarias de la vida diaria (54ª Asamblea Mundial de la Salud, 2001)⁸⁰.

Por su parte, en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000), en el artículo 34 se prevé el reconocimiento del derecho a la dependencia, estipulando que: *La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de Seguridad Social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez.*

En este estado, cabe precisar que los CLD son una noción equivalente a la dependencia, conforme a la definición de la OMS (2001), en el sentido de que, los CLD consisten en la provisión de apoyo y ayuda a una persona por la prevalencia de enfermedades crónicas de larga duración⁸¹, llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, con el fin de lograr que la persona, que no pueda valerse por sí misma mantenga, tenga una calidad de vida posible.

Tradicionalmente, la evaluación de la necesidad de CLD que tiene un individuo se basa en la medición de la dependencia. La categorización más común de la dependencia es el grado de dificultad para realizar actividades de la vida diaria, que se relacionan con el cuidado personal (ducharse o bañarse, vestirse y desnudarse, comer, levantarse de la cama y acostarse), y actividades instrumentales, que se relacionan con tareas domésticas (comprar, cocinar, fregar los platos, lavar la ropa, limpiar la casa o administrar su propio dinero).

En muchas ocasiones para hacer frente al cuidado personal, así como a las actividades instrumentales, no sólo dicha ayuda es cubierta desde los servicios públicos, sino también, desde el sector privado (sector mercantil y tercer sector), sobre todo en los cuidados especiales de larga duración, siendo el caso de la rehabilitación, la asistencia social, los servicios médicos básicos, enfermería a domicilio,...Por tanto, hay un repertorio de agentes, públicos y privados implicados en la materialización del servicio a la dependencia.

Por ello, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos - OCDE -, interesada también en el bienestar social del mundo, considera que los CLD son una cuestión de política transversal que debe integrar una gran cantidad de servicios para personas que dependen de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria durante un prolongado período de tiempo (Europa Comisión, 2008, traducido por Castón, et al, 2009; (OECD, 2004).

⁸⁰ Conforme a la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2001) sobre *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), el término de discapacidad se refiere a *los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).*

⁸¹ Los CLD también se dan como consecuencia enfermedades de larga evolución que causan discapacidad física o mental (CIF, 2001).

En este sentido, según Shchulte (2009), los cuidados de larga duración se definen por la asistencia a personas que no pueden llevar una vida autónoma y, por lo tanto, dependen de la ayuda de una tercera persona en su vida diaria. De modo que el riesgo de la dependencia siempre ha existido como un fenómeno social a tomar en consideración. Esta dependencia surge por razones médicas o debido a un accidente, una enfermedad laboral o simplemente, debido a la edad.

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001), la discapacidad es entendida como *los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales)*. Asimismo, una persona en situación de dependencia padece, igualmente, las deficiencias, limitaciones y restricciones, como sucede con la discapacidad.

Tanto en el caso de la discapacidad como en el de la dependencia, las personas que padezcan cualquiera de ellas, demandan la necesidad intensa de apoyo; siendo el caso de que una persona en situación de dependencia es una persona con discapacidad, porque presenta al menos una imposibilidad para realizar las *actividades básicas de la vida diaria*, conforme a la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de 2008 (en adelante, EDAD-2008)⁸²; mientras que, por el contrario, no toda persona con discapacidad se le considera en situación de dependencia.

De ahí que la dependencia es entendida como una cuestión de intensidad, de grado, por lo que, las personas en esta situación sufrirán una ausencia más acusada de capacidades para atender a sus necesidades de la vida cotidiana, precisando, por ello, apoyos externos – personales o técnicos, o ambos- más intensos⁸³. De modo que, las peculiaridades de la dependencia, que la configuran dentro de la esfera de la discapacidad, pasarán por la afección de las capacidades propias de la autonomía personal (Querejeta, 2004).

Asimismo, la Unión Europea desde el año 2005, en sus trabajos sobre la política económica y el entorno social de los últimos países de la ampliación, estima que la situación de dependencia requiere alguna intervención de otra persona para la ayuda en las actividades de la vida cotidiana (Zárate, 2012).

Sin embargo, en la actualidad se tiende a emplear el término de dependiente de una forma genérica o global, en vez de referirse a un tipo de dependencia particular, como es: la dependencia para el autocuidado, lo cual ha dado lugar a errores terminológicos. Así, respecto a este tipo de dependencia, siguiendo a Querejeta (2004), describiremos brevemente tres aspectos: la calificación de dependiente a la de válido o autónomo; si existe o no relación de dependencia con la discapacidad y, por último, la diferenciación entre la dependencia y autonomía:

⁸² De esta forma, según la EDAD 2008, la persona que no pueda realizar alguna de las 18 actividades *básicas de la vida diaria* que se describe (a continuación), se encontraría en la situación de dependencia. Estas actividades son:

Lavarse, Cuidados de las partes del cuerpo, Higiene personal relacionada con la micción, Higiene personal relacionada con la defecación, Higiene personal relacionada con la menstruación, Vestirse y desvestirse, Comer y beber, Cuidado de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas, Cuidado de la propia salud: evitar situaciones de peligro, Adquisición de bienes y servicios, Preparar comidas, Realizar las tareas del hogar, Cambiar las posturas corporales básicas, Mantener la posición del cuerpo, Desplazarse dentro del hogar, Desplazarse fuera del hogar, Uso intencionado de los sentidos (mirar, escuchar) y, finalmente, Realizar tareas sencillas.

⁸³ Aunque para Pérez (2006), las estructuras públicas de atención o de intervención encuentran un nivel de diferenciación entre el origen de la dependencia sobrevenida por causa de discapacidad (congénita, perinatal, traumática, etc.) y la dependencia por el envejecimiento, haciéndolas parecer más distantes de lo que en verdad son.

En primer lugar, una persona que es dependiente para algunas actividades, no tiene porque llegar a ser calificado como *dependiente oficial*. Por ejemplo, es habitual tener una dependencia importante para las actividades de la vida doméstica y ser independiente para las de autocuidado, de forma que esta persona sería considerada administrativamente como autónoma, válida o no dependiente.

En segundo lugar, muchas veces no se identifica claramente la relación de la dependencia con la discapacidad, llevando a clasificarlas y valorarlas por separado, cuando la situación de dependencia –relacionada con las condiciones de salud alteradas- siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad (Querejeta, 2004).

En definitiva, podemos decir que el estado de dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se dan dos elementos a la vez: imposibilidad de realizar las *actividades básicas de la vida diaria*, que se relacionan con el cuidado personal, y, de las *actividades instrumentales*, que se relacionan con tareas doméstica; dichos elementos están relacionados con la ayuda personal o técnica.

Por último, no debería limitarse la definición de dependencia exclusivamente a la situación de pérdida de autonomía intelectual, ya que podrían ocurrir situaciones de dependencia en personas con capacidad de decisión conservada. Por lo que se debería diferenciar a las personas dependientes con autonomía intelectual (capacidad de decisión) de las personas dependientes sin autonomía intelectual. Dado que, cada vez, más personas manifiestan su voluntad sobre los cuidados y tratamientos que van a recibir sobre su salud cuando se agrava su situación⁸⁴.

Se deben considerar como conceptos diferenciados, por un lado, la dependencia por falta de autonomía física y, por otro, la autonomía intelectual, como facultad abstracta de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona) (Querejeta, 2004).

Por todo, existe un consenso generalizado en definir a la dependencia como *aquella situación personal que requiere la ayuda prolongada de otra persona para realizar los actos de la vida cotidiana*, no sólo desde el ámbito familiar sino que cada vez más implica a la sociedad, lo cual motiva su identificación como un nuevo riesgo social de protección, convirtiéndose en uno de los retos fundamentales de la política social de los Estados de Bienestar Europeos, en general, así como, de nuestro Estado de Bienestar español, en particular.

En este sentido, aunque la necesidad de asistencia y/o cuidados ha existido siempre; podría decirse que lo que ha cambiado ha sido su dimensión (por el incremento del número de estas situaciones), su importancia social (de ser un problema individual o familiar, es ahora un problema social, como consecuencia de lo anterior), y su naturaleza (entiende unos objetivos y funciones del Estado de Bienestar e implican nuevos compromisos de protección y financiación) (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI, en adelante-, 2004).

IV.2.2. Características de las situaciones de dependencia

A medida que hemos determinado el marco conceptual de las situaciones de dependencia han ido apreciando algunas de sus características, las cuales se concretan en cinco: la universalidad de su dimensión subjetiva, la multicausalidad, la multidimensionalidad, la

⁸⁴ De ahí que siendo el caso de que la persona previamente decide el tipo de cuidados necesarios a posteriori frente al agravamiento de su situación, es decir, con pérdida de la autonomía intelectual, debiendo las autoridades respectivas, considerar en la parte resolutive de la resolución de declaración de dependencia.

complejidad y la durabilidad (Zárate, 2012). Todas estas características, tal y como posteriormente se comenta, va a hacer más compleja y, por tanto, complicada, la gestión de este derecho social. A continuación comentamos cada una de ellas.

La universalidad

Entiende que todas las personas pueden tener limitaciones para realizar alguna actividad en cualquier etapa de su vida; todas las personas, en mayor o menor medida, son, en ciertas situaciones, dependientes. Por tanto, las situaciones de dependencia pueden presentarse en diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial..., precisándose ayuda de otra persona, o ayudas especiales para realizar actividades cotidianas. Ninguno de nosotros escapa de la necesidad del otro, es un rasgo fundamental de nuestra dimensión social.

El estado de dependencia puede darse en cualquier etapa de la vida, dado que, cada edad, tiene su peculiar modo de vivir la dependencia. No obstante, tal y como recoge Pérez (2004), *si se presenta en las primeras fases de la vida, la situación es más crítica para la persona y su entorno, ya que, puede prolongarse a lo largo de toda su vida*, mientras que, si se da por el envejecimiento tiene otros contornos y las necesidades son distintas.

La multidimensionalidad

Dada la importancia que tienen las situaciones de dependencia en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial..., ha implicado a múltiples disciplinas y profesionales, los cuales se encargan de su estudio desde un punto de vista concreto.

Para Sagardoy y López (2005), el fenómeno multidimensional de la situación de dependencia se refiere a que ésta...*tiene múltiples dominios: mental, físico, económico y la combinación de cualquiera de ellos*. De tal forma, que todos estos factores biológicos, psicológicos, socioculturales, económicos, ambientales, etc., son determinantes en la apreciación de la dependencia.

Así, el aporte de las múltiples disciplinas y profesionales viene construyendo una importante e inagotable fuente de datos, definiciones, baremos, etc. que profundizan y enriquecen su estudio. En este contexto, nos encontramos con colectivos que podrían estar representados, entre otros, por profesionales provenientes de la rehabilitación, la geriatría, la valoración de la discapacidad, la psicología, el trabajo social o la prestación de servicios (Querejeta, 2004).

La multicausalidad

Las situaciones de dependencia tienen múltiples causas: edad o envejecimiento de la población, las discapacidades congénitas, los accidentes laborales, de tráfico o doméstico, las nuevas enfermedades discapacitantes, los entornos, prácticas y mentalidades hostiles, etc. (Pérez, 2006). Para Rodríguez (2006), *el presente proceso de envejecimiento de la población española es la causa más importante, si bien no la única*.

La dependencia puede afectar a todas las edades y puede darse, además, por el estado de salud, el modo de vida, la educación y la profesión. Todos ellos son factores que determinan globalmente lo que se denomina como *esperanza libre de discapacidad, que es tan importante o más que el propio proceso demográfico de envejecimiento*.

La complejidad

La situación de dependencia es un fenómeno complejo, que conlleva varios factores distintos. La persona en estado de dependencia recibe una respuesta personalizada, distinta respecto a las personas en igual situación de su entorno. La persona en situación de dependencia, recibe una respuesta íntegra de atención, es decir, diversas ayudas o atenciones en todo momento y para todas las necesidades que surjan, ya sea de tipo sanitario o social, por parte de profesionales, familiares o voluntarios.

En este sentido, esta complejidad nos indica que, cada persona en situación de dependencia necesita una atención específica, y precisa una atención personalizada e íntegra. Debido a ello, el carácter complejo de la dependencia entiende la intervención conjunta, tanto, del sector público como del privado para dar respuesta a dicha situación (ya sea, desde el Estado, desde el sector privado mercantil, desde la familia y desde del sector voluntario). Por tanto, su complejidad es consecuencia de la intervención integrada de todas estas instituciones y agentes frente a las necesidades de la situación de dependencia de una persona.

La durabilidad

La situación de dependencia es un hecho variable y dependerá, entre otras cosas, de estados de salud transitorios y de los factores del contexto real (personal y ambiental) en el que se desenvuelve la persona en un momento determinado, pudiendo, por tanto, mejorar o empeorar según las circunstancias (Querejeta, 2006)⁸⁵.

Asimismo, señala Zárate (2012), éste es *uno de los factores que aporta más complejidad a la situación de dependencia*, es decir; *la dimensión temporal de las mismas*. Se presentan situaciones de dependencia que pueden ser: momentáneas, temporales y permanentes. Por ello, algunos de estos estados de dependencia permanecen estables y otras son variables, y dentro de esa variabilidad, las hay progresivas o regresivas. De tal forma, que hay un amplísimo espectro de situaciones de dependencia, de gran variedad, ligados a cada persona, su familia y su entorno.

IV.3. EL MODELO SOCIAL EUROPEO ANTE EL RIESGO SOCIAL DE LA DEPENDENCIA: DE RIESGO FAMILIAR A RIESGO SOCIAL

La necesidad social de cuidados personales de la vida diaria forma parte de las actividades de reproducción de toda sociedad⁸⁶. Esta necesidad de cuidados se manifiesta de manera intensa y continua en determinadas etapas de la vida, sobre todo, en la infancia, la vejez, la enfermedad o una grave limitación debido a accidentes de diferente tipo. Desde un principio esta necesidad de cuidado ha venido siendo asumido por la familia, pero desde mitad del siglo XX hasta la actualidad se va a ir convirtiendo, de una forma progresiva, en un problema que afecta a toda la sociedad.

Así, hasta hace poco, la satisfacción la necesidad social de cuidados personales ha estado reducida al ámbito propio de los hogares, como riesgo familiar; aunque también, en su

⁸⁵ El estado de dependencia –al igual que la discapacidad– es propia de diversas situaciones vitales, más o menos prolongadas, como la infancia, períodos de enfermedad, embarazo..., a parte de la vejez. Y no tiene que porque ser siempre la misma, así los factores del contexto tanto ambiental (vivienda, ayudas técnicas, servicios, factores geográficos,...), como personal (educación, edad, ingresos económicos, sexo, viudedad, etc.) van a incidir en cambiarla.

⁸⁶ En la reproducción social, a fin preservar la existencia humana (Guzmán, 2005 y Molina, 2007, entre otros), la familia ha ocupado un papel central en pervivencia de las sociedades actuales, dado que desde siempre viene trasladando generacionalmente aquellas calidades, cualidades y capitales (tanto materiales como inmateriales y relacionales).

origen estuvieron implicadas las organizaciones voluntarias y el Estado de una forma asistencial y residual. De ahí, y conforme a Rodríguez Cabrero (2011), que en la década de los años 1950 a 1980 imperara una clara división del cuidado a las personas dependientes, asumido por la mujer y el Estado, a través de políticas públicas residuales y asistenciales⁸⁷.

Más tarde, con la crisis del modelo de los Estados de Bienestar Keynesiano, la protección social de la dependencia pasó a convertirse en riesgo social. Ello se vio favorecido con el proceso de reestructuración y descentralización de los Estados, a fin dar respuesta a las nuevas necesidades sociales, pero atendiendo a sus ideologías políticas e intereses. A partir de aquí se estructuraron modelos de socialización del riesgo de la dependencia, pero no de forma explícita, sino mediante la extensión de los servicios sociales en el ámbito municipal.

La gestión de los servicios sociales de las situaciones de dependencia se hizo primero, a través del modelo tipo residencial. Posteriormente, a medida que la persona afectada iba manifestando su deseo de vivir en su domicilio familiar, se dio paso a la gestión del modelo comunitario, lo cual suponía un menor coste. A su vez, dichas unidades tenían una mayor información sobre las necesidades y especialidades locales. Por tanto, aunque en un primer momento no existieron leyes sobre la dependencia, la provisión de los servicios corría a cargo del Estado, asumiendo la familia el control de asignación de los mismos⁸⁸.

Así, en la década de los setenta se da respuesta al riesgo de la dependencia creándose las condiciones para una nueva división social mediante cuidados prolongados o de larga duración (CLD). Sin embargo, tal y como se ha comentado anteriormente, no existió un modelo social único de protección a la dependencia, ya que cada modelo de Estado de Bienestar, como se profundiza en el siguiente epígrafe, implementó este tipo de política según sus rasgos ideológicos, sociales y culturales.

No obstante, el modelo nórdico fue el tipo dominante de los CLD, la protección social fue altamente estatal, reconociéndose el derecho universal de la dependencia; mientras que, tanto en los estados bismarckianos, como en los del Sur de Europa, la responsabilidad de la provisión fue, fundamentalmente, de la familia, la subsidiaridad del Estado y, de forma residual, del sector mercantil. Por su parte, el sistema mixto anglosajón combina la atención asistencial y la ayuda familiar.

Esta mayor importancia que adquiere el Estado en el modelo nórdico, en lo que respecta a la provisión del riesgo de la dependencia o CLD, aparece reflejada en la Tabla IV.1. En efecto, como se desprende del citado cuadro, los países que, ya a principios de 1990 estaban a la cabeza en gasto social en CLD eran Dinamarca, Suecia, Noruega e Islandia, seguidos de Holanda y Austria.

Sin embargo, se observa cómo el gasto social en CLD parece que va convergiendo entre los diferentes países europeos, en la medida en que los países nórdicos han venido moderando y ralentizando su crecimiento, mientras otros muchos países, entre los que destacan España, Portugal y Reino Unido, lo han incrementado. No obstante, a pesar de ello, actualmente se siguen observando diferencias significativas entre países en lo que respecta a este gasto social.

Todo esto viene a confirmar el hecho, comentado anteriormente, de que en las últimas décadas el riesgo de la dependencia, cada vez más, es considerado en la política social europea, si bien, en esta política existen variantes según países y modelos de Estados del

⁸⁷ Caracterizándose, en este sentido, el modelo tradicional por ser estrictamente familiar y femenino, donde la mujer era el eje central de máxima responsabilidad en los cuidados, mientras que el Estado solo participaba en situaciones de máxima gravedad y/o de soledad.

⁸⁸ De esta forma se dio lugar a que una parte de las mujeres cuidadoras informales estuvieran implicadas, en dichas tareas, en el sistema de servicios sociales.

bienestar, lo cual hace que ese diferente nivel de desarrollo origine diferencias en los niveles de gasto social.

Tabla IV.1. Gasto social en cuidados de larga duración en los países europeos (% s/PIB)

PAÍSES	1990	1995	2000	2005	2008
EU (27 countries)	:	:	0,41	0,48	0,41
Bélgica	:	0	0,03	0,05	0,05
Bulgaria	:	:	0	0,03	0,04
República Checa	:	0,29	0,43	0,33	0,54
Dinamarca	2,14	1,2	1,64	1,74	1,68
Alemania	:	0,17	0,18	0,16	0,15
Estonia	:	:	0,13	0,08	0,08
Irlanda	:	0,17	0,18	0,22	0,25
Grecia	:	0,05	0,09	0,1	0,09
España	0,16	0,16	0,21	0,33	0,45
Francia	0,18	0,21	0,17	0,32	0,35
Italia	0,12	0,09	0,1	0,11	0,14
Chipre	:	:	0,04	0	0
Eslovaquia	:	:	0,15	0,14	0,17
Lituania	:	:	0,13	0,15	0,44
Luxemburgo	0,25	0,18	0,02	0	0
Hungría	:	:	0,28	0,38	0,32
Malta	:	0,52	0,49	0,58	0,52
Holanda	0,53	0,5	0,66	0,87	0,72
Austria	0,48	0,83	1,01	0,96	1
Polonia	:	:	0,23	0,23	0,22
Portugal	:	0,12	0,17	0,25	0,25
Rumanía	:	:	0,03	0,01	0,04
Eslovenia	:	:	0,25	0,18	0,15
Eslovaquia	:	0,34	0,29	0,4	0,36
Finlandia	0,7	0,77	0,62	0,68	0,69
Suecia	:	2,29	2,32	2,37	2,33
Reino Unido	0,06	0,35	0,81	0,99	0,56
Islandia	1,24	1,27	1,31	1,76	0,3
Noruega	1,76	1,84	1,7	1,6	1,61
Suiza	0,25	0,34	0,27	0,3	0,31

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (2015).

En este sentido, podría decirse que a finales del pasado Siglo y principios del presente en Europa la familia va cediendo protagonismo, planteándose nuevas respuestas. El Estado va tomando conciencia de que una parte de la responsabilidad del cuidado le corresponde, máxime cuando el riesgo de la dependencia va en aumento debido a la aceleración del proceso de envejecimiento e incremento de las discapacidades en edades avanzadas, tal y como se recoge en la Tabla IV.1.

A ello, se le une la inserción laboral de la mujer y los cambios en las estructuras familiares (divorcios, familias monoparentales, menos extensas, etc.), a lo cual se le suma la presión ejercida por las asociaciones cívicas y de acción social de la discapacidad y de las personas mayores (Abellán y Esparza, 2006). En definitiva, todo ello dio lugar a que los países europeos se plantearan la necesidad de avanzar hacia políticas de socialización del riesgo de la dependencia.

Tabla IV.2. % Población dependiente (+65/15-64)

	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014
EU (28 countries)	:	:	:	24,7	26,1	27,5	28,1
EU (27 countries)	20,6	21,9	23,2	24,6	26,1	27,5	28,2
Euro área (18 countries)	20,8	22,4	24,1	25,9	27,6	28,9	29,5
Bélgica	22,1	23,8	25,5	26,3	26	26,8	27,3
Bulgaria	19,5	22,2	23,8	25,2	26,5	28,5	29,3
República Checa	19	19,3	19,8	19,8	21,7	24,6	25,7
Dinamarca	23,2	22,7	22,2	22,7	24,9	27,6	28,3
Alemania	22	22,5	23,9	27,8	31,4	31,3	31,5
Estonia	17,5	20,2	22,1	24,3	25,9	27,2	27,9
Irlanda	18,6	17,8	16,8	16,3	16,5	18,6	19,3
Grecia	20,4	22,2	24,2	27,3	28,4	30,8	31,6
España	20,2	22,2	24,5	24	24,6	26,3	27,2
Francia	:	22,7	24,3	25,1	25,6	27,5	28,4
Croacia	:	:	:	26	26,7	27,1	27,6
Italia	21,5	24	26,8	29,4	31,2	32,7	33,1
Chipre	17,2	17,2	17	17,7	17,8	18,8	19,9
Lituania	16,2	18,5	20,8	23,6	25,6	27,2	27,5
Luxemburgo	19,3	20,6	21,4	20,9	20,4	20,2	20,4
Hungría	20	20,9	22	22,7	24,2	25,1	25,8
Malta	15,7	16,3	17,9	19,3	21,4	25,1	26,4
Holanda	18,6	19,3	20	20,8	22,8	25,5	26,4
Austria	22,1	22,5	22,9	23,5	26,2	26,8	27,2
Polonia	15,4	16,6	17,8	18,7	19,1	20,4	21,2
Portugal	20	21,9	23,8	25,7	27,5	29,4	30,3
Rumanía	15,6	17,6	19,3	20,7	23,7	23,9	24,3
Eslovenia	15,5	17,4	19,8	21,8	23,8	25	25,7
Eslovaquia	16	16,3	16,6	16,4	17,3	18,4	19
Finlandia	19,8	21,1	22,2	23,8	25,6	28,9	30,2
Suecia	27,7	27,4	26,9	26,5	27,7	29,9	30,6
Reino Unido	24,1	24,5	24,3	24,2	24,6	26,4	27
Islandia	16,4	17,3	17,8	17,9	17,9	19,5	19,9
Leichente	14,2	16,2	14,8	15,6	19,3	21,4	22,4
Noruega	25,2	24,8	23,5	22,4	22,5	23,7	24,2
Suiza	21,3	21,7	22,7	23,3	24,7	25,7	26,1
Montenegro	:	:	18,3	18,7	19,1	19,2	19,6
República Yugoslava	:	12,8	14,6	15,8	16,4	16,9	17,5
Albania	:	:	:	12,8	:	:	17,5
Serbia	:	:	23,6	25,5	25,1	25,9	26,7
Turquía	7,1	7,8	8,3	8,9	10,5	11,1	11,3

Fuente: elaboración propia a partir Eurostat (2015).

En este contexto, en los comienzos de la década de los años 90 del pasado siglo, cuando las políticas de CLD pasan a formar parte de la agenda política, orientadas a la socialización del riesgo, cambian los modelos asistenciales en modelos de cobertura universal. Sin embargo, como consecuencia de la importante crisis económica y financiera que comienza en 2008, desde la segunda mitad del año 2010, las políticas de protección social vienen siendo frenadas; conduciendo a los estados a adoptar nuevas formas de refamiliarización, mercantilización e individualización del riesgo.

Consecuencia de ello, y de las características propias de este riesgo, Durán Heras (2000) afirma que las políticas de CLD en Europa han sido escasas y no han compensado las

demandas de los cuidadores ni de las familias. En este mismo sentido, Rodríguez Cabrero (2011) señala que la institucionalización del riesgo ni viene a sustituir a la familia ni puede ser de amplia intensidad protectora.

Por el contrario, las regulaciones de los CLD sólo se ciñeron a organizar los sistemas existentes, racionalizarlos y reforzarlos con una cobertura pública básica limitada. De modo, que, a pesar de esa progresiva socialización del riesgo de la dependencia, la carga de la protección social de este riesgo sigue recayendo en la familia, sobre todo en manos de la mujer (Rogerio, 2010, y Bond y Rodríguez, 2007).

Por su parte, las demás esferas de bienestar, como son el mercado y el tercer sector, participan, en mayor o menor medida, supeditados a las políticas sociales de los modelos de bienestar. Así, para dar respuesta a la dependencia, construyen modelos sui géneris que combinan la socialización del riesgo, la refamiliarización y la creciente responsabilidad individual. De esta forma, se pone de manifiesto cómo los estados europeos tienden a converger en la provisión de servicios y la responsabilidad mixta del sector público y privado, como sustento del enfoque pluralista de bienestar, motivo por el cual, en el Capítulo III, se ha querido desarrollar este enfoque.

Por consiguiente, esta socialización del riesgo de la dependencia no es a plenitud, como bien afirma Rodríguez Cabrero (2011), pues ésta subyace al modelo de cuidado familiarista, a la lentitud en la construcción de una nueva división social de género de cuidados y a las presiones del mercado capitalista en el campo de las necesidades; originándose la producción de respuesta desiguales en países europeos, poniéndose de manifiesto la no existencia de un modelo social de gestión de la dependencia único en Europa.

Sin embargo, a pesar de ello, Taylor-Gooby (2004) y Bonoli (2005) hacen referencia a un modelo general de respuesta al riesgo social de dependencia, que combina las tradiciones institucionales y culturales, las demandas sociales (sobre todo, por parte de las mujeres a favor de una cierta socialización del riesgo) y los constreñimientos financieros e ideológicos de la globalización; siendo asumida la respuesta de forma complementaria y subsidiaria por sector público y privado.

Por tanto, el avance de las políticas públicas de protección a la dependencia, desde finales del Siglo XX y principios del S. XXI (1990-2010), tendrá lugar en un contexto de construcción de una Europa competitiva en la economía global, con garantías de formas de cohesión social que equilibren los costes sociales del capitalismo económico y financiero (Moreno, 2009 y Del Pino, 2009). Y, para lograr estos objetivos, estas políticas caminan a individualizar el riesgo y a no sustituir a la familia, así como a extender los servicios al sector mercantil (Rodríguez Cabrero, 2011).

En consecuencia, frente a la socialización del riesgo de la dependencia, se da paso a la organización complementaria de cuidados con la refamiliarización del sistema tradicional⁸⁹, y a una profunda división social de género, mediante el control y dirección de los cuidados formales delegados en los hogares a mujeres inmigrantes, como refieren Bettio (2006), Martínez (2010) y Colombo, et al (2009).

Tal y como se ha apuntado anteriormente, la dependencia, en sí misma, no es una nueva situación de necesidad, lo que sí constituye una novedad es su generalización, de ahí, la inoperancia de los mecanismos que tradicionalmente han procurado asistencia a estas

⁸⁹ En el sistema tradicional de cuidados el Estado sólo compensa a medias las cargas familiares, aunque en situaciones complejas –como en caso de personas solas o de enfermedad grave– lo hace en su totalidad y bajo el control familiar.

personas, que es lo que motiva su identificación como nuevo riesgo, convirtiéndola en uno de los retos fundamentales de la política social de los Estados de Bienestar.

El nuevo modelo social europeo, por tanto, en ninguno de los casos tiende a sustituir los cuidados familiares, por el contrario, hace que las políticas vayan dirigidas a dar respuesta a la nueva estructura social de los hogares que: en menor tamaño, nuevos roles, tendencia a la desfeminización relativa de los cuidados, bajo un contexto de alargamiento de la esperanza de vida y de políticas de empleo que tienen como objetivo insertar a la mujer en el mercado de trabajo.

En definitiva, el riesgo de la dependencia no ha tenido una tradición en los sistemas de protección social europeos, como lo han tenido la salud, las pensiones o el desempleo. No obstante, conforme a los estudios y datos aportados por Comas-Herrera (2006), Eurostat (2008), Giannakouris (2008) y Österle (2009), entre otros, los países europeos tienen que hacer frente, a medio plazo, a una perspectiva de poblaciones crecientemente envejecidas, de aumento de los niveles de dependencia, de transformaciones del contexto socio-económico y de rigurosas restricciones presupuestarias, con el hándicap de que aún existen respuestas diferentes de los estados y una clara tendencia hacia el incremento de los ratios de dependencia en todos ellos.

Estos retos ya se dejan sentir, por lo que la mayor parte de los países europeos, desde hace años, comienzan a considerar a este riesgo individual como riesgo social, integrándolo, por tanto, dentro de sus políticas sociales y de sus respectivos Estados del bienestar.

A continuación, pasamos a detallar la regulación de este nuevo riesgo social en los diferentes modelos de Estados de bienestar europeos con objeto de destacar diferencias y similitudes en lo que a la gestión del mismo respecta.

IV.4. GESTION DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS PAISES DE LA UNION EUROPEA

Ante los retos que entraña el riesgo de la dependencia en Europa, comentados en el epígrafe anterior, se ha ido generado respuestas diferentes en los distintos modelos de bienestar europeos en las últimas décadas, los cuales serán analizados a continuación.

Para ello, tomaremos como referencia la clasificación de los modelos de Estados de Bienestar analizados en el Capítulo II de este trabajo, para destacar aspectos relevantes que dieron respuesta al riesgo social de la dependencia, con objeto de hacer comparaciones entre modelos y establecer un modelo o tendencia general en los contextos actual y futuro en lo que respecta a este riesgo social.

IV.4.1. Modelo Nórdico

Los Países Bajos (Holanda)⁹⁰

A partir de los años noventa, el Estado de Bienestar holandés⁹¹ introduce reformas, sobre todo en el ámbito de la protección social de los CLD, al reducir el papel del Estado y externalizar los servicios, dándole importancia a la libertad de elección del consumidor (De Gier, De Swaan y Ooijens, 2004). El Estado se centra en activar las políticas sociales,

⁹⁰ Se ha incluido a este país dentro del modelo nórdico por compartir con éste, buena parte de las respuestas al riesgo de la dependencia.

⁹¹ Se toma como referencia los estudios realizados por De Gier, De Swaan y Ooijens (2004) sobre CLD en los Países Bajos, debido a estos países comparten rasgos del modelo nórdico y continental.

entendiendo a la dependencia como un sistema de bienestar mediante el cual incluye los CLD a los trabajadores dependientes y discapacitados.

Antes, el Estado holandés era universalista-redistributivo⁹², pero frente al fuerte incremento del desempleo, en los años noventa se introduce cambios en sus políticas, concretamente fue reformado a un Estado de inversión social, o de *liberalización directa* (Van der Veen, 2005), a fin de que las personas mayores y las personas en situación de dependencia puedan elegir los servicios sociales que precisen, en lugar de recibir asistencia y servicios públicos directamente.

De esta forma, se reduce el papel del Estado holandés de CLD, mientras adquieren mayor responsabilidad las autoridades locales y aumenta la carga y/o competencia de entidades privadas y el ciudadano adquiere mayor responsabilidad de su propio bienestar. Con ello se logra reducir el desempleo (Visser Et Hemerijek, 1997). Con ello, los holandeses han internalizado dicha evolución y han reducido sus expectativas de cuidado futuro.

A través del desarrollo de las políticas de activación para los trabajadores (jóvenes, mayores, mujeres, discapacitados⁹³ y desempleados de larga duración) en el gobierno holandés se logró reducir al mínimo las prestaciones sociales frente a los riesgos sociales. El sistema de la seguridad social ha perdido más autonomía y ha quedado más imbricado con las políticas del mercado laboral y responsabilidad personal, a cambio se ha registrado un descenso ligero del número de desempleados (De Gier, De Swaan y Ooijens (2004).

La estrategia de fondo ha sido la *liberalización dirigida*, teniendo mayor peso los razonamientos económicos dentro de una lógica de Nueva Gestión Pública. Como consecuencia de ello, los resultados favorables del Estado holandés en materia de empleo, han incitado a los demás gobiernos a iniciar cambios similares en sus políticas, sobre todo en lo que respecta a la individualización de la responsabilidad, a la prevención de los riesgos e inmediata reintegración en el mercado de trabajo de los desempleados y discapacitados.

Aunque desde 1991 se introduce el Presupuesto Personal en atención sanitaria, que consistió en una asignación monetaria para CLD de personas mayores, permitiéndose la contratación de cuidadores profesionales e informales; esta extensión del servicio de ayuda de tercera persona, no sólo beneficiaría al sector pudiente en la elección del servicio, sino, también favoreció la competencia entre administradores privados, dando como resultado, contribuciones personales más altas y de menor provisión sanitaria⁹⁴.

El Presupuesto Personal para dependientes de larga duración, establece mecanismos que dan la posibilidad, tanto a las personas en situación de dependencia, como a las personas mayores, de adquirir por sí mismos los servicios sociales que necesiten, en lugar de recibir asistencia y servicios públicos directamente; y, que, conforme señala Gier, estas reformas tendrían como objetivo reducir la dependencia de los cuidados del Estado de Bienestar.

⁹² El sistema de protección social fue mixto, combinando los seguros sociales bismarckianos (basados en el empleo y seguros públicos y asistencia social pública) con situaciones de riesgo o contingencia, (desempleo, vejez, incapacidad, salud, supervivencia) cubiertas de forma universal.

⁹³ En concreto, respecto a la prestación por discapacidad, esta ha quedado reducida significativamente, en el sentido de que sólo en el caso de la discapacidad completa, será reconocida como parte de la administración de la seguridad social, mientras que en la discapacidad parcial (de 0 a 35%) no reciben prestación social, y el trabajador tendrá la obligación de mantenerlo en su puesto de trabajo activo, aunque al trabajador discapacitado con porcentaje entre un 35 y 85% reciben una prestación parcial, en su salario o como complemento de desempleo. En este sentido, comparado con el pasado, este se ha reducido significativamente.

⁹⁴ Más tarde, a partir del 2003 se introduce un nuevo desarrollo del Presupuesto que integra los presupuestos para la atención de larga duración, cuidados para discapacitados mentales, para enfermedades mentales, así como, para disminuidos físicos; de esta forma, se permitió simplificar el proceso administrativo en conjunto, que, a su vez, ampliaría la libertad de elección y gestión de los recursos.

Para Sipilä (1997), Holanda a partir de la década de los noventa, amplía el mercado en el sistema de CLD; en dicho sistema se da paso al modelo mixto (Blomquist, 2004; Huber y otros, 2005 y 2009), el cual mezcla los sistemas públicos y privados y externaliza de forma parcial de los servicios sociales. De ahí que se promociona la competencia entre proveedores en la gestión de los CLD; aunque, dicha gestión no sustituye al modelo público sino lo reforma con trámites organizativos flexibles, con la finalidad de favorecer a las empresas privadas y a los individuos con recursos económicos⁹⁵.

Frente al proceso de contención de gastos sociales, básicamente de CLD, en un contexto de clara orientación al mercado, se regula el desarrollo de la Ley de Apoyo Social de 2007, financiado dichos gastos a través de impuestos. Esta Ley transfiere la gestión de los servicios de ayuda a domicilio al ámbito municipal. De esta forma, se faculta a las autoridades locales el poder de decidir el acceso al cuidado profesional e informal de la persona en situación de dependencia, así como sobre la contribución económica⁹⁶.

El objetivo de la Ley de Apoyo Social fue fomentar la participación social y fomentar la implicación del individuo en la responsabilidad del propio bienestar; pero que en definitiva, el desarrollo de esta Ley, fue disminuir la intervención estatal, mientras que dinamiza la participación ciudadana activa en las políticas y en la sociedad.

Por tanto, el desarrollo de las reformas en el estado holandés, no sólo convirtió la seguridad social en un ente servil a las políticas activas del mercado laboral, sino, además, privatizó los servicios sociales, con el fin último de reducir el papel del Estado, trasladando la responsabilidad individual al dependiente, favoreciéndose, de esta forma, la competencia mercantil basada en la demanda en vez de la oferta.

Por todo, podemos decir que las nuevas reformas en el Estado holandés reducen el papel del gobierno central hacia un estado activador y dinamizador de la participación de todos los agentes sociales, desarrollando una gobernanza horizontal (con interacción entre organizaciones administrativas, empresas y ciudadanos) (Hooge y Faber, 2005). Estas reformas fomentan el principio de la libre elección del consumidor y la competencia mercantil. De modo que, en la provisión de los servicios sociales, se amplía el papel de los municipios y gana importancia el sector privado.

En definitiva, vemos que las reformas que se llevan a cabo en Holanda desde hace un par de décadas traen consigo la necesidad de gestionar este derecho social bajo un enfoque pluralista, ya que en ellas se dan buena parte de las características propias de este enfoque, descritas en el Capítulo III de esta investigación, a saber: descentralización, participación de la sociedad civil, participación de múltiples agentes (públicos y privados) y participación de múltiples niveles de la administración pública, entre otras.

Los países escandinavos (Noruega, Suecia, Dinamarca, Finlandia)

Tradicionalmente el cuidado de las personas mayores recayó fundamentalmente en el seno familiar y si ésta fallaba, participaban de forma residual la iglesia, el tercer sector y gobiernos locales, con una mínima intervención de los servicios sociales. De modo que el Estado asumió un papel residual en el ejercicio de este tipo de cuidados.

⁹⁵ Holanda fue la excepción en CLD, éste fue tradicionalmente público, mientras que la familia tuvo un papel residualista. Frente a fin a la distinción entre el seguro sanitario privado y el público, se optó privatizar el último.

⁹⁶ La Ley de Apoyo Social (sustituye a la Ley de Gastos Médicos Extraordinarios de 1964, sobre gastos médicos extraordinarios para CLD y medicinas de alto precio) introduce mejoras de accesibilidad de los servicios y, sobre todo, da a las autoridades locales un grado de discrecionalidad que antes no tenían. Asimismo, dicha ley establece una menor intensidad horaria del servicio de ayuda a domicilio, haciendo que los costes salariales sean inferiores a los que fijados por el sistema sanitario (Schut y Van den Berg, 2010).

A partir de los años cincuenta y sesenta, los Estados escandinavos adoptan una amplia y directa responsabilidad estatal en la provisión de las necesidades y derechos individuales de protección a la dependencia, mediante la eliminación de las obligaciones legales intergeneracionales. Se redefinió el papel del Estado en los CLD a fin de lograr atender las demandas de los mismos.

Los avances en el desarrollo de las políticas de protección social escandinavas dieron lugar al reconocimiento de este derecho social, en contraste a otros modelos de bienestar modernos. Este avance en el modelo de protección social no sólo supuso más servicios en general, sino también un incremento en los servicios comunitarios y domiciliarios, en particular. Debido a la prestación de servicios de ayuda a domicilio.

Además, los servicios sociales comunitarios en el ámbito de los CLD han significado el progreso, el cual no sólo implicaría el avance en el cuidado institucional, sino que, cuantitativa y cualitativa, los servicios comunitarios fueron mucho más frente a otros sistemas de protección social, conforme a los datos aportados por las investigaciones sociales de Pacolet *et al.*, (2000), Daatland (2001) y de la OCDE (2005). En efecto, sus actuaciones son próximas a la persona dependiente y de su familia, por tanto, conoce más de cerca sus necesidades sociales, ya que trabaja desde el territorio.

En cambio, podría decirse que los estados que conservan las obligaciones legales familiares tienden a tener unos servicios sociales menos desarrollados, estando menos avanzados en el ámbito de la atención domiciliaria. Por ello, son más reticentes a prestar este tipo de servicios (o financiar con recursos públicos) en un ámbito considerado como de responsabilidad familiar, por lo que la responsabilidad del Estado sigue siendo residual y subsidiaria (Daatland, 2009).

A pesar de que, en la mayoría de los modelos de bienestar impera la responsabilidad familiar en los CLD, éstos pueden estar experimentando un proceso de individualización y modernización de sus prácticas, algo similar a los modelos de bienestar escandinavos, ya que, en los últimos años, han optado también por desarrollar políticas individualistas, las cuales, con la extensión de los derechos sociales, han contribuido al desarrollo generoso de los servicios comunitarios y domiciliarios (Millar & Warman, 1996).

En este sentido, en las últimas décadas, los modelos de bienestar se inclinan hacia un sistema pluralista de protección del cuidado, de intervención pública y privada. Así, la tendencia escandinava se dirige a más provisión privada de servicios, introduciendo la competencia entre proveedores de servicios, contratando la provisión de servicios de compañías privadas y organizaciones. En esta línea, Suecia fue la primera que inicia esta estrategia como consecuencia de una política de recorte del gasto público, tras su crisis económica de los años noventa (Daatland, 2009).

Dinamarca, por su parte, introduce el desarrollo de una política de *libre elección*, con el fin de que el cliente (antes, consumidor) pueda elegir entre los proveedores del servicio, favoreciéndose, de este modo, a los que tienen renta y a las empresas mercantiles. Asimismo, dicha política también ha sido adoptada en Noruega, pero en ciudades grandes.

Esta nueva forma de gestión de los sistemas de servicios ha producido beneficios y pérdidas; por un lado, el papel de las instituciones se ha reducido y los recursos se han adaptado a las necesidades, y, por otro, los recursos que deberían ser empleados en la provisión de los servicios son utilizados en el proceso del targeting (adaptación de las necesidades a los recursos existentes). No obstante, esta asignación estricta puede provocar más cargas para

las familias, y puede generar nuevas desigualdades, haciendo que las necesidades no cubiertas, de los que tienen renta, se dirijan al mercado⁹⁷.

Si bien, este nuevo sistema de gestión ha introducido ajustes más precisos entre servicios y necesidades a la demanda de CLD (donde el volumen de servicios y gasto se ha mantenido más o menos alto), los perfiles de los beneficiarios ha cambiado, evolucionando hacia un Estado de Bienestar más reducido, con mayor grado de responsabilidad privada y familiar, sobre todo para aquellas personas con menor grado de dependencia (Daatland, 2009).

En este sentido, los países escandinavos son perceptibles a la provisión privada de los servicios, de ahí la creciente tendencia a la competencia entre proveedores de servicios, con aumento de contratos para la provisión de servicios de compañías privadas y de organizaciones. No obstante, a pesar de ello, los servicios públicos son todavía dominantes en Suecia, Noruega y Dinamarca, si bien vienen importando mecanismos del mercado y ampliando apoyos a los cuidadores familiares por concepto de pago o de servicios complementarios⁹⁸.

Por otro lado, la responsabilidad de los servicios se ha descentralizado e integrado en el nivel local (municipal), para garantizar así su eficiencia; si bien, en los municipios más grandes, como refiere Vabo (2006), la provisión de los servicios públicos cada vez están introduciendo prácticas y lógicas del mercado.

En esta misma línea se manifiestan Arriba y Moreno (2009), al afirmar que el modelo de bienestar escandinavo ha cambiado hacia un Estado más reducido en la provisión de servicios, haciendo una adaptación más estrecha entre servicios y necesidades. El targeting ha limitado el acceso a los servicios pero ha provisto más ayuda a los beneficiarios; de este modo, el Estado de Bienestar se ha reducido, implicando un mayor grado de responsabilidad privada y familiar para aquellas personas con menor grado de dependencia.

En los estados de Dinamarca y en los Países Bajos la respuesta al riesgo social de la dependencia está caracteriza por la externalización de los servicios públicos, implicando la expansión complementaria del sector mercantil; manteniéndose, en este caso, el Estado danés, un importante peso relativo (Rostgaard, 2006); lo que se pone de manifiesto en el conjunto de los países del modelo de bienestar nórdico (Dahl, 2005).

En definitiva, y conforme con Daatland (2009), los diferentes modelos de bienestar se inclinan hacia un sistema pluralista de bienestar, mediante el desarrollo de combinaciones diferentes de servicios y responsabilidades; y, adoptando una convergencia entre modelos en respuesta al envejecimiento de las poblaciones, la igualdad de género y los cambios en las formas de familia. No obstante, estas tendencias no conllevan hacia un Estado de Bienestar mínimo, sino, más bien, hacia una situación intermedia con nuevos equilibrios entre los ámbitos de responsabilidad pública y privada.

IV.4.2. Modelo Liberal

Reino Unido

Tradicionalmente, el sistema sanitario y de bienestar británico subyace al modelo liberal, caracterizado por la asistencia ligada a la comprobación de recursos, transferencias universalistas modestas y sistemas de seguros sociales modestos. A cambio, el sector

⁹⁷ Los excesos en la aplicación del targeting puede conllevar a la disfuncionalidad del desarrollo del cuidado, tendiente a transferir clientes de un nivel de servicio a otro para encajar con las necesidades de los servicios; por ello, el targeting debe ser compensado con una mayor flexibilidad en la prestación de servicios.

⁹⁸ Es decir, pagos por cuidados (en dinero), así como esquemas de apoyo para los familiares y centros de día.

mercantil ha sido el principal distribuidor de recursos y prestaciones de la seguridad social, reforzando, de este modo, el libre mercado, así como el papel de la familia.

Desde esta perspectiva, y conforme a Bond (2009), el sistema de protección social de la dependencia, se caracteriza por las modestas transferencias de renta y moderados seguros sociales, así como por la aplicación sistemática del principio de comprobación de recursos para el acceso a las prestaciones de atención y de cuidados; asimismo, este servicio es controlado por las autoridades locales y ofrecido por la familia y redes sociales (Jerrome, 1993 y 1994; Jerrome y Weger, 1999).

Sin embargo, a pesar del crecimiento económico de los años setenta, el descenso de la cuantía de las pensiones, en relación a los ingresos medios desde 1984, ello generó una desigual distribución de ingresos en perjuicio de la gente mayor. Dicho periodo significó el declive del nivel de vida de los ancianos (Dilnot, *et al.*, 1994; Johnson y Falkingham, 1992; Walter, 1993)⁹⁹; que según los datos de la National Statistics Online (2005c), la pobreza ascendería de 20% desde 1971 hasta el 27% en 2001.

En este contexto de riesgo social, el envejecimiento de la población mayor es percibido como un problema social creciente, del cual se avizora, en el entorno social y político, que dicha población será una carga económica creciente para el Estado (Clark y Spengler, 1980; el cual iría en aumento, dado a que, en 1951 el 11% de la población tenía 65 años o más, pero que en el 2001 dicha proporción había crecido hasta el 15,2%, esperándose que crezca hasta el 24% en el 2051 (Shaw, 2001).

En los CLD cabe reconocer que la mujer, ama de casa, ha sido el eje central de apoyo a sus parientes. Tanto las familias como las redes sociales, han ofrecido un apoyo sustancial económico y de cuidado; mientras que el tercer sector ha proveído estos servicios a los ciudadanos sólo en situación especial de vulnerabilidad¹⁰⁰. De todas formas, actualmente la mayoría de las personas mayores prefieren el cuidado en su entorno familiar y a cambio, éstas modernas redes familiares reciben apoyos (Phillipson *et al.*, 2001)¹⁰¹.

Desde los inicios del Estado de Bienestar británico, las autoridades locales han asumido el control de la atención social y CLD de las personas mayores. Antes de 1979, los CLD eran proporcionados en los hospitales de larga estancia o de cuidados continuos, de forma gratuita (aunque percibían una pensión reducida). Las autoridades locales dirigían hogares residenciales, cuyo alojamiento era gratuito para los que percibían una pensión básica estatal (reducida) y con coste para aquellos residentes con otras fuentes de ingresos.

Este sistema de protección social tuvo un carácter dual, por un lado, universal para el sanitario y, por otro, de naturaleza asistencial en el sistema de los CLD (Rodríguez, 2011). La financiación de la atención social de los CLD fue de responsabilidad del gobierno central, mediante una subvención única a las autoridades locales, y, también, vía impuestos locales. Esta forma de financiación carecía de una protección con esquemas específicos¹⁰²,

⁹⁹ Según la Comisión Real para la Distribución de Rentas y Riqueza de 1978, informó que una de cada tres familias de ancianos estaba en o por debajo del umbral de pobreza y que tres de cada cuatro familias vivían en los márgenes de la pobreza (Walter, 1993).

¹⁰⁰ De este modo, tanto el sector informal (la familia, las redes sociales) y el sector formal (tercer sector, iglesia,...) activan la participación social para personas mayores.

¹⁰¹ Pero la calidad de vida de los mayores no era perfecta. A comienzos del siglo XX la estructura de las familias cambia con la incorporación del matrimonio monogámico, lo que reduce la fecundidad; frente a ello, en las redes sociales, ganan importancia los amigos, sobre todo, para las mujeres (Jerrome, 1993 y Jerrome y Weger, 1999), debido al incremento de la longevidad y a la tendencia de los varones de casarse con mujeres más jóvenes (Bond, 2009).

¹⁰² En este sentido, el pago por estos servicios debía competir con otros servicios públicos como la educación, el transporte y la protección social en general.

generándose, de esta forma, una provisionalidad de CLD sujeta a la incertidumbre política, mayor que la sanitaria (Bond, 2009).

En este sentido, Rodríguez (2011) es más explícito cuando sostiene que la financiación del sistema de CLD se apoya en dos pilares: a) unas prestaciones monetarias a cargo de la Seguridad Social para personas mayores dependientes y con discapacidad y de ayudas a los cuidadores familiares, en ambos casos, previa comprobación de bajos ingresos (de ahí su caracterización como pilar asistencial); y b) por prestaciones de los Servicios Sociales de tipo asistencial, a cargo de los ayuntamientos, y el copago en función de la renta.

El Reino Unido no ha desarrollado reformas importantes en el sistema de CLD, si bien las que ha adoptado se dirigen a extender la mercantilización del sistema, externalizando los servicios y sustituyendo las prestaciones de los servicios por las prestaciones monetarias, bajo la forma del presupuesto personal. Así, mediante la reforma de 1993 (Means, Morbey y Smith, 2002), se consolida el sistema asistencial menos desarrollado de CLD.

Por tanto, desde los años setenta, el papel de las familias y del mercado ha sido reforzado por el desarrollo de las políticas neoliberales; sobre todo a partir de 1979 con el establecimiento del gobierno conservador de Thatcher y durante el gobierno de Major (1997), quienes adoptaron políticas para la disminución del gasto público (Hutton, 1995) y del papel del gobierno local; favoreciéndose, de este modo, la creciente implicación del sector privado en la atención social y de larga duración.

En 1990 se regularon los Cuidados Comunitarios y en 1993 el Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, ambas regulaciones normativas consolidaron el sistema asistencial de los CLD, dirigido a personas mayores con grave dependencia y sin recursos. A su vez, se fomentó la creación de un sistema de seguros privados basado en desgravaciones fiscales que, a la postre, se reforzaría el papel del libre mercado.

En definitiva, la regulación de los Cuidados Comunitarios limitaría el gasto en la provisión de CLD. A través de la regulación de los cuidados y del sistema sanitario quedó claramente definido el papel de las autoridades locales. De esta forma, las autoridades locales asumieron la gestión de la provisión de los cuidados residenciales y las autoridades sanitarias, el control de la atención médica domiciliaria de proveedores privados para los nuevos clientes o pacientes.

A pesar de que la responsabilidad de las autoridades locales estaría en la provisión de la asistencia social y la contratación de los diferentes cuidadores (formales e informales); sin embargo, la representatividad general del mismo fue del Director de Servicios Sociales, frente a las autoridades políticas y de la comunidad. Por esta razón, la financiación de los cuidados domiciliarios o de los servicios basados en el hogar recayó en el departamento de los servicios sociales.

No obstante, la elección de los recursos se hizo más estricta y el papel preventivo de los servicios comunitarios casi desapareció, destinándose los recursos sólo a los dependientes mayores (más críticos) que podían ser cuidados en casa. Por ello, resultó de vital importancia los cuidados informales para las políticas de los cuidados comunitarios y sólo cuando las personas carecían de un cuidador informal, se les admitía dentro de los cuidados de larga duración.

En el Reino Unido el desarrollo del sistema de protección social es complicado, como resultado de los diferentes niveles de autonomía política de los cuatro países que la

conforman (Inglaterra, Escocia, Irlanda del Norte y Gales) (Bond, 2009)¹⁰³. De ahí la complejidad en su sistema de protección, lo que se traduce en la falta de implementación de las políticas de CLD a nivel local.

Entre estos países, aún persisten diferencias importantes en las políticas de protección social que afecten a sus respectivas poblaciones. Así, en Escocia el CLD es gratuito, mientras que en Inglaterra y Gales se basa en la comprobación de ingresos. Sin embargo, en los cuatro países, los principios generales de protección social se conservan idénticos. Así, las pensiones, los ingresos mínimos y la sanidad, están centralizados mediante el Departamento de Salud; en cambio, la provisión de servicios sociales de cuidado para la gente mayor le corresponde al gobierno local.

En consecuencia, este modelo británico sigue lo que sugiere su tipología de modelo liberal, existiendo una tendencia al establecimiento de sistemas integrales de CLD (sistema sanitario y asistencial). En cuanto al contenido de estas políticas, se orientan hacia el cuidado comunitario; siendo estos cuidados no sólo los más adecuados sino también en términos de rentabilidad. Se mantiene bloqueada la tendencia en el avance del modelo asistencial de CLD, a menudo por recortes presupuestarios.

No obstante, y a pesar de este bloqueo, en el Reino Unido, este nuevo riesgo social se encuentra en el debate y priorización de su agenda política; máxime cuando el envejecimiento de la población mayor, no sólo obedece al incremento de la esperanza de vida, sino también al fenómeno migratorio, así como al cambio de pautas de fecundidad entre las generaciones jóvenes, erigiéndose, todo ello, en un reto para este tipo de política social.

IV.4.3. Modelo Corporativo

En Alemania, Austria, Francia e, incluso, Luxemburgo, la dependencia es considerada como un riesgo de aseguramiento obligatorio. De este modo, se introduce un seguro específico de cuidados a las personas en situación de dependencia, habitualmente como un pilar más de la Seguridad Social, con medios propios de financiación (cotizaciones sociales o impuestos) y prestaciones específicas. Continuación recogemos brevemente el caso alemán, austriaco y francés.

Alemania

Las políticas de atención a la dependencia del modelo corporativista alemán, según Schulte (2009), se caracterizan por el amplio desarrollo de seguros sociales, con fuerte sujeción a la participación laboral y financiado mediante cotizaciones sociales. La familia ha sido, por norma, la encargada de cuidar a los parientes dependientes, desde el pasado¹⁰⁴; de ahí que, la financiación del CLD ha tenido un fuerte componente privado tradicional.

El riesgo de la dependencia de los sistemas de cuidados y de servicios sociales siempre ha existido como un fenómeno social a tomar en consideración. Sin embargo, tradicionalmente, el CLD ha constituido un área relativamente marginal de las políticas sociales, generalmente ofrecido, pero de forma excepcional, tanto por el Estado como por el tercer sector, como acto caritativo voluntario.

¹⁰³ A Inglaterra le corresponde el 84% del control político del país; Escocia e Irlanda del Norte tienen poderes legislativos independientes (pero Irlanda tiene suspendidos sus poderes durante la resolución de conflictos); mientras que Gales tiene poderes limitados, a pesar de tener su asamblea política.

¹⁰⁴ El cuidado de los miembros de la familia ha recaído particularmente en las mujeres dentro del ámbito doméstico, fenómeno conocido como el de la *hija enfermera*.

En principio, los cuidadores han sido principalmente las familias, pero también se ha dado este servicio en un gran número de residencias gestionadas por instituciones autónomas voluntarias de carácter religioso-ideológico (Cáritas, Cruz Roja, sindicatos, etc.). Sin embargo, la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral y el bajo índice de natalidad, han reducido la capacidad de cuidados de dichas mujeres en el hogar. De modo que, existe una creciente necesidad de servicios sociales que sustituyan los tradicionales ofrecidos por la estructura familiar (Bond, 2009).

En Alemania, desde mediados de 1990, los servicios sociales han tenido un lento desarrollo en forma general y, especialmente, de manera particular, se ha priorizado los CLD en el ámbito doméstico, dando lugar a que las administraciones públicas asuman la responsabilidad del bienestar de los individuos tan *sólo cuando la familia sea incapaz de prestar los servicios que requieren; de esta forma*, los servicios sociales se han regido por el principio constitucional de la subsidiaridad (Schulte, 2009).

En este sentido, la preferencia por los *cuidados a domicilio* sobre la institucionalización constituye uno de los principios básicos que definen el seguro de larga duración. Este seguro constituye la quinta rama del sistema de seguridad social, y es de naturaleza obligatoria para todo residente en Alemania. En relación a la provisión de cuidados, estos son proporcionados en el entorno familiar cuando esto es posible, cubriendo el seguro tan sólo las necesidades de atención hasta una cierta cantidad y frecuencia (Arriba, 2009).

A mediados de los años noventa se introduce el seguro social de cuidados, no sólo para resolver las necesidades de las personas dependientes, sino también para aliviar la carga financiera de las autoridades locales en gasto social. Así, a partir de 1995 se establece como régimen general de protección los cuidados de larga duración¹⁰⁵, de cobertura universal, al que se accede previa valoración que clasifica a la población en situación de dependencia en tres grados¹⁰⁶, quedando excluidos los de alta renta que tienen que acceder a los seguros privados (en torno al 10% de la población) (Rodríguez, 2011).

En Alemania el sistema de protección social de los CLD está dirigido a reforzar los cuidados familiares. De este modo, los cuidadores familiares están integrados en la Seguridad Social; éste seguro se sustenta bajo el principio *pago por servicio*. Este principio no depende de la administración del Estado, sino de organismos de derecho público independientes, reforzando la libertad de elección entre tipos de prestaciones y permitiendo la elección de diferentes proveedores de servicios en la Seguridad Social¹⁰⁷.

La Seguridad Social alemana en su organización establece 5 ramas diferentes e independientes (como la enfermedad y maternidad, atención social, vejez e invalidez, accidentes y enfermedades laborales y desempleo). En ella se establece una quinta rama que da atención a las personas que necesiten CLD con las mismas bases financieras; pero que, por motivos administrativos se han instaurado en el sistema básico sanitario; ello ha dado lugar a que, ni los individuos ni sus familias tengan que pagar los costes del los CLD¹⁰⁸.

¹⁰⁵ Antes la seguridad social sólo contemplaba beneficios por accidente de trabajo o enfermedad laboral, compensación a víctimas de guerra o para funcionarios del Estado, así como de vejez y de jubilación.

¹⁰⁶ El reconocimiento de la dependencia es un derecho subjetivo y se materializa en unas prestaciones básicas a elegir por la persona afectada o sus familiares entre servicios y prestaciones monetarias (Schneider y Reyes, 2007).

¹⁰⁷ De modo que la intervención histórica en los CLD de las esferas estatal, familiar y ONG ha provocado la ampliación del sector mercantil y la contención del Estado.

¹⁰⁸ En consecuencia, el nuevo seguro social y médico para personas dependientes está especialmente vinculado al esquema de cobertura sanitaria básica obligatoria.

De esta forma, el costes por los cuidados es cubierto por fondos del seguro para CLD y financiados por la Seguridad Social hasta una cantidad máxima. Con el nuevo seguro social y médico las personas dependientes estarían vinculadas especialmente al esquema de cobertura básica obligatoria. Pero, este seguro para personas afectadas con dependencia severa sólo concede beneficios limitados, siempre que residan en el domicilio familiar; quedando así, totalmente desprotegidas.

Los servicios de atención para pacientes de larga duración están previstos en la ley de seguro social y médico, e incluida en el Libro XI del Código de Seguridad Social. En 1988 se introdujo por primera vez la atención a pacientes en su domicilio como parte del seguro por enfermedad, con objeto de que los pacientes pudieran permanecer en sus casas, evitándose su ingreso en instituciones de cuidado y atención médica, así como, se extendió el cuidado (1991) a los profesionales de la medicina en el hogar del paciente.

A partir del 2002 el sistema de sanidad alemán determinó que las personas con necesidad de asistencia de larga duración *necesitan un nivel significativo de cuidado, atención y supervisión*; incluyéndose en este grupo las personas que padecen demencia senil y enfermedades mentales. Por tanto, se les reconoció una prestación adicional para la contratación de un personal profesional (enfermera y/o asistente social) o asistente de bajo nivel, que presta cuidados de corta duración a los aseguradores¹⁰⁹.

Por su parte, los seguros privados obligatorios de dependencia sólo dan beneficios dinerarios en efectivo y no proporcionan servicios o prestaciones. En el caso de los asegurados en estos esquemas, ellos deben de contratar a los asistentes por su cuenta y el seguro reembolsará la cantidad convenida¹¹⁰.

De modo que, la cobertura de protección de los CLD en Alemania, refleja diferencias en cuanto a la duración de la estancia, la gama de beneficiarios, así como, también es inexistente la coordinación entre las administraciones de atención sanitaria y de servicios sociales, lo que repercute en la duplicidad de recursos humanos, así como materiales y económicos; significando, por tanto, ineficaz esta gestión, conforme valora Schulte.

Tal y como hemos apuntado, la provisión tradicional de los servicios de CLD desde el sector estatal, familiar y de las ONGs, ha ampliado el papel de provisión de los servicios al sector mercantil, lo que ha conllevado a reducir las tareas de las ONGs, el reforzamiento de la familia y la contención del Estado (Rodríguez, 2011). Esta forma de respuesta se reproduce en el modelo escandinavo, por lo que se puede decir que ambos modelos estarían convergiendo en la provisión de este servicio o riesgo social.

Austria

Dentro del modelo de bienestar continental, Austria fue el país pionero que legisla el riesgo de la dependencia en 1993, cambiando de un modelo asistencial a otro de cobertura universal en el marco de la Seguridad Social. Dicha Ley, define y aprueba modelos caracterizados por el reconocimiento del derecho subjetivo a la protección universal en base a un baremo de valoración de la dependencia en grados de severidad.

El sistema de protección de CLD de Austria en 1993 adquiere dos ramas de protección: la *primera*, no genera derecho subjetivo, es la rama tradicional de servicios sociales asistenciales (financiados con impuestos generales) y, que sigue vigente, bajo el control de

¹⁰⁹ Reconociéndose, de esta forma, el servicio de los asistentes sociales, para el cuidado en el domicilio del asegurado por lo menos durante 14 horas semanales.

¹¹⁰ Asimismo, la cantidad a percibir por el asegurado se calculará en base al tiempo que lleva dado de alta en la compañía de seguros y no en base al salario que perciba.

las provincias; y *la segunda*, de protección universal, que genera derecho subjetivo, bajo la Seguridad Social, cuyas prestaciones son monetarias (financiadas con cotizaciones sociales). En ambos casos, el acceso al derecho será previa valoración del solicitante.

En este sentido, se establece una combinación de prestaciones monetarias y de servicios sociales con amplio margen de elección; financiación mixta con impuestos, cotizaciones sociales y copago. Para el desarrollo de la Ley de la Dependencia se adopta la gestión descentralizada, estableciéndose un sistema de responsabilidad institucional compartida entre diferentes niveles territoriales de gobierno (central y provincial), entre esferas de protección (sector público y familia), así como entre agentes sociales, empresarios y organizaciones sociales.

Tradicionalmente, los CLD han sido asumidos por la familia (al igual que en el modelo alemán) y, sólo de manera excepcional por la asistencia social, recayendo la provisión de estos servicios en las instituciones voluntarias y religiosas, así como en el Estado. A partir del siglo XXI, la protección de los CLD establece un sistema de apoyo a los cuidadores informales, así como, en el campo de los servicios sociales provinciales y locales, se externaliza los servicios y, se sustituye a las ONGs por las empresas privadas (Rodríguez, 2011).

En definitiva, la protección a la dependencia está muy relacionada con la responsabilidad que tienen la familia, de ahí que en el 2007 se establece la ayuda doméstica (por delegación) de 24 horas¹¹¹, la cual reemplazaría a la mujer trabajadora o a la familia que no puede hacerse cargo de los cuidados. Esta ayuda iría acompañada de nuevas prestaciones monetarias financiadas por la Seguridad Social. Ello, significa que, a mayor responsabilidad de la familia en el cuidado, mayor incentivo al cuidado informal (Óesterle y Heitzman, 2009; Da Roit, Le Bihan y Österle, 2007).

Francia

Tras el primer intento de cambiar el modelo asistencial de CLD, a finales de la década de los 90 (Le Bihan y Martin, 2007), en el 2002 se produce el cambio, de un modelo asistencial a otro de cobertura universal, que tiene como base las prestaciones de CLD para mayores de sesenta años con dependencia reconocida. A su vez, con este sistema se estable deducciones fiscales para los que emplean cuidadores a domicilio.

Conforme con Rodríguez (2011), el modelo continental francés se corresponde con un modelo mixto que interrelaciona las diferentes esferas de bienestar. Por un lado el Estado amplía su esfera mediante la universalización de prestaciones; por otro, la familia se refuerza e incentiva para continuar, por otros medios, en sus obligaciones tradicionales; y, por último, el mercado aumenta su espacio en la prestación de servicios y en los seguros privados.

El modelo francés reproduce las características del modelo continental de políticas de CLD, ya que se centra en los cuidados domiciliarios y en la libertad de elección de la persona afectada o sus familiares, quienes organizan los cuidados. De este modo, el núcleo del sistema de CLD es la atención informal, centrada en los cuidados familiares. Al igual que en el modelo alemán, tienen importancia los costes de los servicios, el reforzamiento de la responsabilidad familiar, así como garantizar la sostenibilidad del cuidado informal.

Para tener reconocido el derecho a la dependencia y a sus prestaciones debe ser valorado por las autoridades responsables, quienes, a su vez, fijan el copago en función de la renta. Asimismo, la prestación de los servicios es asignada por un equipo profesional, con

¹¹¹ Para ello ha regularizado el cuidado de las cuidadoras inmigrantes.

intervención de la familia, para que, de esta forma, puedan elegir el tipo de atención profesional o informal (familiar). El seguimiento y control de la prestación continúa en manos de los servicios sociales.

Sin embargo, al igual que sucede en otros países, la reducción del coste social de la dependencia, por políticas de austeridad, tienden a dismantlar el sistema de protección social de CLD, lo cual atenta a su sostenibilidad financiera. Como consecuencia de ello, se viene limitando la articulación de las esferas estatal (centralizando el desarrollo de la Ley de la Dependencia), familiar (reduciendo el número y calidad de cuidados informales) y mercantil (produciendo desigualdades en el acceso a las prestaciones).

IV.4.4. Modelo Mediterráneo

El modelo de bienestar mediterráneo tiene arraigado sus raíces corporatistas, así como una fuerte orientación familiarista, conforme al análisis comparado en los estados español e italiano por Costanzo Ranci (2009); a pesar de tratarse de sistemas de dependencia en proceso de extensión, en el caso de Italia, o de cambio, en el modelo español.

Italia

En Italia, la provisión de los CLD para los dependientes se caracteriza por su bajo nivel de provisión y financiación pública, como consecuencia de: a) adoptar un sistema público altamente selectivo; b) por la alta capacidad de funciones de cuidados corresponde a las redes familiares; y c) por el reducido tamaño de mercado privado de cuidados. Todo ello, hace que el modelo familiarista italiano se conforme como un sistema de CLD limitado y de baja calidad de servicios. (Costanzo Ranci, 2009; Saraceno, 1994 y 2003 y, Naldini 2003 y 2006).

A partir de ello, se construye un sistema familiar de CLD, ampliando progresivamente un sistema asistencial, que aun sigue sin dar cabida a la cobertura universal, a pesar de las reformas realizadas en su sistema de protección social. (Pavolini y Ranci 2008; Naldini y Saraceno, 2008).

No en vano, hasta hace poco tiempo, esto no constituyó un problema de política pública urgente, porque la familia extensa y la fuerza de los vínculos familiares tenían amplia capacidad para asumir gran parte de las demandas de cuidados. Posteriormente, las transformaciones sociales y demográficas, señaladas anteriormente para todos los casos, han puesto de relieve la sostenibilidad del modelo familiarista, dando lugar a un debilitamiento del sistema establecido¹¹².

La intervención pública, de cara a los gastos sociales, ha optado por realizar transferencias monetarias, similar al caso del modelo corporativista continental, si bien estas prestaciones económicas han sido menos generosas, en términos de difusión; lo cual ha favorecido la extensión del sector privado informal, centrado en la población inmigrante (una parte regularizada y otra en situación irregular).

El sistema público italiano también se caracteriza por dos sistemas de intervención de CLD: a) uno, que ofrece una cobertura universal, abierta a todos los ciudadanos que acrediten

¹¹² Las nuevas situaciones son: a) el aumento de las demandas de atención, por el aumento de la población anciana, que se corresponde con un incremento de la población dependiente; b) el descenso de las tasas de natalidad, que provoca un saldo negativo entre generaciones; así como c) el aumento de la tasa de empleo femenina (Jacobzone 1999; Jacobzone and Jenson 2000; Pavolini 2004).

dependencia total (100% de invalidez)¹¹³, lo cual hace que para tener acceso a estas medidas, las personas afectadas con dependencia tienen que encontrarse en extrema gravedad; son criterios de selección muy estrictos, basados en la necesidad de incurrir en grandes riesgos para lograr las prestaciones; b) el otro sistema, al igual como ocurre en los sistemas alemán y francés, no utiliza mecanismos de comprobación de recursos para seleccionar a los beneficiarios¹¹⁴.

La paradoja del modelo italiano es que habiendo logrado un notable grado de cobertura mediante la prestación monetaria única de dependencia (el 24 por cien de la población mayor de 65 años) y un gasto público importante en esta prestación, más de medio punto porcentual del PIB, no ha dado el salto definitivo hacia el modelo universal con regulación única (Rodríguez, 2011).

Se trata de un sistema público que viene reaccionando con inercia al desarrollo y reformas de la mayoría de los modelos bienestar europeos (Pavolini and Ranci, 2006). Las familias han encontrado una solución a sus necesidades de cuidados, a través de la atención informal (fundamentalmente el sector inmigrante irregular), porque este sector tiene un coste de mano más barato en el mercado, es más factible a nivel práctico (permiten integrar los cuidados ofertados por el mercado a los ofrecidos por las redes familiares). No en vano, este sistema continua sustentándose en el modelo familiarista y en el papel residual de servicios públicos.

Otra forma de intervención en el ámbito de la dependencia consiste en los programas locales de asistencia que incluyen la provisión de servicios residenciales y a domicilio diseñados específicamente para la población dependiente. La provisión de estos servicios es el resultado de la escasa integración entre la sanidad y los servicios sociales de larga duración. Por un lado, los servicios sanitarios es limitado a los servicios médicos y de enfermería (hospitales, rehabilitación, etc.) que se desarrollan universalmente y gratuitos.

Por su parte, los servicios sociales (apoyo financiero, asistencia en el hogar, asistencia en instituciones) son facilitados por los municipios en función de criterios altamente selectivos y variados, y limitados a los presupuestos que estos disponen, así como a las opciones políticas de las autoridades locales. En este sentido, el poco presupuesto asignado a estos programas y la falta coordinación entre los programas locales y nacionales han llevado al fracaso a todo intento de mejora organizativa al sistema local de servicios sociales¹¹⁵.

En definitiva, la provisión de los servicios de cuidados en el hogar, centros de día, cuidados residenciales, etc., se otorgan sobre criterios altamente selectivos a personas con grave discapacidad, con salarios muy bajos o sin una red de apoyo familiar. A su vez, estas atenciones están dirigidas a funciones sanitarias, dejando la mayor parte de las necesidades

¹¹³ La medida universal es la única medida nacional, pero su acceso depende, también, de la discrecionalidad individual en ausencia de criterios precisos para evaluar la dependencia. El acceso a los cuidados residenciales y a domicilio, por otra parte, se materializa en base a la oferta local, mientras que una gran parte de los costes de los cuidados residenciales son financiados por los ciudadanos, creando por tanto grandes desigualdades en el tratamiento (Constanzo, 2009).

¹¹⁴ Al contrario que en Alemania y Francia, no existe un conjunto único y unificado de criterios, válido a nivel nacional, con los cuales evaluar la dependencia. Resultando que, los servicios se conceden en base a evaluaciones y criterios clasificatorios específicos que, en el caso de los servicios en especie (cuidados residenciales y a domicilio), varían de un contexto local a otro. La misma condición de necesidad da derecho a unos servicios en un municipio mientras que éstos son denegados en otro.

¹¹⁵ En programas locales, la primera línea de intervención está limitada a un número reducido de personas frente a otros países europeos, donde alrededor del 3% de la población anciana en Italia se beneficia de los programas públicos de atención domiciliaria (con grandes discrepancias entre el Norte y el Sur del país); mientras que en otros países europeos, los datos son muy diferentes: en Alemania el 9,3% recibe cuidados en su hogar, el 6,1% en Francia, el 5,5% en Gran Bretaña. De igual modo, el 6,8% de los mayores recibe asistencia residencial en Alemania, el 6,5% en Francia, y el 5,1% en Gran Bretaña (Jacobzone, 1999 y 2000).

de cuidado diarias (movilidad, compañía, atención personal, relaciones sociales, etc.) sin cubrir, creándose, de este modo, una nueva área de necesidad no satisfecha.

A pesar de que la provisión de servicios sanitarios y sociales para las personas afectadas con dependencia ha aumentado en los últimos años, la tasa de crecimiento no ha sido suficiente para atender las necesidades de las familias e individuos (Da Roit y Sabatinelli, 2005). Por tanto, la provisión de CLD resulta, en general, insuficiente para satisfacer el nivel de demanda.

La falta de reformas profundas y cambios en las políticas públicas italianas, han tenido lugar en paralelo al crecimiento del servicio asistencial privado, sobre todo, en su mayor parte informal con bajo control de las administraciones respectivas, que actualmente soporta una carga importante de las demandas de cuidados (Pavolini y Ranci, 2006). Constituye: *el nuevo proletariado de servicios domésticos, una parte... está regularizado y otra parte en situación irregular,... como sucede, en parte, en el caso español,... llamado bienestar encubierto* (Rodríguez, 2011).

Por todo, y conforme a Constanza (2009), podemos decir que, el sistema italiano de CLD tiene una serie de problemas estructurales, como consecuencia de:

- a) No tener reconocido explícitamente el derecho universal al cuidado de las personas en situación de dependencia, de ahí que, no constituye un riesgo social reconocido;
- b) La provisión de CLD es insuficiente para satisfacer el nivel de demanda;
- c) El apoyo económico y la provisión en especie de servicios se da a través de canales que son completamente independientes institucionalmente y que emplean distintos criterios de selección (universal en el primer caso y altamente selectiva en el segundo), contrariamente a lo que otros países europeos intentan aplicar¹¹⁶; y
- d) El sistema de intervención es incapaz de apoyar adecuadamente a las *cuidadoras de las redes familiares informales* (Saraceno, 1994).

No en vano, según Costa (2004), para esta creciente población, ser dependiente constituye un factor de riesgo de empobrecimiento, así como un factor de sobrecarga para las redes familiares, obligadas a asumir responsabilidades financieras y organizacionales para superar los límites e inadecuaciones del sistema público de intervención. Por ello, es un reto para el sistema de políticas públicas en adoptar medidas, no sólo en la reforma integral del sistema de cuidados, sino, también, otras políticas públicas que regulen el mercado privado de cuidados, entre otros.

¹¹⁶ No existe ninguna forma de vínculo que coordine los *beneficios financieros con la provisión de servicios*. Este dualismo existió durante largo tiempo en varios países europeos, pero ha sido progresivamente eliminado en los últimos años bajo el impulso de la nueva *vejez en casa* y los programas de *dinero y cuidados*, que son más flexibles, al ofrecer un amplio rango de servicios y dando a la gente la posibilidad de combinar servicios. Si tradicionalmente ha existido un dualismo en Europa entre un modelo basado en los servicios, propio de los países europeos del Norte (la provisión de servicios en especie bajo una regulación pública estricta), y un modelo sustentado en lo informal (con transferencias monetarias a las familias), este segundo modelo es claramente predominante en Italia hoy día, acompañado de un débil crecimiento de los servicios en especie que tienen una función puramente supletoria.

España¹¹⁷

Hasta finales de los años ochenta, el debate sobre la atención a las personas mayores y dependientes era escaso, y estaba casi exclusivamente centrado en los apoyos formales (institucionales- como dispensadores de cuidados en su doble vertiente, del sistema sanitario y de los servicios sociales) (Pérez, Musitu y Moreno, 2011).

Las prestaciones monetarias de la Seguridad Social para situaciones de dependencia, hasta finales de la década de los años 80 del pasado siglo, tenían una doble respuesta: por un lado, a través de la Seguridad Social (pensión por invalidez contributivas y no contributivas) y, por otro, adoptando unas políticas descentralizadoras de los servicios sociales, que han llevado una estructura con varios niveles en la que interviene los gobiernos central, autonómicos y locales.

Con la instauración de la democracia en 1978, la Constitución Española (CE, en adelante), en el art. 41, establece que la Seguridad Social garantiza a todos los ciudadanos asistencia y prestaciones sociales ante situaciones de necesidad¹¹⁸. Sin embargo, los servicios sociales no adquieren mayor claridad, ya que en el texto constitucional se hace muy poca referencia a los mismos, prefiriéndose emplear el término de asistencia social para situaciones de necesidad individual pero demostrable.

No obstante, el gobierno central transfiere competencias a las Comunidades Autónomas (en lo sucesivo, CC.AA.) en materia de servicios sociales (conforme al art. 141.1.20 CE), lo que permite separar los servicios sociales de la Seguridad Social.

Los cambios demográficos basados en el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, unido a las mejoras en la situación sanitaria están dando lugar a colectivos de personas mayores, cuya salud se deteriora y pierden autonomía personal. En este sentido, al igual que ocurre en otros países europeos, la especial situación socioeconómica que estamos viviendo y la atención a los colectivos con necesidades especiales, sobre todo personas con discapacidad y personas en situación de dependencia, se convierte en todo un desafío para el Estado de Bienestar.

En nuestro país, como en la mayoría de los países latinos, el cuidado de las personas en situación de dependencia ha estado a cargo de la familia, en este caso de la mujer –como eje central-; pero este cuidado personal, como sector altamente feminizado, ha declinado¹¹⁹, tanto históricamente como en la actualidad, siendo la crisis de este sistema de cuidados el que provocó, fundamentalmente, la aprobación de la ley reguladora de protección social de la dependencia (Molina, 2012).

La situación de la dependencia sólo empezaba a ser percibido por los profesionales y por las administraciones, quienes elaboraron, entre varios borradores, el Plan Gerontológico, aprobado en 1993. En él se pone de manifiesto el desarrollo acelerado de los factores sociales y políticos asociados al envejecimiento de la población, muy relacionados con los

¹¹⁷ Cabe indicar que el análisis del sistema de protección social de la dependencia español será estudiado más en profundidad en el siguiente Capítulo V. Aquí intentaremos hacer una síntesis de sus características más destacadas, con objeto de poderlo insertar dentro del modelo mediterráneo y, compararlo, al mismo tiempo, con el de otros países europeos.

¹¹⁸ En texto constitucional en el art. 41 prevé: *los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.*

¹¹⁹ Como consecuencia del descenso progresivo de cuidadoras, provocado por la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Así como las transformaciones habidas en las estructuras familiares –en especial: ruptura de parejas y un menor número de hijos- y en los valores de la mujer en su posición en la sociedad y en la familia.

cambios familiares y la revolución de género, así como la urgencia de un mercado informal apoyado en la inmigración (irregular) como forma de provisión de cuidado¹²⁰.

Mediante el Plan Gerontológico se toma conciencia de la magnitud del problema, comienza a fomentar mensajes como: *envejecimiento en casa*, así como, de que la sociedad se vaya concienciando de *promover la solidaridad social y la participación ciudadana con el fin de incrementar la corresponsabilidad de todos en la atención a las personas mayores...* (Ministerio de Asuntos Sociales, 1993). Esto iniciaría un cambio muy significativo en el reconocimiento del papel de la familia como cuidadora.

España da respuesta al riesgo social de la dependencia, influida por la nueva generación de derechos sociales que viene emergiendo en otros países de la UE. Tras un largo período de debate, acuerdos sociales y demandas en el seno del Pacto de Toledo (2003), y la publicación del Libro Blanco de la Dependencia en 2005, se concluye, el 30 de noviembre de 2006, con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia: Ley 39/2006, publicada el 14 de diciembre.

La situación de dependencia ha supuesto el reconocimiento de un derecho social con carácter de derecho subjetivo, lo que implica su necesidad de efectividad y exigibilidad dentro de las previsiones legales (Migo, 2008). La Ley se sustenta en tres pilares básicos (Gil, 2009): a) el de carácter universal y públicos de las prestaciones y servicios; b) el acceso a las prestaciones y servicios en condiciones de igualdad; y c) la participación de todas las administraciones en el ejercicio de sus competencias. De esta forma, España se integra en el resto de miembros de la UE garantizando cuidados a sus ciudadanos afectados con dependencia y apoyo a cuidadores no profesionales.

El sistema de protección social a la dependencia es universal, siendo la cobertura del riesgo es compartida por varios agentes institucionales y sociales, afectados y cuidadores familiares. Sin embargo, la puesta en marcha de la Ley de la Dependencia, no viene siendo fácil, ya que desde sus primeras fases de aplicación viene siendo cuestionada por la percepción del inadecuado desarrollo institucional y dotación financiera (Casado, 2009)¹²¹.

La aplicación de la referida Ley en España iba a suponer una ruptura con el sistema tradicional del cuidado de las personas en situación de dependencia y con discapacidad, donde la mujer ocupaba el centro del cuidado, de forma que, con la entrada en vigor de la Ley, se abría un campo de liberación de la mujer entre otras posibilidades. No obstante, tras varios años de ejecución de la misma, se ha observado que las familias, y en su mayor parte las mujeres, siguen siendo las cuidadores principales (Sarasa, 2010), lo cual, como hemos recogido anteriormente, también se da en países del modelo liberal, continental.

En España se adopta un sistema de protección social mixto, que recoge del modelo nórdico ciertos aspectos claves como: cobertura universal, financiación con impuestos -también cotizaciones- y orientado por norma a los servicios sociales. Así como algunas características del modelo continental, sobre la regulación estatal de la valoración de la dependencia y garantía de igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo mediante prestaciones básicas por la Administración Central,...entre otros.) (Rodríguez, 2011).

El sistema español de la dependencia es altamente descentralizado (Costa-Font y Patxot 2003, 2005), extendiéndose el desarrollo de los servicios sociales a los gobiernos

¹²⁰ Estos factores sociodemográficos,... entre otros, serán los que, a la postre, constituyan las características claves del sistema de atención a la dependencia en España.

¹²¹ En este sentido, diferentes organismos y autores, relacionados con ámbito de las políticas sociales, han valorado muy positivamente la aprobación de la Ley, pero todos ellos reconocen que su implantación no ha estado exenta de problemas de diversas índoles, que han dado lugar a disparidades en su aplicación (Gómez, 2013).

regionales. No obstante, algunas CC.AA. (País Vasco, Navarra, Cataluña y Asturias, Andalucía), a su vez, transfieren competencias a los entes locales, integrando la dependencia en los servicios sociales comunitarios. En aquellas en las que se ha centralizado todo el procedimiento, existe la percepción de que en la práctica funcionan con mayor lentitud y desorganización (Llano, 2012).

Por otro lado, aunque la Ley ha previsto la creación de una Comisión Interterritorial para la Dependencia, a fin de coordinarse las políticas y decisiones, cada región ha hecho su propia política y ejecutada conforme a sus criterios y necesidades.

En un principio, las cuatro CC.AA. que han optado por la gestión más descentralizada y abierta a la participación y colaboración de las Entidades Locales, pensaron que el municipio era el que mejor podía encauzar la gestión por su cercanía al ciudadano (Llano, 2012). Sin embargo, a pesar de que los ayuntamientos aparecen como principales actores en el ámbito de la atención a la dependencia¹²², no cuenta ni con la infraestructura, ni con los recursos suficientes para su correcta gestión; además, la responsabilidad y capacidad de decisión que se les ha otorgado en la negociación de la Ley es mínima por ello, todo esfuerzo realizado resulta claramente insuficientes (Casado, 2009).

Este reforzamiento del sistema regional y municipal de servicios sociales parece transitar desde un modelo asistencial a otro mixto; sumido a reglas de cooperación y coordinación institucional¹²³. Ello ha conllevado tensiones institucionales y financieras, aunque también cabe indicar que la gestión desde las administraciones públicas juega un papel importante, observando una correlación positiva.

En este sentido, Garcés (2008) plantea la necesidad de establecer mecanismos de cooperación y coordinación entre los diferentes entes administrativos, observando la necesidad de centralizar la planificación y descentralizar la gestión, no sólo en las CC.AA., sino también en las Corporaciones Locales; ya que en aquellas regiones donde se ha centralizado la gestión, con la creación de estructuras paralelas, han tenido importantes retrasos en su desarrollo.

La falta de coordinación existente entre la administración central, autonómica y local en la gestión de los recursos que prevé la Ley ha generado lentitud en la tramitación y la resolución de los procedimientos administrativos. Ello se ha visto agravado por el elevado número de beneficiarios con derecho a prestación, sobrepasando lo cálculos previstos, y por tanto, la disponibilidad presupuestaria (Garcés, 2008).

Por tanto, al ser los CLD la última rama de protección social en adquirir un cierto nivel de institucionalización bajo los constreñimientos señalados, acelerados en la actualidad con la crisis económica y financiera, conlleva, tanto en España como en los diferentes modelos de bienestar tienden a converger en que la respuesta a los CLD debe ser compartida por los actores públicos y por la actores privados (sociedad civil).

Así como, a que éstos estados convergen en nuevas combinaciones de institucionalización, familiarización, mercantilización e individualización del riesgo (Rodríguez, 2011). En este sentido, el enfoque de la gestión pluralista del Estado del bienestar adquiere especial importancia a la hora de implementar esta política social.

¹²² Por cuanto hacen un esfuerzo importante extendiendo su red de servicios, conforme a los datos que se recogen en el desarrollo de los Capítulos V y VI para el caso andaluz y, sobretodo, de la provincia de Huelva.

¹²³ La gestión de la protección social de la dependencia en España, que corresponde a cada una de las administraciones públicas será abordado en el siguiente Capítulo V de este trabajo.

Así, la Ley establece, en caso de ser posible, la potencialidad de la autonomía de las personas en su medio habitual, en el entorno en el que desarrolla su vida; aunque no se diga expresamente a la hora de diseñarse la propuesta para concesión de las prestaciones, se debe tener en cuenta como criterio preferente que su cuidado y atención se desarrolle en su domicilio. De esta forma, la eficacia de la Ley dependerá de dar autonomía a las personas en situación dependencia y de favorecer su cuidado en su entorno familiar¹²⁴.

Conforme señala Llano (2012), no va a existir una igualdad absoluta en la protección social de la dependencia; entre otras razones, porque el lugar de residencia se configura como un importante factor diferenciador, como consecuencia del desarrollo heterogéneo de los servicios sociales en España. De modo que, en función del territorio en que viva las personas dependientes se producen diferencias importantes: como en la extensión de los recursos, los requisitos de acceso y los diversos contenidos y atención profesionales.

La Ley establece prestaciones diversas, dándole prioridad a los servicios o prestaciones en especies frente a las prestaciones económicas, en un intento de asemejarse a otros países y modelos sociales europeo, tales como el nórdico. La prioridad de la prestación de los servicios frente a las económicas está suponiendo a las CC.AA. un desarrollo importante de la Red de Servicios Sociales.

Sin embargo, en los primeros años de desarrollo de Ley se da la imposibilidad de efectivizarse el derecho reconocido, a través de las prestaciones de servicios, siendo necesario sustituirlos por prestaciones económicas (configurado como segunda opción en el SAAD, debido a que se considera menos eficaz en la ayuda dispensada a la vez que dificulta la incorporación de la mujer al trabajo) (Molina, 2012).

Por otro lado, tal y como se ha comentado, que viene ocurriendo en otros países europeos, todos los procesos destinados a la prevención y promoción de la autonomía se han tenido que posponer, dando prioridad a la atención a personas con mayor gravedad de dependencia. Ello va a agudizar la situación de las personas afectadas, y la de sus familias, quedándose desprovistas de la ayuda garantizada como derecho social (AEDGSS, 2009).

En definitiva, con las reforma de 2012, 2013¹²⁵ y 2015, se relega a las mujeres al cuidado de sus familiares en situación de dependencia, las cuales reducen drásticamente las medidas de apoyo que ofrece la Ley, lo que conllevan la vuelta al mundo de la invisibilidad en que han permanecido durante mucho tiempo. Estas disposiciones normativas apuestan por un sistema profesionalizado, que al día de hoy carece de los medios materiales y personales suficientes para el CLD, en vez de, reforzar el sistema mixto de cuidados.

Como conclusión final podemos decir que la gestión de la dependencia o los CLD en España, a la vista de la complejidad y de todos los intereses en juego, se caracteriza por estar basada en un modelo mixto, donde se combina el sistema de cuidado público y profesionalizado con el sistema tradicional de cuidados familiar. A nuestro entender, los CLD deben descansar en ambos sistemas, al día de hoy, complementarios, donde el cuidador informal, o familiar, necesita de la protección social y del complemento de las prestaciones de servicios, mientras que la atención profesional debe ser complementada y supervisada por cuidadores familiares.

¹²⁴ En este sentido, las últimas modificaciones que se están dando en el modelo nórdico van en este sentido, es decir, a primar el cuidado del dependiente en el entorno familiar.

¹²⁵ Quedándose reducido la intensidad del servicio de promoción, conforme a lo previsto en el Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley, y la Ley 36/2014, de 26 de diciembre, entre otros.

IV.5 SÍNTESIS DE LA GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS MODELOS DE BIENESTAR EUROPEOS

En el presente epígrafe se poden en común las principales características que definen la gestión de los CLD en los diferentes modelos de Estados de bienestar europeos, destacando las tendencias que tienen en común, así como las diferencias que se pueden llegar a establecer entre los mismos, propias de los diferentes modelos de Estados del bienestar.

En este sentido, tal y como se desprende de los epígrafes anteriores, entre los diferentes modelos de bienestar europeos se observan unas tendencias, comunes a todos ellos, en la gestión de tipo de política social. Entre estos aspectos destacan:

- a) La progresiva importancia que comienza a tener el riesgo de la dependencia, pasando de ser un riesgo individual y familiar a un riesgo social, con la consideración, en muchos países, de un derecho social de carácter universal.
- b) La tendencia a favorecer las prestaciones económicas frente a los servicios como vía de control del gasto público, si bien el destino y control de esas prestaciones puede variar significativamente de un país a otro.
- c) El fomento de la libertad de elección entre prestaciones sociales, con objeto de una mejor adaptación a las necesidades del dependiente.
- d) El establecimiento de una prioridad protectora a los niveles más grave de dependencia como consecuencia de la crisis económico-financiera y el consiguiente recorte en este tipo de gasto social.
- e) El dar un mayor peso a la gestión privada, fundamentalmente a la provisión de servicios por parte de entidades tanto lucrativas como no lucrativas.
- f) Importancia de la descentralización, sobre todo en lo que respecta a la gestión y prestación de los servicios, mientras que la planificación, legislación y financiación corresponde, en mayor medida, a los gobiernos centrales.
- g) Progresiva importancia de los cuidados comunitarios y de los servicios sociales, con el propósito que el dependiente continúe residiendo en su entorno habitual, así como por motivos de calidad, preferencias y económicos.

No obstante, a pesar de las tendencias que se observan en las políticas de cuidados de larga duración en Europa, también cabe destacar cómo los países siguen parcialmente lo que sugieren las diferentes tipologías de regímenes de bienestar en los que se insertan. Así por ejemplo, en la Tabla IV.3 se recoge la importancia para los diferentes países tienen, en la provisión del cuidado de larga duración, los cuidados informales, comunitarios y residenciales.

Tabla IV.3. Provisión del cuidado de larga duración informal y formal para la Tercera Edad en Europa.

País	Cuidado informal	Cuidado residencial	Cuidado comunitario
Italia	Alto	Bajo	Bajo
Grecia	Alto	Bajo	Bajo
España	Alto	Bajo	Bajo
Portugal	Bajo	Bajo	Bajo
Austria	Medio	Medio	Bajo
Alemania	Medio	Medio	Bajo
Bélgica	Medio	Medio	Bajo
Francia	Bajo	Medio	Bajo
Irlanda	Medio	Medio	Medio
Reino Unido	Alto	Alto	-
Países Bajos	Alto	Alto	Medio
Dinamarca	Bajo	Alto	Alto
Finlandia	Bajo	Medio	Medio
Suecia	n.d.	Medio	Alto

Fuente: Österle (2009).

Como se puede observar, mientras que en modelo de bienestar mediterráneo adquieren especial importancia los cuidados informales (Italia, Grecia y España), en el modelo nórdico son los cuidados residenciales y comunitarios (Países Bajos, Dinamarca, Finlandia y Suecia). Por su parte, en el modelo continental (Austria, Alemania, Bélgica Francia) y neoliberal (Reino Unido) los cuidados comunitarios tienen muy poca importancia, predominando los residenciales e informales. Esto se pone directamente en relación con las características propias de cada uno de estos modelos, comentados en el Capítulo III.

Por otro lado, en el Cuadro IV.4 se recoge, de una forma comparativa, las diferencias que existen entre los diferentes modelos de estados de bienestar europeos en lo que respecta a la política social de cuidados de larga duración, atendiendo a características, tales como: principios inspiradores, financiación, organización y gestión, prestaciones, provisión del servicio o gobernanza. Con ello se pone de manifiesto cómo, a pesar de las tendencias que comparten, comentadas anteriormente, también se pueden llegar a destacar aspectos diferenciales.

Tabla IV.4. Síntesis de gestión de los cuidados de larga duración en los modelos de bienestar europeos contemporáneos.

	Modelo Liberal (Reino Unido e Irlanda)	Modelo Corporativo (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica)	Modelo Nórdico (Suecia, Dinamarca, Finlandia)	Modelo Mediterráneo (Italia y España)
Responsabilidad de la organización y la gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios.	Municipal	Regional y Municipal
Políticas públicas de apoyo al cuidador informal	Escaso. Elevada responsabilidad individual.	Generoso.	Importantes: apoya y sustituye a la familia cuidadora.	Escaso.
Principios orientadores	Consumismo e individualización del riesgo	Refamiliarización y mercantilización	Universalización, familiarización y mercantilización.	Universalización (excepto Italia), familiarización y mercantilización.
Derecho social de la dependencia	Asistencial: personas con grave dependencia y sin recursos.	Universal.	Universal.	Transición a una cobertura universal.
Prestaciones	Preferencia por las prestaciones monetarias y presupuesto personal	Preferencia por las prestaciones monetarias y programas conciliación (francés)	Servicios sociales con crecimiento de las prestaciones monetarias y el presupuesto personal	Preferencia prestaciones; mediante servicios sociales.
Provisión	Sector mercantil	Sector mercantil. Reducción del papel del tercer sector voluntario.	Pública, crecimiento del sector mercantil (empresas convencionales y ES complementaria). Y, el TS: SAD informal.	Mixta: provisión del tercer sector voluntario y crecimiento del sector mercantil.
Financiación	Impuestos y copago	Impuestos, cotizaciones y copago	Impuestos y copago (SAD profesional e informal)	Impuestos, cotizaciones y copago.
Gobernanza	Fragmentación institucional y regulación central.	Regulación central y gestión regional, con financiación compartida.	Regulación central y gestión Municipal.	Fragmentación con tendencia a sistematización de la protección a la dependencia.

Fuente elaboración propia.

Como conclusión a este cuadro, podemos decir que aunque existen unas claras tendencias en Europa en lo que respecta a la política social de la dependencia, se observan características propias a cada modelo de estado del bienestar en su implementación. Así por ejemplo:

Por el lado de la financiación, en el modelo corporativista se financia a través de las cotizaciones a la seguridad social, en el liberal y nórdico se hace a través de los impuestos; *por el lado de la cobertura*: el liberal refleja una cobertura del riesgo de tipo asistencial, mientras que, en el corporativista y nórdico es universal; y, respecto a la *protección que se da al cuidador informal*: es importante en los modelos corporativista y nórdico, por el contrario, resulta escaso en el liberal y mediterráneo.

Sin embargo, como consecuencia de la crisis económico-financiera, podemos decir que las nuevas políticas de CLD vienen a reforzar y reconstruir el modelo tradicional de cuidados de una forma diferente, según los diferentes modelos de Estados del bienestar. Así, esta reconstrucción puede venir, tanto por la vía de las prestaciones monetarias (modelo anglosajón), a través de servicios y programas de conciliación de la vida familiar y personal con el empleo (modelo nórdico), mediante la integración de los cuidadores informales en el Sistema de la Seguridad Social (modelo continental, caso de Austria, Alemania y Francia) o como una combinación de todos ellos.

No obstante, lo que sí es cierto es que, a pesar de la actual crisis económico-financiera, la política social de la dependencia sigue estando en el debate y la agenda política de los diferentes países europeos, los cuales, en su implementación, siguen unas orientaciones comunes. De forma que, tal y como se ha argumentado en el presente capítulo, la gestión de esta política social, dadas las características propias de este nuevo riesgo social, se puede formular bajo el denominado enfoque pluralista del Estado del bienestar, el cual presentará las peculiaridades propias del país en el que la citada política social se implemente.

CAPÍTULO V

LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

V.1. INTRODUCCIÓN

Una vez analizado la evolución de la política social de la dependencia, o CLD, en los diferentes países europeos, el presente capítulo tiene como objetivo profundizar en el análisis de la gestión de la dependencia en España, tratando de poner de manifiesto las diferencias que, incluso en el propio país, se pueden detectar entre sus diferentes regiones o CC.AA., tanto en su gestión como en su financiación.

Para ello, en una primera parte del capítulo se comentan tanto los antecedentes como la regulación actual de las situaciones de dependencia en España, prestando especial atención al análisis de los principales elementos de la LAPAD que inciden en esta gestión. Se presta especial atención a la distribución de competencias que asigna la LAPAD, al análisis del catálogo de prestaciones y servicios que contempla, así como a la gestión del procedimiento, prestando especial atención a las diferencias entre CC.AA.

Posteriormente, en una segunda parte del capítulo, se analizan los datos que marcan y determinan el desarrollo de la LAPAD, desde los inicios de su aplicación hasta la actualidad, prestando especial atención a las diferencias que existe entre CC.AA, tanto en lo que respecta a la aplicación como a la gestión de la Ley.

Se concluye el capítulo resumiendo los aspectos más importantes que se ponen de manifiesto a lo largo del mismo.

V.2. ANTECEDENTES Y REGULACIÓN DEL RIESGO DE LA DEPENDENCIA

En primer lugar, describiremos brevemente los diferentes tipos de regulación que han intentado hacer frente a problemas relacionados, de una u otra forma, con la dependencia para, posteriormente, referirnos a los factores que desencadenaron la creación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: Ley 39/2006, de 14 de diciembre (en adelante, LAPAD).

V.2.1. Antecedentes en la regulación de la dependencia

Entre las diferentes medidas legislativas que han tratado de dar respuesta, de una forma u otra, al problema de la dependencia destacan: a) la Ley General de Sanidad (1986), b) la Ley de Pensiones no contributivas (1990), c) la Ley General de la Seguridad Social (Texto refundido de 1994, TRLGSS), d) las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, e) la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), así como f) el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales (1988).

Por tanto, podría decirse que desde los años 1980s se han ido articulando diferentes tipos de reformas, prestaciones y deducciones fiscales, orientadas a dar cobertura a determinadas situaciones de envejecimiento y de discapacidad (Rodríguez, 2004b; Rodríguez R., 2006). A continuación comentamos brevemente cada una de estas regulaciones.

Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)

Esta Ley estuvo orientada a las prestaciones económicas, no favorables a las políticas relativas a la integración sociolaboral o a la supresión de barreras arquitectónicas. No obstante, fue relevante porque introdujo un subsidio de ayuda por tercer persona (suprimido en 1994) para colectivos con 18 o más años sin actividad laboral, con un grado de discapacidad igual o superior al 75%, los cuales requerían la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.

Plan Gerontológico

Este Plan abordó por primera, vez de manera integral, toda una serie de políticas en materia de envejecimiento (así como, sobre las pensiones), como punto de inflexión en el proceso para la atención sociosanitaria de las personas mayores. A pesar de que estas medidas se referían a las situaciones de la dependencia, no se había planteado de modo generalizado el problema de la dependencia como tal.

Tanto la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), como, sobre todo, el Plan Gerontológico en 1992, introdujeron el debate sobre una atención más integral, sociosanitaria y colectiva de la dependencia, pese a la escasa dotación presupuestaria, y falta de compromiso político. A su vez, el Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales se estimularía el debate en la importancia del problema de la dependencia (Bazo, 1990; CIERES, 1992; IMSERSO, 1995^a, 1995b, 1995c; Rodríguez y Sancho, 1995)¹²⁶.

La gran mayoría de las medidas no llegaron a cumplirse por falta de financiación e impulso (y compromiso) político, así como, también, por la fragmentación de competencias entre las Administraciones públicas (Rodríguez Rodríguez, 2006).

Leyes autonómicas de servicios sociales

Estas leyes, así como el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales, desde 1988, han ido conformando un mapa autonómico de servicios sociales cada vez más extenso, si bien no garantizan el derecho subjetivo para ser exigido por las personas beneficiarias ante los tribunales. (Marbán, 2011 y 2012).

De modo que los derechos que *se proclaman como universales, es decir, accesibles a cualquier persona en situación de necesidad...* en las diferentes leyes autonómicas, quedan en simples derechos enunciados, frente a los sistemas de protección ya consolidados (Rodríguez R., 2006: 50).

El Plan Concertado resultó significativo cuando la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), en 1993, aprobó un catálogo en materia de servicios sociales que supuso la atribución de mayores competencias para las corporaciones locales en la extensión de servicios sociales, como la ayuda a domicilio, y los cuidados de proximidad, así como mayores dotaciones de profesionales municipales (Marbán, 2011 y 2012).

Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido de 1994, TRLGSS)

La Ley de la Seguridad Social reacciona con unos mecanismos protectores parecidos a la cobertura de la dependencia, regula la incapacidad permanente entre las cuales está la *gran invalidez* aplicada a los trabajadores afectados por una incapacidad permanente que necesiten la asistencia de tercera persona, en cuyo caso tendrán derecho a *una pensión vitalicia*, incrementándose su cuantía con un complemento destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda... (Art. 139.5)¹²⁷.

¹²⁶ A través de la Comunidad Científica de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2000), y del Consejo Estatal de Personas Mayores e instituciones, como el Defensor del Pueblo (2000), se darían a conocer las características de la población dependiente y del sistema de cuidados informales; y se reclamaría al gobierno algunas iniciativas públicas, pactadas con las CC.AA. para garantizar el derecho de los CLD.

¹²⁷ Igualmente, el artículo 181 (a) donde se reconoce una asignación económica por cada hijo menor de 18 años o, cuando siendo mayor de dicha edad, esté afectado por una discapacidad, en un grado igual o superior al 65 por 100, a cargo del beneficiario.

Por otra parte, con las prestaciones de carácter no contributivo (Ley de Prestaciones no Contributivas de 1990) se extendieron los beneficios de la Seguridad Social a todas las personas sin recursos que por razones de edad, accidente o enfermedad, no pudiesen trabajar, aunque tampoco hubiesen cotizado suficientemente para tener derecho a las pensiones y otras prestaciones de carácter contributivo.

También pasaron a contemplarse las prestaciones económicas por hijo a cargo mayor de 18 años y con minusvalía igual o superior al 65% (Art. 181-184); la gran invalidez (instituida por Ley 26/1990, de 20 de diciembre, de Prestaciones no Contributivas); y la ayuda de tercera persona (Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos).

Sistema Nacional de Salud: Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 14 de abril)

Supuso la práctica universalización de la atención sanitaria a toda la población, y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que reguló por primera vez la *prestación socio-sanitaria*, integrada simultáneamente por servicios sociales y sanitarios. De forma que, sin remitirse a la dependencia, fue relevante para ella, ya que estaba destinada a enfermos crónicos para aumentar su autonomía.

Asimismo, esta prestación sociosanitaria (Ley 16/2003) también se refiere al CLD¹²⁸, a la atención sanitaria de la convalecencia y rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, para que puedan aumentar su autonomía. Sin embargo, pese a este desarrollo normativo, su aplicación concreta todavía no se ha dado.

Ley 39/1999, sobre la conciliación de la vida familiar y laboral

Esta Ley establece una reducción de la jornada laboral o una excedencia para el cuidado de niños o de CLD (Rodríguez R., 2006)¹²⁹. Por su parte, las prestaciones de la Ley se establecen en función de la cuantía de la pensión, y no del grado de dependencia, las cuales, a la postre, pueden resultar en cierta medida discriminatorias y poco equitativas por cuanto dejan fuera a una buena parte de las personas con dependencias (menores de 18 años y mayores de 65). Y, en el caso de las desgravaciones fiscales, éstas excluyen a aquellos contribuyentes que no hacen la declaración de la renta o a los cuidadores que no conviven con el dependiente.

Por consiguiente, debido, tanto a la dispersión normativa que existía a principios del presente Siglo a la hora de regular el fenómeno de la dependencia, como a las lagunas que tenía toda esta normativa, en el sentido de no cubrir a todos los dependientes de una forma integral y por grados; se hacía necesario implementar un marco normativo, como la LAPAD. De tal forma, que su principal objetivo fuera la protección objetiva de la dependencia, con un sistema integrado y continuo de protección social y sanitaria con medidas preventivas, de promoción del envejecimiento activo, de promoción de la autonomía y, al final de la vida, de cuidados paliativos.

V.2.2. Factores que impulsan la regulación de la dependencia a partir de la LAPAD

Entre los diferentes factores que impulsaron la regulación de la dependencia en España, en la primera década del Siglo XXI, destacan:

¹²⁸ Esta prestación sociosanitaria de CLD remite expresamente a la actual Ley de la Dependencia (art.15.2 de la Ley 39/2006).

¹²⁹ Entre las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral, prevista de la Ley 39/1999, se pueden realizar sin remuneración pero manteniéndose el período de cotización efectiva, a efectos de las prestaciones de Seguridad Social por jubilación, incapacidad permanente, muerte o supervivencia y maternidad (Art. 180. del TRLGSS).

Las políticas de la Unión Europea en materia de CLD.

Tal y como hemos analizado en el capítulo anterior, las prácticas europeas en temas de dependencia empezaron a concretarse a inicios de los años ochenta en los países nórdicos, los cuales ampliaron y diversificaron su sistema de cuidados en respuesta a cambios sociodemográficos (en especial Suecia, donde 23 de cada 100 ciudadanos eran mayores de 65 años), optando por integrar progresivamente dichos cuidados en su extenso sistema de prestaciones y servicios sociosanitarios (Pavolini y Ranci, 2008) (Rodríguez, 2006).

B) Los cambios sociodemográficos, fundamentalmente en la estructura demográfica y en la estructura familiar. A continuación describimos brevemente cada uno de ellos:

b.1) El cambio en la estructura demográfica fruto del creciente envejecimiento del envejecimiento, como consecuencia del descenso de la natalidad, del descenso de la mortalidad o prolongación de la vida y las migraciones¹³⁰.

Courbage y Costa-Font (2006) establecen claramente una estrecha relación entre envejecimiento, aumento de los gastos sanitarios y el papel de los seguros públicos y privados en la cobertura de estos servicios. Además, tal y como evidencian Rodríguez (1999), Casado y López (2001), Puga (2001), OECD (2005) y OECD (2006) entre otros, aumentarán los gastos sanitarios en las próximas décadas siendo una de las razones principales el proceso de envejecimiento de la población. No en vano, según Otero *et al* (2004), uno de los principales fenómenos asociados al envejecimiento demográfico es el deterioro progresivo de la salud y la dependencia.

Si bien es cierto que el signo de las variaciones demográficas será en el conjunto de la UE el mismo que en España (crecimiento de la población, reducción de la población en edad de trabajar, mayor aumento de la población >80 años que de la población >64), su intensidad será menor en el caso europeo. En España, la tasa de dependencia pasará de 24 (2008) a 59 (2039), contará desde 2039 con una población relativamente más envejecida que la UE.

Por tanto, la nueva realidad demográfica exige nuevas respuestas a los programas del Estado de bienestar ya existentes y obliga al surgimiento de otras nuevas estrategias, siempre y cuando esté garantizada su sostenibilidad financiera.

b.2) Las estructuras familiares han cambiado considerablemente, sobre todo, por la creciente incorporación de mujeres en el mercado laboral¹³¹. No sólo reduce la oferta tradicional de cuidados (centrado en manos de la mujer), sino que tienden a traspasarse a toda la sociedad (Libro Blanco la Dependencia, 2005), es decir, se requiere cada vez al apoyo externo, tanto del mercado laboral, formal e informal, como de las administraciones públicas. Ello supone una profunda reestructuración social interna (Marbán, 2011).

El modelo de bienestar tradicional de España se basó fundamentalmente en el papel de la mujer/esposa como soporte de la asistencia social en seno de las familias. A este modelo

¹³⁰ A modo de aclaración sobre los conceptos de envejecimiento demográfico, y, vejez, podemos decir que, entendemos por *envejecimiento demográfico*, a la modificación progresiva de la estructura por edad de la población, que se traduce en un aumento de la proporción de los grupos de edad avanzada, frente a una disminución pareja de los grupos de edad más joven, o, lo que es igual, la proporción creciente del grupo de edad 65 años y más respecto del total de la población. Como dice Pressat (1973), la noción de envejecimiento es únicamente el resultado de una comprobación estadística, que viene dada por el incremento de la importancia relativa de las personas de edades avanzadas como resultado del descenso de la natalidad y que permite un aumento proporcional del volumen de ancianos.

¹³¹ En otras palabras, el tipo de familia europea de la época después de la II Guerra Mundial (el padre que aporta los ingresos; y la madre que ejerce de ama de casa) está en retroceso, con un impacto considerable en todos los regímenes de bienestar, pero especialmente en aquellos, como es el caso el caso español, que se basa en la solidaridad familiar.

familiar de cuidado se le ha llamado *apoyo informal*, el cual ha recaído en las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas en situación de dependencias. (Libro Blanco de la Dependencia, 2005).

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia, motivado por el envejecimiento de la población, coincide en el tiempo con los cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo; ambos fenómenos disminuyen sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales.

Estos cambios en las estructuras familiares, que recortan los cuidados familiares de la dependencia, también obedecen a un menor tamaño de las propias familias (separación, familias monoparentales, retraso en la edad del matrimonio, etc.), así como a la creciente movilidad geográfica de los familiares, que aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar (Bazo, 1996 y García, 2004).

En este sentido, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo produjo, en un primer momento, un efecto de sustitución, en el que las madres o esposas eran sustituidas por otros familiares femeninos para realizar estas tareas de asistencia social familiar (Moreno, 2006:6). En esta primera fase se observa una transferencia de responsabilidades de cuidados personales del ama de casa a otros familiares femeninos, por ejemplo la abuela en el cuidado infantil¹³².

Sin embargo, en una segunda fase comienza a darse la mercantilización informal de la asistencia personal, empleando la mano de obra de bajo coste de cuidadores inmigrantes, que en muchos casos es sinónimo de mercado laboral sumergido.

Por tanto, el aumento del número de personas con necesidad de atención derivada del envejecimiento de la población, así como la ruptura del modelo familiar tradicional, hacen imprescindible la creación un marco legal, en el que se configure un modelo de sistema de protección social de la dependencia. Este proceso de envejecimiento determina una nueva realidad socioeconómica a la que el sector público debe hacer frente, adecuando la estructura de su sistema de protección social a las nuevas necesidades sociales con la debida garantía de sostenibilidad financiera de los programas del Estado de bienestar.

Dicho marco regulador desarrollará el modelo de bienestar español combinando las lógicas de las políticas de bienestar típicas de un régimen de bienestar mediterráneo con las orientaciones que, tal y como han quedado recogido en el capítulo anterior, se vienen dando en buena parte de los países europeos.

C) Los cambios en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados. Se trata de cambio progresivos, *por un lado*, desencadenado por los cambios sociodemográficos que afectan al modelo tradicional de cuidados y roles familiares; y, *por otro lado*, por un factor menos visible que poco a poco ha creado conciencia en la sociedad sobre la dependencia, desde los años de 1980s.

c.1) El menor tamaño de las familias o la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, ha producido la crisis de la tradicional red de cuidados. Como consecuencia de esta crisis de los cuidados informales, se están experimentando cambios culturales que hacen que la sociedad comience a demandar la socialización de esta contingencia y la asunción de responsabilidades colectivas en los cuidados (en el 2006 sólo el 5,5% de los mayores de 65

¹³² Y, en otros ámbitos a otros familiares femeninos, tales como las hermanas (sustitución infrafamiliar).

años creen que las familias deben asumir toda la responsabilidad de los cuidados frente al 10,6% que en el 2004 opinaba lo mismo (IMSERSO- CIS, 2006b; IMSERSO, 2004b)¹³³.

Pero, a pesar de esta tendencia, aún se conservan ciertas peculiaridades de nuestro sistema de protección social, caracterizado por los bajos niveles de oferta de servicios sociales y la importancia de las prestaciones económicas frente a los servicios en el ámbito institucional. Así como la persistencia de la mujer cuidadora como cuidador principal.

Este hecho es evidente cuando a pesar de contemplar las prestaciones económicas como una excepción, se constata que entre noviembre 2008 y febrero de 2010 han aumentado del 45% al 50% mientras que el peso de las prestaciones en servicios concretos como ayuda a domicilio han descendido del 14% al 11% (datos elaborados a partir de SAAD-IMSERSO)¹³⁴.

En lo que se refiere a la persistencia de la mujer cuidadora como cuidador principal, se constata igualmente que quien normalmente ayuda a la persona mayor a desarrollar las actividades básicas de la vida diaria son: el cónyuge (en el 22,5 % de los casos) y, fundamentalmente, las hijas (39,3% frente al 9,15% de los hijos) (Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 2.647, IMSERSO- CIS, 2006b).

c.2) Parte de este cambio en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados, es promovido lentamente por un grupo de profesionales provenientes del ámbito de la Seguridad Social, de la geriatría y la gerontología, así como expertos y académicos; quienes, conscientes del problema que se avecina, trasladan esas inquietudes a las administraciones públicas, las cuales reaccionan con retraso¹³⁵. Lograron que, desde inicios de los 80s y principios de los 90, el tema sea puesto en la agenda política.

Cuando aún (1990) la sociedad no es consciente de la dependencia, éste grupo de profesionales, plantea alternativas para aumentar los recursos, pero sabiendo la insuficiencia de la provisión pública, comienza a fomentar bajo el hilo conductor del *envejecimiento en casa*, a que la sociedad se vaya concienciando de la conveniencia de *promover la solidaridad social y la participación ciudadana con el fin de incrementar la corresponsabilidad de todos en la atención a las personas mayores...* (Ministerio de Asuntos Sociales, 1993).

En este sentido, y según el estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2004), el 76.1% de los ciudadanos consideraba una prioridad la atención a las personas dependientes para aliviar la sobrecarga que sus ciudadanos suponen para las familias.

D) El cambio de la estructura de organización y provisión de los cuidados. Siguiendo a Marbán (2011), estos cambios están relacionados con el enfoque pluralista, familiar y multinivel, altamente intensiva en cuidados familiares, e insuficiente y desigual en oferta y cobertura de servicios públicos y en servicios privados de responsabilidad pública.

En efecto, son caracteres propios de nuestro sistema de cuidados español: el ser de tipo asistencial y pluralista, sustentado por las familias, las entidades no lucrativas y las empresas privadas, donde del 80% de las residencias son de titularidad privada (IMSERSO,

¹³³ De ahí, el porcentaje de personas que opinaba que la familia debe ser responsable de los cuidados con ayuda de las AAPP ha pasado del 38% en 2004 al 43% en 2006.

¹³⁴ Asimismo, éste mismo hecho ocurrió de forma parecida en el modelo alemán donde, tal y como se recoge en el Capítulo IV de este trabajo, aunque empieza a perder peso en los últimos años, casi 2/3 todavía se decantan por las prestaciones monetarias para cuidados informales.

¹³⁵ Se trataba de un *movimiento ilustrado* minoritario de expertos y académicos que, en muchos casos, conocían las experiencias de otros países en el campo de la dependencia; y, contribuyeron a crear incipientes cambios en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados, como una especie de *conciencia por goteo* sobre dicho fenómeno, cuyos conocimientos y experiencias posteriormente fueron puestas de relieve en el Libro Blanco.

2008). Y, con una participación multinivel, de perfil asistencialista, de las Administraciones Públicas¹³⁶ (en adelante, AA.PP.), sobre todo, las CC.AA. y las Corporaciones Locales (CC.LL., en adelante).

Todo ello ha puesto de manifiesto las limitaciones del sistema de provisión de cuidados existente, las cuales dieron lugar a la necesidad de llevar a cabo una reforma, como la LAPAD, como resultado de una serie de factores socioeconómicos, organizativos e institucionales descritos, acaecidos desde los años 80, que han ido propiciando una reforma gradual de la política social de atención a la dependencia.

E) **Las reformas políticas¹³⁷ y las inercias institucionales a nivel interno** de la política social de atención a la dependencia, también se construye a partir de un sistema de servicios sociales que en los últimos años ha ido aumentando considerablemente los ratios de cobertura de servicios susceptibles de atender a situaciones de dependencia sobre la base de un sistema sanitario universal que tradicionalmente viene asumiendo la atención de esta contingencia en sus grados más severos (IMSERO, 2000, 2002, 2004a, 2006a, 2008).

En consecuencia, la urgencia de la necesaria respuesta a los problemas de la dependencia ha supuesto una respuesta generalizada por parte del Gobierno central y de las CC.AA. No obstante, aún teniendo en cuenta la inercia institucional, ha sido la propia sociedad civil, la familia y las organizaciones no lucrativas las que han asumido la respuesta a las demandas sociales en dependencia.

Por consiguiente, la política social de atención a la dependencia en España podría decirse que responde a la acumulación y confluencia de factores de índole demográficos, socioculturales, económicos, políticos, institucionales y de carácter técnico. Todo ello dio lugar a revisar los acuerdos en los que se ha venido centrando tradicionalmente el ejercicio de los CLD.

V.2.3. Los actores sociales en la gestación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: el Libro Blanco de la Dependencia.

Tal y como ha quedado recogido en el epígrafe anterior, la reforma de la política social de protección a la dependencia en España fue gradual por la acumulación y confluencia de los factores antes descritos, formando parte de la agenda política, aunque subordinada, hasta casi recientemente, a la prioridad de la reforma del sistema de pensiones. De hecho, su incorporación definitiva a la agenda política se produjo en octubre de 2003 con la Renovación del Pacto de Toledo con una Recomendación adicional 3.^a que expresa:

...resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad del fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección (Ley 39/2006: Exposición de Motivos).

¹³⁶ En cuanto al papel de las AA.PP., existe un amplio mapa de prestaciones y ventajas fiscales para atender esta contingencia (las medidas sobre conciliación de la vida familiar y laboral; así como las concertadas, tanto, por leyes autonómicas de Servicios Sociales como el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios de Comunidades Locales. No obstante, se trata de prestaciones que han aumentado significativamente en oferta y cobertura en los últimos años, pero que son insuficientes y están desequilibradas territorialmente en tasas de cobertura, en requisitos de acceso y en aportaciones del usuario (Marbán, 2009).

¹³⁷ Las diferentes reformas de la política social ya han sido tratadas, aquí sólo las describiremos: La Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) de 1982; a varios borradores sobre el Plan Gerontológico, para luego ser aprobado en 1992; la II Asamblea Mundial de Envejecimiento de Naciones Unidas (en España en 2002) y diferentes medidas legislativas, las cuales han dado respuesta a situaciones de dependencia.

La gestación de la Ley de Dependencia se inició con la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia en mayo de 2004, a través del IMSERSO, y se publicó a principios de enero de 2005. Este documento sienta las bases para la construcción del Sistema Nacional de la Dependencia. En base a dicho documento, se debatió el contenido de la futura Ley entre patronal, sindicatos y gobierno. En diciembre de 2005 se alcanzó el acuerdo social entre el gobierno, los sindicatos UGT y CC.OO. y las patronales CEOE y CEPYME mediante el cual se acordaron las líneas básicas de la futura ley.

Ante la pluralidad de actores implicados hubo disparidad de enfoques, contemplándose diversas opciones sobre el marco protector y el ámbito competencial. El principal debate surgió en torno a la inclusión de la LAPAD en el marco de la Seguridad Social (art. 149.1 17ºCE), lo cual a su vez conferiría más competencias a la Administración Central en servicios sociales; o bien fuera de ella, optando por ser financiada vía impuestos, como en el sistema nórdico.

Las organizaciones del tercer sector y los sindicatos eran partidarios de incluir los derechos y prestaciones en el ámbito de la Seguridad Social, ya que, con ello, se respondía con mayor fidelidad al principio de igualdad de acceso en todo el territorio, la extensión de los servicios públicos y la extensión de los servicios privados no lucrativos de responsabilidad pública¹³⁸.

Por otro lado, la patronal, gran parte de las CC.AA. y los partidos políticos de corte más autonomista se oponían a la inclusión de la LAPAD en el marco de la Seguridad Social y abogaban por la financiación vía impuestos. Ya que, el supuesto de incluir a la Ley en el sistema de la Seguridad Social afectaba de pleno al ámbito competencial, pues conferiría al Gobierno central una capacidad imperativa que invadía las competencias de las CC.AA. en servicios sociales¹³⁹.

El hecho de enmarcar el nuevo sistema fuera del ámbito de la Seguridad Social se debió finalmente al propio rechazo de la patronal, a la oposición de las CC.AA. y también de los partidos políticos más autonomistas, los cuales poseían una mayor presencia parlamentaria durante la legislatura en que se aprobó la Ley. No obstante, una parte de la decisión final se gestó previamente en el acuerdo social de diciembre de 2005 entre el gobierno, los sindicatos UGT y CCOO, y las patronales CEOE y CEPYME (Marbán, 2011).

Ante la propuesta exclusiva de competencia estatal en Seguridad Social, se argumentaron dificultades técnicas al contemplarse tanto prestaciones económicas, como Servicios Sociales y socio-sanitarios, si bien podría haberse conjugado con la rama no contributiva. Y, por otro lado, la vía competencial de exclusividad autonómica en Asistencia Social y Servicios Sociales (art. 148.1.20º) se descartó, por excluir el protagonismo desde el Estado como sustentador de este nuevo pilar del bienestar.

Desde la perspectiva competencial el núcleo problemático procedía de cómo encajar en una materia, ya regulada por las CC.AA., la intervención estatal, pero sin obstaculizar la trayectoria autonómica en Servicios Sociales, respetando así el reparto competencial. Surgía la dificultad de compatibilizar la desigualdad territorial de los diversos sistemas públicos de Servicios Sociales autonómicos con el principio de igualdad de los españoles (art. 14 y 139 CE).

¹³⁸ No obstante, a pesar de la coincidencia en tales aspectos por parte de los sindicatos y del tercer sector, no hubo una verdadera coalición entre estas entidades, por cuanto pesaron más sus diferencias en el campo de lo laboral, una cierta falta de comunicación y la lucha subyacente por ocupar espacios de acción social comunes (Marbán, 2011).

¹³⁹ Además, para la patronal la inclusión de la LAPAD en la Seguridad Social implicaría un aumento en sus costes laborales (vía cotizaciones) lastrando así su crecimiento organizativo.

En este sentido, había que distinguir entre el derecho general de protección y las políticas sectoriales, dentro de las que se deja un claro margen a las CC.AA. (De Lorenzo, 2006: 84), pero enmarcadas en la Ley de la Dependencia como legislación básica. Precisamente el 149.1.1ºCE permitía aunar y salvar los problemas competenciales y prestacionales.

La tramitación parlamentaria de la Ley determinó que se modificaran aspectos fundamentales. Algunas de las modificaciones finales fueron tan relevantes como el declarar el carácter de derecho subjetivo de forma indubitada y la inclusión plena como beneficiarios de los menores de tres años como titulares plenos del derecho.

Por tanto, la LAPAD sigue la senda de las reformas iniciadas en los años 80 en los países nórdicos, y continuada a mediados de los 90 por otros países del centro de Europa. No obstante, la actual crisis económica puede contener la extensión de recursos y de coberturas de dichas reformas, conteniendo, a su vez, la creación de una extensa red de servicios en beneficio de la perpetuación de las prestaciones económicas. Sin embargo, es un hecho, tal y como se ha reflejado en el capítulo anterior, que la atención a esta contingencia se ha ido convirtiendo en un derecho subjetivo en, cada vez, más países de la UE.

V.3. UNA ANÁLISIS DE LA *LEY DE DEPENDENCIA*: IMPLICACIONES PARA SU GESTIÓN PLURALISTA

V.3.1. Consideraciones generales de la *Ley 39/2006*.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, es publicada en el *BOE* el 15 de diciembre de 2006, y entró en vigor el 1 de enero de 2007 (conforme a su Disposición final novena). La Ley se configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia como cuarto pilar del Estado del Bienestar¹⁴⁰, y como tal debe dar respuesta a los derechos sociales en el área de cuidados de larga duración.

Hasta 2007, cuando el Congreso de Diputados aprobó la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se constituye un cambio histórico, España es clasificada dentro del modelo asistencial, característicos de las economías del sur de Europa. El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por números documentos y decisiones de organizaciones internacionales¹⁴¹.

Con esta Ley, que reconoce derechos, se supera el modelo asistencial de los servicios sociales de atención a la dependencia, cuya protección resultaba fragmentaria, parcial e insuficiente y dejaba fuera de la protección del Estado a amplios segmentos de las clases medias. La implantación del nuevo sistema modifica la situación existente, ya que hasta ahora sólo se accedía a la oferta pública cuando se demostraba la escasez de rentas y la falta de apoyo familiar.

Conceptualización y alcance de la Ley 39/2006

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y conforme al Texto Consolidado (última modificación: 30 de diciembre de 2014)¹⁴², define a la dependencia (art. 2.) como:

¹⁴⁰ Tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de la Seguridad Social, integrándose, por tanto, dentro del Sistema de Servicios Sociales.

¹⁴¹ Así como, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea.

¹⁴² Jefatura del Estado, *BOE* núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. Referencia: *BOE-A-2006-21990*.

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

En este sentido, una persona dependiente, es aquella que se encuentra en la situación de limitación física, mental, sensorial o intelectual que impide a quien la padece la realización de actividades básicas de la vida cotidiana, exigiendo la ayuda de terceros para la realización de actos ordinarios de la vida, ya sea por diferentes razones, y no sólo por razón de edad (Montoya, 2007).

A su vez, en este mismo artículo se definen las actividades básicas como las tareas más elementales de la persona, que le permite desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Autonomía: Delimitación de la situación protegida

Uno de los aspectos más llamativos de la LAPAD, que se refleja en su propia denominación, es que alude a la promoción de la autonomía personal. Es una visión novedosa¹⁴³ equilibrando los dos núcleos objeto de la Ley: autonomía personal, por un lado, y situaciones de dependencia. La Ley recoge la noción de autonomía en el artículo 2.1. En ella se alega dos cuestiones: uno, el querer vivir conforme a lo que el propio sujeto decida; y otro, el poder desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

De tal manera, la promoción de la autonomía sólo se entenderá cumplida en la medida en que el sujeto pueda organizar su propia vida, sea soberano de su devenir sin que las limitaciones físicas a las que se encuentra sometido impliquen una limitación de su poder de decisión. Se trata de potenciar el apoyo no sólo para las personas en situación de dependencia en orden a las actividades básicas de la vida diaria, sino también los apoyos en orden a su autonomía personal, plena integración en todos los ámbitos de la vida.

V.3.2. El derecho subjetivo a la protección por dependencia: sus titulares

El derecho subjetivo a la protección por dependencia

El Libro Blanco de la Dependencia de 2005 optó por el modelo universal, aunque matizando que en la financiación debe preverse la participación de los interesados. No en vano, tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior, esta es la tendencia general dominante en los países de la UE respecto de la protección social de la dependencia, orientándose hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo o de Seguridad Social. Si bien son modelos topados, que prestan servicios o dan prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los CLD¹⁴⁴.

Así, el modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada. El criterio para ser beneficiario

¹⁴³ Cuyo origen se encuentra en la propuesta realizada por la organización CERMI (03/12/2003) con motivo del Día Europeo e Internacional de las Personas con Discapacidad.

¹⁴⁴ La participación de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países.

de la prestación social pública es la necesidad de los cuidados. La prestación como ya se ha indicado, cubre una parte sustantiva del coste, siendo el beneficiario quien asume el resto.

De manera que se reconoce un derecho social como derecho ciudadanía, basado en un principio de universalidad que no se ve cuestionado por la exigencia del copago por parte del beneficiario, porque tan sólo se trata de una modulación del derecho que no tiene fuerza ni condicionamiento de su reconocimiento (art. 1 LAPAD).

El derecho subjetivo de ciudadanía se materializa a través de la creación legislativa del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD, en adelante), con la implicación de las distintas administraciones públicas y la garantía por parte de la Administración General del Estado de un contenido mínimo común necesario de derechos para todas las personas en situación de dependencia con independencia del lugar de residencia en el Estado español.

En definitiva, el artículo 1.1 LAPAD garantiza un derecho subjetivo de ciudadanía a la protección por dependencia. Es un derecho de ciudadanía social y, como todos los de esta clase, supone un estatus jurídico que se concede a los miembros de pleno derecho de una sociedad, de modo que sus beneficiarios son iguales respecto a los derechos y obligaciones que implica. Se confiere un estatus legal de la persona integrado por el derecho subjetivo a la protección.

Titulares de los derechos: beneficiarios directos e indirectos

Bajo la rúbrica de *titulares de derechos*, el artículo 5 de la LAPAD aborda las diversas categorías de sujetos que pueden causar el derecho a la cobertura por dependencia, haciéndolo de un modo un tanto desordenado, con alusiones a requisitos que no son tales, y con remisiones a otros preceptos de la Ley (incluso a eventuales desarrollos normativos) que podrán (o no) tener lugar, como es el caso de los españoles en el extranjero. En este sentido, hubiera sido de agradecer una mayor concreción y sistemática¹⁴⁵.

Una de las cuestiones ineludibles en el tratamiento jurídico de la protección social de la dependencia es el relativo a los beneficiarios de dicha protección. En ese punto se ha considerado conveniente distinguir entre beneficiarios directos e indirectos (Heras, 2012):

El *beneficiario directo*, es la persona dependiente que reciba algún tipo de prestación o servicio o también a quien aprovecha finalmente la prestación económica concedida; y el *indirecto*, sería aquel que, aun teniendo reconocido el derecho, y cuentan con la resolución de Programa Individual de Atención (PIA, en adelante), no pueden recibir la prestación de manera efectiva. Ya que se da paradoja en el SAAD que coexisten personas con mayor grado de dependencia que otras, cuya atención ha de ser de absoluta prioridad.

Ciertamente, cualquier tipo de cobertura que se conceda ha de redundar finalmente en beneficio de la persona dependiente, como ocurre en el caso de la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art. 18 LAPAD). Este tipo de asistencia participa de una doble naturaleza; por un lado, de compensación económica al cuidador y, por otro lado, de auténtica prestación asistencial al dependiente en su entorno habitual¹⁴⁶.

¹⁴⁵ Considerando que se trata de un precepto en el que se define, quiénes son los titulares de los derechos.

¹⁴⁶ Dotándose de contenido real uno de los principios fundamentales de la Ley de la dependencia [art. 3 i) LPAPAD]. En la práctica, el cuidado de las personas dependientes se realiza en un 80.19% en el domicilio; de los cuales 54.5% son servicios de apoyo y el 45.5% se lleva a cabo por parte de cuidadores familiares. Sólo el 19.82% se realiza mediante la asistencia residencial directa o indirectamente (Heras, 2011:14).

La Ley incorpora un derecho subjetivo de naturaleza pública, de acceso universal, de carácter personalísimo, y por tanto, intransmisible *inter vivos o mortis causa*, cuyo contenido es asistencial, de modo que permite a su titular recibir un nivel mínimo de protección (de atención y cuidados), así como en la promoción de la autonomía, que se constituye a favor de todos aquellos sujetos que reúnan una serie de requisitos, sin que medie discriminación alguna¹⁴⁷ [art. 3.b) LAPAD].

Este derecho es exigible tanto en la vía administrativa, como en la judicial [art. 4.2.j) LAPAD]. En el caso de que la persona sea menor o incapacitada judicialmente estarán legítimas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten la representación legal, es decir, el tutor. Dicha protección se articula a través de tres niveles tal y como se dispone en el art. 7 de la LAPAD: mínimo, acordado y adicional, haciendo partícipe a todas las CC.AA., y conforme art. 148.1.20 CE.

V.4. LA GESTIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA BAJO EL ENFOQUE PLURALISTA DE BIENESTAR

En la gestión del SAAD, el pluralismo del bienestar o sistema mixto implica el reconocimiento de la complementariedad de cada uno de agentes sociales: Administración General del Estado, las CC.AA., los Entes Locales, la Familia, el sector privado mercantil, y el Tercer Sector voluntario, en la gestión del mismo. Cada sector puede resultar eficaz para resolver una determinada función desde su ámbito, dependiendo de la naturaleza de la necesidad que se intente hacer frente o el objetivo que se quiera alcanzar.

De modo que ninguno de estos agentes, bajo el enfoque pluralista, tal y como se comentó en el Capítulo III, puede ser una alternativa al margen de otro. Cada uno tiene sus ventajas y limitaciones. Así, por ejemplo, las AA.PP., sobre todo la central, velarán por asegurar la universalidad y la igualdad; el sector mercantil y los entes locales a la hora de asegurar un servicio de calidad y eficaz, y la familia a la hora de dar continuidad a los servicios y coordinar con el resto de agentes posibles estrategias.

V.4.1. Organización administrativa central del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

La actualización del derecho a la protección de situaciones de dependencia en prestaciones concretas, económicas y de servicios requiere el establecimiento de un sistema de organización y gestión, que estará a cargo, fundamentalmente, de los sujetos públicos (AGE, CC.AA. y Entidades Locales –en adelante, EE.LL.-), pero en el que también se da cabida a la colaboración de sujetos privados, tanto a empresas con fin lucrativo y sin fin lucrativo como al sector informal (familia y redes sociales).

Para llevar a cabo la gestión de las prestaciones de la dependencia, la LAPAD crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que debe garantizar las condiciones básicas y el contenido común a que se refiere la propia Ley, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos (art. 1. LAPAD).

La LAPAD crea una superestructura funcional (el SAAD), que se articula sobre el conjunto de prestaciones y redes de servicios de los diferentes sistemas autonómicos. Ante la ordenación tradicional basada en exclusividades o monopolios, el modelo elegido por la Ley

¹⁴⁷ Es decir, en igualdad de condiciones en todo el territorio español con independencia del lugar donde éstos residan de conformidad con la previsión legal que prevé la Ley [art. 3.b)]. De ahí que, en ningún caso, la falta de recursos económicos puede impedir el acceso a la protección social mínima diseñada legalmente.

se basa en la colaboración entre Administraciones Públicas (en adelante, AA.PP.), especialmente necesaria cuando se trata de organizaciones territoriales y prestaciones de servicios, como es la protección de la dependencia.

Por tanto, el SAAD se ha configurado bajo el principio de coordinación interadministrativa. De forma que, para asegurar este principio, se crean los siguientes órganos de cooperación: el Consejo Territorial de los Servicios Sociales y del SAAD y los órganos consultivos del Sistema (los que conforman la participación institucional, como otra forma de participación, lo que será descrito en otro epígrafe).

Consejo Territorial de los Servicios Sociales y del SAAD

El diseño establecido por la Ley para el SAAD tiene una enorme complejidad, que exige una intensa cooperación y coordinación entre las distintas AA.PP.; de ahí que, para ordenar de un modo institucional, permanente y planificado, la acción de las distintas AA.PP. en el ámbito de la dependencia se ha previsto la creación del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en lo sucesivo, CT).

El Consejo, se configura como una pieza crucial en todo el SAAD e implica una acción concertada y permanente entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Está conformado por el titular del Ministerio que tiene atribuida las competencias, un representante de las CC.AA., un número de representantes de los distintos departamentos ministeriales, participando también las EE.LL. en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga (art. 8 LAPAD)¹⁴⁸.

Niveles de Protección del SAAD

El art. 7 LAPAD establece que la protección de la situación de dependencia por parte del SAAD se prestará de acuerdo con los siguientes niveles: a) un nivel de protección mínimo establecido por la Administración General del Estado (en adelante, AGE); b) un segundo nivel de protección que se acuerde entre la AGE y la Administración de cada una de las CC.AA.; y, c) un tercer nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

A) La financiación del nivel de protección mínimo (o básico) le corresponde a la Administración del Estado, como condición básica de garantía de este derecho para todos los ciudadanos de España, según el grado y el nivel de su dependencia (art. 9 de la Ley).

En todo caso, se puede decir, que no es la Ley la que determina cuál sea el contenido mínimo, sino que hay una remisión al Gobierno a la hora de precisarlo, oído el Consejo Territorial (donde la representación autonómica es mayoritaria). En último término, en base al catálogo de servicios y prestaciones, es donde ha de fijarse la extensión e intensidad de la oferta.

Por tanto, ha de quedar claro que la Ley no reconoce directamente derechos a las personas dependientes sino que se limita a remitir al desarrollo reglamentario la concreción de este nivel básico de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según grado y nivel. La soberanía de la AGE en la determinación de este nivel es absoluta, ya que las CC.AA. sólo participan mediante su representación en el Consejo Territorial, órgano titular del derecho a audiencia.

¹⁴⁸ Además de las atribuciones conferidas al Consejo (del apartado 1 del art. 8 LPAPAD), en el apartado 2. se suman una serie de atribuciones, sin embargo, el literal a) que le prescribe a éste a fin de: a) *Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10.*, ha quedado suspendido, durante 2015, según establece la disposición adicional 73 de la Ley 36/2014, de 26 de diciembre. Ref. BOE-A-2014-13612.

B) La financiación del segundo nivel de protección se asumirá a través de la cooperación que se acuerde entre el Estado y las CC.AA., ampliándose el ámbito de cobertura de las prestaciones y servicios para las personas dependientes de ese territorio (art. 10).

Pese a ello, siguiendo con nuestro estudio, al objeto de dotar de contenido a éste segundo nivel se dispone que, en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD, la AGE y las CC.AA. acuerden el marco de cooperación interadministrativa¹⁴⁹ que se desarrollará mediante los correspondientes Convenios entre la Administración Central y cada una de las CC.AA.¹⁵⁰.

La intervención de las CC.AA. en este segundo nivel no es tanto cualitativa –carecen de capacidades decisorias en cuanto al diseño de los servicios- sino aplicativa, negociando con el Estado los recursos económicos necesarios para incrementar en su ámbito territorial el nivel mínimo garantizado.

C) Un tercer nivel adicional de protección que asume, en su caso y en exclusiva, cada Comunidad Autónoma (art. 11.2).

El artículo 11.2 de la LAPAD expresa la posibilidad de que las CC.AA., con cargo a sus presupuestos, definan niveles de protección adicional al fijado en el básico y, en su caso, al resultante de los convenios entre ellas y la AGE. A tales efectos, la norma les reconoce una capacidad decisoria amplia, al poder adoptar las normas de acceso y disfrute, a este nivel que consideren más adecuadas.

D) Un nivel privado fuera de la estructura del SAAD, pero sin que la Ley llegue a ignorarlo, se encuentra el plano de la protección procedente del esfuerzo estrictamente privado. La Disposición adicional séptima de la Ley se refiere a los instrumentos privados para la cobertura de la Dependencia.

En ella, la Ley se está refiriendo a la dimensión mercantil de la protección de la dependencia, pensando en la configuración de un *seguro de dependencia privado* en el que el tomador sea el propio sujeto dependiente. Con la contratación de este tipo de productos, en la medida en que puede contribuir a aliviar el problema de dependencia de muchas personas, actúan como complemento de la cobertura pública, por lo que debería ser objeto de un tratamiento fiscal ventajoso¹⁵¹.

Desde otro punto de vista, quizás sea el momento adecuado para subrayar que, por contraste con el énfasis que la norma pone en la regulación de la cooperación interadministrativa, se echa en falta un mínimo tratamiento de la concertación con las empresas mercantiles y del tercer sector, que tanta relevancia tienen en la práctica como mecanismos de atención a las situaciones de dependencia y que seguramente tendrá mayor notoriedad en el futuro.

V.4.2. Participación de la Administración General del Estado

En la Exposición de Motivos de la Ley se establece que la competencia normativa corresponde al Estado. En este sentido, las medidas atribuidas a la AGE se pueden clasificar en tres grandes bloques:

¹⁴⁹ Tras su paso por el Congreso ha desaparecido la figura del Plan de Acción Integral. Lo que ahora establece la Disposición final cuarta es que *en el plazo máximo de 3 meses desde su constitución, el Consejo acordará el marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10, así como el calendario para el desarrollo de las previsiones contenidas en la presente Ley.*

¹⁵⁰ Según la Disposición adicional undécima, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales suscribirá acuerdos con las Ciudades de Ceuta y Melilla sobre centros y servicios de atención a la dependencia en ambas Ciudades, pudiendo participar el Consejo Territorial del Sistema en la forma que éste determine.

¹⁵¹ Para profundizar en el tema sobre el Seguro de dependencia puede consultarse en Rivera (2001: 5, 58).

a) El papel de la AGE como coordinador, impulsor y garante del desarrollo del SAAD y de la aplicación de la LAPAD. El principal objetivo al que se entiende que contribuye este papel es el garantizar las condiciones básicas y el contenido común del nuevo derecho reconocido.

b) El establecimiento de un sistema de información del SAAD (SISAAD) (art. 37. Cap. III del Título II de la LAPAD: *La calidad y eficacia del SAAD*). La AGE debe generar un Sistema de Información que garantice la disponibilidad de la información relativa al SAAD y la comunicación recíproca entre las administraciones públicas (art. 37)¹⁵². En el Consejo Territorial se deberán acordar los objetivos y contenidos de información referida al catálogo de servicios, datos de población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de los servicios.

c) La financiación de una parte importante del Sistema (el nivel mínimo y parte del nivel acordado), contribuyendo a garantizar la cobertura del derecho y el objetivo de optimizar los recursos disponibles.

No obstante, a pesar de estas competencias, como se ha apuntado anteriormente, la propia naturaleza del objeto de la LAPAD requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas (AGE, CC.AA, y EE.LL. o Municipios), por lo que la coordinación y cooperación entre las distintas Administraciones es un elemento fundamental. En este sentido, en la Exposición de motivos, ya se deja entrever la importancia que, para la gestión de este derecho, puede tener el enfoque pluralista del Estado de bienestar.

En siguiente cuadro se esquematiza brevemente la participación de la AGE en el Sistema, como principal garante del derecho social de la Dependencia.

¹⁵² Previsto en el Capítulo III sobre Sistema de Información, del Título II: La calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la LAPAD.

Tabla V.1. La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Ámbito de Participación de la AGE	Medidas de la AGE en el SAAD	Objetivos del SAAD asociados a cada medida
1. Coordinador, impulsor y garante del desarrollo del SAAD y la aplicación de la Ley	1.1. Desarrollo normativo del SAAD de aquellas materias de su competencia, y de aquellas que, previo acuerdo del CT*, resuelve la regulación mediante Real Decreto Estatal.	Garantizar las condiciones básicas y el contenido común del nuevo derecho para asegurar la igualdad en el ejercicio del mismo.
	1.2. Participación de la AGE en el CT del SAAD y en el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa con las CC.AA.	Servir de cauce para la necesaria colaboración y participación de todas las AA.PP.
	1.3. Control y seguimiento del correcto desarrollo normativo del SAAD.	Garantizar las condiciones básicas y el contenido común del nuevo derecho.
2. Participación de la AGE en el Sistema de Información del SAAD (SISAAD)	2.1. Establecimiento de un sistema de información, SISAAD.	Permitir un seguimiento y evaluación sistemáticas de la implementación, los resultados y efectos del SAAD.
	2.2. Generación de la aplicación informática del SISAAD que garantice la red de comunicación entre administraciones.	
3. Participación de la AGE en la financiación del sistema	3.1. Aportación financiera de la AGE al nivel mínimo de protección garantizado.	Garantizar las condiciones básicas y el contenido común del nuevo derecho.
	3.2. Aportación financiera de la AGE al nivel acordado de protección.	Proporcionar recursos suficientes para el funcionamiento del Sistema, optimizando los recursos públicos y privados disponibles.

Fuente: elaboración propia a partir de la Ley 39/2006.

*CT: Consejo Territorial.

V.4.3. Participación de las Comunidades Autónomas

El traslado de mayor protagonismo hacia otros niveles territoriales, diferentes al central, y la tendencia hacia cierta europeización del Estado de Bienestar español (Gomà, 1995) son el resultado de un Estado de Autonomías como el nuestro, integrado a su vez en una organización supranacional como la UE, dando un acentuado pluralismo institucional también en estos términos.

El obligado respeto al orden constitucional y estatutario de reparto competencial hace que las CC.AA. sean las auténticas gestoras del SAAD. En ello contribuyen los Servicios Sociales, como soporte de la aplicación de la LAPAD, siendo la red existente de Servicios Sociales Comunitarios el fundamento para la atención de las personas en situación de dependencia y de su contexto familiar.

La implicación o participación de las CC.AA. es muy determinante en el funcionamiento entero del sistema. La participación en el SAAD de las CC.AA. se determina en los artículos 10 y 11. De hecho se adopta la gestión descentralizada del SAAD. Y sobre ella, le

corresponde a las CC.AA. elegir entre una gestión más descentralizada o centralizada, tal y como posteriormente se desarrollará en el siguiente epígrafe.

Por tanto, cabe indicar que, dentro de las competencias que la Ley confiere a las CC.AA., éstas, a su vez, pueden extender la gestión del SAAD a los servicios sociales comunitarios de los EE.LL., dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye (art.12 LAPAD).

En este sentido, la normativa española de Servicios sociales considera subsidiaria las acciones y responsabilidades de la AGE en asistencia social. Esta función sustitutoria se ha contemplado a medida que las CC.AA. fueron asumiendo las competencias correspondientes en esta materia y también los EELL en la parte que les correspondía.

Actualmente la tendencia parece haberse invertido el proceso de centralización que ha introducido la LAPAD, retomando protagonismo la AGE en un sector de los Servicios Sociales –la dependencia- que hasta ahora era gestionado de forma centralizada por las CC.AA., planteándose nuevas dualidades.

Así, la LAPAD traza la complementariedad de los sistemas de Servicios sociales y del SAAD como una oportunidad de fortalecimiento del primero. No obstante, el carácter centralizador y universalista de su ámbito de acción y responsabilidad puede resultar una amenaza y debilitarlo posteriormente, si no se incide en una coordinación multinivel apropiada.

La gestión del SAAD, puede implicar que los Servicios sociales desarrollados por las Corporaciones locales sufren el desplazamiento de sus competencias hacia las CC.AA., como consecuencia del proceso de recentralización, con la consiguiente pérdida del carácter *subsidiario*¹⁵³ para convertirse en simples auxiliares, cuyos efectos refuerza aún más su fragilidad o su absorción.

Por tanto, la descentralización del sistema de Servicios sociales en los EE.LL. los condiciona a lo que establezcan sus respectivas CC.AA. que diseñaron la estructura dual y descentralizada de los Servicios sociales, apoyada en la Ley de Bases del Régimen Local.

Esta gestión descentralizada del SAAD en las CC.AA., exige un marco de cooperación interadministrativa que se acordará en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD, y se desarrollará mediante los correspondientes Convenios de colaboración y cooperación entre la AGE y cada una de las CC.AA. (art. 10.1. LAPAD).

Las competencias que asigna la LAPAD a las CC.AA. son amplísimas. Así, en su artículo 11 se hace una enumeración compleja que abarca todo el ciclo de la actividad administrativa: planificación, dirección, gestión, coordinación, creación, actualización de Registros de Centros y Servicios, etc.¹⁵⁴ Podría decirse que las CC.AA. tienen una competencia residual, ya que todo lo que no está atribuido a otra Administración les corresponde a ellas.

Por tanto, tal y como se deja entrever en la legislación, las CC.AA. tienen el deber de garantizar la aplicación y gestión del derecho de la dependencia en sus respectivos territorios, así como asegurar la coordinación en la gestión (con la Administración Central,

¹⁵³ La dicotomía de la descentralización-centralización guarda relación con el concepto de subsidiariedad (importante en la definición de las peculiaridades del desarrollo de los Estados de bienestar europeos), define la jerarquía o más bien la relevancia de unas esferas sobre otras –administración regional/local, sector público/privado- en la provisión de servicios de bienestar. En este sentido, la subsidiariedad es clave para entender la relación interadministrativa, según Lorenz (2010).

¹⁵⁴ Ya sea la elaboración de los programas individuales (PIA), inspección, sanción, evaluación del funcionamiento del sistema e información a la Administración General del Estado.

los entes locales y los agentes privados que intervienen en la misma) y garantizar la financiación de determinadas prestaciones.

En definitiva, la LAPAD, tal y como se ha podido demostrar, supone la construcción de un entramado institucional cuya gestión y coordinación establece un ejercicio institucional complejo de gestión pluralista, sobre todo, para el caso de las CC.AA. que, además de la intensa descentralización del Estado de las Autonomías, transfieren, a su vez, importantes competencias en la gestión y aplicación de este derecho a los entes locales. De ahí, una de las dificultades que está teniendo actualmente la aplicación de este derecho.

Apara hacer frente a ello, la efectividad del SAAD va a depender en gran medida de la creación de sistemas de continuidad de servicios en la propia red que se cree, lo cual depende también del reforzamiento del ámbito local (Rodríguez Rodríguez, 2006) y de la flexibilidad de intervención por parte de un sistema que se rige por la lógica administrativa. La creación de modos de intervención *ad hoc* y la flexibilidad organizativa son exigencias del nuevo sistema de cara a su efectividad social.

V.4.4. Participación de las Entidades Locales

El artículo 12 de la LAPAD reconoce la participación de las EE.LL. en la gestión de los servicios de atención a la dependencia. Sin embargo, para mantener la coordinación organizativa de todo el sistema, establece que dicha participación se producirá de acuerdo con la normativa de sus respectivas CC.AA. y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

Por tanto, los centros y servicios de atención a la dependencia de las EE.LL. se integrarán también bajo la responsabilidad de las CC.AA. En este sentido, la LAPAD presenta así un efecto de *re centralización* de la gestión de servicios de las EE.LL. a favor de las CC.AA. No obstante, en la práctica, las EE.LL. deberían tener un protagonismo relevante, si no decisivo, en materia de dependencia, tal y como se pretende demostrar en el presente trabajo de investigación.

Así, bajo el principio de proximidad que rige la acción social, los municipios constituyen la puerta de entrada al sistema de protección de la dependencia, son los primeros llamados a realizar la atención a la dependencia y, por ello, este segundo nivel de descentralización de la gestión del SAAD debería probablemente potenciarse más¹⁵⁵.

Así, por ejemplo, para el caso de Andalucía, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se ha configurado contando con la participación activa de las EE.LL. y especialmente con la implicación de sus servicios sociales comunitarios, los cuales tienen la responsabilidad del inicio del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia, la elaboración de la propuesta del Programa Individual de Atención y la gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio, el seguimiento de caos, etc¹⁵⁶.

Son las CC.AA. las que deben regular el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD, en adelante) en su ámbito territorial para prestar este servicio a las personas en situación dependencia y a personas en situación de vulnerabilidad social que lo precise. A este servicio se le define como Prestación Básica, siendo el único servicio que debe ser gestionado por los ayuntamientos, a través de los servicios sociales comunitarios (art. 23 LAPAD), aunque las vías de financiación sean diferentes.

¹⁵⁵ Dicho reconocimiento tuvo su efecto, por parte del Gobierno (a través de su potestad de gasto), con la concesión directa de subvenciones a los ayuntamientos para proyectos de acción social a favor de personas en situación de dependencia, en especial mayores (RD 918/2006, de 28 de julio).

¹⁵⁶ Al análisis del caso andaluz se le dedica el último capítulo de la presente tesis doctoral, por ser un caso en el que, desde un primer momento, la comunidad autónoma ha apostado por un modelo descentralizado, integrado en el sistema de servicios sociales comunitarios.

También aquí se contempla en la legislación la necesidad de que los entes locales se coordinen y cooperen, no sólo con la administración regional, sino también con las familias y los propios beneficiarios de la prestación, sobre todo a la hora de formular el PIA. En este punto es donde podemos destacar la participación ciudadana a la hora de elaborar esta política social de la dependencia.

En definitiva, tal y como propone el enfoque pluralista del Estado del bienestar, a la hora de garantizar el bienestar de una sociedad, se debe contar también con la participación activa de la misma a la hora de aplicar la distintas políticas sociales. Las características de esta participación, para el caso del derecho de la dependencia, se recogen brevemente en el siguiente epígrafe sobre la participación institucional.

V.4.5. Participación Institucional: los órganos consultivos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

La participación de las personas en situación de dependencia, así como de sus familias, de la iniciativa privada y del tercer sector en el SAAD constituye uno de los principios inspiradores de la LAPAD (art. 3.k, m y n y 4.2.e). Aparece, por tanto, un escenario que pone de manifiesto un claro pluralismo institucional como expresión de las iniciativas y modos de actuación de los sujetos sociales.

Debe procurarse que la pluralidad de intervenciones sociales quede lo más adecuadamente integrada para que disminuyan los efectos no deseados ni previstos. De forma que, según de Sotelsek (2002), el principal objetivo debería ser proveer del mayor número o cantidad de inputs a la ecuación que representa el Bienestar Social Total para lograr el máximo nivel del mismo.

El punto máximo al que llegaría esta tendencia sería a que ayudados por los poderes públicos los actores se convirtieran en copartícipes en la producción y gestión de los servicios, asumiendo mayores cotas de responsabilidad y protagonismo.

Por ello, la LAPAD se ha ocupado también de ordenar la participación institucional de estos sujetos sociales, representados por asociaciones o federaciones de mayores y discapacitados, organizaciones sindicales y empresariales y organizaciones no gubernamentales y entidades sociales, los que conforman los órganos consultivos de participación institucional, tales como:

- El Comité Consultivo del SAAD (para el asesoramiento y consulta del SAAD),
- El Consejo Estatal de Personas Mayores,
- El Consejo Nacional de la Discapacidad, y, por último,
- El Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

En este sentido, podemos decir que el SAAD es un sistema relacional y complejo, donde ya no cabe sostener que las relaciones entre los actores del sector privado mercantil, las redes familiares y el tercer sector, actúen de forma subsidiaria o supletoria¹⁵⁷, sino que la realidad obedece a un entramado de interrelaciones donde tales agentes funcionan de forma complementaria, lo que redundaría en una mayor pluralidad.

De este modo, las políticas sociales traspasan los meros límites de las instituciones estatales, abarcando una pluralidad de mecanismos de protección social donde confluyen las lógicas institucionales, públicas y privadas, civiles, familiares y mercantiles. Estos actores, a la hora de ejecutar dichos programas, actúan en virtud de la colaboración

¹⁵⁷ Como resultado de la interacción estatal-mercantil.

intersectorial entre la pluralidad de actores procurando la máxima participación y el aprovechamiento de todas sus potencialidades.

V.4.6. Participación del dependiente y la familia

La legislación contempla la participación de la familia y el dependiente en los siguientes términos:

- Respecto a la financiación, la Ley contempla, en su Art. 33, que los beneficiarios participarán en la misma según el tipo y coste del servicio, así como su capacidad económica personal.
- Por otro lado, la familia y el dependiente son uno de los responsables en la solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia.
- También la familia y el dependiente participan, en los términos en que indica la LAPAD, junto con los entes locales, en la elaboración del PIA. De tal forma, que en su elaboración se tiene en cuenta sus prioridades y argumentos, con objeto de que las prestaciones y servicios se adapten lo mejor posible a las necesidades del dependiente.
- Por último, la LAPAD contempla que un familiar o conocido del dependiente pueda ejercer de cuidador no profesional, prestando servicios de atención al dependiente.

En definitiva, a partir de todas estas funciones, podemos destacar el importante papel que ejerce la familia y el dependiente en la gestión de esta política social. Todo ello, pone de manifiesto, nuevamente, el enfoque pluralista en el que debería descansar la provisión de este riesgo social de a dependencia.

La regulación de los cuidados familiares o cuidados no profesionales¹⁵⁸ responden al objetivo de la Ley, de mejorar la calidad de vida y la autonomía de las persona afectada con dependencia en su medio habitual, proporcionándole un trato digno en todos los ámbitos de su vida y facilitando su incorporación activa a la vida de la comunidad (art. 13). Para ello se otorga prioridad a los servicios del Catálogo que se prestan a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las CC.AA.

No en vano, conforme a varios estudios realizados sobre la Dependencia, entre ellos el publicado por Rodríguez Cabrero (2007), podemos decir que la atención a las personas en situación de dependencia ha recaído fundamentalmente en el ámbito familiar y, dentro de éste, en las mujeres, lo cual pone de manifiesto que la participación la familia en la provisión de ayuda social ha constituido la fuente más importe, generalmente porque las familias, según la cultura de estos países, no fallaban.

Como consecuencia de los procesos de globalización (Rhodes, 2002) y reestructuración socioeconómica¹⁵⁹, el sistema de protección social se ha visto reducido en cierto modo en las familias europeas meridionales. Como viene ocurriendo en la actualidad en España, que frente a los recortes en gastos sociales, como resultado de la actual crisis sistémica sobre todo en la provisión de servicios de la dependencia, este riesgo social vuelve a ser asumido por la familia, casi en su totalidad.

Ello en gran medida porque la familia ha actuado como un sólido amortiguador (a modo de colchón) de bienestar en el modelo de bienestar mediterráneo (Salido & Moreno, 2009). Ya que, la familia atiende en primera instancia y de manera no formal y altruista a sus

¹⁵⁸ En el artículo 2.5 la LAPAD se refiere a los cuidados no remunerados en la categoría de cuidados no profesionales, que define como la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio por personas de la familia o de su entorno no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

¹⁵⁹ Iniciados en los años noventa resultantes del postindustrialismo.

miembros, prestando ayuda en caso de necesidad con arreglo a vínculos y obligaciones personales y de valores de reciprocidad, si bien en algún momento pueden limitar la libertad de elección en virtud de esos mismos lazos.

En este sentido, las personas que elijan cuidar a sus familiares en situación de dependencia deben recibir el apoyo necesario, pues dicho apoyo es considerado por las familias en el momento de hacer su elección. De lo contrario, los que eligen no proporcionar una ayuda directa, deben tener la seguridad de que existe otros servicios alternativos aceptables, pues *si el pluralismo de bienestar tiene algún mérito debe ser el de ampliar el campo de elección, no el restringirlo* (Johnson, 1987)¹⁶⁰.

En definitiva, la participación de las familias (como de los demás agentes sociales) van interactuando a través de conexiones e interrelaciones con rediseños en las políticas sociales¹⁶¹, marcado por la colaboración Estado-sociedad, donde prima criterios de cooperación y coordinación, sobre todo, cuando las políticas sociales intersectoriales deben diseñarse e implementarse conforme a criterios de integralidad conectando necesidades y dimensiones.

También al hilo de este último aspecto, una vez más, surge la necesidad de coordinación y cooperación entre los agentes que intervienen en la aplicación de esta política social. En este caso hablamos de coordinación y cooperación entre familias, dependientes y entes locales a la hora de elaborar el PIA y su posterior implementación. A fin de mejorar la redistribución racional de recursos, buscando la proximidad al usuario en la prestación y focalizando las intervenciones en el ámbito local, comunitario y familiar.

V.4.7. Participación del Sector Privado Empresarial y el Tercer Sector

Respecto a la participación de estos agentes, cabe destacar cómo la LAPAD, para la provisión de servicios de la dependencia, crea una red pública, estatal y concertada, en la que participarán la iniciativa privada empresarial y el tercer sector. El sistema se configura como mixto en cuanto a provisión, de acuerdo, no solo con las tendencias de los sistemas de protección de la dependencia, sino también en base a la tradición del propio sistema de servicios sociales en general y, en concreto, en el caso de España (Gallardo, 2006).

En la intervención social ha tenido un peso relevante el tercer sector (en adelante, TS) de acción social, lo cual se explicita en la LAPAD; y que cabe interpretar como reconocimiento del papel histórico de dicho sector como malla social en la lucha contra la exclusión social. No obstante, este reconocimiento también puede actuar como “relejo defensivo” del propio TS ante el desplazamiento selectivo que se está produciendo en el Estado de Bienestar de la producción de servicios no lucrativa, por la producción mercantil.

En este sentido se manifiestan Etxezarreta Etxarri y Bakaiko Azurmendi (2011) al afirmar que la LAPAD, al tiempo de reconocer que el SAAD tiene un carácter eminentemente público, considera que ello no es óbice para que el sistema busque optimizar el empleo de todos los recursos disponibles a tal efecto, sean éstos públicos o privados, abriendo nuevas oportunidades para la Economía Social.

De hecho, tal y como también afirman Salinas Ramos *et al* (2011b), los diversos agentes de la Economía Social están presentes en todos y cada uno de los servicios sociales que contempla el catálogo de servicios: en la prevención, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche y en la atención residencial. Son muchas las cooperativas,

¹⁶⁰ En igual sentido se manifiesta Doyal y Gouhg (1994).

¹⁶¹ Y, luego concluye perfilando el futuro de la planificación social, agenda caracterizada por una continua retroalimentación y una mayor interdependencia genérica entre Estado y sociedad.

sociedades laborales, fundaciones, asociaciones, centros especiales de empleo, las que conforman el SAAD.

Por otro lado, también cabe destacar la progresiva creación de plataformas privadas ante las expectativas de expansión de servicios y la futura regulación de la fiscalidad de instrumentos privados de cobertura privada, dirigidos a la financiación mediante el copago, según la Disposición adicional séptima de la LAPAD.

En definitiva, también los agentes privados del sector empresarial, tanto sin ánimo como con ánimo de lucro, están destinados a desarrollar un papel muy importante en la aplicación del derecho a la dependencia, sobre todo a la hora de garantizar, de una forma eficaz y eficiente, la prestación de determinados servicios, tales como: los servicios de ayuda a domicilio o la gestión de las residencias y centros de día. En estos casos, también la legislación, una vez más, contempla la necesidad de coordinación y cooperación entre estos entes privados y los entes públicos.

Por todo, la gestión del SAAD, bajo el enfoque pluralista, define un marco institucional para las actuaciones de los diferentes sectores: público, privado, voluntario e informal; lo cual pone de manifiesto que la participación de todos estos agentes es necesaria en la concreción de la política social de la dependencia aplicada a nivel local, con objeto de atender a las situaciones de dependencia y dar autonomía a las personas que la padecen.

De esta manera, se permite la cooperación entre las diferentes formas de protección, bajo criterios de libertad, eficiencia y efectividad. Ello supone la privatización de la provisión de ciertos servicios, una mayor diversificación de la oferta estatal y un nuevo estilo profesional de intervención, cuyas características serán la descentralización, la delegación de recursos y poder, la innovación y el coste-efectividad. No obstante, debe remarcar cómo este enfoque pluralista no contempla el abandono de responsabilidades por parte del Estado, sino su necesaria adecuación institucional a la sociedad civil y el mercado.

V.5. PRESTACIONES Y CATÁLOGO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Las prestaciones de la dependencia están destinadas a la promoción de la autonomía personal y a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Dichas prestaciones pueden tener la naturaleza de servicios o de prestaciones económicas (art. 14 LAPAD).

El catálogo de servicios está contenido básicamente en el artículo 15 de la LAPAD y consiste en prestaciones en especie con las cuales las personas dependientes reciben la ayuda, atenciones y cuidados que necesitan (De Vicente, 2003). Son prestaciones de servicios según la LAPAD, los servicios de prevención y de promoción de la autonomía personal, de teleasistencia, de ayuda a domicilio, el servicio de centro de día y de noche, así como la atención residencial.

Por su parte, las prestaciones económicas (en adelante, PE), son prestaciones en metálico que consisten en cantidades dinerarias que permiten a la persona dependiente, o a su entorno, adquirir los servicios o recursos necesarios para atender a su situación.

Interesa destacar que la LAPAD concede prioridad a los servicios o prestaciones en especie frente a las prestaciones económicas (art.14). Se otorga clara preferencia a los servicios y si a través suyo no fuera posible llevar a cabo la atención, se acudiría a la prestación económica. Se ha optado por un modelo jerarquizado (Cavas, 2006) de prestaciones frente a la libertad de elección del beneficiario.

Por tanto, la atención debe facilitarse de manera preferente con servicios y sólo en determinados casos, teniendo en cuenta lo previsto legalmente, a través de prestaciones económicas. Esta disposición de la Ley, supone las siguientes ventajas: a) Mayor eficiencia y calidad en la atención, ya que se lleva a cabo por profesionales especializados; b) mayor control sobre las prestaciones; c) mayor facilidad para realizar evaluaciones periódicas sobre la situación de las personas dependientes; d) ventaja en la generación de empleo (nuevos yacimientos de empleo); e) ventajas de promoción social y personal de las personas que hasta la aprobación de la LAPAD asumían la carga de la atención a los dependientes (mujeres, generalmente), facilitando su incorporación al mercado de trabajo.

Sin embargo, tal y como se recogerá en el siguiente apartado, su puesta en funcionamiento durante los primeros años de aplicación de la LAPAD no ha sido fácil, siendo necesario acudir, para cubrir la atención, a las prestaciones económicas. Entre los motivos destacan (Molina, 2012): a) insuficiencia de oferta de los servicios sociales; b) existencia de importantes desequilibrios territoriales en cuanto a la situación y existencia de servicios sociales en nuestro país; c) progresivo proceso de externalización de los servicios sociales por parte de las CC.AA. y los entes locales; d) prioridad de las familias por las prestaciones económicas para hacer frente a la crisis; e) menor coste para el Estado de las prestaciones económicas.

No obstante, según datos del IMSERSO¹⁶², se puede observar cómo en los últimos años hay una cierta tendencia relativa al aumento de los servicios frente a las prestaciones económicas. En todo caso, de momento no ha ocurrido algo que temíamos que sucediese vistas las restricciones presupuestarias a que está sometido el sistema: la minoración de los servicios dado su mayor coste frente a las prestaciones económicas.

Al contrario, la prioridad de las prestaciones de servicios frente a las económicas está suponiendo a las CC.AA. un desarrollo de dichos servicios importante, ya que según la LAPAD los servicios deben prestarse a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas CC.AA. mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados (art. 14.2 LAPAD).

Volviendo al catálogo de servicios, éste no recoge expresamente técnicas y servicios alternativos que también pueden contribuir a facilitar la autonomía personal y prevenir situaciones de dependencia, aunque algunos supuestos podrían incluirse dentro de algunos servicios del catálogo. Por su parte, en las CC.AA. hay muchos de ellos que ya se habían puesto en marcha: clubes para mayores, hogares, unidades de estancia diurna, viviendas tuteladas, teléfono del mayor, servicios de transporte adaptado, etc., (García, 2009).

Sin embargo, el catálogo de servicios establecidos en la LAPAD (art. 15) debe cumplir la función de establecer un marco homogéneo respecto a los servicios y prestaciones que debe permitir la atención a la dependencia en el primer nivel de protección previsto en la LAPAD, el nivel de protección mínimo establecido por la AGE.

En el segundo nivel de protección acordado por la AGE y la administración de cada una de las CCAA, habrá que estar a lo establecido en el acuerdo bilateral entre las dos administraciones. La homogeneización de este nivel de servicios y prestaciones no es fácil. Y donde ya no se garantiza la misma es en el tercer nivel, nivel adicional de protección que puede establecer, como sabemos, cada Comunidad Autónoma basándose en sus propios programas de protección social con cargo a sus presupuestos.

¹⁶² Conforme a los datos publicados por el IMSERSO en www.imserso.es. Portal de la Dependencia; así como, a los datos estadísticos de gestión del SAAD a 1 de noviembre de 2012.

V.5.1. Los Servicios del Catalogo

Los servicios para la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia se encuentran previstos en el artículo 15 de la LAPAD. Estos son:

A) *Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia*: tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas (art. 21 LAPAD y 5 del RD 727/2007, 8 de junio, modificado y actualizado por el RD 175/2011, de 11 de febrero)¹⁶³.

Este servicio requiere del desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con él se busca adoptar medidas preventivas para evitar que se produzcan situaciones de dependencia o por lo menos retrasar su aparición¹⁶⁴.

B) *Los servicios de promoción de la autonomía personal*: estos servicios no fueron regulados en la LAPAD, sólo se hace mención a los mismos en la denominación de la Sección 3ª (Servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado) del Título I, Capítulo II de la Ley, donde se contiene la regulación de todos los servicios. Siendo regulados posteriormente, por vía reglamentaria, mediante el RD 727/2007, en concreto en su artículo 6.

C) *Servicio de Teleasistencia*:

Desarrollado en artículo 22 LAPAD y 7 del RD 175/2011. Tiene por finalidad atender a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento, con el objetivo de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual. De ahí, puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

D) *Servicio de Ayuda a domicilio (SAD, en adelante)*, que incluye la atención a las necesidades del hogar y los cuidados personales, se encuentra regulado en el artículo 23 de la LAPAD, actualizado según RD 175/2011. Está constituido por el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, presentadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función. Estos servicios podrán estar relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y/o la atención de las necesidades domésticas: limpieza, lavado, cocina y otros.

E) *Servicio de Centro de Día y de Noche*: desarrollado en el artículo 24 de la LAPAD y 9 del RD 727/2007, modificado y actualizado por el RD 175/2011. Este servicio ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias cuidadoras.

F) *Servicio de Atención Residencial*: se encuentra regulado en el artículo 25 de la LAPAD y 10 del RD 727/2007. Es un servicio que venía prestándose en las CC.AA. en base al

¹⁶³ El Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, ha sido modificado por el Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, y por el Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, y posteriormente, por el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, que regula las prestaciones del Sistema SAAD. Actualmente, el Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, modifica el Real Decreto 1051/2013.

¹⁶⁴ De no poder impedirse la misma, y por otra parte, de existir esas situaciones, evitar su agravamiento.

ejercicio de sus competencias en servicios sociales, con anterioridad a la entrada en vigor de la LAPAD, también por el Estado. Existe dos tipos de centros residenciales: residencias de personas mayores en situación de dependencia y centros de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Es un servicio que ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social, y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Puede tener el carácter permanente, cuando el centro residencial sea la residencia habitual de la persona o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones¹⁶⁵.

En este sentido, los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntariado y de las entidades del tercer sector. Por tanto, en estos dos párrafos se deja entrever cómo la regulación de la dependencia, aunque de forma tenue, apuesta por incentivar la participación de entidades de economía social frente a las de economía capitalista.

Ante el catálogo de servicios, que ya hemos descrito, los servicios se completan con una serie de cuidados sanitarios que quedan fuera del SAAD y entran dentro de la sanidad. La LAPAD remite a los servicios sanitarios la atención de los CLD destinados a enfermos crónicos, para que pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y puedan aumentar la autonomía, paliar las limitaciones y facilitar su inserción social (art. 15.2 de LAPAD y 14 de Ley 16/2003¹⁶⁶).

Para garantizar la prestación sanitaria de estos servicios, es necesario que haya una buena coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales por las AA.PP. correspondientes. Por tanto, la remisión de la LAPAD a las prestaciones sanitarias pone de manifiesto la necesidad de una concepción integradora y de coordinación entre las prestaciones sociales y sanitarias requeridas por las personas en situación de dependencia.

Calidad y adecuación de los servicios¹⁶⁷

Es importante analizar la correspondencia y correlación entre Grados de dependencia y prestaciones y servicios que tienen asignados. Se debe analizar la adecuación de los servicios y prestaciones a las situaciones personales de dependencia, que tiene mucho que ver con la calidad en la atención (Molina, 2012: 152).

Por tanto, en la medida en que los profesionales que elaboran el PIA estén más cerca del beneficiario y tengan un mayor conocimiento de sus necesidades, condiciones sociofamiliares y de salud, etc., más posibilidades habrá para asegurar una gestión eficiente y eficaz de la LAPAD. En este sentido, la gestión y aplicación de la misma en el territorio, por agentes locales y regionales, se hace imprescindible, así como la participación de los beneficiarios y/o familiares en la misma.

¹⁶⁵ Así como puede ser los fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

¹⁶⁶ De 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

¹⁶⁷ En base al informe de Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la LAPAD, aprobado por el Consejo Territorial del SAAD, el 10 de julio de 2012, y datos publicados por el IMSERSO, www.imserso.es, Portal de la dependencia.

V.5.2. Prestaciones Económicas (PE)

Las prestaciones económicas, recogidas en los artículos 17 al 19 de la LAPAD, son:

A) *La prestación económica vinculada al servicio (PEVS)*: tiene carácter periódico, se reconoce, en los términos que se establezcan, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma (art. 17 LAPAD).

Esta prestación económica de carácter personal está, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio. Las AA.PP. competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas. Y, tiene por objeto cubrir los gastos del servicio previsto en el PIA cuando no sea posible la atención por un servicio público o concertado de atención y cuidado.

B) *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF)*: Esta prestación económica se reconoce excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por, ya sea, su cónyuge, o por sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco.

Entre las principales características de esta prestación, se destaca: a) el carácter excepcional (el cual comentaremos en otro epígrafe); b) su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda; c) se establecerá a través del PIA; y, por último, d) sujeta al grado de dependencia y capacidad económica del beneficiario.

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

D) *La prestación económica que posibilita el disfrute de ayudas para la financiación de necesidades específicas*, las cuales tienen naturaleza de subvenciones (Disposición Adicional 3ª de la LAPAD).

Por todo, cabe indicar que las prestaciones económicas son incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo establecidos en la LAPAD, salvo con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia.

Requisitos y condiciones para el reconocimiento de la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Esta prestación se concibe por el legislador bajo un principio de excepcionalidad con el que no se conciben el resto de las prestaciones. El legislador pretende como primera y principal respuesta a la situación de dependencia la utilización de los servicios de la Red de Servicios sociales de las respectivas CC.AA. devengándose prestaciones económicas en supuestos tasados en los que por distintas razones la utilización de los servicios no es posible.

Esta apuesta sin condiciones por la Red pública de servicios, dejada en una posición marginal o subsidiaria a la PECEF, lo cual no está en absoluto acorde con las preferencias

que de ordinario muestran las personas que se encuentran en situación de dependencia. La realidad muestra que, salvo en los supuestos en los que el dependiente carezca de capacidad para decidir, o nos encontremos en una situación de gran dependencia, la elección de la persona dependiente sobre el tipo de cuidados que desea, el lugar en que desea recibirlos, así como la modalidad de atención de su preferencia, se decanta por la prestación de cuidados en el entorno familiar.

En este sentido, tal y como expusimos en el capítulo anterior, llama la atención que en países en que la protección a la dependencia tiene cierta tradición, como en los países nórdicos, las acciones de los poderes públicos, que antes estaban concentradas en instituciones externas, se han reorientado con el fin de apoyar la asistencia en el hogar y en el ámbito familiar, *puesto que la atención en el hogar es un objetivo perseguido por las familias, los propios acianos y los planes de las autoridades* (Hellsten, Kalliomaa-Puha, Komu, et al 2004).

Con respecto a esta prestación, y a diferencia de lo que sucede respecto a las otras dos prestaciones económicas, la LAPAD no especifica el objetivo concreto que persigue. Sin embargo, en el caso de las prestaciones vinculadas al servicio, su finalidad no puede ser más que la de sufragar el coste de los servicios prefijado, y en la asistencia personal, la de contribuir al coste que suponga su contratación.

En efecto, en relación con la PECEF no existe una previsión legal que obligue a la persona en situación de dependencia a destinar esta prestación económica a una finalidad concreta; en consecuencia, parece que el beneficiario puede disponer de la misma con entera libertad (González y Quintero, 2004; Cavas, 2007; y, Sánchez-Rodas, 2011).

Con respecto a la obligación de pagar las cotizaciones sociales, corresponde exclusivamente a la AGE que firma al efecto el oportuno convenio con la Seguridad Social. Se ha de destacar que la inclusión permitía al cuidador, no sólo encontrarse en una situación similar al alta, sino percibir en su día las prestaciones de jubilación, incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivada tanto de contingencias comunes como profesionales, quedando extramuros sólo la protección por incapacidad temporal y desempleo. Este hecho representaba un progreso en la protección social de la mujer, por una labor que hasta la fecha había quedado invisibilizada en el sistema de protección social (Durán, 2012).

Sin embargo, la reforma de 2012 (RD-Ley 20/2012) relega de nuevo a estas mujeres que sacrifican su vida, su tiempo y su trabajo al cuidado de sus padres, hijos o cónyuge, al haberse reducido drásticamente las medidas de apoyo que le había brindado la LAPAD, retornando al mundo de la invisibilidad en el que han permanecido durante demasiado tiempo.

De esta forma, con la reforma de 2012, se apuesta sin concesiones y matices por un sistema profesionalizado que, al día de hoy, carece de los medios materiales y personales suficientes para atender a las personas dependientes, cuando, a nuestro entender, lo deseable hubiera sido apostar por un sistema mixto de cuidados que combinara adecuadamente ambos sistemas de atención y apoyo a las personas dependientes (Molero, 2012). Tal y como vienen haciendo los países europeos más avanzados en esta política de protección social.

Esta transformación tan profunda en el modelo del sistema de cuidados y asistencia a la dependencia en España, al suponer una quiebra total con el modelo tradicional, pretende *utilizar a la norma jurídica como un mecanismo de cambio* ante la realidad social que considera inadecuada (Cavas, 2007). La instauración de un modelo de sistema de cuidados

totalmente opuesto al imperante en nuestra tradición histórica va a tropezar con toda una serie de obstáculos que van a dificultar seriamente su efectiva implantación (Molero, 2009).

A este respecto, no se puede obviar que la persona dependiente susceptible de protección, precisamente por su situación de especial vulnerabilidad, y atendiendo al principio de libertad de elección por el afectado, va a valorar como ningún otro factor, en su atención y cuidado, la relación emocional y de afecto que le vincula a la persona que le atiende. Como se ha dicho con razón, la idea principal no reside en atenuar las condiciones de la situación de dependiente, en paliar el deterioro psicofísico o la insuficiencia económica en cuanto tales, sino en propiciar una existencia autónoma (Sempere y Cavas, 2007).

Junto al principio de autonomía personal, que ha de presidir la aplicación de la dependencia, se halla otro principio básico de la LAPAD, cual es el de promover las condiciones para que las personas en dicha situación, de ser posible, *permanezcan en el entorno en el que desarrollan su vida* (art. 3.i LAPAD)¹⁶⁸. Ambas previsiones dan claramente a entender que, en la medida en que sea factible, la persona dependiente deberá permanecer en su domicilio, entorno o medio habitual.

Por tanto, se pone de manifiesto que, al día de hoy, la asistencia y cuidados de las personas dependientes debe descansar tanto en el sistema público y profesionalizado como en el sistema tradicional de cuidados familiar. Para tal efecto, la labor que desarrolla un cuidador informal o familiar requiere, a demás, de una protección social, del complemento o asistencia de las prestaciones de servicios que les permitirá desempeñar más adecuadamente su función de asistencia y apoyo. Asimismo, la atención por profesionales en la prestación de los distintos servicios debe ser complementada y supervisada por cuidadores familiares.

En este sentido, los órganos que elaboran el PIA deberán velar porque la persona cuidadora sea idónea para el cuidado de la persona dependiente. Por tanto, tenemos otro argumento para destacar la importancia de la gestión local de la Ley, en este caso en lo que a la elaboración local del PIA respecta por trabajadores sociales profundos conocedores de los beneficiarios y sus familias.

V.6. PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Han transcurrido ocho años desde la entrada en vigor de la LAPAD y todas las CC.AA., salvo alguna excepción, han regulado ya los procedimientos¹⁶⁹. Pero los desarrollos normativos han sido desiguales, ya que las CC.AA. han adoptado formas y plazos diferentes en la tramitación y resolución de los expedientes, si bien en líneas generales se respetan los trámites y principios generales de la regulación contenida en la LAPAD y la Ley 30/1992 (en adelante, LRJPAC)¹⁷⁰.

Lo cierto es que algunas CC.AA. han regulado un único procedimiento en el que quedan integradas la valoración de la situación de dependencia y el reconocimiento del derecho y la determinación del servicio o prestación que responde a la concreta situación del

¹⁶⁸ Siendo correlativamente, una de las funciones prioritarias de las prestaciones *facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible* (art. 13 LAPAD).

¹⁶⁹ Cataluña no ha aprobado hasta la fecha una norma que regule de manera completa el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia. Guipúzcoa solo regula parcialmente el procedimiento con el Decreto Foral 25/2009, 21 de julio. Por lo demás, el resto de CC.AA. han aprobado las siguientes normas, entre ellas: Andalucía Decreto 168/2007, de 12 junio; Álava: Decreto Foral 39/2007, 24 de abril; Aragón: Orden 15 de mayo de 2007; Asturias: Decreto 68/2007;...

¹⁷⁰ De 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

dependiente (es el caso de Navarra: Ley Foral 1/2011, 15 de febrero). En estos casos en una sola resolución se reconoce el derecho y se prescribe la concreta prestación o servicio.

No obstante, la gran mayoría de las CC.AA. han regulado dos procedimientos distintos, cada uno de los cuales finaliza con un acto administrativo recurrible. Así, en primer lugar, se tramita el obligado procedimiento de valoración y reconocimiento de la dependencia que tiene la persona solicitante, y después se inicia un segundo procedimiento que tiene por objeto la aprobación del PIA.

Estos trámites, que aparecen en todas las normas autonómicas, y que pueden exigir una o varias resoluciones administrativas son los siguientes: inicio del procedimiento con la correspondiente solicitud; resolución administrativa de reconocimiento de situación de dependencia, previa valoración; elaboración del PIA y consulta con el interesado; resolución sobre concesión de servicios o prestaciones que procedan.

V.6.1. Inicio del procedimiento

La gran mayoría de las CC.AA. atribuyen la competencia para resolver el procedimiento de la situación de dependencia a los servicios centrales de las Consejerías competentes en materia de servicios sociales o equivalentes (Madrid, Canarias, Cantabria, Aragón, Islas Baleares). En las CC.AA. pluriprovinciales las competencias son asumidas por los órganos periféricos, optando por una descentralización territorial con Delegaciones Provinciales, entre otras, las CC.AA. de Andalucía, Castilla-León y Galicia.

En otros casos se ha optado por diferentes fórmulas organizativas como organismos autónomos o entes públicos sometidos a derecho administrativo, como la Agencia de Navarra para la Dependencia o el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Mientras que en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla la competencia corresponde a la AGE a través de la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales¹⁷¹.

Por otra parte, frente a lo previsto en el artículo 12 de la LAPAD, distintas normas autonómicas prevén, con desigual alcance, la participación de las EE.LL. porque consideran que el protagonismo de los municipios es muy relativo. No obstante, aquí cabe indicar que, en la práctica, es el nivel que viene encausando mejor la gestión de los servicios de atención a la dependencia¹⁷², conforme a los datos analizados que serán contrastados en un apartado específico de este trabajo.

En este sentido, y conforme con Llano (2012:77), en algunos sectores existe la idea de que, en la práctica, las CC.AA. funcionan con mayor lentitud y desorganización en las que se ha centralizado todo el procedimiento, frente a otras que han optado por un modelo más descentralizado abierto a la participación y colaboración de las EE.LL., buscando con ello la mayor proximidad con el ciudadano y su entorno social, lo que a la postre favorece a las personas dependientes y/o familiares.

V.6.2. Fase de valoración de la situación de dependencia (conforme al art. 27 de la *Ley de Dependencia*)

Esta primera parte del proceso es más técnica y específica (Barrios, 2008), constituyendo la piedra angular de todo el procedimiento, ya que del resultado de valoración depende la declaración de dependencia de la persona y el reconocimiento del grado, así como, los servicios y prestaciones a los que tendrá derecho.

¹⁷¹ En el País Vasco todas las competencias de gestión de prestaciones de dependencia se atribuye a las Diputaciones Forales; en Álava la gestión se encomienda al Instituto Foral de Bienestar Social, Guipúzcoa al Departamento de Política Social y en Vizcaya al Departamento de Acción Social.

¹⁷² Conforme a la normativa de Navarra, Andalucía, Cataluña, Galicia, Cantabria,...

En esta fase de valoración y reconocimiento debe quedar plenamente garantizado el principio de igualdad de todos los ciudadanos, con independencia de la Comunidad Autónoma donde resida. Por ello, la regulación de la composición y funcionamiento de los Órganos de Valoración y el Baremo de Valoración (BVD, en adelante) constituye elementos clave para garantizar la igualdad.

La valoración y reconocimiento de la situación de dependencia habrá de clasificarse en alguno de los siguientes grados (art. 26.1 LAPAD):

Grado I (Dependencia moderada): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. (Dependencia severa): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. (Gran dependencia): 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, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

V.6.3. Fase de reconocimiento del derecho a los servicios o prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Una vez comunicada la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia a los servicios sociales comunitarios (a quienes la mayoría de las CC.AA. atribuyen dicha competencia¹⁷³, por haber iniciado la tramitación del procedimiento), estos servicios elaborarán la propuesta de PIA correspondiente a la persona beneficiaria.

Por tanto, el PIA, como dispone el art. 29 LAPAD, es un acto administrativo que se produce en el marco del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondiente, en el que los servicios sociales del sistema público determinarán las modalidades de intervención más adecuadas de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución que determina el grado de dependencia.

El diseño del PIA debe tener en cuenta no sólo el grado de dependencia sino también las circunstancias específicas de la persona y su entorno. Además, se prevé la participación del beneficiario (art. 29.1) o, en su caso, familia o entidades tutelares, a los que habrá de consultarse sobre la elección entre las alternativas propuestas. Así, requiere de la participación activa del interesado, quien deberá aportar la documentación necesaria que acredite las circunstancias familiares y personales. De esta forma, se da en la Ley un planteamiento pro-activo de intervención, pero sin que exista una libertad absoluta de elección (Mercader, 2007).

Al respecto se ha dicho que cada vez son más frecuentes los PIAS orientados únicamente hacia los recursos disponibles y no hacia los servicios necesarios demandados. De este modo, los servicios sociales proponen un único servicio, en ese caso la posibilidad de elección no tiene virtualidad práctica.

¹⁷³ Como por ejemplo, Andalucía; aunque en algunos casos se crea un órgano *ad hoc* que queda adscrito a la Consejería competente en materia de asuntos sociales (como en el caso de Canarias, Aragón o Murcia).

La resolución del PIA debe ser notificada al beneficiario o a sus representantes. En algunos casos se exige la obligación de comunicar la resolución PIA a los Servicios Municipales correspondientes a los efectos de su seguimiento y efectiva ejecución, sobre todo, cuando se trate de servicios o prestaciones a recibir en el domicilio [Valencia (art. 13 Decreto 18/2011, de 25 de febrero)]. En otras normas autonómicas el seguimiento y control del PIA se mantiene bajo el control autonómico, aunque se exige la colaboración de los servicios sociales comunitarios correspondientes al municipio de residencia de la persona en situación de dependencia.

En definitiva, a partir del análisis de la normativa que regula el procedimiento de elaboración, seguimiento y control del PIA, se puede apreciar cómo la LAPAD deja amplias competencias a las CC.AA para que desarrollen su propia normativa. De tal forma, que unas CC.AA tienen a centralizar todo este proceso en sus respectivos servicios sociales comunitarios, mientras que otras descentralizan todo el este proceso, o algunas de sus partes, en los servicios sociales comunitarios de los entes locales, lo cual puede incidir en un alargamiento del mismo.

Por otro lado, el art. 29 LAPAD regula la posibilidad de revisar el PIA en tres supuestos, que quedan sin concretar: por un lado, a instancia del interesado y de sus representantes legales, sin que la norma especifique las causas y circunstancias que pueden justificar esta iniciativa; también puede ser revisado de oficio (se remite la norma legal a la normativa autonómica para que se regule la forma y periodicidad para efectuarla), y, por último, por cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma.

Por último, en cuanto a la efectividad real del derecho a las prestaciones, el Real Decreto-Ley 20/2012¹⁷⁴, ha introducido nuevas reformas que inciden en la efectividad real del mismo. El Legislador justifica estas medidas en tres tipos de exigencias: derivadas de la sostenibilidad económica del SAAD, la situación económica por la que atraviesa la economía de nuestro país, y la necesidad de cumplimiento de los objetivos de déficit público.

Al respecto, el párrafo tercero de la Disposición final primera de la LAPAD se matiza para aclarar que el efecto retroactivo limitado se producirá *salvo cuando se trate de las prestaciones económicas previstas en el artículo 18 que quedarán sometidas a un plazo suspensivo máximo de dos años, a contar, según proceda, desde la fecha de resolución de reconocimiento de prestaciones*¹⁷⁵, y se interrumpirá en el momento en que el interesado empiece a percibir dicha prestación.

V.7. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

En el presente epígrafe se analiza la evolución del grado de aplicación de la LAPAD en España, desde sus inicios hasta junio de 2015, poniendo de manifiesto las diferencias entre comunidades autónomas (CC.AA). Para ello, recurriremos a los diferentes documentos elaborados por las Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015a) y (2015b), así como a los datos estadísticos que genera el Sistema de Información del SAAD.

¹⁷⁴ De 13 de julio, de *Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad* (BOE 14 de julio de 2012).

¹⁷⁵ O en caso de silencio administrativo, desde el transcurso del plazo máximo de seis meses desde la presentación de la solicitud.

V.7.1. Evolución de la aplicación de la *Ley de Dependencia* en España

Tal y como se recoge en la Tabla V.2, el número de personas dependientes, con derecho a prestación, en España, ha pasado de 443.000 en enero de 2009 a 877.000 en julio de 2009, si bien a esta última cifra hay que añadir los 314.500 que son considerados como Grado I (dependencia moderada), que comenzaron a adquirir sus derechos el 1 de julio de 2015. De esta forma, el número actual de personas que necesitan algún tipo de cuidados para desarrollar actividades básicas de la vida diaria asciende a 1.151.5000.

Tabla V.2. Evolución de las personas con derechos adquiridos y atendidas (2009-2015)

	Enero 09	Enero 10	Enero 11	Enero 12	Enero 13	Enero 14	julio 15
Con derecho	443	738	889	1045	983	944	877
Atendidas	229	480	658	739	752	754	746

Fuente: Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015a).

Como se puede observar, el número de personas, tanto con derecho a prestaciones como las que están realmente atendidas, va ascendiendo hasta 2012, año en el cual entra en vigor el Real Decreto Ley 20/2012¹⁷⁶ que recorta el gasto en la dependencia como consecuencia de las políticas de ajuste del déficit impuestas desde Europa.

A su vez, en 2011 también entra en vigor el Decreto 20/2011 que restringe el acceso al Grado I. Todo ello hace que el número de dependientes atendidos se estabilice entorno a los 750.000 y los que tienen derecho a prestación en los 870.000, siendo alrededor de 120.000 las personas desatendidas por el sistema. Ello indica que alrededor del 13% de las personas con derecho a prestación, después de más de 8 años de funcionamiento del sistema, aún teniendo el derecho reconocido, siguen sin ser atendidas.

De hecho, el acceso de las personas al sistema sólo está siendo posible como consecuencia de las bajas que se van produciendo en el mismo, las cuales no son contabilizadas por el sistema (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015a). A su vez, tal y como hemos apuntado, esta desatención, en julio de 2015 se incrementó en 314.500, que son las personas valoradas con Grado I, las cuales, en los próximos meses deberán ser atendidas por el sistema.

Por otra parte, en la Tabla V.3, se recoge el reparto en grados de las personas con derecho a recibir prestaciones. Así, el 29,24% son dependientes de Grado III, de los cuales, el 7,8% del total, aún no son atendidos; el 37,34% son de Grado II, de los cuales un 11,5% aún no son atendidos; siendo los desatendidos de Grado I alrededor del 90%, como consecuencia de lo apuntado anteriormente.

Tabla V.3. Comparativa de personas con derecho reconocido por grados (10-15)

	Grado III		Grado II		Grado I		TOTAL
Con Derecho 31/8/2010	481.992	42,99%	369.111	32,93%	270.000	24,08%	1.121.114
Con Derecho 31/8/2015	344.180	29,24%	439.574	37,34%	393.525	33,43%	1.177.279

Fuente: elaboración propia a partir del SAAD.

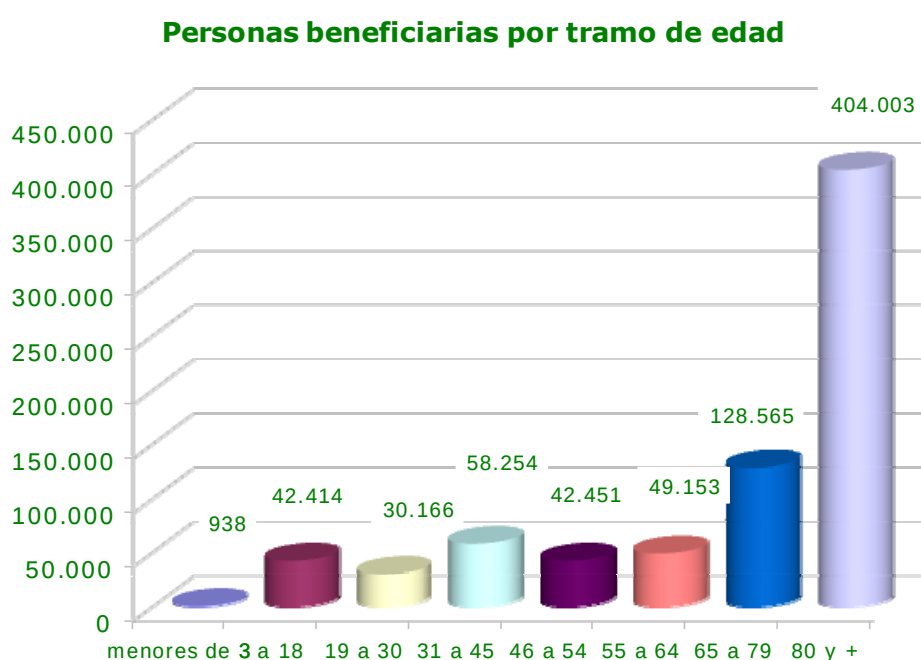
A partir del análisis de la Tabla V.3, podría decirse que mientras que, tal y como se ha apuntado anteriormente, el número de dependientes del Grado I ha aumentado, los del Grado II se han mantenido y los del Grado III han disminuido, como consecuencia, según la

¹⁷⁶ Tal y como se recoge en Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015a), este Real Decreto impactó de lleno en la financiación del sistema, estrangulando a las comunidades autónomas, cuya capacidad de atención se ha mantenido entorno a los 750.000 personas atendidas.

Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015a), de: a) cambios en el baremo, los cuales han endurecido las condiciones para el reconocimiento de dicho Grado; b) el número de bajas en este Grado, como consecuencia de que la fragilidad de los dependientes es mayor; y c) de que en algunos territorios se están produciendo revisiones de oficio que tienden a reducir el grado de dependencia, aún cuando la situación de la persona dependiente no ha variado.

Respecto a las solicitudes, el ritmo ha ido decayendo, debido a que la LAPAD lleva aplicándose más de 8 años y la mayor parte de la población ya la ha solicitado. No obstante, aparecerán nuevas solicitudes en la medida en que la población vaya envejeciendo y, por tanto, necesite una mayor atención, pues, como se recoge en el siguiente gráfico, el mayor porcentaje de personas beneficiarias son los mayores, superando el 70%. Desde el inicio del SAAD, hasta 31 de diciembre de 2014 se tramitaron 2.814.186 solicitudes.

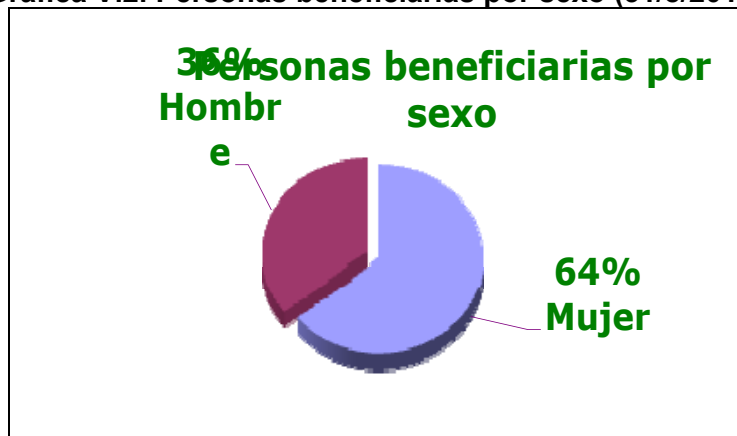
Gráfica V.1. Personas beneficiarias por tramo de edad (31/8/2015).



Fuente: elaboración propia a partir del SAAD.

A su vez, en la Gráfica V.2, se puede apreciar el perfil de la persona beneficiaria por sexo. En este sentido, el 64% son mujeres, respecto al 36% de los varones. Ello se corresponde con una esperanza de vida más larga para las mujeres, situándose en torno a los 6 años más de vida, lo cual pone de manifiesto, tal y como argumentan Castro, Barroso y Flores (2015), la importante correlación que existe entre vejez y dependencia a la hora de analizar y evaluar la aplicación de este derecho social.

Gráfica V.2. Personas beneficiarias por sexo (31/8/2015).



Fuente: elaboración propia.

Respeto a la evolución de las atenciones recibidas o, lo que es lo mismo, al número de personas con Programas Individuales de Atención resueltos, en los que se les asigna prestaciones o servicios, cabe decir que, como se recoge en la Tabla V.4, esta cifra se estanca a partir de 2012, al igual que ocurría con el número de personas con derecho a prestaciones. No obstante, también, como era de prever, con el paso de los años se va ralentizando como consecuencia de la disminución del número de solicitudes.

Tabla V.4. Promedio de incorporación PIAs/mes por año y atenciones (2008-2015)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIAs/mes	28.847	19.849	16.217	6.724	1.080	191	-677	70
Atenciones	-	296.241	583.470	815.662	933.755	953.452	945.794	945.453

Fuente: elaboración propia a partir de Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2015a)

Respecto a las atenciones (prestaciones económicas y servicios), como era de esperar, también se estancaron a partir de 2012, en un número alrededor de 940.000, como consecuencia de los dos reales decretos aprobados en 2011 y 2012.

En este sentido, en la Tabla V.5 recogemos cómo han evolucionado las prestaciones económicas y de servicios que se han venido ejecutando durante todos estos años. De esta forma, se puede apreciar cómo las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar son las que más importancia tienen dentro de catálogo ofertado por la LAPAD, con un 37,57% del total. No obstante, este porcentaje han ido disminuyendo desde el 49,47% de 2010. En segundo lugar, se encuentra la Atención Residencial (15,29%) seguida de la Ayuda a Domicilio (15,17%) y el Servicio de Teleasistencia (12,39%).

Tabla V.5. Evolución de las prestaciones económicas y servicios (2010-2015)

AÑOS	Preven.	Tele.	A. D.	C. Día	A. res.	P.E.V.S	P.E.C.F	P.E.A.F
2015	2,74	12,39	15,17	8,46	15,29	8,10	37,57	0,27
2014	2,45	12,70	12,72	7,79	14,01	7,82	42,30	0,21
2013	2,30	12,93	13,11	7,20	13,90	7,03	43,39	0,14
2012	2,09	13,71	12,64	6,68	12,86	6,65	45,26	0,11
2011	1,71	12,82	13,08	6,07	13,57	6,28	46,38	0,09
2010	1,06	10,33	10,87	5,49	15,83	6,85	49,47	0,10

Fuente: elaboración propia a partir del SAAD.

Por tanto, se puede decir que actualmente los servicios profesionales de atención a la dependencia son superiores a las Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar (62,43% frente al 37,57%), tal y como la legislación apunta entre los objetivos a

cumplir y prioridad en lo que a asignación de prestaciones respecta a la hora de prestar un servicio de calidad que genere puestos de trabajos.

Esta evolución, desde las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar hacia los servicios profesionales se ha visto reflejada en un incremento sostenido en el número de altas a la Seguridad Social por parte de los profesionales de servicios sociales, pasando de 229.050, a 31 de diciembre de 2016, a 368.261, a 31 de agosto de 2015.

Tal y como reconoce el Observatorio para la Dependencia, esta dinámica de disminución de las prestaciones económicas ha podido venir incentivada por un cambio en la gestión de las CC.AA que van a resultar penalizadas en su financiación si optan por no dar servicios debido a la modificación en los criterios de distribución de las aportaciones estatales (Nivel Mínimo). Como consecuencia de ello, a pesar de la crisis, las CC.AA han apostado por incrementar o, al menos, mantener las prestaciones en servicios, a costa de no crecer en el número de atendidos (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015a: 24).

Por tanto, en este contexto de crisis y restricción presupuestaria, las CC.AA han tendido a mantener las atenciones en servicios, intentar no incrementar o disminuir las PECF, para evitar ser penalizado por la financiación estatal y abordar la atención de las personas con derecho que estaban en lista de espera.

Como conclusión sobre la implementación del sistema podría decirse que éste, después de 8 años de implementación, aún no ha sido capaz de dar atención al 1.200.000 de personas dependientes, situándose, en los últimos 3 años en unos 750.000 atendidos. A lo cual hay que unir, tal y como recoge el Observatorio de la Dependencia, la baja calidad e intensidad de la mayoría de los servicios prestados, así como la demora excesiva en las atenciones, siendo necesario variar el modelo de financiación prevista en la Ley.

V.7.2. Evaluación de la aplicación y desarrollo de la *Ley de Dependencia* por Comunidades Autónomas

En el presente epígrafe se realiza un análisis sobre el grado de implementación de la LAPAD por CC.AA con objeto de destacar las diferencias más importantes que se pueden llegar a detectar entre éstas, sobre todo en lo que a la gestión respecta. Para ello, seguiremos, fundamentalmente, el documento elaborado por el Observatorio de la Dependencia, titulado: “El examen sobre el territorio y aplicación de la escala” (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015b), así como el trabajo de Barroso González y Castro Vadillo (2010). No en vano, en este último trabajo, ya en 2010, se ponía de manifiesto el diferente grado de implantación que estaba teniendo la LAPAD en las diferentes regiones españolas.

En primer lugar, debe destacarse que se hace necesario analizar la aplicación de la LAPAD y, por tanto, la gestión de la dependencia en España, a nivel de comunidad autónoma pues, tal y como recogen Krüger y Jiménez (2012), en su aplicación existen grandes diferencias entre éstas, según lo cual, ya no podríamos hablar de un régimen de bienestar homogéneo español. De hecho, la LAPAD confiere a las CC.AA unas competencias amplísimas en lo que a su aplicación y gestión respecta.

En este sentido, con objeto de analizar el grado de implantación de la LAPAD en las CC.AA, el Observatorio de la Dependencia viene desarrollando una escala de valoración sobre la implementación y desarrollo de la Ley. Esta escala de valoración está conformada por 12 indicadores, los cuales tratan de medir diferentes aspectos de la aplicación de la LAPAD. A continuación, en la Tabla V.6, recogemos los resultados que arroja el último informe sobre cada uno de estos indicadores, prestando especial atención al valor que toman cada uno de

ellos en Andalucía. Previo a ello, se incluye la Tabla V.6, en la que se definen y explican cada uno de los indicadores.

Tabla V.6. Indicadores de implantación de la Ley de Dependencia.

Indicador 1. Personas beneficiarias sobre el total de la población (% de atendidos (PIA) sobre el total de la población). Puntúa positivamente la mayor carga de prestaciones económicas y de servicios que tienen las diferentes CC.AA.
Indicador 2. Solicitudes sobre el total de la población (% de solicitudes sobre el total de la población). Trata de puntuar positivamente la mayor carga de trabajo que tiene las CC.AA. con más solicitudes.
Indicador 3. Dictámenes sobre el total de la población (% de dictámenes sobre el total de la población). Trata de puntuar positivamente a las CC.AA que emiten un mayor porcentaje de dictámenes y, por tanto, dan cumplimiento y agilizan la tramitación de las solicitudes.
Indicador 4. Personas con derecho pendiente de atención (% de personas con derechos reconocidos sin prestación). Trata de puntuar positivamente a las CC.AA. que tienen menos personas esperando a ser atendidos.
Indicador 5. Equilibrio servicio/prestaciones económicas. (% de personas con PECEF sobre el total de atendidos). Trata de puntuar positivamente a las CC.AA donde priman los servicios profesionales.
Indicador 6. Integración efectiva en la red de servicios sociales básicos. (1 para la integración, 0,5 para la integración parcial y 0 para la no integración). Valora positivamente la integración de la gestión de la LAPAD en los Servicios Sociales Comunitarios.
Indicador 7. Incremento anual de personas atendidas. (% de crecimiento neto anual en personas atendidas). Trata de puntuar favorablemente a las CC.AA que crecen anualmente, de una forma neta, en número de atendidos.
Indicador 8. Gasto público de dependencia por habitante y año. (Gasto público estimado por habitante/año, descontado el copago). Trata de evaluar positivamente a las CC.AA que hacen un mayor esfuerzo financiero a la hora de aplicar la LAPAD.
Indicador 9. Incremento o pérdida anual de expedientes de Grado III. (Saldo neto anual en % de expedientes activo del Grado III). Trata de primar a las CC.AA que hace un mayor esfuerzo a la hora de atender a los dependientes de Grado III.
Indicador 10. Innovación y buenas prácticas. (1 para las CC.AA seleccionadas, 0,5 para las CC.AA preseleccionadas y 0 para las CC.AA sin buenas prácticas acreditadas por el observatorio). Trata de primar a aquellas CC.AA que implantar algún tipo de innovación, o de buenas prácticas, en la gestión de la LAPAD.
Indicador 11. Sistemas de información en tiempo real. (1 existe, 0,5 en implementación y 0 no existen). Trata de puntuar positivamente a las CC.AA que tienen la información totalmente actualizada y disponible para ser consultada.
Indicador 12. Seguimiento sistematizado. (1 existe, 0,5 en implementación, 0 no existe). Mide positivamente la posibilidad de realizar el seguimiento, a tiempo real, de cada uno de los expedientes.

Fuente: elaboración propia a partir del Observatorio de la Dependencia (2015).

A continuación, en la Tabla V.7, se recoge el valor máximo, mínimo y medio que toman estos indicadores, indicando la comunidad autónoma en la que el valor es máximo y aquella en la que es mínimo. También se reseña el valor que toma cada uno de esos valores en Andalucía, con objeto de determinar la posición que ocupa ésta sobre el resto.

Tabla V.7. Valores de los indicadores de aplicación de la Ley de Dependencia para las Comunidades Autónomas.

INDICADOR	Max	CA	Min	CA	Med	And	Posición
1	2,49%	CyL	0,83%	Val.	1,60%	1,94%	6ª
2	4,46%	Ext.	1,84%	Val.	3,37%	4,46%	2ª
3	4,44%	Rioja	1,66%	Can.	3,21%	4,16%	3ª
4	0,80%	CyL	30,90%	Arag.	14,91%	22,00%	16ª
5	24,60%	Can.	69,40%	Cant.	48,49%	48,80%	9ª
6	1	10 CC.AA	0	4 CC.AA		1	
7	12,40%	PV	7,80%	Cant.	1,69%	2,90%	3ª
8	184	Cant.	39	Can.	104,49	120	6ª
9	5,50%	CyM	33,70%	Mur.	5,65%	3,50%	10ª
10	1	8 CC.AA	0	9 CC.AA		1	
11	1	3 CC.AA	0	10 CCAA		0,5	
12	1	1 C.A	0	15 CC.AA		1	

Fuente: elaboración propia a partir del Observatorio de la Dependencia (2015).

Por tanto, como se desprende de la tabla anterior, el grado de aplicación de la LAPAD varía significativamente entre CC.AA. Así, por ejemplo, mientras que el número de personas beneficiarias sobre la población total (Indicador 1) es del 2,49% en Castilla y León, en la Comunidad Valenciana es del 0,83%. Y, mientras que el porcentaje de dictámenes sobre el total de la población (Indicador 3) es del 4,44% en La Rioja, en Canarias es del 1,66%, lo cual nos indica que existe un desigual grado de aplicación de esta Ley en España.

Por otro lado, mientras que el porcentaje de personas con derecho a prestación, pendientes de recibirla, (Indicador 4) es del 0,80% en Castilla y León, en Aragón es del 30,90%. Y, mientras que el gasto público en dependencia por habitante y año (Indicador 8) es de 184 € en Cantabria, para el caso de Canarias baja a 39 €, lo cual pone de manifiesto, por otro lado, el diferente esfuerzo que vienen realizando las comunidades autónomas en lo que a la aplicación de la LAPAD respecta, aún sabiendo que el contexto de crisis económica-financiera es el mismo para todas y cada una de ellas.

Por otro lado, del análisis de los indicadores (indicadores 6, 10, 11 y 12) y del Informe que elabora el Observatorio de la Dependencia (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015b), podemos poner de manifiesto la existencia de dos modelos diferentes a la hora de gestionar la LAPAD por parte de las CC.AA. Así, mientras que algunas CC.AA han optado por integrar la gestión de la dependencia en los servicios sociales comunitarios o básicos (modelo descentralizado), otras han optado por centralizar la mayor parte del proceso de gestión en las propias comunidades autónomas (modelo centralizado). Así, en la Tabla V.8 recogemos el modelo por el que han optado las diferentes CC.AA (Indicador 6).

Tabla V.8. Clasificación de las Comunidades Autónomas por modelos de gestión de la Ley de Dependencia.

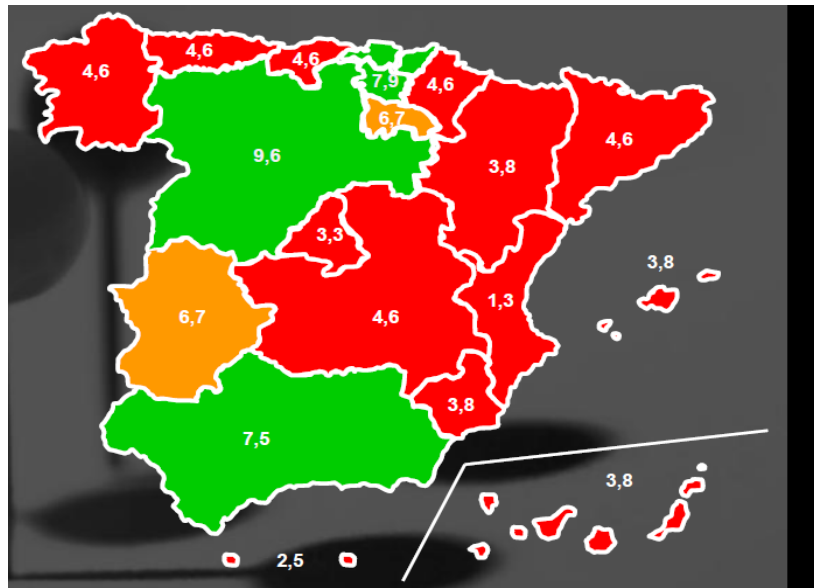
CC.AA	Ind. 6 Descentralización	Ind. 10 Innovación	Ind. 11 Inf. Tiem. real	Ind. 12 Seguim. Sist.
Castilla y León	Sí	Sí	Sí	Sí
Andalucía	Sí	Sí	Transita	Transita
Galicia	Sí	Sí	Sí	No
Cantabria	Sí	Sí	Transita	No
Aragón	Sí	Sí	No	No
Baleares	Sí	Sí	Transita	No
Navarra	Sí	Sí	Transita	No
País Vasco	Sí	No	Sí	Transita
Murcia	Sí	No	No	No
Cataluña	Sí	No	No	No
Com. Madrid	No	No	No	No
Cast. Mancha	No	No	No	No
Extremadura	No	Transita	No	No
La Rioja	No	Sí	Transita	No
Canarias	No	No	No	No
C. Valenciana	No	No	No	No
Asturias	No	No	No	No
Ceuta y Melilla	No	No	No	No

Fuente: elaboración propia a partir del Observatorio de la Dependencia (2015).

Como se observa en la Tabla anterior, las regiones que optan por modelos más descentralizados, basados en los servicios sociales comunitarios de los entes locales, tienen mejores valoraciones en lo que respecta a procesos de innovación, buenas prácticas, así como a la gestión y seguimiento, de una forma sistematizada, de la información a tiempo real.

Por otro lado, del análisis de las Tablas V.7 y V.8, se puede observar cómo las CC.AA que han optado por un modelo más descentralizado, el cual sigue, en mayor medida, el enfoque pluralista de gestión, presentan mayores avances en la aplicación de la LAPAD, lo cual se evidencia en la Gráfica V.3, en la que se recogen las puntuaciones totales, a través de un indicador sintético (sumatorio de los 12 indicadores, en base 10) que da el Observatorio de la Dependencia a cada una de las CC.AA.

Gráfica V.3. Grado de aplicación de la Ley de Dependencia por Comunidades Autónomas (puntuaciones base 10)



Fuente: Observatorio de la Dependencia.

No en vano, otros estudios también ponen de manifiesto cómo son aquellas CC.AA que más han integrado la atención de la dependencia en sus sistemas de servicios sociales comunitarios las que presentan mejores resultados, tales como: Andalucía, Castilla La Mancha y País Vasco (Martín Castro, 2010b: 185).

A partir de la Gráfica anterior puede observarse cómo Andalucía se sitúa entre las CC.AA que más han avanzado en el aplicación de la LAPAD, en general, y en el modelo de gestión descentralizada, en particular, ocupando el tercer puesto con una puntuación de 7,5, justamente detrás de Castilla y León (9,6 puntos) y País Vasco (7,9 punto). Por este motivo, en el último capítulo de la presente tesis doctoral, como estudio de caso, analizaremos la aplicación de la LAPAD en Andalucía, prestando especial atención a la labor que vienen desarrollando sus servicios sociales comunitarios.

Por consiguiente, se puede concluir que, además de presentar distintos niveles de aplicación, las CC.AA han optado por gestionar la LAPAD a través de diferentes modelos. Así, mientras que unas han optado por una gestión centralizada de la mayor parte del proceso, otras se han decantado por una gestión descentralizada de determinadas fases de ese proceso en sus respectivos entes locales, a través de los servicios sociales comunitarios. En este sentido, podría decirse que las CC.AA que siguen un modelo más descentralizado han avanzado más en la aplicación de la LAPAD.

En este mismo sentido, Barriga Martín (2015) afirma que en la gestión de la LAPAD por parte de las CC.AA se pueden identificar una gran disparidad de modelos. Estos modelos se sitúan entre dos extremos: a) un modelo integrado o descentralizado: en el que las entidades locales están integradas en el SAAD, realizando las siguientes tareas: información, tramitación, valoración PIAs, provisión de servicios de proximidad y seguimiento de casos; y b) un modelo desintegrado o centralizado, donde los entes locales, a través de sus servicios sociales comunitarios, se limitan a ser meros colaboradores del SAAD, al realizar tareas, fundamentalmente administrativas de información y recogida de solicitudes.

Así, en la investigación que elaboró la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP, 2011), también se ponía de manifiesto la gran variedad de modelos de gestión de la LAPAD, encontrándose desde las CC.AA con una gestión más descentralizada (Castilla y León, Andalucía, Cataluña, etc.) a otras donde casi toda la gestión estaba centralizada (Madrid, Islas Canarias, Aragón, etc.), pasando por aquellas que estaban descentralizando parte del proceso (Islas Baleares).

Esta variedad en la gestión de la LAPAD se ponía de manifiesto en la existencia, o no, en los entes locales de los siguientes aspectos relacionados con su gestión y aplicación: registro de entrada, proceso de valoración, elaboración de PIAs, prestación de determinados servicios, seguimiento de casos o control de la satisfacción del usuario, entre otras.

Con el objetivo de profundizar en el modelo descentralizado, el cual se aproxima más al enfoque pluralista (Castro, Flores, y Barroso, 2016), comentado en el capítulo III, en el siguiente epígrafe argumentamos la importancia de los servicios sociales comunitarios y, por tanto, de los entes locales, en la gestión de la LAPAD.

V.8. LA GESTIÓN LOCAL DE LA *LEY DE DEPENDENCIA*: EL APOORTE DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

V.8.1. El Sistema de Servicios Sociales: los servicios sociales comunitarios

El término de servicios sociales aparece por vez primera en España dentro del marco de la Seguridad Social de tipo contributivo, ya que estaban dirigidas a contribuyentes y familiares, siendo unas prestaciones de carácter complementarias. Las principales prestaciones eran las sanitarias y económicas.

Sin embargo, es a partir de 1978 cuando comienzan a desarrollarse los servicios sociales actuales. De hecho, mientras que los países anglosajones entienden por servicios sociales todos los sistemas de protección social: sanitario, educativo, etc., en España se hace un uso restringido del mismo, utilizándolo sólo cuando se hace referencia a los servicios sociales personales.

El Sistema Público de Servicios Sociales se concibe como el conjunto de servicios y prestaciones que tienen como finalidad la promoción del desarrollo pleno y libre de la persona dentro de la sociedad, para la obtención de un mayor bienestar social y mejor calidad de vida, así como la prevención y eliminación de las causas que conducen a la marginación (Gallardo, 2006: 15).

Tal y como recoge Muñoz Luque (2009), los servicios sociales son uno de los cuatro pilares del bienestar social, junto con el sistema de pensiones, el sistema de salud y el sistema educativo. Un sistema con plenas competencias de las CC.AA y gestión mayoritariamente de los entes locales. Por ello, nos encontramos con 17 modelos de desarrollos diferentes, que coinciden en las formas: las CC.AA regulan y los municipios gestionan y soportan la mayor parte de la financiación.

Este Sistema de Servicios Sociales está constituido por un conjunto de prestaciones y servicios dirigidos a toda la población, con independencia de sus características sociales y, en su caso, a determinados grupos de población que presentan necesidades específicas. Está basado en los principios de globalidad, solidaridad, igualdad, normalización, planificación y coordinación (Gallardo, 2006).

De hecho, las nuevas leyes de servicios sociales de las CC.AA coinciden en incluir el principio de universalización de los servicios sociales, contemplando el derecho subjetivo a

estos servicios. No obstante, en la práctica, por motivos de recursos limitados, estos servicios se dirigen a unos colectivos concretos.

El Sistema pública de Servicios Sociales se estructura en: a) *Servicios Sociales Comunitarios* (generales o básicos), que constituyen el nivel de atención básica de sistema y donde se gestiona las prestaciones básicas del mismo y; b) *Servicios Sociales Especializados*: que constituyen el segundo nivel de atención del sistema, estando sus contenidos determinados por el colectivo de población o problemática atendida y por los planes de actuación que se diseñan para dar respuesta a necesidades sociales de carácter diverso.

Respecto al contenido de los servicios sociales comunitarios, cabe reseñar que (Gallardo, 2006: 17): a) tienen como objeto promover el bienestar social básico de los ciudadanos; b) son el instrumento básico que permite el establecimiento de una política integral de Servicios Sociales, a partir de los cuales se diseñarán los programas orientados a la atención de todos los ciudadanos; c) son servicios de carácter global y polivalente; d) son el primer contacto del usuario con los servicios sociales; y e) su actuación está basada, tanto en la asistencia como en la prevención.

Algunas de las características principales de los servicios sociales comunitarios son (Gallardo, 2006):

- a) Suponen el primer nivel de atención de los servicios sociales.
- b) se estructuran territorialmente según criterios de población.
- c) Universalización de algunas prestaciones/servicios.
- d) Están muy descentralizados.
- e) Base del diálogo social de la zona y para la planificación de los servicios sociales municipales.
- f) Necesitan de una evaluación permanente de las necesidades cambiantes de la población, así como una adecuación de los recursos.
- g) Generalismo de actuaciones.
- h) Tendencia al asistencialismo en la práctica; dinamizan y articulan la vida comunitaria para prevenir desigualdades.
- i) No existen demasiados protocolos de coordinación entre los diferentes servicios y niveles de servicios sociales, así como otros sistemas de protección social.

Además, según Muñoz Luque (2009), el sistema se caracteriza por:

- Haber sido desarrollado a partir de leyes con objetivos muy ambiguos y desmesurados, teniendo en cuenta la limitación de recursos de las CC.AA.
- Sistema complejo, inequitativo y desigual, con una multiplicidad de actores que interactúan en su gestión y desarrollo.
- Sistema basado en el factor humano, en prestaciones intangibles y con una financiación económica insuficiente, lo que contribuye a su invisibilidad social.
- Responsabilidad pública, y producción y provisión mixta, con una importante presencia del tercer sector y una creciente influencia y posicionamiento del privado.
- A partir de la elaboración y aplicación de la LAPAD, podría decirse que vive un momento clave, en el que está en juego su consolidación como cuarto pilar del Estado de bienestar o su deterioro y sumisión por el SAAD.

Asimismo, las prestaciones que se suelen dar para atender las necesidades sociales consideradas como básicas son: a) información y orientación; b) ayuda a domicilio y otros apoyos a la unidad convivencial; c) alojamiento alternativo; prevención e inserción social y; e) fomento de la solidaridad y cooperación social.

Sin embargo, ante los problemas actuales de los servicios sociales, en general, y en particular de los comunitarios, como son: el carácter generalista, la falta de recursos, la desigual implantación en el territorio español, la diversidad de leyes que lo regulan en España, etc., se suman otros, tales como: la creación de la LAPAD y del sistema que la desarrolla, el SAAD (descritos anteriormente), todos estos, pueden incidir en un mayor debilitamiento del Sistema Público de Servicios Sociales.

En este sentido, en el siguiente apartado se profundiza en el papel que pueden desempeñar los servicios sociales comunitarios a la hora de gestionar la LAPAD, así como las reformas que deberían hacer para adaptarse a las exigencias de la misma.

V.8.2. Los servicios sociales comunitarios en la Ley de Dependencia.

La LAPAD representa en España un hito legislativo importante en materia de servicios sociales. De hecho, en su Preámbulo, plantea la complementariedad de los Sistemas de Servicios Sociales y del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Así, muchos autores como Gutiérrez Resa (2006: 103-104) piensan que la LAPAD brinda una oportunidad para aumentar y consolidar la complejidad existente de los servicios sociales comunitarios.

Sin embargo, tal y como recogen otros autores (García Giráldez y Roles Ríos, 2010), dado el carácter centralizador y universalista de la LAPAD, ésta también puede resultar una amenaza para los servicios sociales comunitarios, llegándolos a debilitar aún más; sobre todo si tenemos en cuenta las dificultades que están teniendo para responder al encargo más claro y de mayor peso que ha recibido en los últimos años (Aguilar Hendrickson, 2014).

Sin embargo, como reconoce Gutiérrez Resa (2006: 103), *en el ámbito de la Ley de la Dependencia, son los servicios sociales comunitarios públicos los que mejor pueden cumplir con la planificación y acción que se exigen para atender el proceso de información, evaluación compartida sobre niveles de discapacidad, asignación de recursos y seguimiento de los casos de las personas que la soliciten*, lo cual se configura como un reto para el perfeccionamiento de los mismos.

No obstante, dado el amplio nivel de competencias que adquieren las CC.AA en la ordenación y gestión de la LAPAD y de los servicios sociales, la importancia que las administraciones locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios, puedan adquirir en la gestión de la dependencia va a depender del modelo de gestión por el que opten cada una de las regiones, pudiendo ser éste más o menos descentralizado.

Así, por ejemplo, Madrid, como concluyen García Giráldez y Roles Ríos (2010), no considera importante ni subsidiaria a la red municipal de servicios sociales ya existente, utilizándola como elemento auxiliar en la tarea de recogida e instrucción de solicitudes. De tal forma, que no ha valorado una de las señas de identidad, y fortaleza, de los servicios sociales comunitarios, comentadas en el epígrafe anterior: la proximidad al ciudadano y su conocimiento del entorno.

Estas, y otras, ventajas, que aportan los servicios sociales comunitarios en la gestión de la LAPAD quedan recogidas en la Tabla V.9, en la cual se resumen los impactos y consecuencias, positivas y negativas, que pueden tener cada uno de estos modelos de gestión seguidos por las diferentes CC.AA.

Tabla V.9. Consecuencias de los modelos de gestión de la Ley de Dependencia.

MODELO DESCENTRALIZADO		MODELO CENTRALIZADO	
Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Mayor cercanía, pertinencia y agilidad en las decisiones	Incremento costes: plantillas, complejidad, etc.	Sin compromiso para entes locales	No se aprovecha el conocimiento del contexto social, familiar, individual.
Un solo sistema de referencia para el ciudadano	Peligro deterioro otros servicios sociales	Más sencillo para las CC.AA	PIAs descontextualizados
Posibilidad de desarrollo del sistema de atención primaria			Sin profesionales de referencia (desorientación)
			Enquistamiento marginal de la atención primaria

Fuente: elaboración propia a partir de Barriga Martín (2015).

Como se desprende de la Tabla anterior, el modelo descentralizado tiene el valor agregado que aportan los servicios sociales comunitarios, tales como: la cercanía, pertinencia y agilidad en las decisiones y el tener, por parte de los ciudadanos, un solo referente, lo cual redundaría en la prestación de unos servicios de mayor calidad o, lo que es lo mismo, más adaptado a las necesidades reales de los usuarios, dándole, por tanto, mayor eficacia a la gestión.

Por el contrario, el modelo de gestión centralizada, no tiene en cuenta el valor añadido que, para los usuarios, pueden aportar los servicios sociales comunitarios. Los beneficios que se desprenden de este modelo son: una gestión sencilla, sin compromiso de financiación para los entes locales y, por tanto, la reducción de costes. De tal forma, que ninguno de sus beneficios incide sobre la calidad del servicio prestado al ciudadano, es decir, al dependiente y su familia. Estos beneficios recaen, más bien, sobre la administración pública, al suponer un ahorro de costes, menor complejidad en la gestión de todo el proceso, etc.

Por tanto, podría decirse que la LAPAD plantea un reto para los servicios sociales comunitarios, ya que son estos últimos sobre los que debería recaer el peso de la información, instrucción, tramitación y seguimiento de los recursos de proximidad asignados a las personas dependientes, según el modelo de gestión descentralizada (García Giráldez y Roles Ríos, 2010).

Tal y como se apuntó anteriormente, esta importancia también se pone de manifiesto en un estudio realizado por la FEMP (2011), a partir de una serie de conclusiones y evidencias que se recogen en el mismo, tales como: a) la importante implicación de los gobiernos locales intermedios en la aplicación de la LAPAD; b) la integración de la gestión de la LAPAD en el Sistema público de Servicios Sociales de la mayor parte de las CC.AA; y c) el hecho de que en la mayoría de las entidades locales se haya ampliado el número de profesionales que trabajan en la LAPAD, reorganizándose la estructura del servicio.

Sin embargo, el estudio de la FEMP (2011) también arroja una serie de conclusiones que hace reflexionar sobre la necesidad de seguir avanzando en ese proceso de descentralización y adquisición de competencias en distintas partes del proceso de gestión de la LAPAD a favor de los servicios sociales comunitarios. Así, entre estas conclusiones se destaca el hecho de que los procedimientos estén muy protocolizados y marcados por las CC.AA, dejando escaso margen de gestión a los entes locales.

Por otra parte, Rodríguez Rodríguez (2006) plantea la necesidad de una serie de cambios y reformas para que los servicios sociales puedan responder a las necesidades que demanda la LAPAD. Así, entre estos cambios se encuentran:

- a) La red de recursos debe modificarse para favorecer la existencia de suficientes servicios de proximidad que permitan hacer efectivo los lemas de *vida independiente* y *envejecer en casa*.
- b) El abordaje de las respuestas debe ser integral, es decir, centrada en la persona, lo cual hace necesario mejorar, perfeccionar y coordinar las medidas de carácter preventivo, la atención del sistema sanitario, la extensión de la asistencia geriátrica y reformas en la seguridad social.
- c) Además del desarrollo en cantidad, variedad y calidad de los recursos de atención que proporciona la LAPAD, se les debe dotar de flexibilidad a las necesidades de cada caso. También se considera necesario introducir programas y servicios dirigidos directamente a las familias.
- d) La necesidad de garantizar la continuidad de cuidados, hace necesario establecer vías estables de coordinación del sistema sanitario y de los servicios sociales, desarrollándose la figura del gestor de caso o profesional de referencia.
- e) Adecuación de los dispositivos de atención social a un modelo racional de intervención fundamentado en la evidencia científica. Para ello se plantea, por ejemplo, que toda la red de recursos de atención se descentralice en entornos de proximidad, que las intervenciones sean siempre especializadas y que su gestión, al final de proceso, se realice por la administración local.
- f) Que se valore la conveniencia y oportunidad de elaborar una Ley estatal básica de Servicios Sociales, como vía óptima para asegurar el principio constitucional de igualdad para toda la ciudadanía, con independencia de su residencia, para asegurar la igualdad de sus prestaciones.

Muchos de estos cambios y mejoras dan respuesta a las necesidades que Gutiérrez Resa (2006) detectaba en los servicios sociales comunitarios de Aragón y Andalucía, haciendo referencia a la falta de identidad, a la sobrecarga de trabajo por parte de los trabajadores sociales, a la necesidad de trabajar con otro tipo de profesionales para el desempeño adecuado de sus funciones, lo cual hace necesario aumentar los niveles de coordinación, el exceso de burocracia, así como la necesidad de formación continua de los recursos humanos.

Sin embargo, a demás de estas necesidades, retos y posibles reformas estructurales a las que deberían hacer frente los servicios sociales comunitarios, en los últimos años, como consecuencia de la grave crisis económica, parecen vivir en un clima de frustración que afecta a todos sus actores, desde los profesionales hasta los usuarios.

En definitiva, con objeto de mejorar la eficacia de la gestión de la LAPAD, tal y como apuntan los diferentes estudios elaborados al respecto, se hace necesario profundizar en la gestión de la Ley a través de los servicios sociales comunitarios, para lo cual se debería llevar a cabo una serie de reformas en el Sistema Público de Servicios Sociales, algunas de las cuales han sido comentadas en este apartado.

En este sentido, con objeto de seguir avanzando en el enfoque pluralista de la gestión de la dependencia en España, se considera de suma importancia dar una mayor importancia a la gestión que realizan los servicios sociales comunitarios. No en vano, son éstos los que se

encuentran en los territorios y, por tanto, disponen de un mayor conocimiento, tanto de necesidades como de la oferta de recursos con la que cuentan esos territorios.

V.9. CONCLUSIONES

Del análisis de la gestión de la dependencia en España a partir del análisis del desarrollo y aplicación de la Ley que la regula (LAPAD) desde 2007, se puede extraer las siguientes conclusiones:

- Antes de la LAPAD, el riesgo de la dependencia era abordado, en parte, por una gran diversidad de normativa dispersa, tanto estatal como autonómica. No obstante, muchos dependientes quedaban fuera, por uno u otro motivo, de todas estas regulaciones, haciéndose necesario la elaboración de una sola normativa que tratara la problemática de la dependencia desde un enfoque global e integral.

- A demás de la dispersión normativa, la LAPAD surge como consecuencia de la conjunción de una serie de factores que impulsan la necesidad de regular el problema de la dependencia, entre los que destacan: su regulación en buena parte de los países europeos, los factores demográficos (envejecimiento), sociales (cambio de roles en la sociedad, reducida dimensión de la familia, etc.), culturales (pérdida de importancia de la familia), económicos (incorporación de la mujer al mercado laboral), político-institucionales (académicos y otros grupos comenzaban a debatir sobre los problemas de la dependencia).

- La LAPAD, aprobada en 2006, supone para España la consolidación de un nuevo derecho social, el derecho de la dependencia, el cual viene a reforzar el denominado cuarto pilar del Estado de bienestar, correspondiéndose éste con el Sistema Público de Servicios Sociales, que pasa a ser complementario del Sistema de Atención para la Autonomía de la Dependencia (SAAD). Ello se une al Sistema de Salud, al Sistema Educativo y a la Seguridad Social (pensiones).

- La LAPAD viene a centralizar en parte, la regulación y gestión del Sistema Público de Servicios Sociales, dotándole a las CC.AA de un amplio nivel de competencias en lo que a regulación, gestión y financiación respecta.

- Por tanto, la implicación que tienen los entes locales en la gestión de la dependencia a través de sus servicios sociales comunitarios va a depender de las decisiones que tomen las diferentes CC.AA en la aplicación y gestión de la LAPAD. En este sentido, podría decirse que mientras que unas CC.AA le confieren un importante papel en buena parte del proceso (información, gestión de solicitudes, elaboración de PIA, evaluación y seguimiento), otras centralizan la mayor parte del mismo, quedando los entes locales sólo para realizar tareas puramente administrativas de información y recepción de las solicitudes.

- Existen diferentes grados de desarrollo y aplicación de la LAPAD por CC.AA. Las CC.AA que muestran mayores niveles de desarrollo y aplicación son aquéllas que ha optado por un modelo de gestión más descentralizado. Son ésta CC.AA las que mejor ponen de manifiesto el enfoque pluralista en el que se debe basar la gestión de la LAPAD, bajo el cual deberían participar los diferentes niveles de las AA.PP., el tejido empresarial, los dependientes y, en su caso, las familias.

- La LAPAD prioriza la prestación de servicios profesionales, aún cuando su oferta es escasa y está desigualmente desarrollada en las diferentes CC.AA. Sin embargo, la tendencia en Europa en la gestión de este riesgo social camina hacia una mayor atención en el entorno familiar, erigiéndose la familia en pieza angular en el tratamiento de los cuidados continuados del dependiente, sobre todo en el modelo nórdico. A su vez, la mayor parte de

los modelos y países analizados, excepto determinados países del modelo continental, tienen descentralizados los procesos de gestión.

- Por consiguiente, en España, con objeto de asemejar la gestión de la dependencia a la mayor parte de los países de nuestro entorno, se considera necesario: a) profundizar en la descentralización de la gestión de la dependencia, dándole un mayor peso a los servicios sociales comunitarios, b) aumentar la red de recursos y servicios públicos, escasamente desarrollados en muchas CC.AA; c) proponer una reforma en la Ley Básica de Servicios Sociales que tenga en cuenta los problemas derivados de la gestión de la dependencia y donde los servicios sociales comunitarios se conforme en pieza fundamental del denominado como cuarto pilar del Estado del bienestar, compuesto por el Sistema de Servicios Sociales complementándose con el SAAD; y d) complementar las prestaciones económicas con las prestaciones de servicios profesionales.

No obstante, con objeto de profundizar en la problemática de la gestión descentralizada de la dependencia en España y poner de manifiesto el papel de los servicios sociales comunitarios, en el siguiente capítulo se analiza el caso de una de las CC.AA que tienen más descentralizado el proceso y que mejores niveles de desarrollo de la LAPAD muestra: la comunidad de Andalucía.

PARTE III:

LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA: ANÁLISIS DEL CASO DE LA PROVINCIA DE HUELVA

CATÍTULO VI

LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA. ESPECIAL REFERENCIA A LA PROVINCIA DE HUELVA

VI.1. INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se analiza la gestión de la LAPAD en la comunidad autónoma andaluza, haciendo especial referencia a la Provincia de Huelva. El objetivo central del presente capítulo será determinar hasta qué punto se está aplicando un enfoque pluralista (descentralizado) a la gestión de la misma, sus beneficios y problemáticas con la que se encuentra actualmente, así como la comparación de desarrollo y aplicación de la LAPAD en Huelva respecto a Andalucía y España. En definitiva, los objetivos serán:

- Determinar y describir las competencias y funciones que ejercen cada uno de los agentes que están presentes en la gestión de la dependencia en Andalucía, en general y en la provincia de Huelva, en particular, así como las interrelaciones que se establecen en cada uno de ellos. Para lo cual se analizará las diferentes fases del proceso y las competencias asignadas a cada uno de esos agentes en dicho proceso.
- Analizar a partir del análisis de los datos, cómo ha evolucionado la aplicación y desarrollo de la LAPAD desde su implementación.
- Elaborar un mapa de la dependencia en el que se recoja la organización de la Provincia de Huelva en materia en la gestión de este derecho social, tanto desde el punto de vista de profesional como del ciudadano y usuario.
- Recoger los principales aspectos que determinan la gestión de la LAPAD (tipo de organización, problemática, ventajas, etc.) desde sus responsables, tanto de la administración regional como desde las administraciones locales: supramunicipal (Diputación Provincial de Huelva) y municipal (Ayuntamiento de Huelva).
- Poner en valor el papel que ejercen los servicios sociales comunitarios en la gestión de la LAPAD, así como mejorar el conocimiento de esta gestión desde el punto de vista, y la experiencia, de los trabajadores sociales, tanto de la Agencia de la Dependencia, en su Delegación Territorial de Huelva, como de las administraciones locales: Diputación Provincial y Ayuntamiento de Huelva.

En definitiva, con la elaboración del presente capítulo se pretende abordar la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva desde un enfoque pluralista, haciendo especial referencia al papel que tienen las diferentes administraciones públicas, así como los dependientes y sus familias en todo este proceso.

VI.2. LA GESTIÓN DE LA *LEY DE DEPENDENCIA* EN ANDALUCÍA. EL CASO DE HUELVA

VI.2.1. Antecedentes a la *Ley de Dependencia* en Andalucía

El desarrollo de los Servicios Sociales en Andalucía ha seguido un proceso complejo; su desenvolvimiento ha estado vinculado al desarrollo de la Constitución y a la implicación de la propia Comunidad Autónoma. Sin embargo, lo que significó una expansión sin precedente del sistema fue la Ley de Servicios Sociales de Andalucía de 1988 (en lo sucesivo LSSA), que reconoce el derecho a los Servicios Sociales a todos los ciudadanos y efectúa su diseño organizativo en los servicios sociales comunitarios (SS.SS.CC.) y especializados.

La atención a la Dependencia en Andalucía empezó a tomar cuerpo con ocasión de la puesta en marcha del Programan *Andalucía en Familia* tras la aprobación por parte del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía del Decreto 137/2002, de 30 de abril, sobre

el Plan de apoyo a las familias andaluzas, así como sus sucesivas modificaciones y ampliaciones.

El Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (2002) supuso un importante impulso tanto de atención a los dependientes como a sus familias¹⁷⁷; el cual impulsó la contratación de cuidadoras/res, constituyendo alguna de sus principales novedades. Con este programa se ofrecieron servicios a 6.216 andaluces en los 261 centros de Servicios Sociales de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social -CIBS (de aquel entonces), conforme al informe del Servicio de Inspección, Evaluación y Control de Centros de CIBS (marzo, 2005).

Entre los programas de *Andalucía en Familia*¹⁷⁸, destacan dos programas: *Programa de estancia diurna y respiro familiar*. Con el primero, se garantiza una estancia mínima en los centros de 39 horas semanales, cinco días a la semana y once meses al año. Y, con el segundo, los centros asistenciales asumen temporalmente las tareas de cuidado a la persona dependiente por algún miembro de su familia.

Asimismo se dispusieron recursos sociales vinculados con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), importantes en la vida de las dependientes y de sus familias, como son: el *Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer* (2003-2006) para mayores de 65 años diagnosticados de Alzheimer; el *Programa de Control de Errantes*¹⁷⁹, a fin de evitar la salida no controlada de residentes que sufren algún trastorno de desorientación de los centros; y el Servicio Andaluz de Teleasistencia.

El *Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad* en Andalucía (2003-2006) recogió un programa de *Apoyo a los cuidadoras/es informales* de dependientes en el hogar. Con el cual se da una mayor capacidad para cumplir el objetivo protector y de generación de empleos de proximidad que contribuyen a la integración laboral. Todo esto ayudó a los cuidadores habituales a conciliar la vida laboral y familiar. Tales medidas, han supuesto generación tanto riqueza como concreción de una política redistributiva de la renta para la región.

Anexo a todos estos programas se encuentran los planes anuales o plurianuales y proyectos estratégicos de ámbito local, donde las diputaciones provinciales (menos de 20 mil habitantes) y los ayuntamientos andaluces (más de 20 mil habitantes) han desarrollado prestaciones básicas de SS.SS.CC., presupuestados, y con memorias de evaluación, adecuando estructuras y programas a las sucesivas normativas.

VI.2.2. Análisis de los principales elementos de la normativa que desarrolla la *Ley de Dependencia* en Andalucía. Especial aplicación a Huelva.

Partiendo de la base del reconocimiento de derecho subjetivo establecido en LAPAD, entendemos que, aunque este derecho esté garantizado por el Ordenamiento Jurídico y amparado bajo la tutela judicial, la efectividad y eficacia real del mismo radicará en el modelo organizativo y de gestión que se defina por cada Comunidad Autónoma. La LAPAD se refiere a modernización del sistema y no a su creación, marca la actuación de las CC.AA., renovando y respetando lo realizado por ésta.

¹⁷⁷ Su presupuesto en el 2005 sube un 40% y unas 400.000 familias andaluzas se beneficiaron ese año de una inversión, con 279 millones de euros, reservándose en dicho monto una partida importante para los dependientes. Entre los servicios que también destacan está el Programa de de Respiro Familiar (sin límite de mínimo de edad: se extiende a menores de 16 años dependientes por discapacidad); así como el SAD gestionado por los SS.SS.CC. de las EE.LL. de Andalucía.

¹⁷⁸ No obstante a ello, entre los programas desarrollados se encuentran: las Ayudas para la adecuación funcional de la vivienda para las personas mayores y con discapacidad; Comedor en los centros de Día de Personas Mayores; Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer; así como, también en el ámbito de Salud; Atención temprana para niños/as recién nacidos de 0 a 4 años,...; y, Prestaciones vinculadas a un servicio.

¹⁷⁹ A través de la Fundación Andaluza de Servicios Sociales, dependiente de la CIBS.

Competencias de la Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales (CIBS)

Para alcanzar el encaje competencial de la Comunidad de Andalucía (en lo sucesivo, CA) bajo el principio de cooperación interadministrativa (imprescindible para la articulación del SAAD), es crucial el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD (en adelante, CT) como órgano de encuentro del mismo. De este modo, se produce una gobernanza multinivel con el CT, los planes conjuntos y los convenios de colaboración bilaterales (entre Estado y Comunidad Autónoma)¹⁸⁰.

Tal y como ha quedado recogido en el capítulo anterior, Andalucía adopta el modelo de gestión *descentralizado*, que por una parte centraliza la responsabilidad de gran parte de los procesos a través de unidades y servicios territorializados dependientes de la administración autonómica, y por otra cede a las corporaciones locales – SS.SS.CC- la competencia para la gestión y negociación del PIA, manteniendo la responsabilidad total sobre el Sistema; inspirada en el principio de cooperación interadministrativa, imprescindible para la articulación del SAAD.

El Consejo de Gobierno andaluz regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, así como a los órganos competentes para su valoración, con el Decreto 168/2007. Los Servicios Sociales son los órganos responsables de iniciar el expediente, tras la petición del solicitante, y encauzar el procedimiento para el reconocimiento de la dependencia.

Para ello, la Junta de Andalucía (en adelante, JA) crea el Servicio de Información, Orientación, Valoración y Asesoramiento, lo que supone que el personal valorador de la Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, de la residencia del solicitante, sea el competente para comenzar e instruir el proceso, contando con la colaboración de los servicios sociales comunitarios. De este modo, se puede decir que este modelo descentralizado andaluz permite contribuir a:

A) Por un lado, fortalecer la coherencia del sistema, ya que el ciudadano cuenta con un referente profesional cercano, lo que además permite trabajar la prevención y la detección precoz de situaciones de dependencia. Esto aporta mayor eficiencia en términos de dignidad y económicos.

B) Por otro lado reconoce a las Corporaciones Locales como la Administración más cercana al ciudadano, con autonomía, experiencia y competencia, en la gestión de servicios sociales. Obviar el papel de los Servicios Sociales de atención primaria correspondientes al primer nivel local es una pérdida de visión, de orientación y de optimización de recursos que el sistema no puede permitirse.

Entre las funciones del CT se halla la de establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de servicios previstos en el Catálogo y la compatibilidad entre los mismos, que luego serán aprobados por el Gobierno mediante Real Decreto. La LAPAD es escueta sobre la compatibilidad entre los servicios del catálogo, dejando a las CC.AA. que lo regulen. En este caso, la normativa andaluza es exhaustiva a este respecto (Orden de 3 de agosto de 2007).

¹⁸⁰ Dichos convenios bilaterales, pueden ser anuales o plurianuales. Es destacable en concreto el Convenio suscrito en febrero de 2007 entre MTAS, IMSERSO y la Junta de Andalucía donde acordando elevar el nivel mínimo para realizar programas cofinanciados con el Plan de Acción a favor de Dependientes.

En concordancia con la LAPAD, el propio Estatuto de Autonomía¹⁸¹ faculta en esta materia a la CA andaluza a (art. 61 del Estatuto): regular, ordenar y gestionar los servicios sociales, prestaciones técnicas y económicas con finalidad asistencial y complementaria de otros sistemas de protección pública. La LAPAD (art. 11) concreta dichas funciones, en lo que respecta a: planificar, coordinar, gestionar medios y recursos, llevar registros, inspeccionar, evaluar e informar del SAAD al Estado.

A fin de coordinar las políticas para el desarrollo de la Ley en Andalucía se crea, en diciembre de 2008, la Secretaría General para la Atención a la Dependencia, dentro de la estructura de la *Consejería de Igualdad y Bienestar Social –CIBS-* y con nivel orgánico de viceconsejería. Su competencia es coordinar las actuaciones para la gestión del SAAD llevadas a cabo por la Secretaría General Técnica, y por las tres Direcciones Generales: la de Mayores, de Personas con Discapacidad y de Servicios Sociales e Inclusión.

En relación a las diferentes actuaciones del referido programa *Andalucía en Familia*, una vez conformado el SAAD, tras la aprobación de la LAPAD, buena parte de los servicios y prestaciones contemplados en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (2002) han pasado a formar parte del Catálogo de servicios del SAAD. De este modo, el catálogo del SAAD se prestará con la oferta de la Red de Servicios Sociales de la JA mediante centros y servicios públicos o privados concertados acreditados¹⁸².

Precisamente, el servicio de Teleasistencia es ofrecido directamente por la CIPS, mientras que el resto de servicios y prestaciones económicas, a través de las Delegaciones Territoriales de Igualdad y Políticas Sociales respectivas, excepto el SAD que es exclusivamente gestionado por los SS.SS.CC.

La prestación del servicio de teleasistencia de la JA, está condicionado a que el beneficiario/a disponga de una línea telefónica; así como, dicha persona tenga reconocida dicha prestación en su PIA y, dependiendo del grado de dependencia y sus capacidades, el servicio se presta a su cuidador o cuidadora. En todo caso, este servicio tiene por objeto facilitar la permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno en el que desarrollan su vida¹⁸³.

La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía

La Junta de Andalucía, para la mejora de organización de los servicios sociales, en materia de dependencia, crea la *Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía*, como agencia pública empresarial (con la Ley 1/2011)¹⁸⁴. Esta Agencia se constituye como la Administración autonómica de la CIBS, competente en la gestión del SAAD, con sede institucional en la ciudad de Sevilla, sin perjuicio de disponer de otras sedes o estructuras administrativas de carácter territorial para el cumplimiento de sus funciones.

La Agencia es la Administración competente de la actual Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y, por tanto, se adscribe a cada una de las actuales Delegaciones Territoriales de esta consejería. De tal forma, que la Agencia tiene Delegaciones Territoriales en las ocho provincias andaluzas, descentralizando en éstas la mayor parte de los procesos de gestión

¹⁸¹ Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

¹⁸² Servicio de Centro de Día y Noche, distinguiendo el Centro de Día para Mayores, el Centro de Día para menores de 65 años, el Centro de Día de atención especializada y el Centro de Noche; así como, el Servicio de Atención Residencial.

¹⁸³ En algunos casos como instrumento suficiente para mantener su autonomía personal, y en otros, como servicio complementario a otros recursos.

¹⁸⁴ Ley 1/2011, de 17 de febrero. Luego, se aprueba los Estatutos de la Agencia mediante Decreto 101/2011, de 19 de abril, se extingue la Fundación Andaluza de Servicios Sociales y de la Fundación para la Atención a las Drogodependencias e incorporación Social.

de la LAPAD. De este modo, para realizar nuestro estudio empírico de caso sobre la gestión de esta Ley en Andalucía, nos centramos en analizar la gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva.

Entre las funciones básicas de la Agencia se encuentran: a) aprobar la propuesta de resolución de reconocimiento de grado de la situación de dependencia; y b) aprobar la propuesta Pía y derecho a las prestaciones y servicios del catálogo SAAD.

Competencias de los Servicios Sociales Comunitarios en la gestión de la Ley de Dependencia

Otras de las características del Sistema instaurado en Andalucía es su marcado carácter municipalista, propio del sistema público de Servicios Sociales andaluz, otorgando un destacado protagonismo al papel de los SS.SS.CC., como iniciadores del procedimiento y ponentes del PIA. La competencia de la gestión de los SS.SS.CC. corresponde, por Delegación de la Junta de Andalucía, a los municipios con población superior a los 20 mil habitantes y a las Diputaciones para los municipios con población inferior. En efecto, el Decreto 168/2007 dispone las siguientes funciones a los SS.SS.CC.:

a) Las EE.LL. de Andalucía participarán en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del Sistema; asimismo, b) también recae iniciar la tramitación del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del SAAD, así como la elaboración de la propuesta de PIA.

Ello ha obligado a desarrollar renovados mecanismos de coordinación y protocolización entre los SS.SS.CC. y los órganos de la JA, que se podían caracterizar de inéditos. Estos mecanismos parten de un procedimiento general formulado por el Decreto 168/2007, que en resumen se concreta en dos fases y trámites que serán abordados en el siguiente epígrafe.

Coordinación entre el Sistema de Salud y el de Servicios Sociales

La principal característica del SAAD en Andalucía es su vinculación al Sistema Público de Servicios Sociales. Sin embargo, no se ha optado por un modelo socio-sanitario, ya que la atención a la Dependencia conforma un subsistema del Sistema Público de Servicios Sociales, renunciándose a la instauración de un sistema socio-sanitario, al menos a corto plazo, como sí ha ocurrido con otras CC.AA. de España, como es el caso de Extremadura. Esto se debe a los siguientes factores:

a) La coordinación entre los dispositivos del Sistema de Salud y el de Servicios Sociales en materia de dependencia podemos caracterizarla de frágil, centrado en simple intercambio de documentación para la valoración de la dependencia, sin que se haya definido, hasta la fecha, una metodología común y una protocolización de los procedimientos de intervención entre los distintos profesionales y dispositivos.

b) Ello no es óbice para que, a medio plazo, puedan definirse dispositivos en red, toda vez que el referido Decreto 168/2007 así lo contempla. De hecho, la disposición final primera del mismo, sobre a la coordinación sociosanitaria establece que conforme a la LAPAD, las Consejerías competentes en materia de salud y de servicios sociales establezcan los procedimientos de coordinación entre el Sistema Público Social y Sanitario¹⁸⁵.

¹⁸⁵ Así como los instrumentos que procedan para garantizar una efectiva atención a las personas en situación de dependencia, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11.1.c) de la LAPAD.

c) No se ha previsto desarrollar un espacio común sociosanitario, de organización conjunta entre el Sistema de Salud y de Servicios Sociales, pues en la atención sociosanitaria no vale el distrito Sanitario o la Zona de Trabajo Social, siendo necesario para ello el establecimiento de un Distrito o Zona sociosanitaria y de un mapa autonómico de atención sociosanitaria.

d) En Andalucía no se ha previsto, hasta la fecha, organizar un sistema de atención y CLD para personas en situación de dependencia, que garantice la continuidad asistencial, tanto para las personas institucionalizadas en Centros de Servicios sociales Especializados, como las que permanecen en su hábitat habitual, potenciando, para ello, el uso de las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Coordinación entre la Agencia y los Servicios Sociales Comunitarios

Tal y como vamos a recoger en un epígrafe posterior, la coordinación entre la administración regional, representada por la Agencia de la Dependencia, y los entes locales, representados por sus respectivos servicios sociales comunitarios, se realiza a través de las Comisiones Provinciales de Coordinación de la Dependencia, en las cuales están representadas: a) la respectiva Delegación Territorial de la Agencia de la Dependencia en la provincia, b) el área de la dependencia de la diputación provincial (municipios de menos de 20.000 habitantes) y c) el área de la dependencia de los municipios con más de 20.000 habitantes de la provincia.

La provincia de Huelva fue una de las que primero constituyó esta comisión, la cual, en los primeros años de aplicación de la LAPAD, se reunía dos o tres veces al mes. Actualmente se reúnen dos o tres meses al trimestre. Ello hace que la coordinación entre estas administraciones con competencia en la gestión de la dependencia a nivel provincial sea relativamente buena, salvo problemas puntuales de descoordinación, los cuales se manifestarán en las encuestas que se les pasó a los trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios¹⁸⁶.

VI.2.3. El proceso de gestión de la *Ley de Dependencia* en Andalucía y la Provincia de Huelva

Los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y de las prestaciones y servicios son mixtos, entre las dos administraciones, es decir, entre la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia de Andalucía (el Servicio de Valoración, Coordinación y Prestaciones Económicas), y los Servicios Sociales Comunitarios de los Entes Locales, existiendo dos actos administrativos, aunque desde el punto de vista procedimental se pueden unificar, hablándose así de un único procedimiento con dos fases:

A) En la primera fase se evalúa y reconoce un determinado grado de dependencia. Se inicia a instancia de las personas que pudiesen estar afectadas por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación. En este sentido, la persona interesada acude a la oficina de los servicios sociales comunitarios del municipio donde reside a informarse, por lo que a estos servicios sociales les corresponde ofrecer información, asesoramiento y gestionar la solicitud.

De modo que, ante esta primer parte del proceso, se tendrá en cuenta los siguientes pasos: a) información e inicio (solicitud); b) instrucción (se piden documentos y se emiten informes, tanto del trabajador social del expediente, así como del enfermero de referencia –Centro de

¹⁸⁶ Según manifiestan los coordinadores de la dependencia de la Agencia, la Diputación y el municipio en reunión mantenida con ellos. Las principales conclusiones de estas entrevistas se recogen en el epígrafe, del presente capítulo, VI.4.

salud-); c) valoración del grado; y d) emisión de la resolución del grado, en ambos casos, por la Agencia de la Dependencia.

B) La segunda fase tiene como finalidad comunicar la asignación de aquellas prestaciones y servicios más idóneos a cada situación personal, estableciendo una serie de recursos concretados en el denominado PIA elaborado por los servicios sociales comunitarios.

Por tanto, a los servicios sociales comunitarios les corresponde ofrecer información, asesoramiento, elaborar el informe social, dar trámite de audiencia¹⁸⁷ y emitir el PIA donde se prescriben los servicios y recursos más viables e idóneos para la atención a la persona dependiente disponibles según dictamen recogido en la Resolución de Grado de la persona. Esta resolución fija la fecha de efectividad de la prestación o servicio.

El mencionado Servicio de Valoración de la Agencia y los SS.SS.CC. en Andalucía tienen potestad para presentar una propuesta no vinculante —cada uno en el ámbito de sus competencias—, de forma que la resolución final, en ambos casos, corresponde a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. En el caso de la Provincia de Huelva corresponde al titular de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

La fase de seguimiento correrá a cargo de la Agencia del Servicio de Valoración, Coordinación y Prestaciones Económicas, para el seguimiento y control de la correcta aplicación del PIA y de los fondos públicos, en colaboración con los SS.SS.CC. correspondientes al municipio de residencia del usuario.

VI.2.4. la participación de los diferentes agentes en la gestión de la *Ley de Dependencia*

Una vez recogidas las competencias y el proceso de gestión de la LAPAD en Andalucía y en la provincia de Huelva, en particular, en el presente apartado recogemos, a modo de resumen, la función o papel que desempeñan cada uno de los agentes (administraciones públicas, tejido empresarial, ciudadano, etc.) en las diferentes fases de todo este proceso. Estas funciones quedan recogidas en la Tabla VI.1.

¹⁸⁷ Antes de la emisión de esta resolución, la persona declarada en situación de dependencia o, en su caso, sus familias o representantes legales han sido consultados previamente a la aprobación del PIA, pudiendo, en su caso, elegir entre las alternativas propuestas (Orden 1 oct., 2007, de aplicación del SAAD en Andalucía).

Tabla VI.1. La participación de los agentes en la gestión de la Ley de Dependencia bajo el Enfoque Pluralista de Bienestar.

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA						SECTOR INFORMAL	SECTOR EMPRESA
AGENTES		AGE	ADM. REGIÓN AGENCIA: Valoración Coordinación Prestaciones Económicas	ADM. LOCAL: Servicios Sociales Comunitarios	ADM. REGIÓN SALUD: Centro del Distrito Sanitario	Dependiente Familia	Empresa Lucrativa y no lucrativa
FASES PROCESO							
FASE I	Inicio del proceso		De oficio	De oficio		Interesado	
	Información, Orientación y Asesoramiento						
	Expediente documentado						
	Informe tipo del centro distrito sanitario				Enfermero de enlace		
	Baremo Valoración	RD 174/2011	Servicio Valoración				
	Resolución Grados						
	Dependencia .Notificación Resolución Valoración		Firma el Delegado Territorial	x		x	
FASE II	Elaboran Informe social y dan trámite de audiencia					Consulta PIA: prestaciones y ss.	
	Propuesta PIA						
	Resolución PIA Comunicación PIA		Servicio de Coordinación	x		x	
	Prestaciones económicas	N.M.	Servicio de PE N. acordado y adicional			Cuidos no profesionales	
	Prevención	N.M.	Agencia (cursos form. cuidadores)				
	Teleasistencia	N.M.	Servicios Centrales				
	SAD	N.M.				Copago Servicios	
	SAR	N.M.	Servicio de Coordinación			Copago Servicios	
	UED/Centro DIA UEN/Centro Noche	N.M.	Servicio de Coordinación			Copago Servicios	
	Seguimiento y control		Agencia				
Siglas: C.A.: Comunidad de Andalucía; NM: nivel mínimo; SAD: Servicio de ayuda a domicilio; SAR: Servicio de atención residencial; UED/UEN: unidad de estancia diurna/nocturna.							

Fuente: elaboración propia a partir de la LAPAD y Decreto 168/2007, y de las entrevistas realizadas: al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de la Delegación Territorial Huelva; a la Jefa de los Servicios Sociales Comunitarios de Bienestar Social de la Diputación de Huelva, y, al Coordinador Municipal de la Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva.

Como se desprende de la tabla anterior, los diferentes agentes (públicos/privados, formales/informales) participan, de una forma complementaria, en las distintas etapas y fases del proceso de gestión de la dependencia en España, según la LAPD. De tal forma,

que esta participación se puede analizar siguiendo el modelo de gestión pluralista del bienestar, aplicada en este caso al riesgo social de la dependencia.

VI.2.5. Evolución de la aplicación de la *Ley de Dependencia* en Huelva. Un análisis de los datos

En el presente epígrafe se analizan los principales datos que nos fueron proporcionados por los responsables de las diferentes administraciones públicas de la provincia de Huelva con competencias en la gestión de la LAPAD comparándolos con los de Andalucía y España.

Evolución de las solicitudes

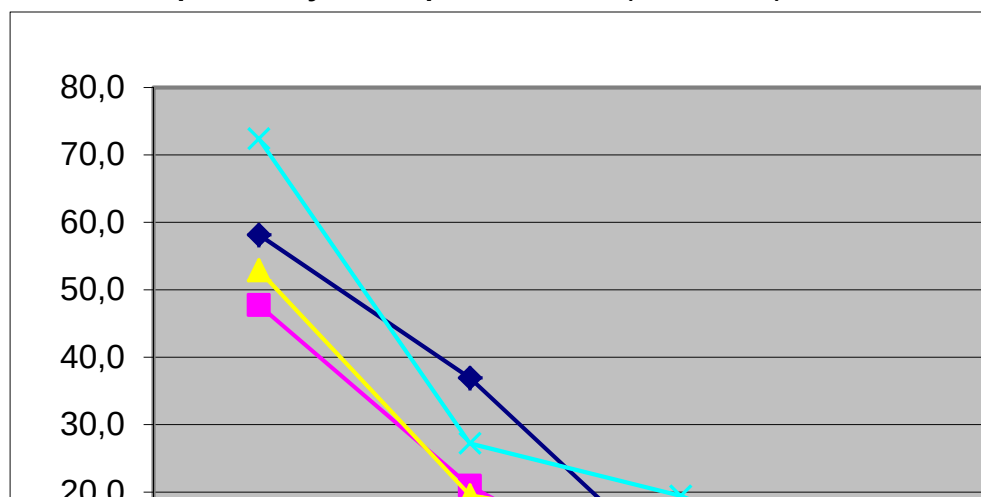
En la Tabla VI.2. y el Gráfico VI.1. se recoge la evolución del número de solicitudes acumuladas desde 2009 hasta 2013 (último dato proporcionado por la Diputación Provincial).

Tabla VI.2. Evolución de las solicitudes acumuladas de España, Andalucía, Diputación y municipio (2008-2013)

	2008	2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
España	684525	1082414	58,1	1482375	37,0	1597141	7,7	1636694	2,5	1644284	0,5
Andalucía	222932	329315	47,7	398216	20,9	413742	3,9	407378	-1,5	391027	-4,0
Diputación	12117	18527	52,9	22145	19,5	25321	14,3	26771	5,7	26960	0,7
Municipio	3942	6795	72,4	8646	27,2	10327	19,4	11030	6,8	11444	3,8

Fuente: elaboración propia a partir del sistema estadístico del SAAD; de los datos proporcionados en la entrevista realizada al Coordinador Municipal de la Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva; y, datos del Servicio de Atención a la Dependencia de la Diputación Provincial de Huelva (2013).

Gráfico VI.1. Comparativa de tasas de crecimiento anuales de las solicitudes: España, Andalucía, Diputación y Municipio de Huelva (2009-2013)



Fuente: elaboración propia a partir del sistema estadístico del SAAD y datos del Municipio de Huelva y la Diputación Provincial de Huelva.

A partir de la Tabla VI.2. y el Gráfico VI.1., puede observarse cómo las tasas de crecimiento de solicitudes presentadas de la dependencia han ido ralentizándose desde 2008, año en el que comienza a aplicarse la LAPAD con especial intensidad. En los últimos años, estas

tasas de crecimiento apenas supera el 5%, ya que la mayor parte de la población que necesitaba solicitar la dependencia, lo hicieron en los primeros años de su aplicación. No obstante, dado el progresivo envejecimiento de la población, se espera que el número de solicitudes continúen creciendo, si bien a tasas moderadas como las de los últimos años.

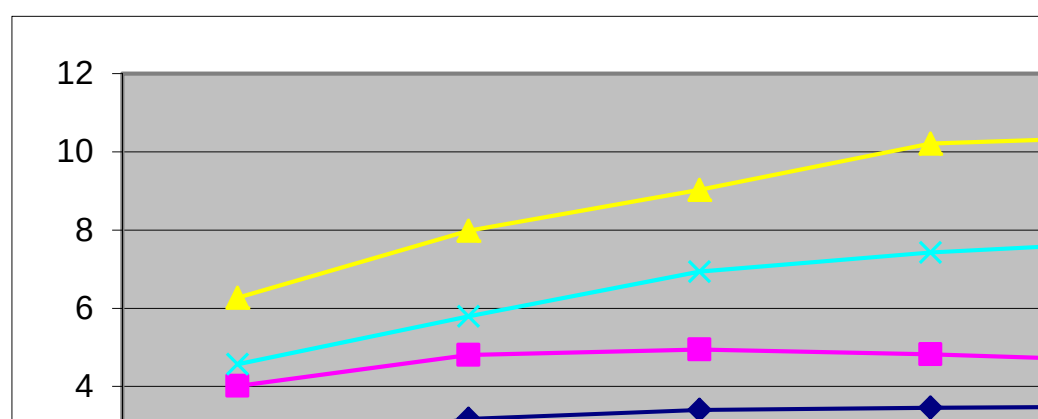
Por otro lado, podría decirse que, excepto en 2010, las tasas de crecimiento de solicitudes han tomado mayores valores en el municipio de Huelva, seguida de cerca, en los últimos años, de los municipios que gestiona la Diputación. En la siguiente tabla y gráfico se recoge la evolución comparativa de las solicitudes en relación a la población.

Tabla VI.3. Evolución porcentual de las solicitudes acumuladas, según la población de España, Andalucía, Diputación y Municipio (2009-2013)

	2009	2010	2011	2012	2013
España	2,35	3,17	3,4	3,46	3,49
Andalucía	4,01	4,8	4,94	4,82	4,63
Diputación	6,27	7,98	9,02	10,21	10,40
Municipio	4,57	5,79	6,93	7,42	7,73

Fuente: elaboración propia a partir del sistema estadístico del SAAD y datos del municipio de Huelva y la Diputación Provincial de Huelva.

Gráfico VI.2. Evolución comparativa de solicitudes en relación a la población (2009-2013)



Fuente: elaboración propia a partir del sistema estadístico del SAAD y datos del Municipio de Huelva y la Diputación Provincial de Huelva.

Como se desprende de la tabla VI.3. y el gráfico VI.2., el número de solicitudes acumuladas es, en todos los años, y cada vez más, superior en el municipio de Huelva y en los que conforman la provincia; muy por encima de la media andaluza y española. Ello se debe, tal y como se ha apuntado anteriormente, a las mayores tasas de crecimiento de las solicitudes.

En definitiva, todos estos indicadores nos dan buena muestra del importante nivel de solicitudes que han sido presentadas y gestionadas desde los servicios sociales comunitarios de Huelva (provincia y municipio) en todos estos años, desde que comenzó a aplicarse la LAPAD. Ello se corresponde con el nivel de saturación que, como vamos a recoger en las entrevistas y encuestas, han padecido estos servicios sociales.

Personas con derechos por grado

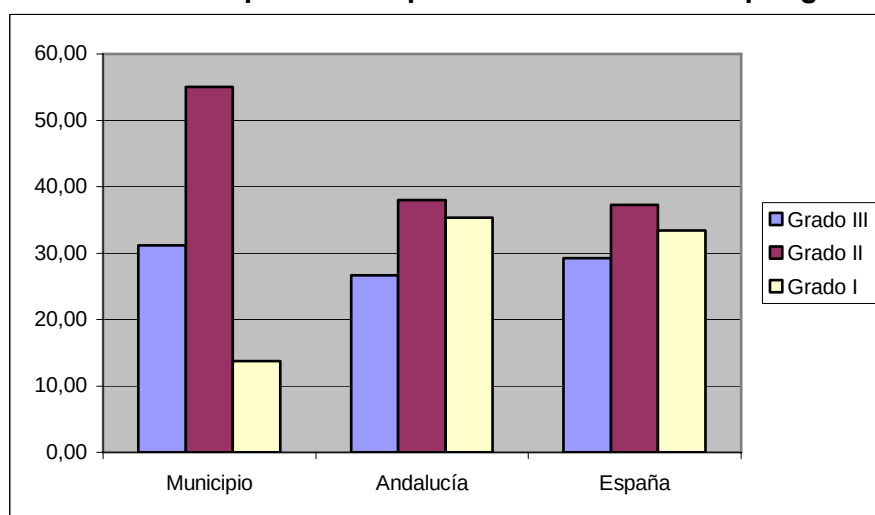
En la Tabla VI.4 se recoge la comparativa entre España, Andalucía y el municipio de Huelva, a septiembre de 2015, de las personas que tenían reconocido el derecho a la dependencia según grados¹⁸⁸.

Tabla VI.4. Comparativa de personas con derechos por grado a septiembre de 2015

		Municipio	Andalucía	España
Grado III	Beneficiarios	3221	75130	345765
	%	31,19	26,67	29,24
Grado II	Beneficiarios	5685	107040	441128
	%	55,06	37,99	37,31
Grado I	Beneficiarios	1420	99572	395544
	%	13,75	35,34	33,45
TOTALES PERSONAS CON DERECHOS		10326	281742	1182437
Población a 31 de diciembre de 2015		147212	8402305	46771341
% PERSONAS CON DERECHOS S/POBL.		7,01	3,35	2,53

Fuente: elaboración propia a partir del sistema estadístico del SAAD y datos del municipio de Huelva.

Gráfico VI.3. Comparativa de personas con derechos por grado a septiembre de 2015.



Fuente: elaboración propia a partir del sistema estadístico del SAAD y datos del municipio de Huelva extraídos en la entrevista realizada al Coordinador Municipal de Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud.

Como se recoge en el cuadro anterior, para el municipio de Huelva adquiere más importancia los dependientes de Grado II, mientras que los de Grado I adquieren una menor importancia respecto a Andalucía y España. Por su parte, el peso que toman los de Grado III se sitúa en torno a la media española y andaluza.

Cabe destacar que el porcentaje de personas con derecho a prestación (Grado I, Grado II y Grado III) sobre el total poblacional asciende al 7,01% en Huelva, mientras que en Andalucía es del 3,35 y en España del 2,53%, lo cual pone de manifiesto el importante esfuerzo que se viene haciendo en la provincia de Huelva, tanto por parte de la Agencia de la Dependencia, en su Delegación Territorial de Huelva, como de los servicios sociales comunitarios, a la hora de tramitar y gestionar el importante volumen de solicitudes que ha venido recibiendo desde que comenzó a aplicarse la LAPAD.

¹⁸⁸ Para la Diputación Provincial de Huelva no disponíamos de los datos.

Prestaciones y servicios

En la siguiente tabla se distribuyen las prestaciones y servicios que, a fecha de septiembre de 2015, se estaban prestando en España, Andalucía y en el municipio de Huelva.

Tabla VI.5. Comparativa de prestaciones y servicios a septiembre de 2015

Prestaciones/servicios	Municipio		Andalucía		España	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teleasistencia	955	12,71	52324	23,88	120278	12,74
SAD	1868	24,87	48830	22,29	154339	16,35
UED	308	4,10	13087	5,97	84387	8,94
SAR	817	10,88	22304	10,18	146259	15,49
PEVS	33	0,44	2978	1,36	78196	8,28
PECEF	3531	47,00	79565	36,32	360696	38,20
Total prestaciones	7512	100,00	219088	100,00	944155	100,00
Prestaciones s/pobl.	5,10%	-	2,61%	-	2,02%	-

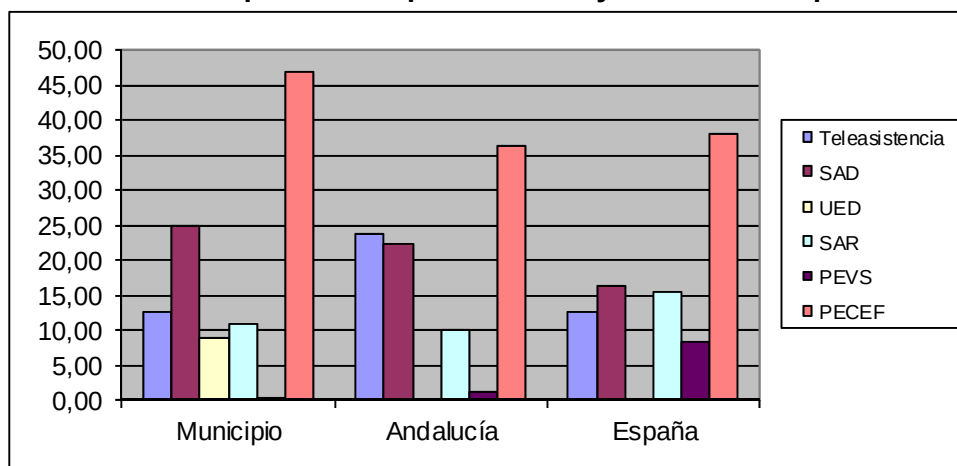
Fuente: elaboración propia a partir del sistema estadístico del SAAD y datos del Municipio de Huelva, extraídos en la entrevista realizada al Coordinador Municipal de Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud.

Como se recoge en la Tabla VI.5 y en el Gráfico VI.4., las Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar (PECEF) adquieren especial importancia en el municipio de Huelva, llegando a representar casi el 50% del total de prestaciones y servicios del catálogo. Esto puede estar relacionado con un mayor porcentaje de dependientes de Grado II en Huelva, los cuales se pueden estar decantando por las PECEF u otros servicios en el hogar (fundamentalmente SAD), respecto a los dependientes de Grado III en los que adquieren mayor importancia las residencias. No obstante, estas afirmaciones deberán ser contrastadas en análisis más profundos.

Por su parte, el servicio de teleasistencia se da en unos porcentajes muy inferiores (la mitad) al valor que adquiere en Andalucía e igual al que adquiere en España. El resto de servicios prestados en el municipio toman valores similares a la media andaluza.

Por tanto, se hace necesario averiguar por qué el servicio de teleasistencia, que puede ser complementario al resto de servicios y prestaciones, excepto con el servicio de residencia, se encuentra infrautilizado en Huelva. En este sentido, sería conveniente prescribirlo más, pero antes, tal y como hemos comentado, habrían que analizar más detenidamente las causas de este menor grado de aplicación.

Gráfico VI.4. Comparativa de prestaciones y servicios a septiembre de 2015



Fuente: elaboración propia a partir del sistema estadístico del SAAD y datos del municipio de Huelva, extraídos en la entrevista realizada al Coordinador Municipal de Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud.

Por último, comentar cómo en Andalucía, y también en el municipio de Huelva, el servicio de residencia adquiere menor importancia que en España, en beneficio del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), que adquiere importancia en Andalucía y, aún más, en el municipio de Huelva. En este sentido, en Tabla VI.6. se compara el servicio del SAD entre el municipio de Huelva y la Diputación Provincial respecto al total de resoluciones PIA y a la población total.

Tabla VI.6. Comparativa del Servicio de Ayuda a domicilio entre Diputación y Municipio (2008-2013)

AÑOS	SAD Diputación				SAD Ayuntamiento			
	Nº	SAD/Pob.	Resol. PIA	SAD/R. PIA	Nº	Resol. PIA	SAD/Pob.	SAD/R. PIA
2008	1159	0,39	4062	28,53	145	1114	0,1	13,02
2009	1443	0,49	4870	29,63	313	1593	0,21	19,65
2010	1276	0,46	3026	42,17	428	1365	0,29	31,36
2011	581	0,21	1806	32,17	267	1564	0,18	17,07
2012	244	0,09	1105	22,08	210	641	0,14	32,76
2013	12	0,00	142	8,45	10	47	0,01	21,28

Fuente: elaboración propia a partir de datos del municipio, extraídos en la entrevista realizada al Coordinador Municipal de Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud, y, datos de la Memoria 2013 de la Diputación de Huelva.

Tal y como se desprende de la tabla anterior, si el SAD en el municipio de Huelva adquiere importancia respecto a la media andaluza, y, sobre todo, a la española, cuando se compara con los datos que aporta la Diputación, esta importancia es menor, tanto respecto a la población total como a las resoluciones PIA, salvo en los dos últimos años para los que disponemos de datos.

Todo ello parece indicar que en Huelva, tal y como se confirma en la encuesta, el dependiente y/o familia parece decantarse por recibir los servicios y prestaciones en su domicilio habitual, rechazando, en muchas ocasiones, salir fuera de su entorno habitual. Por esta razón adquieren importancia las PECEF y el SAD, en detrimento de los Centros Día y las Residencias.

Por último, cabe destacar que, como era de esperar, el porcentaje de prestaciones y servicios sobre el total poblacional sea muy superior a la media andaluza y nacional, situándose en un 5,10%, frente al 2,61% y 2,02%, respectivamente. Por consiguiente, se da

una cierta coherencia y, por tanto, un esfuerzo en la gestión de la LAPAD en Huelva, entre el importante volumen de solicitudes recibidas, la valoración de las mismas y la elaboración y resolución de los PIAs sobre éstas.

En definitiva, la provincia de Huelva, en todos estos indicadores, se sitúa por encima de la media andaluza. Y, a su vez, tal y como quedó recogido en el Capítulo V, Andalucía, en estos aspectos de la gestión de la LAPAD, se sitúa entre las primeras comunidades autónomas en lo que respecta a solicitudes tramitadas, valoraciones realizadas y PIAs resueltos.

VI.3. EL MAPA DE LA DEPENDENCIA EN LA PROVINCIA DE HUELVA

En el presente epígrafe se describe y analiza el funcionamiento de los diferentes actores, públicos y privados, que participan en la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva.

VI.3.1. La Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia. Delegación Territorial de Huelva

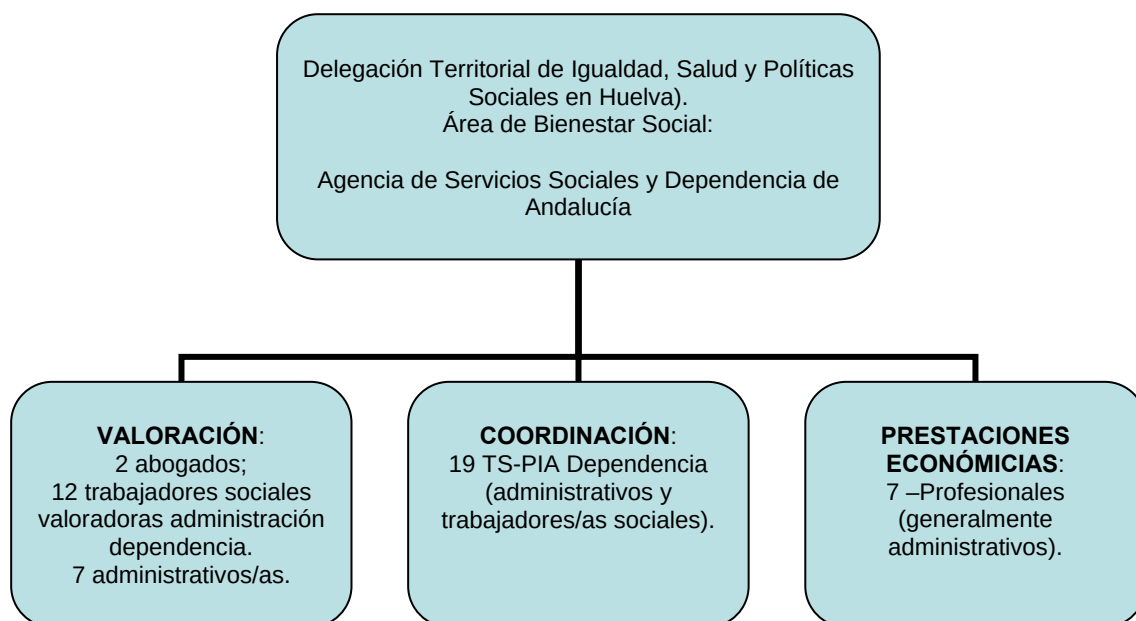
Una vez presentada la distribución de competencias y descrito el proceso de gestión de la LAPAD en Andalucía, aplicada al caso de Huelva, en el presente epígrafe recogemos la estructura organizativa de los diferentes agentes de la provincia involucrados, de una u otra forma, en esta gestión, haciendo mención a: las diferentes administraciones públicas y a las empresas que prestan los diferentes servicios del catálogo. Así, en la Tabla VI.7. se analiza el organigrama y organización de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva.

Tabla VI.7. Organización de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva

Nivel de admón. Pública	Demarcaciones Territoriales	Servicios y equipo integrante	Dirección/contacto
Admón. Regional (Agencia de Servicios Sociales y de Dependencia de Andalucía)	Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Huelva). <i>Área de Bienestar Social:</i> Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía	VALORACIÓN: 2 abogados; 12 trabajadores sociales valoradoras administración dependencia. 7 administrativos/as.	Avenida de la Ría, Nº 8 (4º planta), C.P.: 21071. Edificio Insur. Huelva 959 034327.
		COORDINACIÓN: 19 TS-PIA Dependencia (administrativos y trabajadores/as sociales).	
		PRESTACIONES ECONÓMICIAS: 7 –Profesionales (generalmente administrativos).	

Fuente: elaboración propia a partir de información Delegación Territorial de la Agencia de Servicios Sociales y de Dependencia de Andalucía.

Gráfico. VI.5. Organigrama de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva.



Fuente: elaboración propia a partir de la información de la Delegación Territorial de la Agencia de Servicios Sociales y de Dependencia de Andalucía en Huelva.

Tal y como se desprende de la tabla anterior, la organización de la Agencia, en su Delegación Territorial de Huelva, queda dividida en tres servicios: Valoración, Coordinación y Prestaciones Económicas, integrados, en su mayor parte, por trabajadores sociales (TS). En general, el número de trabajadores se sitúa en torno a los cuarenta.

Dentro de la Agencia, el Servicio de Valoración tiene como funciones: a) la emisión del dictamen sobre el grado de dependencia con especificación de los cuidados requeridos por la persona; así como, la recopila de información del estado de salud del solicitante, aplicación del baremo de valoración; b) relaciona el informe tipo del Centro de Distrito Sanitario (elaborado por el enfermero de enlace) con el baremo de valoración; c) elabora propuesta de resolución de grado de dependencia, finalmente; d) pone en conocimiento los fundamentos de la resolución al dependiente/familia, así como, a los Servicios Sociales Comunitarios respectivos; y e) presta asistencia técnica y asesoramiento en los procedimientos contenciosos (cuenta con el área jurídica, a cargo de 2 abogados)

A su vez, los servicios de Coordinación y Prestaciones Económicas de la propia Agencia tienen como funciones: a) aprobar la propuesta de resolución PIA; b) volcar dicha resolución en el programa informático Netgefys, al cual tienen acceso las administraciones públicas competentes; c) poner en marcha los servicios de teleasistencia, servicio de atención residencia (SAR, en lo sucesivo)¹⁸⁹; UED (unidades de estancia diurna)– Centro de Día o UEN (unidad de estancia nocturna)- centro de Noche. Prestaciones económicas (PE) en sus diferentes modalidades.

En lo que respecta, tanto al *Servicio de Valoración, Coordinación y Prestaciones Económicas*, corresponde la revisión de grado de dependencia y de la prestación reconocida, ya sea, a instancia del interesado, de sus representantes o de oficio. Y, por las

¹⁸⁹ Servicio de Coordinación tiene a su cargo la gestión y coordinación del servicio de residencia con plazas concertadas, de las empresas privadas debidamente acreditadas.

circunstancias de mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia, o, por error de diagnóstico en aplicación del correspondiente baremo.

Por otro lado, las prestaciones podrán ser modificadas o extinguidas en función de la situación personal del beneficiario, cuando se produzca una variación de los requisitos fijados para su reconocimiento, o por omisión de las obligaciones reguladas en la Ley (art. 30 de la LAPAD).

VI.3.2. El Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva¹⁹⁰

Para el caso de Huelva, los servicios sociales comunitarios, en los municipios de menos de 20.000 habitantes, son gestionados por el Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial, la cual cuenta con una Jefatura de Servicios Sociales, como instancias responsables de la Planificación, Gestión y Asesoramiento para el desarrollo de la LAPAD. Su organización se encuentra recogida en la Tabla VI.8.

Tabla VI.8. Organización del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva*

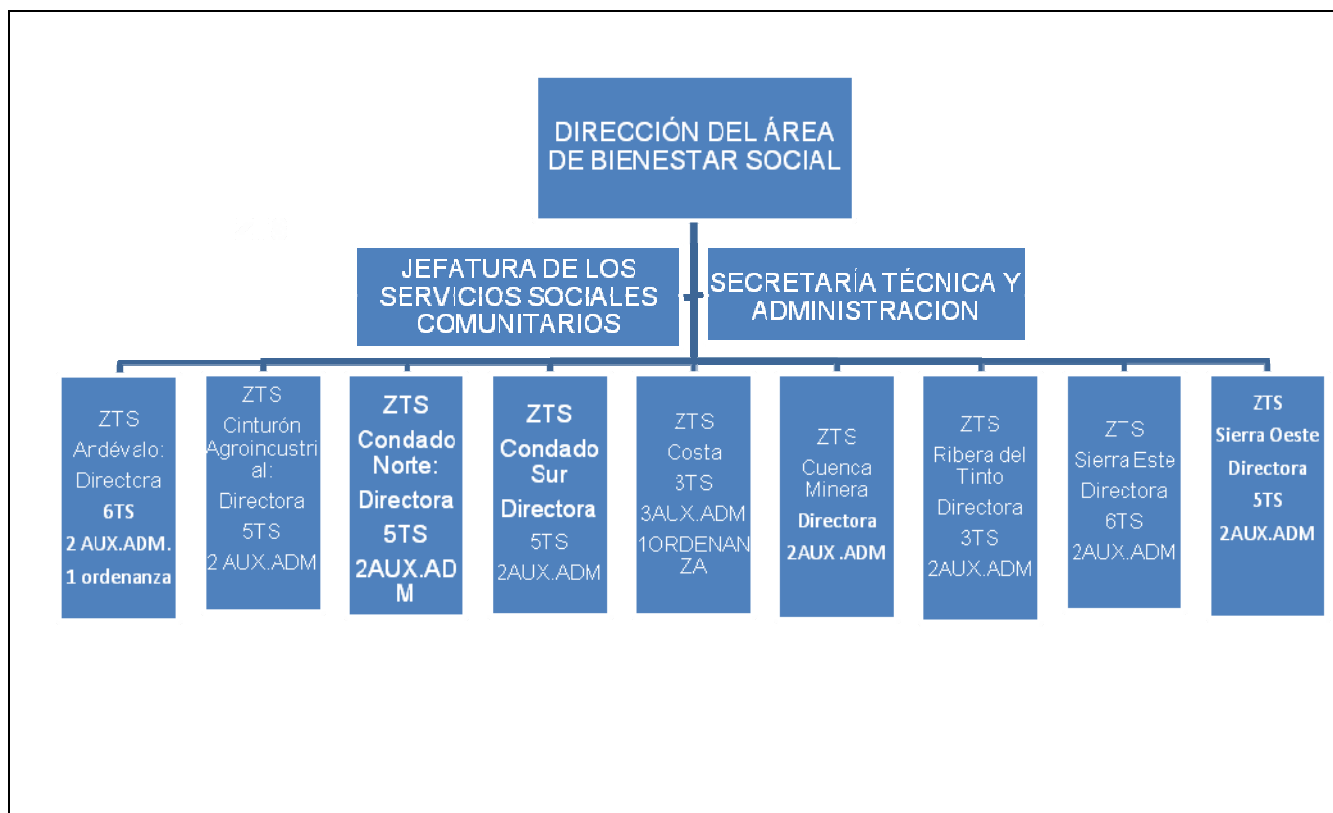
Nivel de admón. Pública	Demarcaciones Territoriales	Servicios y equipo integrante	Dirección/contacto
Admon Local Municipios < 20.000 hab. Diputación Provincial de Huelva. Área Bienestar Social	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Andévalo</i>	- 1 Directora ZTS: 6 TS 4 Equipo Tratamiento Familiar ETF; 1 psicólogo; 1 educadora; 3 auxiliares; 1 ordenanza.	Avd. Constitución. 6. 21550.- Puebla de Guzmán. 959 389577
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Cinturón Agro.</i>	- 1 Directora ZTS: 5 TS; 3 ETF; 1 psicóloga; 2 educadores; 2 auxiliares	C/ Reyes Católicos, 37. 21500.- Gibraleón. 959301093 // 301165
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Ribera del Tinto</i>	1 Directora ZTS: 4 TS; 3 ETF; 1 psicólogo; 2 educadoras; 2 auxiliares.	Plaza de la Soleá. 210610.- San Juan del Puerto. 959 667315
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Condado Norte</i>	1 Directora ZTS: 5 TS; 3 ETF; 1 psicólogo; 2 educadores; 2 auxiliares.	C/ 28 de Febrero, 4. 21860.- Villalba del Alcor. 959 420932
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Condado Sur</i>	1 Directora ZTS: 5 TS,3 ETF 1 psicóloga; 2 educadores; 2 auxiliares.	C/ Fuente Nueva, 24. 21720.- Rociana del Condado. 959 417863
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Costa</i>	1 Directora ZTS: 4 TS;3 ETF 1 psicólogo; 1 educadora 4 auxiliares; 1 ordenanza	Av. de la Profesionalidad S/N. 21450.- Cartaya. 959 390200.
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Cuenca Minera</i>	1 Directora ZTS: 5 TS;8 ETF 1 psicóloga; 1 educadora; 2 auxiliares	Av. De Andalucía S/N. 21660.- Minas de Rio Tinto. 959 592047.
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Sierra Este</i>	1 Directora ZTS: 6 TS;3 ETF 1 psicóloga; 1 educador 2 auxiliares	C/ Colmenitas S/N. 21200. Aracena. 959 126090 // 126255.
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Sierra Oeste</i>	1 Directora ZTS: 5 TS;3 ETF 1 psicólogo; 1 educador; 2 auxiliares	C/ Carmen, 8. 21230.- Cortegana. 959 131199 // 131150.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2011).

* Ver distribución de la Zonas de Trabajo Social (ZTS) en el Mapa VI.1.

¹⁹⁰ Este epígrafe ha sido elaborado a partir de las diferentes memorias anuales que elabora el Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2014, 2013, 2012).

Gráfico VI.6. Organigrama del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva



Fuente: elaboración propia a partir de información del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2014).

Como se recoge en la tabla anterior, la Diputación Provincial de Huelva tiene las competencias de los servicios sociales comunitarios para aquellos municipios de la provincia con menos de 20.000 habitantes, los cuales son 73 en toda la provincia. De tal forma que todos, excepto los municipios de Huelva, Ayamonte, Lepe, Isla Cristina, Moguer y Almonte, son competencias de los servicios sociales comunitarios de la Diputación, integrados en su Área de de Bienestar Social.

Estos Servicios Sociales Comunitarios, como se recoge en la Tabla VI.8., se encuentran distribuidos en nueve equipos de Zonas de Trabajo Social (ZTS), conformada cada ZTS por un Área de Dirección de ZTS y una unidad de atención la dependencia con 2, 3 o 4 trabajadores sociales para la atención a la dependencia, así como también, cuenta con profesionales de psicología y educación, los cuales vienen prestando servicios a más de 30.000 personas usuarias. La distribución territorial de estas ZTS se recoge en el siguiente mapa de la provincia.

Mapa VI.1. Mapa Provincial de Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Huelva 2015.



Fuente: Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2011).

Los servicios comunitarios tienen como objetivo: Ofrecer información y asesoramiento en el procedimiento del reconocimiento de la situación de dependencia y, Elaborar y realizar el seguimiento del PIA. Para ello, deberán realizar las siguientes actuaciones: a) atención desde el Servicio de Información y Asesoramiento, para el inicio del procedimiento, reconocimiento de grado y nivel de dependencia; b) elaboración de informe social y PIA de las personas en situación de dependencia; c) seguimiento técnico de las prestaciones y servicios prestados.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es competencia de la Diputación. El SAD es el recurso propio del catálogo del SAAD, este Servicio ya se venía prestando como prestación básica de Servicios Sociales Comunitarios. No obstante, al margen de acceder a este servicio por vía de Prestación del Catálogo del SAAD, también, se admite su acceso por la vía de Prestación básica de SS.SS.CC. (financiación de SS.SS.CC.).

Tal y como quedó recogido en el Capítulo V, todas las tareas que ofrece el Servicio de Ayuda a Domicilio tendrán un carácter subsidiario, destinadas a complementar las propias capacidades del usuario o de las otras personas de su entorno inmediato, resaltando además el carácter educativo y preventivo de todas ellas.

En definitiva, el acceso al SAD como Prestación del Catálogo de Dependencia (Resolución PIA), ha supuesto en la Diputación de Huelva grandes cambios y avances, conforme a los resultados sobre el análisis de la gestión y provisión de este servicio en las nueve ZTS de la Diputación. Así como, también se evidencia la participación de la iniciativa privada empresarial en el SAD, y en ella, la del tercer sector, como principio inspirador de la Ley.

Por tanto, las Competencias de las Zonas de Trabajo Social de Servicios Sociales Comunitarios en la Atención a la Dependencia conforme al Informe del Área de Bienestar Social de los Servicios Sociales Comunitarios (2011) son:

En la *Primera fase*: a) Dar información y facilitar la solicitud a las personas interesadas; b) Recepcionar la solicitud, revisarla y requerir documentos (si es necesario); c) comunicar a la persona por escrito el inicio del expediente, los trámites y los plazos; d) enviar documentación del expediente a la Agencia.

Segunda fase: e) Recepcionar la resolución de grado, según los términos previstos por la Ley; f) estudio, valoración y propuesta de servicios y prestaciones para la persona en situación de dependencia; g) prescripción del recurso más acorde a sus necesidades, previa participación de la persona en situación de dependencia o sus representantes; h) emisión del informe social (previo borrador a través de la aplicación informática netgefys)¹⁹¹; i) dar trámite de audiencia a las personas en situación de dependencia; j) elaboración del PIA; k) gestión de servicios y prestaciones; l) seguimiento y revisión con la Junta de Andalucía; m) una vez resuelto corresponden todas las funciones derivadas de la aplicación del recurso del servicio de ayuda a domicilio por ser de competencia propia; n) las funciones indicadas en las Revisiones de Valoración del Grado, así como en las Revisiones del PIA, y los trámites que de ello se deriva.

Asimismo, del Informe global del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial, se desprende el sistema de información y recogida de datos, en el que actualmente conviven diferentes aplicaciones informáticas relacionadas, de una u otra forma con la LAPAD. Estas aplicaciones son:

a) SIUSS (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales)¹⁹²: Esta aplicación procede del Ministerio de Igualdad y Políticas Sociales y es anterior a la Ley de Dependencia.

b) Netgefys: aplicación informática creada para gestionar exclusivamente los expedientes de la dependencia, a la que tienen acceso las diferentes administraciones públicas.

c) Base de datos del SAD: Es propia de la Diputación, está en constante revisión. Debe permitir el flujo constante de información entre Empresas adjudicatarias del SAD y los Servicios Sociales Comunitarios, para el seguimiento del SAD y de su Reglamento, para la facturación con las Empresas y la revisión del funcionamiento del Servicio y para la Regularización ante la petición de datos de la Junta de Andalucía durante el seguimiento de los PIAs.

d) Libros de Excel internos: aun con las citadas bases de datos ha sido necesario configurar diferentes registros en Excel para atender necesidades de información específicas.

e) Registros propios de cada Zona de Trabajo Social.

f) Registros del SAD.

Respecto a *la coordinación de los servicios sociales comunitarios de la Diputación* con el resto de servicios sociales comunitarios de los restantes municipios de la provincia y con la Agencia de la Dependencia, cabe destacar lo siguiente:

a) Internamente disponen de un Circuito Informativo para mantener al día a los profesionales que trabajan directamente con la población en Servicios Sociales Comunitarios de esta

¹⁹¹ NETGEFYS: es la aplicación informática directamente relacionada con la aprobación del PIA. Contiene los Modelos de Informe Social, PIA y Trámite de Audiencia. Permite enviar telemáticamente los borradores de los PIA al Servicio de Valoración de la Agencia para su validación. Esta aplicación es de la Junta de Andalucía, ha ido mejorando con nuevas versiones pero aun muestra dificultades que es necesario mejorar.

¹⁹² El S.I.U.S.S. es un soporte documental que permite recoger, de forma codificada, datos básicos de los/as usuarios/as e intervenciones profesionales y, obtener información estadística del perfil de usuarios de Servicios Sociales.

Entidad y de los Ayuntamientos con Convenio para el Servicio de Información y Orientación. Se emplean correos electrónicos informativos para una gestión eficaz de la información.

b) Trimestralmente (y mensualmente el año pasado) forman parte activa de la Comisión creada en el SAIS de Huelva (Servicio de Acción e Inserción Social, 2007), para la coordinación entre el Departamento de Coordinación de la Dependencia y las corporaciones locales con competencias en Dependencia.

c) En reuniones mensuales con las Directoras de ZTS se trasmite esta información.

d) Se creó una Comisión Interna en Diputación para ordenar todas las instrucciones, normativas, sugerencias... sobre Dependencia que concluyó en el diseño de un esquema, en permanente revisión, que aglutina todo lo necesario para trabajar ordenadamente los procesos de atención a la Dependencia.

e) Fruto del trabajo de esa Comisión se ha diseñado un formato de actualización de información que condensa toda la información de dependencia actualizada (normativa, modelos, instrucciones técnicas, dudas y respuestas, etc.) que mensualmente se entrega a las Directoras para su traslado a profesionales de base. Esto incluye las actas de la Comisión Trimestral entre Corporaciones Locales de la Provincia y el Departamento de Coordinación de la Dependencia.

f) Desde la Delegación se remiten Resoluciones a las ZTSs e interesados, pero además se adelanta la entrega de estas Resoluciones con PIA de SAD, en mano todas las semanas, mediante la cual se envía previsiones *Semanales* de alta en el SAD a las ZTSs, lo que permite una gestión más eficaz de este Servicio.

VI.3.3. La Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva

La Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva es el órgano competente en la coordinación de la Dependencia de los Servicios Sociales Comunitarios en el municipio de Huelva, que, a su vez, se distribuye en seis Zonas de Trabajo Social (ZTS) o Centros sociales, como son: Cristina Pinedo, Zona Centro, La Orden, Torrejón, Lazareto, Marismas del Odiel, tal y como se desprende de la Tabla VI.10.

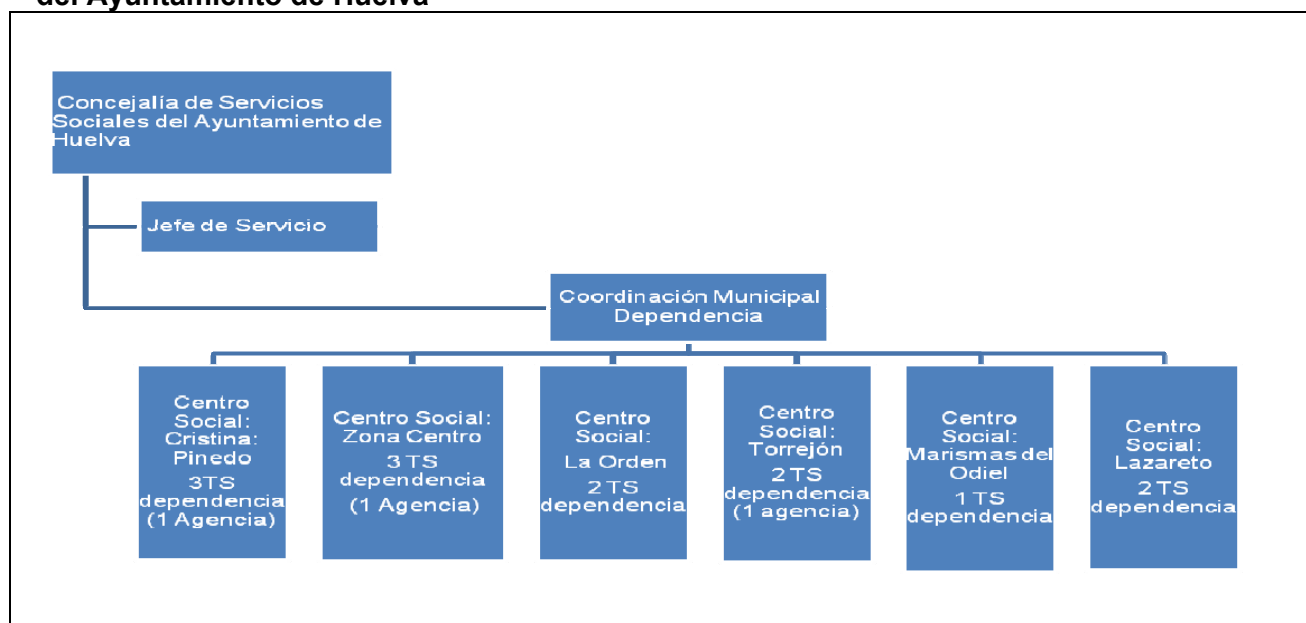
Tabla VI.9. Organización de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva*

	Centro de Trabajo Social	Personal de la Dependencia	ubicación
Admon local Municipios > 20.000 hab. Ayuntamiento de Huelva. Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud**	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Cristina: Pinedo</i>	3TS dependencia (1 de la Agencia). 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	Calle de las Hermandades, s/n. Teléfono: 959 220800
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Zona Centro</i>	3 TS dependencia (1 de la Agencia). 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	Paseo de la Independencia, 47. 959 210164.
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>La Orden</i>	2 TS dependencia 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	C/ San Bartolomé de la Torre. 959 15 24 75.
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Torrejón</i>	2 TS dependencia (1agencia) 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	Avda. de las Flores, s/n. 21005. 959 153315
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Marismas del Odiel</i>	1 TS dependencia 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	C/ Paula Santiago s/n. (Urbanización Jardines del Odiel). 959 263019.
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Lazareto</i>	2 TS dependencia 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	C/ Alanís de la Sierra, s/n. Teléfono: 959 2702 47.

Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista al Coordinador Municipal de Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud. Ayuntamiento de Huelva.

* Ver distribución territorial por Centros Sociales en el mapa nº 2.

Gráfico VI.7. Organigrama de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva



Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista realizada al Coordinador Municipal de la Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva. Coordinación Municipal de Dependencia.

Como apoyo específico para la aplicación de la LAPAD, la actual Agencia de Servicios Sociales (anterior Fundación Andaluza de Servicios Sociales) tiene contratadas desde 2008 tres trabajadoras Sociales que realizan un apoyo complementario a la gestión de expedientes de LAPAD en los servicios sociales comunitarios.

La distribución territorial en el municipio de Huelva de los servicios sociales comunitarios se puede observar en el mapa siguiente.

Mapa VI.2. Mapa sobre la distribución de los Centros Sociales de los Servicios Sociales Comunitarios de la Provincia de Huelva.



Fuente: Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva (2015).

Por tanto, como se desprende de los mapas 1 y 2, podría decirse que la gestión de la dependencia por parte de las entidades locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios, se encuentra distribuida en el territorio. De tal forma, que los profesionales y técnicos que trabajan en los mismos deberían ser conocedores de los recursos, la cultura y costumbres, las familias, etc. que se localizan en esos territorios donde trabajan.

Todo ello, por tanto, debería ayudar a mejorar la calidad y rendimiento del trabajo que vienen desempeñando, al estar éste íntimamente relacionado con todas esas características del territorio, tal y como se desprende de la entrevista realizada a los responsables de la dependencia de la Diputación y el municipio de Huelva, cuyas conclusiones serán comentadas en el siguiente epígrafe.

Respecto a las competencias de los Centros Sociales, en función a las fases de procedimiento de la LAPAD (reconocimiento del derecho y de las prestaciones), éstas son: Para la primera: a) Informar sobre la Ley y el proceso para obtener derecho a servicios y/o prestaciones; y, b) Recepcionar las solicitudes y documentación necesaria para iniciar el trámite de Valoración y remitir las solicitudes a la Agencia. Y,

Para la segunda: c) realización del Informe Social, el Trámite de Audiencia y la Propuesta Individual de Atención (PIA) donde se contempla la aplicación de uno de los recursos recogidos en la Ley (servicios o prestaciones). A través de un sistema informático con servidores en la Agencia (Servicio de Coordinación y Prestaciones Económicas) se realiza la validación de las propuestas y se termina emitiendo una segunda resolución donde se reconoce un Servicio o Prestación; d) Sólo en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio, tienen también la competencia de ponerlo en marcha y realizar el seguimiento para su correcta aplicación.

VI.3.4. La gestión y prestación de los servicios del catálogo

Una vez analizada la organización de la gestión pública de la dependencia en la provincia y el municipio de Huelva, en la Tabla VI.11 se recogen las empresas que prestan servicios del catálogo de la LAPAD en la provincia, presentando a la empresa, al servicio que presta y a la localización de la misma, así como a la administración pública encargada de gestionar y controlar cada uno de esos servicios.

Tabla VI.10. Mapa de la gestión y provisión de las prestaciones del catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Provincia de Huelva*

Servicio/ Prestación	Gestión/control	Provisión del servicio	Contacto (prestadora)
Teleasistencia	Agencia de Servicios Sociales y dependencia de Andalucía	Agencia (nivel autonómico) Centralizada para toda Andalucía	Servicios Centrales - Avenida de Hytasa. nº 14 41071. Sevilla. Tfno.: 955 048 770 - Fax: 955 048 909.
Ayuda a domicilio	Diputación Provincial de Huelva Municipios <20.000	CLECE, S.A. ZTS: Sierra Este Sierra Oeste	Fomento 12, Edificio Rent Gold, planta 1ª, Pol. I. PISA 41927. Mairena del Aljarafe. Sevilla
		DECONSA, S.A. ZTS: Condado Norte. Condado Sur	Polígono Industrial El Corchito, Parcela 41 21830 Bonares. Huelva.
		EDIA, S.L. ZTS: Andévalo. Cinturón Agro.; Costa	Gibraleón, 43. 21540. Villanueva de los Castillejos. Huelva
		S.C.A Ayuda Domicilio Moguer. ZTS: Cuenca Minera. Ribera del Tinto	Zenobia Camprubí, 22 21800. Moguer. Huelva.
	Exmo. Ayto. Huelva	SARQUAVITAE	La Placeta. Huelva
Centros de día y de noche	Agencia (Delegación Territorial de Huelva)	Centros mayores Ver ANEXO II	
		Centros atención especializada Ver ANEXO II	
Residencias	Agencia (Delegación Territorial de Huelva)	Residencias mayores Ver ANEXO II	
		Residencias discapacitados Ver ANEXO II	
Prestaciones económicas	Agencia (Delegación de Huelva)	Prestación Económica para cuidados en el entorno familiar	Huelva. Avenida de la Ría, Nº 8 (4º planta), C.P.: 21071. Edificio Insur.959 034327.
		Prestación Económica Vinculada a Servicio	
		Prestación Económica de Asistencia Personal	

Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de la Delegación Territorial Huelva; a la Jefa de los Servicios Sociales Comunitarios del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva, y, al Coordinador Municipal de la Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva.

* Excepto municipios de Ayamonte, Isla Cristina, Lepe y Almonte.

Por tanto, a partir de la tabla anterior, desarrollada en el ANEXO II, se puede analizar la oferta empresarial que participa en la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva. No en vano, tal y como se ha comentado, los servicios sociales, en general, y los de la dependencia en particular, son de provisión mixta, en los cuales participa, tanto la iniciativa pública como la privada. De tal forma que, el análisis de la gestión de este tipo de derecho, tal y como venimos defendiendo en la presente tesis doctoral, se debería hacer bajo el enfoque pluralista.

En este sentido, se haría interesante profundizar en las características de este tejido empresarial que participa en la gestión de la dependencia, lo cual no es objeto de estudio en el presente trabajo, quedando dicho objetivo para el desarrollo de futuras investigaciones.

VI.4. LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA PROVINCIA DE HUELVA SEGÚN SUS RESPONSABLES

VI.4.1. Objetivos y metodología de las entrevistas

Con objeto de obtener una primera aproximación a la problemática de la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva, y tener una mayor información para elaborar la encuesta semi-estructurada, dirigida a los trabajadores sociales, se realizó un primer análisis exploratorio, de tipo cualitativo, a partir de varias entrevistas a los responsables de la gestión de la dependencia de las tres administraciones públicas con competencia en la provincia: Agencia de la Dependencia, en su Delegación Territorial de Huelva (administración regional), Diputación Provincial de Huelva (administración supramunicipal) y Ayuntamiento de Huelva (administración local). En concreto, los objetivos perseguidos con estas entrevistas fueron:

- Recoger las opiniones y comentarios de los responsables de la dependencia en aspectos tales como: problemáticas de la gestión, formas y mecanismos de funcionamiento en la provincia, papel e importancia de los servicios sociales comunitarios en esta gestión, etc.
- Recabar información y datos sobre: las empresas prestadoras de los servicios del catálogo en la provincia, la organización y organigrama del servicio de la dependencia de las tres administraciones públicas, los datos sobre la aplicación de la LAPAD en la provincia.

En definitiva, todo ello nos permitió: a) tener una aproximación a la gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva; b) confeccionar y diseñar la encuesta semi-estructurada, así como el proceso de encuestación; y c) elaborar un mapa de la dependencia para la provincia de Huelva.

Respecto a la metodología seguida en cada una de las tres entrevistas, cabe indicar que éstas duraron entre una hora y hora y media. En ellas se siguió un guión marcado en el que sólo se llevaban algunas preguntas abiertas, relacionadas con los objetivos, anteriormente citados, ya que la finalidad era escuchar al entrevistado y que diera su opinión sobre estos aspectos, así como establecer un primer contacto con el mismo. A continuación se resumen las conclusiones más interesantes.

VI.4.2. Principales conclusiones de las entrevistas

A continuación se resumen las principales conclusiones que, sobre diferentes puntos, se extrajeron de las entrevistas llevadas a cabo con los responsables y coordinadores de la dependencia en las tres administraciones públicas de la Provincia de Huelva.

- En general, se ve a la LAPAD como una herramienta positiva que puede ayudar a consolidar los servicios sociales comunitarios, pues el servicio de la dependencia ya se venían prestando, de una forma u otra, a las familias a través de estos servicios. En este sentido, lo que ha aportado la Ley es el derecho del ciudadano a exigir estos servicios. De tal forma que, tal y como se afirmó en estas entrevistas, la LAPAD ha puesto en valor a los servicios sociales comunitarios.
- No obstante, la LAPAD presenta una serie de trabas para su desarrollo, como son: el escaso desarrollo de los propios servicios sociales comunitarios, la burocratización y lentitud a la que ha llevado la LAPAD al proceso de gestión de la dependencia, sobre todo cuando participan diferentes administraciones públicas, tal y como ocurre en Andalucía, en general y en la Provincia de Huelva, en particular.
- Otro problema de la LAPAD, al que se hizo referencia, relacionado con el anterior, es la necesidad de coordinación entre los diferentes agentes e instituciones que participan en la misma, lo cual, desde el punto de vista de los entrevistados, para la provincia ha sido afrontado con un relativo éxito. No en vano, es en la provincia de Huelva donde se crea la Comisión de Coordinación Provincial de la Dependencia, la cual, en los primeros años de aplicación de la LAPAD se reunía 2 ó 3 veces al mes.

Actualmente se reúnen 1 ó 2 meses al trimestre. De hecho, la Provincia de Huelva fue una donde primero se crea. Posteriormente se implementa en otras provincias. Sin embargo, también se afirma que los servicios sociales comunitarios siempre han necesitado un importante nivel de coordinación con otras instituciones.

- Otra herramienta que permite la coordinación entre administraciones es la aplicación informática Netgefys, a partir de la cual se meten los datos de los expedientes. Por tanto, en esta aplicación se encuentra información relativa a todos los expedientes de los solicitantes, los cuales pueden ser visualizados por todos los agentes que intervienen en la gestión. Cabe destacar cómo son los servicios sociales comunitarios (trabajadores sociales) los que tienen potestad para introducir y cambiar datos y evaluaciones de los solicitantes en el sistema, lo cual hace que el nivel local adquiera especial importancia en la gestión del proceso.

En cambio, los niveles superiores tienen capacidad para acceder a todos los expedientes y analizar la información. Sin embargo, no tienen capacidad para introducir y cambiar datos, lo cual hace que, mediante este sistema, se transfiera importancia a los niveles locales.

- Por otro lado, todos los responsables, fundamentalmente los de los entes locales (Diputación y Ayuntamiento), ponen de manifiesto el importante cambio que introdujo el RD Ley 20/2012 en la gestión de la LAPAD, el cual tuvo como consecuencia un parón en el desarrollo de la misma. Así, entre los principales cambios introducidos destacan: el retraso en el proceso de implantación de la LAPAD para el Grado I, la disminución en el grado de intensidad de los servicios, la pérdida de cotización a la Seguridad Social para los cuidadores, familiares de los dependientes, la reducción de las cuantías recibidas y la delimitación de plazos.
- Todos se quejaron de la falta de personal y de la saturación de trabajo a la que tuvieron expuestos, sobre todo, en los primeros años de aplicación de la LAPAD. Actualmente, los servicios sociales comunitarios, sobre todo con la actual crisis económica, también siguen sobrecargados de trabajo, aunque en menor medida.
- Como consecuencia de lo anterior, en los primeros años de aplicación de la LAPAD se realizan muchas valoraciones, muchas veces sin la preparación y el personal

adecuado para ello. A demás, apenas se llevan a cabo procesos de seguimiento, revisión e inspección de los casos. Actualmente, este proceso de revisión y seguimiento adquiere más importancia.

- Por último, los entrevistados nos facilitan determinada información (organización, organigrama y funcionamiento de sus respectivos servicios, empresas que prestan los servicios del catálogo, datos de la dependencia, etc.), la cual nos permite elaborar el mapa de la dependencia de la provincia, así como la encuesta semi-estructurada y el diseño del proceso de encuestación.

En definitiva, las entrevistas realizadas nos permitieron tener una primera aproximación a la problemática y situación actual de la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva. De hecho, muchas de las conclusiones, presentadas con anterioridad fueron contrastadas, tal y como se recoge a continuación, en la encuesta que se les pasó a los trabajadores sociales que gestionan la dependencia en la provincia. De hecho, estas entrevistas nos permitieron enormemente avanzar y profundizar en nuestro estudio de caso sobre la gestión de la LAPAD en la provincia de Huelva.

VI.5. LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS Y LA GESTIÓN DE LA *LEY DE DEPENDENCIA* EN LA PROVINCIA DE HUELVA SEGÚN LOS TRABAJADORES SOCIALES.

VI.5.1. Objetivo y metodología de la encuesta

Los objetivos que se pretenden cubrir con la elaboración de la encuesta dirigida a los trabajadores sociales que participan en la gestión de la LAPAD en la provincia de Huelva son los siguientes:

- Conocer la realidad actual de la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva, destacando los principales problemas y ventajas que tiene una gestión descentralizada de la LAPAD a través de los servicios sociales comunitarios existentes en la provincia.
- Poner de manifiesto las opiniones que, sobre la aplicación y gestión de la LAPAD, tiene un colectivo que está en contacto directo tanto con los usuarios del sistema (dependientes/familias) como con las diferentes administraciones públicas que participan en su gestión, con el objetivo de poner de manifiesto la posición de los usuarios respecto a la LAPAD.

Para ello, se ha pasado una encuesta semiestructurada, recogida en ANEXO III, a los trabajadores sociales de la Agencia de la Dependencia en la Delegación Territorial de Huelva, de la Excma. Diputación Provincial de Huelva y del Excmo. Ayuntamiento de Huelva. De tal forma que, con ello, nos aseguramos que estén representadas las opiniones de los trabajadores de las tres administraciones públicas con competencias en la gestión de la LAPAD en la provincia.

Dentro de este estudio se han quedado fuera los municipios, de más de 20.000 habitantes, de Ayamonte, Isla Cristina, Lepe, Moguer y Almonte, pues, como representante de la administración pública local hemos optado por seleccionar el municipio de mayor número de habitantes de la provincia, el cual, a su vez, el cual, a su vez, se corresponde con la capital de la misma.

En la Tabla VI.11. recogemos el número total de trabajadores sociales de cada una de las administraciones públicas, comentadas anteriormente, así como el número de trabajadores que, finalmente, contestaron la encuesta y el porcentaje de cobertura de la misma:

Tabla VI.11. Representatividad de la encuesta semi-estructurada

Trabajadores Sociales gestionando la LAPAD en la provincia de Huelva	Nº respuestas	Índice de Cobertura (%)
95	64	67%

Fuente: elaboración propia.

Como se recoge en la tabla anterior, la tasa de respuesta entre los trabajadores sociales de las diferentes instituciones fue elevada, lo cual se traduce en un índice de cobertura cercano al 70%. Ello nos muestra el importante nivel de representatividad de la encuesta y, por tanto, de las opiniones del grueso de trabajadores sociales que participan en la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva.

A partir de las respuestas dadas, se realizará un análisis descriptivo-explicativo de las diferentes variables del cuestionario, con objeto de intentar dar respuesta a los objetivos anteriormente planteados. En este análisis se tendrá especialmente en cuenta el análisis comparativo de determinadas respuestas dadas por los trabajadores de las diferentes administraciones públicas implicadas en el estudio, sobre todo a la hora de evaluar el primer objetivo marcado en la encuesta: análisis de la gestión descentralizada. Ello nos permitirá poner de manifiesto las visiones diferentes que puedan tener los trabajadores de las diferentes administraciones públicas de la provincia de Huelva: administración regional, provincial y local.

VI.5.2. Principales resultados del estudio

A continuación comentamos los principales resultados, según los diferentes objetivos y partes en que se divide la encuesta. Éstos son: a) análisis de la gestión descentralizada de la LAPAD, en la que se pone de manifiesto el papel de los servicios sociales comunitarios: sus ventajas y desventajas; y b) análisis del papel de los dependientes y familiares en la gestión de la LAPAD y principales problemáticas de la misma.

VI.5.2.1. Respecto a la gestión descentralizada de la *Ley de Dependencia*

Como se muestra en la Tabla VI.12. la mayor parte de los trabajadores sociales que participan en la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva son mujeres, representando el 82,8% del total.

Tabla VI.12. Sexo del encuestado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	1	1,6	1,6	1,6
	Varón	10	15,6	15,6	17,2
	Mujer	53	82,8	82,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

A su vez, cabe destacar cómo el grueso de trabajadores sociales pertenece a la Diputación (45,3%) y al Ayuntamiento de Huelva (37,5), frente al 14,1% de la Junta, es decir, son trabajadores de los servicios sociales comunitarios, lo cual comienza a poner de manifiesto el importante papel que tienen las entidades locales en la gestión y aplicación de la LAPAD.

Respecto al grado de conocimiento previo del trabajador social sobre el dependiente/familia, tal y como se desprende de la Tabla VI.13, cabe destacar cómo los trabajadores de los servicios sociales comunitarios (Diputación y Ayuntamiento) tienen un mejor grado de

conocimiento, dándole una puntuación media de 5,85 y 5,91, respectivamente, respecto a los trabajadores de la Agencia que asignan un valor de 3,86.

Tabla VI.13. Grado de conocimiento previo del dependiente/familia

Pues_Trab		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ns/Nc	Cono_Previo	1	7	7	7,00	.
	N válido (según lista)	1				
Diputación	Cono_Previo	27	0	9	5,85	1,916
	N válido (según lista)	27				
Municipio	Cono_Previo	23	0	9	5,91	2,172
	N válido (según lista)	23				
Junta	Cono_Previo	7	0	9	3,86	3,132
	N válido (según lista)	7				

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, en la tabla siguiente se recoge cómo influye ese grado de conocimiento previo en la elaboración del PIA. De forma que puede destacarse cómo la mayor parte de los encuestados, de las diferentes administraciones, coinciden en asignar una importancia elevada. No en vano, alrededor del 80% opinan que es bastante importante el conocimiento previo a la hora de elaborar el PIA.

Tabla VI.14. Influencia del conocimiento previo en la elaboración del PIA

Pues_Trab			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	Válidos	Poco	1	50,0	50,0	50,0
		Bastante	1	50,0	50,0	100,0
		Total	2	100,0	100,0	
Diputación	Válidos	Ns/Nc	1	3,4	3,4	3,4
		Poco	4	13,8	13,8	17,2
		Bastante	24	82,8	82,8	100,0
		Total	29	100,0	100,0	
Municipio	Válidos	Ns/Nc	1	4,2	4,2	4,2
		Nada	1	4,2	4,2	8,3
		Poco	2	8,3	8,3	16,7
		Bastante	20	83,3	83,3	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Junta	Válidos	Ns/Nc	1	11,1	11,1	11,1
		Nada	1	11,1	11,1	22,2
		Bastante	7	77,8	77,8	100,0
		Total	9	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

En este sentido, no debe olvidarse que el Programa de Atención Individualizada (PIA) es el instrumento mediante el cual se adaptan los recursos disponibles, concedidos mediante la valoración previa, a las necesidades y circunstancia del dependiente y su familia. De tal forma que el grado de conocimiento previo puede ser un elemento muy importante a la hora de asegurar la eficacia y calidad de la LAPAD a la hora de ser aplicada.

Teniendo en cuenta esta consideración, a continuación se pregunta por la importancia que puedan tener los servicios sociales comunitarios en ese grado de conocimiento y, por tanto, en la elaboración del PIA. Según la Tabla VI.15., cabe destacar la importancia que se le asigna a los servicios sociales comunitarios en esta etapa del proceso, al hilo de lo

comentado anteriormente, tanto por parte de los trabajadores de estos servicios sociales (alrededor del 85% consideran bastante la importancia de estos servicios) como de los de la administración regional (casi el 68%).

Tabla VI.15. Importancia de la elaboración del PIA a través de los servicios sociales comunitarios

Pues Trab			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	Válidos	Bastante	2	100,0	100,0	100,0
Diputación	Válidos	Ns/Nc	2	6,9	6,9	6,9
		Poca	2	6,9	6,9	13,8
		Bastante	25	86,2	86,2	100,0
		Total	29	100,0	100,0	
Municipio	Válidos	Ns/Nc	1	4,2	4,2	4,2
		Nada	2	8,3	8,3	12,5
		Poca	1	4,2	4,2	16,7
		Bastante	20	83,3	83,3	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Junta	Válidos	Ns/Nc	1	11,1	11,1	11,1
		Nada	1	11,1	11,1	22,2
		Poca	1	11,1	11,1	33,3
		Bastante	6	66,7	66,7	100,0
		Total	9	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Por tanto, como una de las principales conclusiones de este estudio, podría afirmarse cómo la descentralización de la gestión de la dependencia en los entes locales, sobre todo, en esta etapa del proceso, en la cual se elabora el PIA, adquiere especial importancia a la hora de garantizar, en parte, el éxito del proceso. Así, las razones de esta importancia se recogen a continuación, así como de otras, que puedan tener los entes locales, a través de sus servicios sociales comunitarios, para la correcta gestión y aplicación de la LAPAD.

Tabla VI.16. Aporte de valor de los Servicios Sociales Comunitarios a la gestión de la Ley de Dependencia

Valor que aporta	Nº respuestas
Conocimiento del dependiente, la familia, etc., es decir, de las necesidades reales	59
Respuesta ágil y rápida a casos de urgencia, revisión, seguimiento, etc.	19
Respuesta a necesidades emocionales de escucha, confianza, etc. A la familia/dependiente	11
Experiencia y profesionalidad de los RR.HH de los SS.SS.CC	11
Trato integral de la persona, garantizando integración de recursos, revisión, continuidad, etc.	9
Conocimiento de los recursos del territorio, tanto del catálogo como de otros que puedan existir, intentando garantizar complementariedad	9
Los SS.SS.CC. son recursos de los que se nutre el SAAD	6
Facilita la información, orientación, presentación de solicitudes, valoración, etc., haciendo que el dependiente no se desplace	6
Facilitan los procesos de revisión y seguimiento técnico	6
Labor de coordinación y puerta de entrada al SAAD	4

Fuente: elaboración propia.

Como aporte de valor de los entes locales en la gestión de la dependencia destaca el importante grado de conocimiento que tienen del territorio, tanto del dependiente y su familia, en primer lugar (necesidades), como de los recursos que se localizan en el propio territorio (oferta), en quinto lugar. Ello, en definitiva, permite la elaboración de unos PIAs más adaptado al territorio y a las necesidades reales de los dependientes.

No obstante, también cabe destacar otros aportes que realizan los entes locales en la gestión de la LAPAD, tales como: la agilidad y respuesta rápida a cualquier tipo de demanda que tenga el ciudadano, la cercanía, confianza, etc. que le ofrece, dándole un trato integral, así como el hecho de que éste no tenga que desplazarse para realizar las diferentes gestiones¹⁹³. También se destaca la experiencia y profesionalidad de los recursos humanos, los cuales ya venían trabajando, a través de los servicios sociales comunitarios, en estos temas, previa aplicación de la LAPAD.

Sin embargo, también se les ha preguntado a los trabajadores sociales de las tres administraciones por los problemas o hándicap que puede tener la gestión de parte del proceso de la LAPAD por parte de los servicios sociales comunitarios de los entes locales. Las principales respuestas se recogen en la Tabla VI.17.

Tabla VI.17. Principales problemas de la gestión de la Ley de Dependencia a través de los Servicios Sociales Comunitarios

PROBLEMÁTICA	Nº respuestas
Burocracia, más trabajo de gestión, lentitud, etc.	20
Falta de personal: saturación y dificultad para desarrollar otras tareas de los SS.SS.CC, sobre todo al principio de la LAPAD	20
Falta de coordinación entre las dos administraciones	9
Falta de financiación	6
Dificultades de gestión entre dos administraciones: diferente color político, dualidades en la gestión, falta de información, etc.	5
Confluencia de competencia y dependencia entre administraciones	4
Los diagnósticos pueden estar viciados por la cercanía (falta objetividad)	4
Falta de estabilidad laboral y de formación de los RRHH	3

Fuente: elaboración propia.

Como se desprende de la Tabla anterior, el principal problema de la gestión descentralizada de la LAPAD, a través de los entes locales, viene dado por una mayor burocracia y lentitud del proceso, debiendo realizar los trabajadores sociales una mayor cantidad de tareas administrativas. A ello se le une, como consecuencia, de lo anterior, la falta de personal y la saturación de trabajo; y, por tanto, la dificultad para desarrollar las otras muchas tareas que, diferentes a la gestión de la dependencia, vienen desarrollando desde hace décadas los propios servicios sociales comunitarios.

Por otro lado, también destacan, como consecuencia de la participación de diferentes administraciones públicas en la gestión de la LAPAD, la falta de coordinación entre ellas, la dualidad en la gestión, la confluencia de competencias, la falta de información y, el diferente “color político” que pueden llegar a tener ambas administraciones, lo cual añade complejidad a la gestión.

Por último, se destaca la falta de estabilidad laboral del personal, así como la formación del mismo. Todo ello, como consecuencia, de la necesidad de una mayor financiación, la cual aparece en quinto lugar.

En efecto, tal y como se recogió en el capítulo anterior, podría decirse que los problemas que genera una gestión descentralizada de la LAPAD vienen dados, fundamentalmente, por

¹⁹³ No debe olvidarse que, en muchas ocasiones, nos encontramos ante un colectivo que sufre problemas de movilidad y tiene dificultades para desplazarse.

la mayor burocracia y complejidad del proceso, lo cual hace necesario una mayor asignación de recursos financieros, de personal e, incluso, puede ser, que de tiempos de gestión., pudiendo generar todo ello los típicos problemas que han sido reseñados por los principales implicados en el proceso de gestión a nivel regional y local.

Sin embargo, como también se apuntaba en el Capítulo V, los beneficios de los servicios sociales comunitarios en la LAPAD, vienen dados por una mayor cercanía al territorio, lo cual redundará en una gestión más eficaz, y de mayor calidad, de la LAPAD.

Por otro lado, con objeto de profundizar en esa posible descoordinación, se les pregunta a los trabajadores dónde se localizan los principales problemas de coordinación entre los diferentes agentes que participan en el proceso de gestión de la LAPAD. Estos resultados aparecen recogidos en la siguiente tabla.

Tabla VI.18. Tipo de descoordinación entre agentes de la dependencia

Tipo descoordinación	Admón. Regional			Diputación			Ayuntamiento			Total		
	Ns/Nc	Sí	No	Ns/Nc	Sí	No	Ns/Nc	Sí	No	Ns/Nc	Sí	No
Regional-local	11,1	66,7	22,2	13,8	51,7	34,5	8,3	79,2	12,5	12,5	62,5	25,0
Admón.-empresa	11,1	22,2	66,7	13,8	24,1	62,1	8,3	16,7	75,0	12,5	20,3	67,2
Familia-empresa	11,1	44,4	44,4	13,8	27,6	58,6	8,3	25,0	66,7	12,5	28,1	59,4
Familia-Local	11,1	33,3	55,6	13,8	24,1	62,1	8,3	4,2	87,5	12,5	17,2	70,3
SS.SS-Sanidad	11,1	66,7	22,2	13,8	41,4	44,8	8,3	29,2	62,5	12,5	39,1	48,4
Familia-región	11,1	44,4	44,4	13,8	55,2	31,0	8,3	33,3	58,3	12,5	45,3	42,2

Fuente: elaboración propia.

Como se desprende de la tabla anterior, uno de los principales problemas de descoordinación, desde el punto de vista de los trabajadores de las tres administraciones públicas, lo encontramos en el tipo de relaciones que se establece entre la administración local y la regional. Así, el 62,5% del total opinan que existe ese problema, si bien éste toma mayor importancia en el Ayuntamiento de Huelva (79,2%) respecto a la Diputación (51,7%).

Un segundo tipo de descoordinación, desde el punto de vista de las tres instituciones, se encuentra en las relaciones entre el dependiente y su familia y la administración regional, con un 45,3%. No obstante, en este caso, podría decirse que la opinión ya no es mayoritaria, sobre todo para los que trabajan en el Ayuntamiento (33,3%).

Sin embargo, para los que trabajan en Diputación, este porcentaje asciende al 55,2. No obstante, cabe decir, que esas relaciones entre dependiente/familia y administración regional, deben ser mínimas, ya que son los servicios sociales comunitarios los que deben establecer la mayor parte de relaciones (información, orientación, elaboración de PIAs, seguimiento, etc.) con los dependientes.

Un tercer tipo de descoordinación que adquiere especial importancia, sobre todo para los trabajadores de la administración regional (66,7%), es la que se establece entre el sistema de los servicios sociales y el sistema de salud. De hecho, en el proceso de gestión, a la hora de evaluar al dependiente, es a este nivel donde se debe dar, en mayor medida, esa coordinación.

El resto de relaciones que se establecen entre los diferentes agentes que participan en la gestión de la dependencia adquieren menores dimensiones, por lo que se concluye la necesidad de mejorar y profundizar en el análisis de las relaciones que se establecen entre la administración local y regional, así como entre el sistema de servicios sociales y el sistema de salud.

Con el deseo de profundizar, aún más, en la importancia de la gestión descentralizada de la LAPAD, se pregunta si, ante mismos grados de dependencia y situaciones socio-económicas, existen diferencias entre PIAs de distintos territorios por razones, tales como: aspectos culturales, diversidad de recursos entre territorios, etc., con objeto de destacar las singularidades que puede tener cada territorio.

Así, tal y como se muestra en la Tabla VI.19, los trabajadores de las tres administraciones, sobre todo los de la Agencia (66,7%), seguidos de los de Diputación (37,5%) y del municipio (34,5%), afirman que suelen darse estas diferencias. No obstante, hay que señalar que hubo un alto porcentaje de trabajadores que no respondieron a esta pregunta porque no la entendía muy bien o afirmaban que, como trabajaban en un mismo municipio, no tenían la perspectiva necesaria para apreciar estas diferencias.

De hecho, los trabajadores de la Agencia, e incluso los de Diputación, que trabajan en diferentes municipios y, por tanto, tienen mayores posibilidades de comparación, tuvieron un mayor porcentaje de respuestas. Como se observa en la Tabla VI.19., el porcentaje de “no respuesta” por parte de los trabajadores de la Agencia fue del 22,2% y de los de la Diputación del 34,5%, subiendo al 41,5% para los del municipio de Huelva.

Tabla VI.19. Grado de diferencias entre PIAs de distintos territorios

Pues Trab			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	Válidos	No	1	50,0	50,0	50,0
		Suele ocurrir	1	50,0	50,0	100,0
		Total	2	100,0	100,0	
Diputación	Válidos	Ns/Nc	10	34,5	37,0	37,0
		No	4	13,8	14,8	51,9
		Rara vez	3	10,3	11,1	63,0
		Suele ocurrir	10	34,5	37,0	100,0
		Total	27	93,1	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	6,9		
	Total		29	100,0		
Municipio	Válidos	Ns/Nc	10	41,7	41,7	41,7
		Rara vez	5	20,8	20,8	62,5
		Suele ocurrir	9	37,5	37,5	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Junta	Válidos	Ns/Nc	2	22,2	22,2	22,2
		Rara vez	1	11,1	11,1	33,3
		Suele ocurrir	6	66,7	66,7	100,0
		Total	9	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Todo esto pone de manifiesto que las diferencias entre territorios inciden en el tipo de PIA que finalmente se elabora y resuelve. De forma que, una vez más, se destaca el valor que pueden llegar a aportar los servicios sociales comunitarios a la gestión eficaz de la LAPAD, como profundos conocedores de las características de los territorios donde se localizan (recursos, necesidades de los dependientes y familiares, etc.). Y esto es así, en la medida

en que consiga adaptar mejor la oferta de la variedad de recursos existente en el territorio a las características y necesidades reales de los dependientes y las familias.

VI.5.2.2. Respecto al papel del dependiente y la familia en la *Ley de Dependencia*

Para acercarnos a este aspecto, se preguntó, en primer lugar, si el dependiente/familia, una vez que es valorado, tiene variedad de recursos para elegir, con objeto de tratar de poner de manifiesto hasta qué punto la LAPAD posibilita una adaptación a las necesidades y deseos de los beneficiarios.

Tabla VI.20. Variedad de elección del beneficiario una vez que es valorado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, siempre	9	14,1	14,1	14,1
	Sí, a veces	13	20,3	20,3	34,4
	Sí, aunque muy limitada	25	39,1	39,1	73,4
	Depende del grado	11	17,2	17,2	90,6
	No	6	9,4	9,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Así, tal y como se desprende de la tabla anterior, podemos decir que el dependiente, en principio, suele tener opciones para elegir, junto al trabajador social, el tipo de servicios o prestaciones que considere más idóneos, ya que sólo el 9,4% de los encuestados consideran que no. No obstante, también debe considerarse que estas opciones son limitadas, tal y como afirman el 39,1% de los encuestados.

Para profundizar en este sentido, se pregunta sobre si existen desajustes entre lo que desea el beneficiario y lo que le propone el trabajador social a través del PIA. Así, el 79,7% contesta que “a veces”, mientras que el 18,8% afirman que “suele pasar”. Por consiguiente, puede afirmarse que suelen darse, más o menos, ciertos desajustes entre los servicios o prestaciones que se le propone al beneficiario y los deseos del mismo.

Tabla VI.21. Desajustes entre deseos beneficiarios y propuesta PIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	1	1,6	1,6	1,6
	A veces	51	79,7	79,7	81,3
	Suele pasar	12	18,8	18,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se preguntó sobre si la propuesta del PIA, por parte de los propios trabajadores sociales, es finalmente aceptada por los dependientes. Así, como se recoge en la tabla siguiente, un importante número de trabajadores afirman que hay casos en los que, finalmente, los dependientes y/o familiares no llegan a aceptar la oferta de prestaciones o servicios que se les hace. De hecho, sólo un 14,1% afirma que la propuesta termina ejecutándose.

Por tanto, se considera sumamente necesario, de cara a mejorar la eficiencia y eficacia de la LAPAD, analizar detenidamente las causas que provoca este rechazo con el objetivo de minimizarlo en la medida de lo posible. No obstante, tal y como se ha apuntado anteriormente, algunas de las causas de rechazo podrían ser: el deseo del dependiente de disfrutar de una determinada prestación o servicios, o bien hacerlo en su domicilio habitual y

no salir lejos de él, entre otras. De todas formas, se hace necesario analizar más detenidamente todos estos aspectos.

Tabla VI.22. Aceptación del PIA propuesto por el dependiente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	1	1,6	1,6	1,6
	Siempre	9	14,1	14,1	15,6
	Suele pasar	21	32,8	32,8	48,4
	Algunas veces no	33	51,6	51,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

A su vez, se pregunta si la LAPAD contribuye a dar respuesta a las necesidades reales del dependiente, obteniéndose los resultados que aparecen en la Tabla VI.23. En este caso puede decirse que la LAPAD, aún atendiendo a una buena parte de necesidades del dependiente, deja otras sin cubrir (85,9%). Ninguno de los encuestados considera que la LAPAD cubra todas las necesidades y alrededor del 11% considera que cubre pocas necesidades. Por tanto, se considera que la LAPAD deja necesidades por cubrir.

Tabla VI.23. Grado de cobertura de las necesidades del dependiente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	2	3,1	3,1	3,1
	Pocas	7	10,9	10,9	14,1
	Bastantes	55	85,9	85,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

A continuación se pregunta por 2 de las principales razones por las que el dependiente no llega a satisfacer todas sus necesidades, obteniéndose como principales razones, las recogidas en la siguiente tabla.

Tabla VI.24. Razones por las que no se cubren todas las necesidades del dependiente

RAZONES	Nº respuestas
Escasez y necesidad de recursos complementarios en la zona	34
Lenta resolución de las solicitudes que no llegan a tiempo para cubrir necesidades actuales	27
Baja intensidad en la aplicación del SAD	25
La familia sólo quiere PECEF	10
Altos niveles de exigencia de las familias: no aceptan la lejanía, prefieren atención en el entorno familiar, sólo quieren servicios de limpieza, PECEF, etc.	7
Adaptación de los servicios a necesidades específicas de menores, enfermos mentales, etc.	4
Muchos dependientes tienen necesidades de atención las 24 horas. No se contemplan necesidades distintas a la dependencia como: la soledad, etc.	4
Escasez de recursos económicos para hacer frente al copago	3
Las familias no siempre garantizan la adecuada atención al dependiente	3
Falta de recursos financieros	3

Fuente: elaboración propia.

Como se desprende de la tabla anterior, la escasez de recursos y necesidad de que estos sean complementarios se presenta como la principal razón para que no se satisfagan todas las necesidades del beneficiario. Muy relacionada con ésta se encuentra la baja intensidad del Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), que a parece en tercer lugar. Todas estas razones hacen referencia a la débil oferta de servicios, la cual está directamente relacionada, a su vez, con la falta de recursos financieros, razón que también se recoge entre las más citadas.

A las anteriores razones se le une la lenta resolución de solicitudes, las cuales, cuando llegan, ya no se corresponden con las necesidades reales que tiene, en ese momento el dependiente; bien porque el grado de dependencia ha podido evolucionar, sus condiciones socio-familiares son diferentes o bien, en otros casos, el dependiente ha fallecido¹⁹⁴.

También aparece, en cuarto lugar, otro grupo de respuestas relacionadas con las expectativas y deseos de los dependientes y/o familiares, los cuales sólo tienen el deseo de recibir determinadas prestaciones o servicios (Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar (PECEF), servicios para limpieza, etc.) y/o que esos servicios sean recibidos en el entorno familiar. De forma, que si el PIA no se adapta a esas expectativas, algunas veces, terminan rechazando las prestaciones asignadas.

Finalmente, también cabe señalar otras series de razones, tales como: que los recursos no están adaptados a las necesidades especiales de determinados colectivos (menores, enfermos mentales, etc.), la insuficiencia financiera del dependiente para hacer frente al copago, la necesidad del dependiente de ser atendido, prácticamente, las 24 horas o el hecho de que las familias no siempre garantizan una atención adecuada al dependiente.

En definitiva, todas éstas serían las principales razones que hacen que la LAPAD, es decir, la administración pública, no pueda cubrir todas las necesidades del beneficiario y, por tanto, hacer frente, por sí sola, al riesgo de la dependencia, lo cual fue justificado en el capítulo IV. No obstante, algunas de estas razones pueden ser minimizadas y eliminadas (recursos dirigidos a colectivos con necesidades especiales, complementariedad e intensidad de los recursos, burocracia y lentitud, mayor financiación, etc.), mientras que otras no (exigencia de las familias, necesidad de cuidados de los dependientes las 24 horas, etc.),

En este sentido, para detectar el peso e importancia que puedan tener cada uno de los agentes a la hora de hacer frente al riesgo de la dependencia, se le preguntó a los trabajadores sociales por su opinión al respecto. Los resultados a esta pregunta aparecen recogidos en la Tabla VI.25.

Tabla VI.25. Responsabilidad de los agentes para hacer frente al riesgo de la dependencia

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Resp. dependiente	60	0	50	6,67	10,762
Resp. Familia	60	0	80	43,25	15,753
Resp. Admón.	60	15	100	39,33	16,531
Resp. sociedad	60	0	50	11,25	9,416
N válido (según lista)	60				

Fuente: elaboración propia.

De la Tabla anterior se desprende, tal y como se apuntaba en el marco teórico de la presente investigación (capítulos II y IV), cómo, para el caso español, en general, y el onubense, en particular, la principal institución para afrontar el riesgo de la dependencia es

¹⁹⁴ Según se recoge en algunas respuestas del cuestionario, el tiempo de resolución del expediente puede llegar a los dos años.

la familia, con un peso del 43,25%, lo cual se identifica con las características propias del modelo de Estado de bienestar mediterráneo.

No obstante, muy de cerca, con un peso del 39,33%, se encuentra la administración pública, quedando muy por detrás la responsabilidad del propio dependiente (6,67%), cubierta a partir del servicio prestado por empresas capitalistas, y de la sociedad civil (11,25%), por empresas de la Economía Social (cooperativas, ONGs, empresas sociales, etc.), lo cual adquiere, según el Capítulo IV, especial importancia en el modelo liberal.

Por tanto, podría decirse que, de un modelo mediterráneo se está transitando a otro con características propias del modelo nórdico, donde la administración pública comienza a adquirir especial importancia, mientras que la esfera privada, característica del modelo liberal, queda relegada, a la hora de hacer frente a este riesgo, al último lugar.

Sin embargo, aún sabiendo los diferentes niveles de responsabilidad que adquieren todos los agentes a la hora de hacer frente al riesgo de la dependencia, debe apuntarse cómo todos ellos, en mayor o menor medida, asumen un papel en la provisión del riesgo. Este papel, tal y como se desprende del presente estudio, debe ser complementario, asemejándose ello al enfoque de gestión pluralista del Estado del bienestar, comentado en el Capítulo III.

Por otro lado, con el objeto de conocer el deseo real del dependiente y/o familia a la hora de recibir las prestaciones del catálogo, se pregunta por el lugar y la persona que desean les presten esos servicios. Los resultados a esta pregunta aparecen recogidos en la Tabla VI.26.

Tabla VI.26. Deseo de atención de los beneficiarios

		Porcentaje Grado III	Porcentaje Grado II	Porcentaje Grado I
Válidos	Ns/Nc	6,3	4,7	39,1
	Familiares	51,6	21,9	23,4
	Profesionales en domicilio	26,6	67,2	34,4
	Profesionales fuera domicilio	3,1	1,6	1,6
	Total	87,5	95,3	98,4
Perdidos	Sistema	12,5	4,7	1,6
Total		100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia.

A partir de la tabla anterior, se puede apreciar cómo, según las opiniones de los trabajadores sociales, que están en contacto directo con los dependientes y sus familias, un 51,6% opinan que los dependientes y/o familiares de Grado III quieren ser atendido en su domicilio por los propios familiares, mientras que para los de Grado II, la opinión mayoritaria, de un 67,2%, es que se atiendan en el domicilio por profesionales.

Por su parte, las opiniones para los de Grado I están divididas entre ser atendidos en el propio domicilio por familiares (23,4%) y ser atendidos en el domicilio por profesionales (34,4%). A demás, a la hora de opinar sobre los de Grado I, hay un alto porcentaje que no responde (39,1%), como consecuencia de que hasta julio de 2015 no comenzaban a adquirir el derecho a recibir las prestaciones.

Sin embargo, lo que sucede, es decir, lo que dice la LAPAD y que realmente se hace, es justamente lo contrario, en el sentido de que los dependiente de Grado III, en mayor medida, reciben sus servicios en residencias, por profesionales, fuera de su propio domicilio,

mientras que los de Grado II, en mayor medida, recibe atenciones de sus familiares en sus propios domicilios.

No obstante, la opinión mayoritaria de todos los encuestados es que, independientemente del grado, los dependientes y/o familiares desean ser atendidos en su entorno habitual, lo cual deberá ser respetado en la gestión de la LAPAD si se quiere garantizar la calidad y eficacia de su aplicación. No en vano, como se destacaba en el capítulo anterior, uno de los objetivos de la Ley es garantizar la atención del dependiente en su entorno habitual, en la medida de lo posible, así como el de hacer valer y respetar sus opiniones con el objetivo de garantizar su dignidad.

En este sentido, se hace necesario, tal y como vienen haciendo los países nórdicos en los últimos años, desarrollar prestaciones económicas y/o servicios que tiendan a mantener al dependiente en su domicilio habitual, pues, de otra forma, no se garantizará la eficacia de la LAPAD.

Por último, se le pregunta a los trabajadores sociales por dos de los principales problemas de la gestión actual de la LAPAD. La jerarquización de estos problemas aparecen en la siguiente Tabla.27.

Tabla VI.27. Inconvenientes de la Ley de Dependencia.

PROBLEMÁTICA	Nº respuestas
Procedimiento largo y lento	27
Falta de financiación y presupuesto	21
Incumplimiento de los plazos y de la Ley	18
Baja intensidad y falta de recursos y servicios	11
Muchos trámites, burocracia	9
Distintos colores políticos y muchos agentes participando: descoordinación, diferentes enfoques y puntos de vista, etc.	8
Carencia de recursos profesionales y falta de formación	7
No hay revisiones ni seguimiento de los casos	5
Algunas veces, no existe una información clara y directa al ciudadano	3

Fuente: elaboración propia.

Como se desprende de la tabla anterior, los principales problemas vienen dados porque el proceso es largo y lento, como consecuencia, entre otras, de: la excesiva burocracia, el incumplimiento de plazos, la participación de varias administraciones y la posible descoordinación entre éstas en determinados momentos, etc.

Por otra parte, la falta de financiación, que repercute en unos recursos prestacionales y humanos deficitarios, también representan un hándicap para garantizar la calidad y eficacia de la LAPAD.

En definitiva, el primer grupo de inconvenientes parece que están más relacionados con la gestión descentralizada de la LAPAD (burocracia, lentitud, descoordinación, etc.). Sin embargo, tal y como ha quedado demostrado, esta gestión descentralizada asegura unos niveles más altos en la eficacia de la LAPAD, lo cual se pone de manifiesto a nivel nacional, tal y como se detalló en el Capítulo V.

Por todos estos motivos, se considera necesario profundizar en el análisis de la gestión descentralizada de la LAPAD, con objeto de diagnosticar y hacer frente a toda esta problemática que encierra una gestión más pluralista del riesgo social de la dependencia. De tal forma que, a partir de este diagnóstico se puedan proponer algunas de las bases y actuaciones necesarias que hagan frente a estos problemas.

VI.6. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.

Las conclusiones de este capítulo dedicado al análisis e implantación de la LAPAD en la provincia de Huelva pueden resumirse en las siguientes:

- Andalucía, tal y como se apuntaba en el Capítulo V, tiene plenamente integrada la gestión de la dependencia en los entes locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios.
- Las funciones que realizan estos servicios sociales comunitarios en la gestión de la dependencia son las siguientes: a) informar sobre la Ley y el proceso para obtener el derecho a servicios y/o prestaciones; b) recepcionar las solicitudes y documentación necesaria para iniciar el trámite de Valoración y remitir las solicitudes a la Agencia; c) realizar el Informe Social, el Trámite de Audiencia y la Propuesta Individual de Atención (PIA); y d) sólo en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio, tienen también la competencia de ponerlo en marcha y realizar el seguimiento para su correcta aplicación.
- Por tanto, cabe indicar el importante número de agentes, públicos y privados, que participan en este modelo de gestión, el cual, como consecuencia de ello, puede ser analizado según el enfoque pluralista, en el que la multiplicidad y complementariedad de los agentes en la provisión de bienestar adquiere especial protagonismo.
- Cabe destacar el importante crecimiento y volumen de solicitudes, respecto a la población, que ha experimentado el municipio de Huelva, así como de aquellos de menos de 20.000 habitantes que gestiona la Diputación, superiores a la media andaluza y española. Como consecuencia de ello, destaca el importante porcentaje de personas con derecho adquirido, en el municipio de Huelva, sobre la población (7,01%), muy por encima que la media andaluza (3,35%) y nacional (2,53%).
- Respecto a las prestaciones y servicios del catálogo, destaca la importancia que adquieren las PECEF y el SAD en el municipio de Huelva, respecto a la media andaluza y nacional. Sin embargo, el nivel de utilización de los servicios de teleasistencia es muy bajo en comparación con la media andaluza, así como el SAR y los Centros Días. Por su parte, en la Diputación, el SAD adquiere aún más importancia que en el municipio de Huelva. Todo ello parece indicar que el dependiente/familia para preferir que le presten los servicios y cuidados en su vivienda habitual antes que salir de su residencia familiar.
- El volumen de prestaciones y servicios sobre la población total es muy superior en Huelva (5,10%) respecto a la media andaluza (2,61%) y nacional (2,02%), lo cual indica el esfuerzo que se viene haciendo en la gestión de la LAPAD.
- Cabe destacar el importante nivel de territorialización o descentralización, tanto de la Agencia (administración regional), por provincia, como de la Diputación provincial (administración supramunicipal), por ZTS, o del propio municipio de Huelva, por centros sociales, lo cual posibilita un mayor conocimiento del territorio.

- El elevado número de administraciones públicas que participan en la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva, unido a la descentralización de éstas, hace necesario el establecimiento de diferentes instrumentos de coordinación, tanto intra-administrativa como Inter-administrativa, tales como: Comisión Interna de la Diputación, Comisión entre Diputación y el resto de municipios con competencia en dependencia, Comisión Provincial de Coordinación de la Dependencia, etc.
- Todo ello hace que concluyamos la existencia de un buen nivel de coordinación en la provincia, si bien esta coordinación se hace más débil entre los servicios sociales y el sistema de salud, lo cual deberá ser corregido si queremos transitar hacia una verdadera atención integral, es decir, sociosanitaria.
- En la gestión pública de la dependencia en la provincia de Huelva participan alrededor de 100 trabajadores, la mayor parte de los cuales son trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios. A ello se le une el total de empleo generado por el importante número de empresas (centros de día y de noche, residencias, servicio de ayuda a domicilio) que prestan los servicios del catálogo en la provincia de Huelva. De tal forma, que ello permite calcular el número de empleos directos que genera la gestión de la dependencia en la provincia.
- Para el caso de Andalucía y de Huelva, en particular, la LAPAD ha venido consolidar y poner en valor el papel de los servicios sociales comunitarios, al reconocer un derecho universal subjetivo.
- La descentralización del proceso de gestión de la LAPAD, sobre todo de la fase de elaboración de PIA, en los servicios sociales comunitarios, adquiere especial importancia a la hora de garantizar la calidad y la eficacia de la gestión de la Ley. Ello es debido, fundamentalmente: al conocimiento de las necesidades reales del dependiente, de los recursos del entorno, así como a una respuesta ágil y rápida a los problemas de los usuarios, entre otros. De hecho, se demuestra que, en determinadas ocasiones suele haber diferencias entre PIAs de distintos territorios, aún cuando el grado de valoración y las condiciones socioeconómicas son las mismas.
- Sin embargo, entre los principales problemas o inconvenientes que puede tener la descentralización del proceso de gestión de la LAPAD en los servicios sociales comunitarios, destacan: la burocracia y lentitud del proceso, la falta de coordinación, la falta de financiación y, en definitiva la mayor complejidad del mismo. No obstante, ello no debería repercutir sobre la calidad y eficacia, si bien, los trabajadores sociales pueden dejar de estar prestando otra serie de servicio como consecuencia de la sobrecarga administrativa de trabajo.
- El tipo de coordinación donde suele haber mayores problemas se da entre servicios sociales comunitarios y la Agencia. No en vano, es entre estos dos niveles donde se encuentra el grueso de las fases del proceso de la LAPAD, debiendo, por tanto, ser más intensa la coordinación entre los mismos. También aparece el problema de la coordinación entre la Agencia (servicios sociales) y el sistema de salud.

De tal forma que, es uno de los niveles de coordinación menos desarrollado, siendo necesario mejorarlo e intensificarlo con objeto de prestar una atención sociosanitaria integral a los beneficiarios del sistema.

- Respecto a la atención al dependiente, se concluye que éste tiene variedad, aunque limitada, de servicios donde elegir, si bien, en determinadas ocasiones, existen

desajuste entre las opciones de prestaciones que se le proponen al dependiente y los deseos reales de éste.

- De tal forma que éste, a veces, suele rechazar el PIA, es decir, las prestaciones que se le propone. No en vano, se considera que la LAPAD no cubre todas las necesidades del dependiente, aunque sí gran parte de ellas, como consecuencia de: a) escasez y necesidad de recursos complementarios en la zona; b) lenta resolución de solicitudes que no llegan a tiempo para satisfacer las necesidades actuales del dependiente; c) baja intensidad de aplicación del SAD; d) el dependiente/familia tiene altos niveles de exigencia.
- El riesgo de la dependencia debe ser cubierto, de una forma complementaria, por el propio dependiente, a través de seguros privados, por la familia, la administración pública y la sociedad civil, si bien las esferas que adquieren mayor importancia son la familia (43,25%) y la administración pública (39,33%). Esto pone de manifiesto que estamos ante un modelo de Estado de bienestar mediterráneo. Sin embargo, el haber convertido la dependencia como derecho subjetivo universal hace que la administración pública pase a jugar un importante papel. En este sentido, es necesario potenciar el papel de la sociedad civil y de la familia para hacer frente a las crisis económicas.
- En términos generales, el dependiente desea ser atendido en su domicilio por familiares (Grado I) o profesionales (Grado II), siendo residual la asistencia en residencias u otros centros, fuera de su domicilio habitual. Con ello, se pone de manifiesto nuevamente que estamos ante un modelo con características propias del Estado de bienestar mediterráneo. Por tanto, tal y como se viene haciendo en el modelo nórdico, para garantizar la calidad y eficacia de la LAPAD se deben desarrollar prestaciones económicas y servicios que mantengan, en la medida de lo posible, al dependiente en su propia residencia.
- Entre los principales problemas de la LAPAD se encuentran: la lentitud del procedimiento (burocracia, plazos, descoordinación, etc.) y la falta de financiación (intensidad de los recursos y profesionales). El primero de estos problemas parece estar más relacionado con la gestión descentralizada de la LAPAD. Sin embargo, tal y como se ha demostrado, este tipo de gestión tiende a favorecer la calidad y eficacia de aplicación de la Ley.

CAPÍTULO VII

LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

VII.1 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Antes de pasar a comentar las principales conclusiones a las que se llegan con esta investigación, en el presente apartado nos detenemos en reseñar algunas de las principales limitaciones de la misma. Ello nos puede servir a la hora de interpretar las conclusiones. Así, entre estas limitaciones, destacan:

Limitaciones derivadas del enfoque empírico

Al analizarse la gestión de la dependencia desde un enfoque global e integral, a la hora de contrastar y validar el modelo teórico que surge del marco teórico, se decidió para aplicar el análisis del caso, con objeto de profundizar en los múltiples aspectos y características de la gestión de este riesgo social.

En este sentido, hay que destacar, que las conclusiones se refieren a la realidad local que se describe y analiza en el estudio del caso, es decir: Andalucía y, más concretamente, la Provincia de Huelva. No obstante, estas conclusiones pueden ser hipótesis de partida para posteriores análisis de la gestión de la dependencia en otros contextos, debiendo ser validadas con análisis comparativo entre territorios.

Limitaciones derivadas de la entrevista y la encuesta

A la hora de seleccionar los diferentes agentes entrevistados y encuestados, decidimos centrarnos en trabajadores de las diferentes administraciones públicas con competencia en la gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva. Estos fueron: a) responsables de cada administración para el caso de las entrevistas; y b) trabajadores sociales para el caso de las encuestas.

Por tanto, en los resultados de la investigación puede haber un sesgo a la hora de valorar el papel de las administraciones públicas en la gestión de la dependencia, sobre todo en lo que hace referencia a la administración local, ya que, para el caso de las encuestas, los trabajadores sociales de entidades locales son más numerosos.

No obstante, con objeto de tener en cuenta la opinión de los trabajadores, en función de las administraciones donde trabajaban, tal y como se recogió en el Capítulo VI, se decidió analizar los resultados por tipo de institución. Ello corrige, en parte, este sesgo por tipo de administración, pero no entre agentes que participan en la gestión de la dependencia.

Sin embargo, tal y como se propone posteriormente, para futuras líneas de investigación, se haría interesante profundizar en el análisis, más en profundidad, de las opiniones y características de los usuarios del sistema, así como del tejido empresarial que presta los servicios del catálogo.

A partir de la encuesta, dirigida a los trabajadores sociales, pretendíamos acercarnos a los comportamientos, valoraciones y opiniones que tienen los usuarios de la LAPAD (dependientes y familiares) respecto a su aplicación. Por tanto, las conclusiones a este respecto hay que tomarlas en este sentido, pues se está haciendo referencia a un colectivo de una forma indirecta. Como se ha apuntado anteriormente, sería necesario complementar este estudio en otra investigación dirigida, expresamente, a encuestar directamente a este colectivo.

Limitaciones derivadas de los datos

Las limitaciones derivadas de los datos hacen que en, muchos casos, sea difícil establecer comparaciones entre territorios. Estas limitaciones se sitúan, principalmente, a dos niveles:

- Nacional: ya que comparar datos de la dependencia entre países, a nivel europeo, es complicado, pues, en determinados casos, no existe homogeneización de series estadísticas sobre datos relacionados con la dependencia. No en vano, tal y como se comenta en el presente trabajo, la denominación de este fenómeno social varía entre países, mientras que unos, como España, utilizan el concepto de dependencia, otros, la mayoría, utilizan el concepto de cuidados de larga duración (CLD).
- Local. En España se hace complicado comparar los datos de aplicación y desarrollo de la dependencia locales, respecto a los regionales y nacionales, ya que los datos del SiSAAD sólo están disponibles a nivel nacional y regional, y no a nivel provincial y local. Los datos que pudieron ser comparados fueron facilitados, a partir de las entrevistas en profundidad, por los diferentes responsables de la gestión de la dependencia a nivel local y provincial.

No obstante, al tratarse de una tesis de carácter cualitativo, en la que se analiza la gestión eficaz y de calidad de la dependencia y, por tanto, de la LAPAD, se considera que los datos y la información cuantitativa, aún siendo importante para mejorar y complementar las conclusiones, afecta en menor medida a éstas.

No en vano, las conclusiones sobre la gestión de la dependencia de forma descentralizada, a nivel local, están basadas en información primaria (entrevistas y encuestas), mucha de ella de carácter cualitativo, al intentar recoger ventajas y desventajas de una gestión descentralizada, así como las opiniones de los usuarios. Sin embargo, en lo que respecta a las conclusiones a nivel nacional, el recurso a información secundaria y, por tanto, a bases de datos, es mayor.

VII.2. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las conclusiones de la tesis dan respuesta y cumplimiento a los objetivos e hipótesis planteadas en el Capítulo I. De hecho, dividiremos las conclusiones de la investigación en base a esos objetivos e hipótesis.

VII.2.1. Sobre el modelo teórico de análisis de la gestión de la dependencia

- Si en los siglos XVIII y XIX se reconocen los derechos del hombre como tal, civiles y políticos, respectivamente; los derechos sociales (educación, sanidad, empleo, vivienda, pensiones, etc.), en cuanto a la convivencia del hombre en sociedad, se reconocen en pleno Siglo XX, a partir del desarrollo de los denominados Estados del bienestar. Uno de los últimos derechos sociales reconocidos, fue el derecho a la dependencia, el cual comienza a ser reconocerse en el último cuarto del Siglo XX y principios del XXI, como consecuencia de una serie de causas: envejecimiento de la sociedad europea, incorporación de la mujer al mercado laboral, cambios culturales y del modelo de familia, etc.
- Si bien el desarrollo de estos derechos sociales y, por tanto, la consolidación del Estado de bienestar se ha ido dando a lo largo del Siglo XX en los diferentes países europeos, se pueden identificar diferencias importantes entre éstos, tanto en la intensidad de esos desarrollos como en la gestión de los propios derechos sociales. Así, se identifican diferentes modelos de gestión de Estados del bienestar: liberal, conservador, socialdemócrata y mediterráneo, los cuales son fruto de las diferencias

culturales, sociales, económicas y políticas de cada uno de los países en los que se ha desarrollado. Una de las características diferenciales entre modelos hacen referencia al grado de importancia que le dan a los distintos agentes, económicos y sociales, en la provisión de bienestar social.

- A finales del Siglo XX, coincidiendo con el desarrollo del derecho social de la dependencia, y como consecuencia de la evolución de la economía (crisis económica de los setenta, globalización económico-financiera, etc.), se ponen en peligro la posibilidad de garantizar, de manera sostenida, esos derechos sociales, entrando en la denominada como crisis del Estado del bienestar. A partir de aquí se proponen diferentes modelos y enfoques pragmáticos de reestructuración de los estados del bienestar. No obstante, previo a la crisis, a partir de mediados del siglo pasado, ya se empieza a debatir, desde un punto de vista teórico, sobre posibles reformas del Estado del Bienestar, surgiendo diferentes teorías: pragmáticas, societarias, de la modernización, neomarxistas o liberales.
- Sin embargo, en las últimas décadas, a partir de los ochenta del pasado siglo, ese debate se centra más en torno al pragmatismo del Estado del bienestar, sobre la base de reformas y diversificación del mismo. Surgen los enfoques de reestructuración desde arriba (teorías corporativistas y neopragmatistas), que suponen una reestructuración y adaptación de los estados, frente a la reestructuración desde abajo (enfoques pluralistas, de izquierda o derecha, o de reformismo crítico) que parten de la incorporación de la sociedad civil a las políticas sociales.
- Por las características propias del derecho social de la dependencia, el modelo teórico sobre el que descansa el análisis de su gestión es sobre el pluralismo del bienestar desde la izquierda. No en vano, la visión pluralista ha tenido una amplia aceptación, ya que en ella se destaca los principios para lograr una reactivación eficaz de la política social, dirigida a la descentralización de los poderes públicos, la participación de los ciudadanos, la gestión local y menos burocrática de los servicios de bienestar con la intervención de los actores privados.
- Del análisis comparado de la gestión de la dependencia en Europa se observan diferencias entre países, las cuales se corresponden con las características del modelo de Estado del bienestar propio de cada uno de esos países. Estas características diferenciales se pueden observar en aspectos tales como: papel de los diferentes agentes, responsabilidad de la gestión, políticas de apoyo al cuidador, tipo de prestaciones, financiación, principios inspiradores, etc.
- No obstante, cabe destacar cómo los diferentes países europeos convergen en la gestión de este derecho social, en aspectos tales como:
 - a) la socialización del riesgo de la dependencia, llegando a configurarse como derecho social universal;
 - b) se favorecen las prestaciones económicas sobre los servicios como consecuencia de la crisis;
 - c) así como la libertad de elección de prestaciones por parte del dependiente;
 - d) se prioriza la atención de los niveles más graves, como consecuencia de la crisis;
 - e) prestación de servicios por parte de la iniciativa privada;
 - f) gestión y provisión descentralizada de los servicios, mientras que la planificación, legislación y financiación corresponde, en mayor medida, a los gobiernos centrales;
 - g) Progresiva importancia de los cuidados comunitarios y los servicios sociales, con el propósito que el dependiente continúe residiendo en su entorno habitual, así como por motivos de calidad, preferencias y económicos;

h) progresiva y complementaria importancia de los diferentes agentes en la provisión de la dependencia.

- Todas estas características de la gestión de la dependencia, comunes en Europa, hacen que ésta pueda ser analizada bajo un enfoque pluralista del Estado del bienestar. No en vano, este enfoque también se caracteriza por:
 - a) la participación de los diferentes agentes en el bienestar social, si bien el Estado debe garantizar los derechos sociales;
 - b) la descentralización de la gestión;
 - c) la participación del sector privado, de mercado y no mercado, así como la sociedad civil (dependiente, familia, etc.) etc. Características, todas ellas, que se encuentran presente en la mayor parte de modelos de gestión de la dependencia en Europa.

VII.2.2. Sobre la gestión de la dependencia en España

- El derecho social de la dependencia, con carácter universal, se instaura en España en 2006, con la aprobación de la Ley 39/2006 (LAPAD), como consecuencia de su regulación en buena parte de los países europeos, de factores demográficos (envejecimiento), socioculturales (cambio de roles en la sociedad, reducida dimensión de la familia, etc.), económicos (incorporación de la mujer al mercado laboral) y político-institucionales (académicos y otros grupos comenzaban a debatir sobre los problemas de la dependencia y la necesidad de cuidados socio-sanitarios) que venían sucediéndose en el país.
- La consolidación de un nuevo derecho social viene a reforzar el denominado cuarto pilar del Estado de bienestar, correspondiéndose éste con el Sistema Público de Servicios Sociales, que pasa a ser complementario del Sistema de Atención para la Autonomía de la Dependencia (SAAD). Ello se une al Sistema de Salud, al Sistema Educativo y a la Seguridad Social (pensiones).
- La LAPAD, en línea con las tendencias de la gestión de este derecho en Europa, viene a centralizar, en parte, la regulación, financiación y gestión del Sistema Público de Servicios Sociales, dotándole a las comunidades autónomas (CC.AA) de un amplio nivel de competencias en lo que a regulación, gestión y financiación respecta.
- Por su parte, la implicación que tienen los entes locales en la gestión de la dependencia, a través de sus servicios sociales comunitarios, va a depender de las decisiones que tomen las diferentes CC.AA en la aplicación y gestión de la LAPAD. En este sentido, podría decirse que mientras que unas CC.AA le confieren un importante papel en buena parte del proceso (información, gestión de solicitudes, elaboración de PIA, evaluación y seguimiento), otras centralizan la mayor parte del mismo, quedando los entes locales sólo para realizar tareas puramente administrativas de información y recepción de las solicitudes.

De forma que, concluimos que existen dos modelos de gestión de la dependencia claramente diferenciados en España: unos más centralizados y otros más descentralizados o integrados en los entes locales a través de los servicios sociales comunitarios.

- Como consecuencia de ese importante nivel de competencia que tienen las CC.AA en la gestión de la dependencia, existen diferentes grados de desarrollo y aplicación de este derecho social por regiones, en aspectos tales como: personas con derechos reconocidos en espera de ser atendidos, tipos de servicios prestados, presupuesto destinado a esta política social, etc.

- Las CC.AA que muestran mayores niveles de desarrollo y aplicación de la LAPAD son aquellas que han optado por modelos de gestión más descentralizados, es decir, por aquellos modelos de gestión que más se aproximan al enfoque pluralista, bajo el cual deberían participar los diferentes niveles de las AA.PP., el tejido empresarial, los dependientes y, en su caso, las familias, destacando, por tanto, la importancia de la participación y de los territorios en este tipo de política social.
- Como consecuencia de su escaso desarrollo, la LAPAD prioriza la prestación de servicios profesionales, aún cuando su oferta es escasa y está desigualmente distribuida en las diferentes CC.AA. Sin embargo, la tendencia en Europa en la gestión de este riesgo social camina hacia una mayor atención en el entorno familiar, erigiéndose ésta en pieza angular en el tratamiento de los cuidados continuados del dependiente, sobre todo en el modelo nórdico. A su vez, tal y como ocurre en España, la mayor parte de los modelos y países analizados, excepto determinados países del modelo continental, tienen descentralizados los procesos de gestión.
- Por tanto, considerando el modelo descentralizado, podría decirse que la gestión de la dependencia en España está convergiendo en los diferentes aspectos, comentados en el epígrafe anterior, en los que vienen convergiendo la mayor parte de los países europeos.
- No obstante, España y las CC.AA, con objeto de converger en la gestión de la dependencia con la mayor parte de los países europeos, se considera necesario:
 - a) profundizar en la descentralización de la gestión de la dependencia, dándole un mayor peso a los servicios sociales comunitarios,
 - b) aumentar la red de recursos y servicios públicos, escasamente desarrollados en muchas CC.AA;
 - c) proponer una reforma en la Ley Básica de Servicios Sociales que tenga en cuenta los problemas derivados de la gestión de la dependencia y donde los servicios sociales comunitarios se conforme en pieza fundamental del denominado como cuarto pilar del Estado del bienestar, compuesto por el Sistema de Servicios Sociales complementado con el SAAD; y
 - d) complementar las prestaciones económicas con las prestaciones de servicios profesionales.

VII.2.3. Sobre la gestión de la dependencia en Andalucía. Huelva

- Andalucía tiene plenamente integrada la gestión de la dependencia en los entes locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios, al optar por un modelo descentralizado, lo cual se asemeja con un modelo de gestión pluralista. Así como a los modelos de gestión local de la dependencia en la mayoría de los países europeos.
- Destaca, por tanto, la diversidad de funciones que desempeñan los servicios sociales comunitarios en la gestión de la dependencia. Éstas son:
 - a) informar sobre la Ley y el proceso para obtener el derecho;
 - b) recepcionar las solicitudes y documentación necesaria para iniciar el trámite de Valoración y remitir las solicitudes a la Agencia;
 - c) realizar el Informe Social, el Trámite de Audiencia y la Propuesta Individual de Atención (PIA);
 - d) sólo en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio, tienen también la competencia de ponerlo en marcha y realizar el seguimiento para su correcta aplicación; y, por último, e) realizar el seguimiento, control y revisión de los casos.

- Andalucía se configura como una de las CC.AA en las que más se ha desarrollado la LAPAD, en indicadores como volumen de solicitudes atendidas, prestaciones concedidas, presupuesto invertido, variedad de prestaciones, etc.
- A su vez, en Huelva y Provincia, cabe destacar el importante crecimiento y volumen de solicitudes, respecto a la población, superiores a la media andaluza y española. Como consecuencia de ello, destaca el importante porcentaje de personas con derecho adquirido.
- Respecto a las prestaciones y servicios del catálogo, destaca la importancia que adquieren las PECEF y el SAD en el municipio de Huelva, respecto a la media andaluza y nacional. Sin embargo, el nivel de utilización de los servicios de teleasistencia es muy bajo en comparación con la media andaluza, así como el SAR y los Centros Días. Por su parte, en la Diputación, el SAD adquiere aún más importancia que en el municipio de Huelva. Todo ello parece indicar que el dependiente/familia, tal y como ocurre en Europa, según las tendencias en la gestión, desea que le presten los servicios y cuidados en su vivienda habitual.
- El volumen de prestaciones y servicios sobre la población total es muy superior en Huelva (5,10%) respecto a la media andaluza (2,61%) y nacional (2,02%), lo cual indica el esfuerzo que se viene haciendo en la gestión de la LAPAD.
- Cabe destacar el importante nivel de territorialización o descentralización, tanto de la Agencia (administración regional que gestiona la dependencia), por provincia, como de la Diputación provincial (administración supramunicipal), por ZTS, o del propio municipio de Huelva, por centros sociales, lo cual posibilita un mayor conocimiento del territorio y, por tanto, una mayor descentralización.
- Para el caso de Andalucía y de Huelva, en particular, la LAPAD ha venido consolidar y poner en valor el papel de los servicios sociales comunitarios, al reconocer un derecho universal subjetivo y financiar un mínimo del mismo, tanto a nivel nacional como regional.
- Al mismo tiempo, la descentralización de la gestión, sobre todo en la fase de elaboración de PIA (Programa Individual de Atención), adquiere especial importancia a la hora de garantizar la calidad y la eficacia de la gestión de la LAPAD. Ello es debido, fundamentalmente: al mejor conocimiento que se tiene de las necesidades reales del dependiente, de los recursos del entorno, así como la posibilidad de dar una respuesta ágil y rápida a los problemas de los usuarios, entre otros.

De hecho, se demuestra que, en determinadas ocasiones, suele haber diferencias entre PIAs de distintos territorios, aún cuando el grado de valoración y las condiciones socioeconómicas son las mismas, lo cual hace más evidente la necesidad de una gestión descentralizada.

- Sin embargo, entre los principales problemas que pueden darse en esa gestión descentralizada, destacan: la burocracia y lentitud del proceso, la falta de coordinación y financiación y, en definitiva, la mayor complejidad del mismo. No obstante, ello no debería repercutir sobre la calidad y eficacia, si bien, los trabajadores sociales pueden dejar de estar prestando otra serie de servicios sociales como consecuencia de la sobrecarga administrativa de trabajo.
- El tipo de coordinación donde suele haber mayores problemas se da entre servicios sociales comunitarios y la Agencia (nivel local y regional). No en vano, es entre estos dos niveles donde se encuentra el grueso de las fases del proceso de la LAPAD,

debiendo, por tanto, ser más intensa la coordinación entre los mismos. También aparece el problema de la coordinación entre la Agencia (servicios sociales) y el sistema de salud. De tal forma que, es uno de los niveles de coordinación menos desarrollado, siendo necesario mejorarlo e intensificarlo con objeto de caminar hacia una atención socio-sanitaria integral y continuada a los beneficiarios del sistema.

- Respecto a la atención al dependiente, se concluye que éste tiene variedad, aunque limitada, de servicios donde elegir, si bien, en determinadas ocasiones, existen desajuste entre las opciones de prestaciones que se le proponen al dependiente y los deseos reales de éste. De tal forma que éste, a veces, suele rechazar el PIA, es decir, las prestaciones que se le propone. No en vano, se considera que la LAPAD no cubre todas las necesidades del dependiente, aunque sí gran parte de ellas, como consecuencia de:

a) la escasez y necesidad de recursos complementarios en la zona; b) la lenta resolución de solicitudes que no llegan a tiempo para satisfacer las necesidades actuales del dependiente; c) la baja intensidad de aplicación del SAD; y que d) el dependiente/familia tiene altos niveles de exigencia.

- Se pone de manifiesto nuevamente que el riesgo de la dependencia debe ser analizado bajo un enfoque pluralista, ya que el estudio demuestra que la provisión de este riesgo debe ser cubierta, de una forma complementaria, por el propio dependiente, a través de seguros privados, por la familia, la administración pública y la sociedad civil, si bien las esferas que adquieren mayor importancia son la familia (43,25%) y la administración pública (39,33%). Esto se debe a dos factores:

a) Estamos ante un modelo de Estado de bienestar mediterráneo, donde la familia adquiere especial importancia; y b) en el riesgo de la dependencia, donde se le debe garantizar al dependiente vivir en su entorno habitual, la familia adquiere un papel especial.

Sin embargo, el haber convertido la dependencia como derecho subjetivo universal hace que la administración pública pase a jugar un importante papel como financiador y garante de este derecho social.

- En este sentido, el dependiente desea ser atendido en su domicilio por familiares (Grado I) o profesionales (Grado II), siendo residual la asistencia en residencias u otros centros, fuera de su domicilio habitual. Con ello, se pone de manifiesto nuevamente que estamos ante un modelo con características propias del Estado de bienestar mediterráneo. Por tanto, tal y como se viene haciendo en el modelo nórdico, para garantizar la calidad y eficacia de la LAPAD se deben desarrollar prestaciones económicas y servicios que mantengan, en la medida de lo posible, al dependiente en su propia residencia.
- Entre los principales problemas de la LAPAD se encuentran: la lentitud del procedimiento (burocracia, plazos, descoordinación, etc.) y la falta de financiación (intensidad de los recursos y profesionales). El primero de ellos parece estar más relacionado, en mayor medida, con la gestión descentralizada, si bien el problema de la financiación parece que también tiene relación con la lentitud.
- Sin embargo, tal y como ha quedado demostrado para el caso de Andalucía, en general, y de Huelva, en particular, el modelo de gestión descentralizada tiende a favorecer la calidad y eficacia de la aplicación de este derecho social, lo cual hace necesario que se profundice en la mejora del mismo, tomando como referente, dadas las características propias de este derecho social (mantener al dependiente en su

entorno habitual, cuidados continuados, importancia de la familia, provisión y prestación privada de los servicios, participación del dependiente/familia a la hora de elegir prestaciones, así como de prestar los servicios como cuidadores, etc.), el modelo de gestión pluralista del bienestar social.

VII.3. Futuras líneas de investigación

Teniendo en cuenta las conclusiones a las que hemos llegado en el presente estudio, así como las limitaciones del mismo, algunas de las futuras líneas de investigación que complementen y/o contribuyan a profundizar en las conclusiones anteriormente comentadas, relacionadas con la gestión de la dependencia, podrían ser las siguientes:

- Analizar desde el punto de vista del usuario el grado de eficacia y calidad de la LAPAD, es decir, de la gestión de la dependencia, ya que en este estudio tan sólo nos hemos acercado a ello de una forma indirecta, al encuestar a los trabajadores sociales y no a los propios usuarios. De forma que las conclusiones a las que hemos llegado nos sirvan de hipótesis a la hora de plantear la investigación a realizar.
- Comparar el modelo descentralizado andaluz con un modelo centralizado de otra comunidad autónoma, con objeto de profundizar y enriquecer los resultados del análisis de caso que hemos realizado. Ello permitiría contrastar las conclusiones a las que llegamos.
- Profundizar en las funciones que puede desempeñar el sector privado en la gestión de la dependencia, prestando especial atención a la economía social a la hora de hacer frente a este riesgo social. Así, algunos de los aspectos que podrían ser tratados con esta investigación podrían ser: el impacto social y económico local (empleos generados, riqueza, servicios, conexiones con otros sectores de la economía local, etc.), la importancia para garantizar la calidad y la eficacia en la gestión de la dependencia y aplicación de la LAPAD, caracterización y problemática del tejido empresarial, etc.

En definitiva, a partir de estas líneas de investigación, así como de otras que puedan surgir, se trataría de seguir profundizando en la comprensión del riesgo social de la dependencia y de las políticas más adecuadas para dar una respuesta eficaz y eficiente al mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abendroth, W.; Forsthff, E.; y Doebling, K. (1986): *El Estado social*, trad. de J. Puente Egido, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- Abrahamson, P. (1995): "Regímenes europeos del bienestar y políticas sociales europeas: ¿convergencia de solidaridades?", en S. Sarasa y L. Moreno (Compiladores), *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*, Madrid: CSIC/IESA/MAS.
- Abramovich, V., Courtis, C. (2002): *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Trotta, Madrid.
- Acuña Roldán, J. M. (2006): "Contribuciones de la jurisdicción constitucional para la eficacia jurídica de los derechos sociales en la experiencia comparada", *Revistas Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional* Nº. 6: 3-28. Porrúa (<http://www.porrúa.com>) Instituto Iberoamericano de Derecho Procesal Constitucional (<http://www.iidpc.org/>) (consultado, noviembre, 2012). México.
- Adelantado Gimeno, J. (coord.); Noguera, J.A. y Rambla, X. (2000): "El Marco de análisis: Las relaciones complejas en la estructura social y políticas sociales", en Adelantado G.; Noguera, J.A; Rambla, X; Perarnau; Ortíz de Villacián Rebollo; et al: *Cambios en el Estado del Bienestar. Políticas Sociales y desigualdades en España*; Primera Parte: I, Barcelona, Icaria-UAB.
- Adelantado Gimeno, J. (2002): "Del Fordismo al Posfordismo. La Reestructuración de las Políticas Sociales en Europa Occidental", en León Aravena (compilador): *Políticas Sociales Para un Nuevo Siglo. ¿La nueva cuestión social?*, Congreso Internacional de Políticas Sociales (2000). Universidad del Bio Bio, Fundación Andes, Chile.
- Adelantado J. y Jiménez, A. (2002): "Las políticas autonómicas de Servicios sociales", en Gallego, Goma y Subirats (comp.): *Políticas sociales y descentralización en España*, Madrid. Tecnos-UPF.
- Aguado i Cudolà, V. (2009): *Servicios sociales, dependencia y derechos de ciudadanía*, Editorial Atelier, España.
- Aguilar Hendrickson, M. (2009): "Servicios sociales: las tribulaciones de un sector emergente", en Moreno Luis (ed.) *Reformas de las Políticas de bienestar*, Madrid, Siglo XXI: 171-206.
- Aguilar Hendrickson, M. (2014): *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España*, VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, Documento de Trabajo 5.12, Fundación FOESSA.
- Alemán Bracho, C. y García Serrano, M. (1999): *Fundamentos de bienestar social*. Tirant lo blanch, Valencia.
- Alemán Bracho, C.; Garcés Ferrer, J. y Gutiérrez, A. (2003): *Políticas sociales en la España de las Autonomías*. Ed. Escuela Libre, Fundación ONCE. Madrid.
- Alemán Bracho, C.; Ramos Lorente, M. M. (2006): "Política social y bienestar social: Modelos comparados y situación en España", en Alemán Bracho, C. y Fernández García, T. (Coords.): *Política Social y Estado de Bienestar*. Tirant lo Blanch. Valencia. 5:181-223.

- Alexy, Robert (1993): *Teoría de los derechos fundamentales*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- Alexy, Robert (2001): "Derechos sociales fundamentales", en Carbonell, M.; Cruz Parceró, J.A.; Vázquez, R. (Comps.): *Derechos sociales y derechos de las minorías*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Porrúa.
- Aliena Miralles, Rafael (2012): "Regímenes de bienestar y política social por otros medios: un marco analítico"; *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 4 Comunitaria.
- Álvarez-Miranda, B. (1996): "El Estado del Bienestar: Veinte Años de argumentos críticos, en VVAA: *Dilemas del Estado de Bienestar*, Colección Igualdad, Fundación Argentaria, Madrid.
- Anttonen, Anneli, & Sipilä, Jorma (1996): "European social care services: Is it possible to identify models", en *Journal of European Social Policy*, 6,2, pp. 87-100. University of Tampere, Finland.
- Anisi, D. (1993): "La posibilidad actual de un nuevo pacto Keynesiano, en R. Muñoz del Bustillo (ed.): *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*; AU, Madrid.
- Añón Roig, M. J. (1994): *Necesidades y derechos*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2011): *Mapa Provincial de Servicios Sociales Comunitarios*. Diputación de Huelva. Mimeo.
- Área de Bienestar Social – Servicios Sociales Comunitarios (2011): *Informe global en Servicios Sociales Comunitarios desde la implantación de la Ley de la Dependencia*. Diputación Provincial de Huelva.
- Arias Astray, A.; Murillo de la Cueva, F. de L.; Guillén Sádaba, E., y Pérez Madera, D. (2004): "La definición de los servicios sociales en las leyes de servicios sociales de Primera y Segunda Generación en España". *Portularia* 4: 507-518, Universidad de Huelva.
- Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F.J. (2009): *El tratamiento en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Ashford Douglas, E. (1989): *La aparición de los Estados de Bienestar*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (AEDGSS) (2009): *Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. III Dictamen*. Madrid. <http://www.directoressociales.com/>. (Consultado 07/09/2015).
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2015a): *XV Dictamen del Observatorio, Observatorio de la Dependencia*, en <http://www.directoressociales.com/2-uncategorised/19-observatorio-estatal-para-la-dependencia.html> (consultado, 12/10/2015).

- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2015b): *El examen sobre el territorio y aplicación de la escala*, Observatorio de la Dependencia, en <http://www.directoressociales.com/2-uncategorised/19-observatorio-estatal-para-la-dependencia.html> (consultado, 12/10/2015).
- Atria, F. (2005): *¿Existen Derechos Sociales?*, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, Alicante; en <http://www.cervantesvirtual.com/obra/existen-derechos-sociales-0/> (consultado, noviembre de 2012).
- Avila, J., et al. (2001): *Estado de Bienestar y Social-democracia: ideas para el debate*. Madrid. Alianza.
- Baldasarre, A. (2001): *Los Derechos Sociales*, traducción de Santiago Perea Latorre, Serie de Teoría Jurídica y Filosofía del Derecho, 20, Colombia. Universidad Externado de Colombia.
- Baldwin, P. (1992): *La Política de Solidaridad Social. Bases sociales del desarrollo del Estado de Bienestar europeo 1875-1975*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- Banda Gallego, T. (1997): "El debate sobre la provisión pluralista de los servicios sociales" en *Revistas - Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, N. 5, Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Barr, N. (1993): *The Economics of the Welfare State*. 2ª ed., Oxford University Press, Oxford.
- Barriga Martín, L.A. (2015): "Distribución de competencia, cooperación y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno", *Mesa Redonda: Papel del Estado, las Comunidades Autónomas y los Gobiernos Locales en el desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia*, Diputación de Barcelona y Fundación Demacración y Gobierno Local, en <http://www.diba.cat/documents/14465/17878/bienestar-documentacio-j6-lapad-6-pdf.pdf> (septiembre 2015).
- Barroso González, M.O. y Castro Vadillo, N.J. (2010): "Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: un análisis de su aplicación en Andalucía", *Portularia*, Vol. X, nº 2, 113-120.
- Batista Lopes, J. (2002): "Cuestión Social y Políticas Sociales. Respuesta del Estado y de la Sociedad Civil", en León Aravena (compilador): *Políticas Sociales Para un Nuevo Siglo. ¿La nueva cuestión social?*, Congreso Internacional de Políticas Sociales (2000). Universidad del Bio Bio, Fundación Andes, Chile.
- Baylos, A. (1999): "Estado de bienestar y derechos sociales", en Fernández, T. y Garcés, J. (coords): *Crítica y futuro del Estado de Bienestar: Reflexiones desde la izquierda*. Tirand lo Blanch. Valencia.
- Bazo, M.T. (1990): *La sociedad anciana*, Madrid: CIS y Siglo XXI.
- Bazo, M. T., et al (1996): "Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales". *Revista Española de Investigaciones Sociales (REIS)* 73, 43-56.
- Barr, N. (1993): *The Economics of the Welfare State*. 2ª ed., Oxford University Press, Oxford.

- Beriaín, J. (1990): *Estado de Bienestar, planificación ideológica*, Madrid. E. Popular.
- Berlín, I. (1958): "Dos conceptos de libertad" en *Cuatro ensayos sobre la libertad*, 187243, Madrid. (1988): *Two concepts of liberty*, Oxford: Clarendon Press.
- Bernal, A. (2005): *La familia como ámbito educativo*. Rialp, Madrid.
- Berzosa, C. y Fernández, T. (1993): "El sistema de bienestar en crisis", *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, Madrid. Nº 31/32. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social.
- Berzosa C. (2003): "El Bienestar en la Economía Mundial", en Bilbao, J. (1990): *Hacia una hipótesis explicativa del Estado del Bienestar*. Universidad del País Vasco. 7: 125-127.
- Bettio, F.; Simonazzi, A. and Villa, P. (2006): "Change in care regimens and female migration: the Care Drain in the Mediterranean", en *Journal of European Social Policy*, 16 (3): 271-285.
- Boloni, G. (2005). "The politics of the New Social Policies: providing coverage against new social risks in Mature Welfare". *Policy & Politics*, 33 (3).
- Blomquist, P. (2004): "The choice revolution: privatization of Swedish Welfare Services in the 1009s". *Social Policy Administration*, volume 38, nº2.
- Bobbio, N. (1996): *Derecha e Izquierda*, Taurus, Madrid. Traducido por Picote, A.
- Bond, J. y Rodríguez Cabrero, G. (2007): Health and dependency in later life. En J. Bond and S. Peace (Edited): *Ageing and Society*. London: Sage.
- Bond, John (2009): "Dependencia, exclusión social y vejez en el Reino Unido", traducido por Rodríguez Escudero, B., en Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F.: *El Tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Cap.9: 205-231. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Bonvalet, C.; Ogg, J. y Fernández Cordón, J. A. (Eds.) (2011): *Panorama Europeo de la ayuda intrafamiliar: nueve encuestas*. París: INED/IEA.
- Boyer, Robert (1989): *La teoría de la regulación. Un análisis crítico*. Traducción de Arianne Salzberg. Área de Estudios Laborales/SECYT - CEIL/CONICET - CREDAL/CNRS - Humanitas, Buenos Aires.
- Briggs, A. (1961): "The Welfare State in Historical perspective", *European Journal of Sociology*, 11: 2-20.
- Calvo Ortega, R. y García Calvente, Y. (Dirs.) (2007): "Situaciones de Dependencia: Regulación actual y nuevas perspectivas", Arazandi, S.A. (1ª Ed.), Navarra.
- Castón Boyer, P.; Ramos Lorente, M.M., y Martínez Martín, R. (2009): "Los cuidados de larga duración en un contexto de atención integral", en *Documentación social*, págs. 151-170.
- Carmona Cuenca, E. (2000): *El Estado social de Derecho en la Constitución*, Consejo Económico y Social, Madrid.

- Carmona Cuenca, E. (2006): "Los Derechos Sociales de Prestación y el Derecho a un Mínimo Vital", *Nuevas Políticas Públicas: Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas*, Nº. 2, (Ejemplar dedicado a: Los derechos sociales).
- Casado, D. y Guillén, E. (2001a). *Manual de Servicios Sociales*. Madrid: CCS.
- Casado, D. y López, G. (2001b): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- Casado, D. (2009): "Respuesta a la dependencia anteriores a la Ley sobre la misma", en Arriba González, A. y Moreno Fuentes, F. J.: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Cap. 11: 259-281. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Castro Vadillo, N.J., Flores Ruiz, D. y Barroso González, M.O. (2015): "La Ley de la Dependencia en los mayores. Análisis cuantitativo por CC.AA", *Revista AGATHOS, Atención Sociosanitaria y Bienestar Social*, 3 (en prensa).
- Castro Vadillo, N.J. Flores Ruiz, D. y Barroso González, M.O. (2016): "Análisis de la gestión de la dependencia en España según el enfoque pluralista del Estado de Bienestar", *Revista de Ciencias Sociales. SISTEMA* (en prensa).
- Cavas Martínez, F. (2006): "Aspectos fundamentales de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia", *Aranzadi Social* nº 13.
- Cavas Martínez, F. (2007): "Prestaciones del Sistema", en AA.VV. (Montoya Melgar, A. (Dir.): *La protección de las personas dependientes*. Madrid. Thomson-Civitas).
- Centro de Investigaciones sobre la realidad social - CIRES (1992): *Tercera edad*, Madrid: CIRES.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). 2004. *Estudio n.º 2581, Barómetro de noviembre de 2004*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. (http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=4355). Consultado 12/09/2015).
- Colombo, F.; Fujisawa, R.; Llana, A. y Pearson, M. (2009): "La necesidad creciente de trabajadores para cuidados de larga duración (CLD). ¿Qué están haciendo los países de la OCDE?". *Revista Economistas*, nº 122. Madrid.
- Comas-Herrera, A.; Wittenberg, R.; Costa-Font, J.; Gori, C.; Maio, D, *et al* (2006): "Future Long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom", en *Ageing & Society*, 26: 285-302. Cambridge University Press.
- Comisión Europea (1993): Libro Verde sobre Política Social Europea, UE, Bruselas.
- Comisiones Obreras (2008): El empleo en la atención a la dependencia. Hacia un sector productivo de calidad. Madrid: Confederación Sindical de CCOO.
- Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud (2015): Ubicación de Centros y Zonificación. Coordinación Municipal de Dependencia. Mimeo.
- Corominas, Joan (1973): *Diccionario Etimológico de la Lengua Española*. Gredos, Madrid.

- Consejo de Europa (1998): *Recomendación del Comité de Ministros sobre Dependencia*, R (98) 9, de 18 de septiembre.
- Costas, A. (1996): "Problemas económicos en las sociedades avanzadas", *Grandes Cuestiones de Economía*, nº 7, Madrid. Fundación Argentaria.
- Contreras Casado, M. (1998): "Notas sobre el legislador autonómico de los derechos sociales, económicos y culturales", en *Nuevos escenarios y nuevos colectivos de los derechos humanos*, *Monografías de la Revista Aragonesa de la Administración Pública*, página 457. Zaragoza.
- Contreras Peláez F. J. (1994): *Derechos sociales: teoría e ideología*, Madrid, Tecnos.
- Convención de las Naciones Unidas (2006): *La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y Protocolo Facultativo*. Enable Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. (<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>). Consultado 03/12/2014.
- Costa-Font y Paxot (2003): "Long-term care for older people in Spain. In Comas-Herrera, A. and Wittenberg, R. (eds): *European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the Employment and Social Affairs DG of the European Commission*, PSSRU Discussion Paper 1840, London School of Economics, London, 43–58.
- Costa, G. (2004): *Care Coping Strategies, Vulnerability and Social Policy Dilemmas*, Oxford, ESPAnet Conference, 9-11, September.
- Cunill, Nuria (1991): *Participación Ciudadana. Dilemas y perspectivas para la democratización de los estados latinoamericanos*, CLAD. Caracas.
- Cunill, Nuria (1997): *Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social*. Caracas: CLAD-Nueva Sociedad.
- Clad –Consejo Científico (2000): *La responsabilización (accountability) en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana*. Caracas: CLAD-BID-EUDEBA.
- Claramunt, Mercé (1999): *El reto de la dependencia al envejecer*, obra coordinada por Moragas Moragas, R.; Hereder, Barcelona.
- Chassard, Y., y Quintin, O. (1992): "Social Protection in the European Community: towards a convergence of policies", *International Social Security Review*, vol. 45, 1-2.
- Cristófol Allué, R. (1999): *El reto de la dependencia al envejecer*, obra coordinada por Moragas M. R.; Editorial Herder, Barcelona.
- Courbage, C. y Costa-Font, J. (2006): "On Health, Ageing and Insurance", *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 31, 551-556.
- Cruz Roche, I; Desdentado Bonete, A., y Rodríguez, G. (1985). *Política social y crisis económica. Aproximación a la experiencia española*. Siglo Veintiuno de España. Madrid.
http://economiasocial.tv/ver_video.php?id=5430223d50bf261b5e32b&categoria=&pag= (consultado el abril de 2013).

- Daly, M. (2001): "Globalization and the Bismarckian Welfare Status". En R. Sukes, B. Palier y P. Prior (eds.): *Globalization and European Welfare Status*. Ed. Palgrave. Nueva York: 79-102.
- Daatland, Seven Olaf (2001): "Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, pp. 16-20.
- Daatland, Seven Olaf (2009): "Estrategias recientes en la protección de la dependencia en la bajo el modelo escandinavo del Estado de Bienestar", traducido por Rodríguez E. Beatriz., en Arriba González de Durana y Moreno Fuentes F.C.: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Cap. 6: 147-162. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Daatland, S.O. & Lowenstein, A. (2005): "Intergenerational solidarity and the family welfare state balance", *European Journal of Ageing*, 2, pp. 174-182.
- Da Roit, B; Le Bihan, B., Ósterle, A. (2007). "Long-term care policies in Italy, Austria and France: variations in cash-for-care schemes". *Social Policy & Administration*, vol. 41, nº 6.
- Da Roit B., Martin C. y Le Bihan B. (2009): "Evolución de la política para las personas mayores dependientes en Francia", traducido por Núñez Fernández, J.; en Arriba González de Durana y Moreno Fuentes, F.J.: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Cap. 5: 125-143. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Defensor del Pueblo (2000): *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid.
- De Gier, De Swaan, A. & Ooijens, M. (eds.) (2004): *Dutch Welfare Reform in an Expanding Europe. The Neighbours* view. Amsterdam, Het Spinhuis.
- De Gier, Erik (2009): "El Estado de Bienestar holandés y la dependencia", traducido por Rodríguez Escudero, B., en Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F.: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Cap.8: 185-204, Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- De Lorenzo García, R. (2006): "Fundamentación constitucional y fortalezas/debilidades de la nueva ordenación legal de la dependencia, referencia a la discapacidad". *Revista de Trabajo y Asuntos Sociales*.
- De Paz Báñez, M. A. y Fíntela, E, Sotelo, I. et al (2003): "Mesa redonda: Otro mundo... ¿es posible? VI: 134-138, en Sampedro, J. L., Rallo, A., Beiras X., Vidal, J. Mª et al: *Un mundo para todos. Otra globalización es posible*. 1ª Ed. Icaria. Barcelona.
- De Paz Báñez, M. A. (2005): *La paradoja de la globalización*, Servicios de publicaciones de la Universidad de Huelva, Huelva.
- De Vicente Pachés, F. (2003): *Asistencia Social y Servicios Sociales. Régimen de distribución de competencias*, Madrid, Secretaría General del Senado.
- Dilnot, A.; Disney, R.; Johnson, P. y Whitehouse, E. (1994): *Pensions Policy in the UK. An Economic Analysis*. Londres, Institute for Fiscal Studies.

- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española RAE, ediciones: 1992; 2001 y 2005; Instituto de Investigación Rafael Lapesa de la Real Academia española (2013): Mapa de diccionarios [en línea]. (<http://web.frl.es/ntllet>) (<http://www.rae.es/recursos/diccionarios/diccionarios-antiores-1726-1992/mapa-de-diccionarios>) y (<http://web.frl.es/ntllet/SrvltGUILoginNtlletPub>). (05/09/2014).
- Documentación Social nº 106 (1997): *Políticas contra la exclusión social*. Caritas española. Madrid.
- Donati, P. (1997): "La crisis del Estado social y la emergencia del tercer sector: hacia una nueva configuración relacional". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 5: 15-35.
- Donahue, J. D. (1991): *La decisión de privatizar. Fines públicos, medios privados*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Doyal, L. y Gough, I. (1994): *Teoría de las necesidades humanas*, Icaria, Barcelona.
- Durán Heras, M^a. A. (2012): *El trabajo no remunerado en la economía global*, Madrid, Fundación BBVA.
- Espadas Alcázar, M^a. A. (2007): "Las relaciones Estado-Ciudadanos en la reestructuración del Bienestar. Revisión conceptual para un análisis crítico de la Política Social", en *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 20: 167-188.
- European Commission (2009). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*, Luxembourg.
- European Commission. (2007). *Joint Report on social protection and social inclusion. Supporting document*. Brussels: European Commission.
- EUROPOP (2008): *European Population Projections 2008-2060*, Eurostat, Comisión Europea.
- Escobar Roca, G. (2005): *Introducción a la teoría jurídica de los derechos humanos*, CICODE- Trama, Madrid.
- Escuredo Rodríguez, B. (2006): *Discursos, Políticas y Actuaciones en torno al cuidado de los ancianos dependientes*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona.
- Esping-Andersen, G. (1985): "Power and distributional regimes, Politics and Society, 14 (2), en Mishra, R. (1994): *El Estado de Bienestar en la Sociedad Capitalista. Políticas de desmantelamiento y conservación en Europa, América del Norte y Australia*, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- Esping-Andersen, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Primera edición. Cambridge, Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1993): *Los Tres Mundos del Estado de Bienestar*. Editions Alfons el Magnànim-IVEI, Generalitat Valenciana, Valencia.
- Esping-Andersen, G. y Corpi, W. (1993): "El modelo escandinavo: del alivio a la pobreza a los sistemas avanzados de protección", en Kinsberg, B.: *Pobreza un*

- Tema Impostergable*. Ed. Fondo de Cultura Económica, PNUD y CLAD. México, 369-420.
- Esping-Andersen, G. y Corpi, W. (2000): *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Traducción de Francisco Ramos, 1º Ed.: octubre. Barcelona.
- Esping-Andersen, G. y Corpi, W. (2004): "Prólogo". En Montagut, T. (2004): *Política Social*, (7-14). Ed. Ariel. Madrid.
- Esping-Andersen, G. y Corpi, W. (2009): *The Incomplete Revolution. Adapting to women's new roles*. Malden, USA.
- Espadas Alcázar, M^a. A. (2007): "Las relaciones Estado-Ciudadanos en la reestructuración del Bienestar. Revisión conceptual para un análisis crítico de la Política Social", en *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 20: 167-188.
- Eurostat 2008: *Population and social conditions* (<http://epp.euostat.ec.europa.eu/portal>).
- Etxezarreta Etxarri y Bakaiko Azurmendi (2011): "La participación de la economía social en el ámbito de la dependencia: una aproximación teórica", *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 71:25-48.
- Federación Española de Municipios y Provincias – FEMP (2011): *Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia: su repercusión en los Gobiernos Locales intermedios*, Comisión de Diputaciones, Cabildos y Consejos Insulares. Madrid, en www.femp.es (marzo 2015).
- Fernández, T. (Coord.) (1998): "Desigualdad y Estado de Bienestar", en Paramio R., Esping-Andersen y González-Páramo., et al: *Estado de Bienestar: Perspectivas y Límites*. Ed. Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca. 128.
- Fernández, G. T.; López, P. A. (2006): "El estado del bienestar: Orígenes y perspectivas", (1:15-46), en Alemán B. C.; Fernández, G. T. (Coords.): *Política Social y Estado de Bienestar*. Valencia.
- Ferrajoli, Luigi (1999): *Derechos y garantías. La ley del más débil*. Trotta, Madrid.
- Ferrajoli, Luigi (2008): *La Teoría del derecho en el paradigma constitucional*, Editorial Fundación Coloquio Jurídico Europeo. Madrid.
- Finch, J. y Mason, J. (1993): *Negotiating Family Responsibilities*. Londres, Routledge.
- Fundación Luis Vives (2012): *Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España*, en http://www.luisvivesces.org/upload/95/52/2012_anuario_tsas.pdf (consultado 06/08/2014).
- Flora, P. y Heidenheimer, A. J. (1981): "The historical core and changing boundaries of the welfare state", en Flora, P. y Heidenheimer, A. J.: *The Development of Welfare States in Europe and America* (Transaction Books, New Brunswick, NJ).- (1986): *The Development of Welfare States in Europe and America*, Transaction Books, New Brunswick and London.
- Flora, P. (1993): "Los Estado de Bienestar y la Integración Europea", en L. Moreno (comp.), *Intercambio social y desarrollo del bienestar*, Madrid: CSIC/IESA/MAS.

- Ferrera, M. (1994): "La comparación y el Estado de Bienestar, ¿un caso de éxito?", en G. Sartori y L. Morlino, eds., *La comparación en las ciencias sociales*, Madrid: Alianza.
- Franco, Rolando (1995): "Estado, consolidación democrática y gobernabilidad en América Latina", en Alcántara, M; Crepo, I.: *Los límites de la consolidación democrática en América Latina*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Friedman, M. (1984): *La tiranía del statu quo*, Ariel, Barcelona.
- Galbraith, J. K. (1992): *La cultura de la satisfacción*, Barna: Ariel.
- Gallardo, M. C. (2006): *Manual de Servicios Sociales Comunitarios*, Síntesis, Madrid.
- Garcés Ferrer, J. (coord.) (1996): *Sistema político y administrativo de los servicios sociales*, Tirant Lo Blanch, Valencia.
- Garcés Ferrer, J. (2006): "Política social e ideología", en Alemán Bracho, C. y Fernández, García, T.; (Coord.): *Política Social y Estado de Bienestar*. Tirant lo Blanch. Valencia, 3: 103-133.
- Garcés Ferrer, J. (2012): "Amenazas al sistema de bienestar español en los inicios del tercer milenio". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 45, 2002.
- Garcés Sanagustín, A. (2008): "Desarrollo y aplicación en el Estado Autonómico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)"; en: *El estado de las autonomías en 2008*. Madrid: Temas monográficos.
- García Giradles, T. y Robles Ríos, P. (2010): Los servicios sociales de atención primaria y la LAPAD: ¿relaciones de complementariedad o subsidiarias?, *Congreso REPS*, 30 septiembre – 1 octubre.
- García, M. M. (2004): *El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres*. Gaceta Sanitaria, Vol. 18 suplemento 2. Barcelona.
- García Rubio, M. A. (2009): "Los servicios (I): aspectos comunes de su régimen jurídico", en Roqueta Buj, R. (Coord.): *La situación de dependencia. Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo reglamentario, estatal y autonómico de la Ley de Dependencia*, Valencia, Tirant Lo Blanch.
- Giannakouris, K. (2008): "Ageing Characterises the Demographie. Perspectives of the European Societies". *Eurostat*, Statistics in Focus 72/2008.
- Giddens, A. (1996): *Más allá de la izquierda y la derecha*, Madrid, Cátedra.
- Gil Calvo, E. (2009): "El Cuarto Pilar y la crisis económica", en *Claves de la razón práctica*, nº. 194:8-18.
- Gil y Gil, J. L; y Ushakova T. (2002): "Los Derechos Sociales en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea", *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*. 5 (<http://www.uv.es/CEFD/5/gil.html>).
- Gil Blázquez, A. (2009): "Desafíos de la Dependencia". *Revista Trabajo Social Hoy*, 57:49-74. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

- Giner, S. (1987): "Los avatares de la sociedad civil", en *Ensayos civiles*. Península, Barna.
- Guillén, E. (2005): "Sobre las segundas leyes de servicios sociales", en Guillén, E. (comp.), *Sobre problemas y respuestas sociales*, Barcelona, Hacer.
- González Rabanal, M. C. (2002): "Luces y sombras de la globalización. El futuro de los sistemas de bienestar", *Estudios sobre consumo*, 61: 53-62.
- González Rabanal, M. C. (2009): "El Estado de Bienestar y la gestión mixta", en Juez Martel, P. (Coord.); González Rabanal, M. C; y Martín Molina, P.: *Economía y Gestión de Entidades No Lucrativas*. Ed. Universitaria Ramón Areces. Madrid, 1: 15-42.
- González Ortega, S. y Quintero Lima, M^a. G. (2004): *La Protección Social de las personas dependientes*, La Ley. Madrid.
- González Temprano, A. y Torres Villanueva, E (1992): *El Estado de Bienestar en los países de las OCDE*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- Gómez, C. (2001): "Globalización y crisis del estado del bienestar", en <http://www.5campus.com/leccion/globalcrisis>, consultado el 15/11/2009.
- Gómez J. C. y Domínguez G. J.A., (2001): *Sociología de la educación*. Madrid.
- Gómez, Rosa, (Coord.)(2007): *Estado de Bienestar y gobernanza*. Sevilla: Instituto Andaluz de Administración. Pública.
- Gómez, S. (2013): "Aproximación a la implementación de Políticas Públicas a través de la Ley de la Dependencia: Experiencias de otros países y valoración de la situación en España". *Trabajo Social Hoy*, Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, 68: 7-29.
- Gough, Ian (1982): *La economía política del Estado del Bienestar*, Herman-Blume Ediciones. Madrid.
- Gough, Ian (2007): "Los Estados de bienestar europeos: lecciones para países en desarrollo". Traducción de Berna Wang. *Papeles*, 99.
- Grávalos Gastamiza, M.A. (2002): *Economía Social*, Septem Ediciones, Oviedo.
- Gutiérrez Resa, A. (1999): "Estado de Bienestar y Tercer Sector", en Fernández García, T. y Garcés Ferrer, J. (coord.): *Crítica y futuro del Estado del Bienestar. Reflexiones desde la izquierda*, Tirant lo blanch. Valencia.
- Gutiérrez Resa, A. (2006): "Mayores y familias ante el futuro de los servicios sociales", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60, 81-105.
- Guzmán Gómez, Elsa (2005): *Resistencia, permanencia y cambio. Estrategias campesinas de vida en el poniente de Morelos*, Plaza y Valdés, Barcelona.
- Habermas, Jürgen (1998): *Facticidad y Validez sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría y discurso*, traducción de Jiménez Redondo, Manuel, Trotta, Madrid.

- Hellsten, K.; Kallioma-Puha, L.; Komu, M. y Sakslin, M. (2004): "Las diversas formas de protección de la dependencia en Finlandia", en AA.VV. (González Ortega, S. y Quintero Lima, M^a. G. (Coords.): *Protección social de las personas dependientes*, Madrid (La Ley).
- Herrera Gómez, M. (1998): *El Tercer Sector en los sistemas de bienestar*, Tirant Lo Blanch, Valencia.
- Herrera Gómez, M. (1998a): "Las Políticas Sociales en el Welfare Mix", *REIS* 96/01 pp.71-93.
- Herrera Gómez, M. (1998): *El Tercer Sector en los sistemas de bienestar*, Tirant Lo Blanch, Valencia.
- Hooge, E. y Faber, M. (2005): *Maatschappelijk ondernemen. Een verkenning van het debat*, S&D 7/8, pp. 20-25.
- Huber, M.; Rodrigues, R.; Hoffmann, F.; Gasior, K.; Marin, B. (2009): Facts and figures on Long-term care: Europe and North America. European centre for Social Welfare Policy and Research. Viena.
- Iglesias, J. y Flaquer, L. (1993): "Familia y análisis sociológico: el caso de España", en *Revista Internacional de Sociología*, nº 61.
- Iglesias de Ussel, J. (1994): "Familia", en Juárez, M., Demetrio Casado: *V Informe sociológico sobre la situación social en España: sociedad para todos en el año 2000*. Ed. Fundación FOESSA. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2005): Estudio descriptivo de la pobreza en España. Resultados basados en la Encuesta de Condiciones de Vida 2004. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística - INE (2008): *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)*. Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística - INE (2011): *Encuesta de Población Activa*, en www.ine.es, (consultado el 01/04/2011).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO (1995a): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.
- IMSERSO (1995b): *Cuidados en la vejez. Las personas mayores en España*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.
- IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2002): *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2004a): *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- IMSERSO (2004b): Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 4.597.
- IMSERSO (2005): *Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España. Diciembre 2004*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
(<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>). Consultado 12/09/2015).
- IMSERSO (2006a): *Las personas mayores en España. Informe 2006*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO- CIS (2006b): Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 2.647.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2007): *Ley de Promoción de la Autonomía y Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Madrid: Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- IMSERSO (2009): *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Isuani, E. (1991): "Bismarck o keynes: ¿Quién es el culpable? Notas sobre la crisis de acumulación". En Isuani, E.; Lo Vuolo, R. y Tenti, E.: *El Estado benefactor un paradigma en crisis*. Ed. Miño y Dávila/ CIEPP. Buenos Aires.
- Jacobzone, S. (1999): "Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, nº 38, OECD Publ.
- Jacobzone, S. y Jenson, J. (2000): "Care Allowances for Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers", *OECD*, Paris.
- Jerrrome, D. (1993): "Intimate Relationships", en Bond, J.; Coleman, P. y Peace, S. (eds.): *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology*. Segunda Edición. Londres, Sage.
- Jerrrome, D. y Weger, G.C. (1999): "Stability and change in late-life friendships", en *Ageing and Society*, vol. 19. pp. 661-676.
- Johnson, Norman (1987): *The Welfare State in Transition. The Theory and Practice of Welfare Pluralism*, Brighton. Wheatsheaf Books.
- Johnson, Norman (1990): *El Estado de Bienestar en transición. La teoría y la práctica del pluralismo del bienestar*. Ed. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- Johnson, P. y Falkingham, J. (1992): *Ageing and Economic Welfare*. Londres, Sage Publications.
- Keynes, J. M. (1970): *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*, México, FCE.

- Keynes, J. M. (1991): *Las consecuencias económicas de la paz*, Barcelona, Crítica.
- Le Bihan, B. & Martin, C. (2007): "Payment for Care in the French Welfare State: a Skilful Compromise?", in C. Ungerson & S. Yeandle (eds), *Commodified Care Work in Developed Welfare States*, London, Palgrave.
- Llano Sánchez, M. (2012): "Igualdad y diversidad en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las personas del sistema", Capítulo III: 78-104; en Barrios Baudor, G.; Conde Marín, E.; Heras Hernández, M^a. M.; Molina González-Pumariega, R., y Molero Marañón (Coordinadora): *Retos para una Implantación efectiva del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Ediciones Cinca. Madrid.
- Marbán Gallego, V. (2007): "Tercer sector, Estado de Bienestar y política social", *Política y Sociedad*, Vol. 44 Núm. 2: 153-169.
- Marbán Gallego, V. (2009). La atención a la Dependencia en Moreno, L (coord.): *Reformas de las políticas del bienestar en España* (pp. 207-238). Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Marbán Gallego, V. (2011): "Los actores sociales en el sistema de la dependencia español", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 29, Num. 1: 69-91.
- Marbán Gallego, V. (2012): "Actores sociales y desarrollo de la Ley de la Dependencia en España". *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, Vol.70, nº 2, Mayo-Agosto, 375-398.
- Marbán Gallego, V. y Rodríguez, G. (2006): "El Estado de Bienestar y tercer sector social en España. El estado de la investigación social", *CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa*, nº 56, pp. 117-139.
- Marbán Gallego, V.; Montserrat Codorniú, Morán Aláez, y Rodríguez Cabrero (2012): *El sector de la discapacidad: realidad, necesidades y retos futuros. Análisis de la situación de la población con discapacidad y de las entidades del movimiento asociativo y aproximación a sus retos y necesidades en el horizonte del 2020*. Grupo Editorial Cinca, S.A. Madrid.
- Martín Castro, M^a. B. (2010a): "Estado y pluralismo de bienestar: políticas y tendencias en la Agenda Social. Consideraciones desde el caso español", en *Revista de Derecho y Ciencias Políticas*. Vol. 40 N^o. 1227p. 143-173, Medellín-Colombia.
- Martín Castro, M^a. B. (2010b): "análisis y retos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía en el marco de la gobernanza multinivel", *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 163-187.
- Martín Castro, M^a. B. (2012): "Reformas del Estado de Bienestar mediterráneo: Especial referencia al caso español en la época de crisis". *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche*. Vol. 1, núm. 8.
- Martínez Buján, R. (2010): *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*, Madrid: CSIC.
- Marshall, T. H. (1998): *Ciudadanía y Clase Social*, (edn. Orig 1950: *Citizenship and Social Class*). Alianza, Madrid. Traducido por P. Linares.

- Marshall, T. H. (1975): *Social Policy*. Ed. Hutchinson, Londres.
- Martínez de Pisón C. J. (1998): *Políticas de Bienestar. Un estudio sobre los derechos sociales*. Ed. Tecnos. Madrid.
- Martínez Herrero, M^a. J. (2007): *Las Políticas Familiares en Europa. Una aproximación al Estado de Bienestar desde un enfoque de género*. Serie Tesis Doctorales. Universidad del País Vasco. Dirección para la Igualdad. País Vasco.
- Martínez Román, M. A., Mira-Perceval Pastor, M. T., Redero Bellido, H. (1992): Función específica de la familia en la atención social comunitaria: su valor como recurso para la sociedad, en *Revistas - Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, N. 1. Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Martínez-Pujalte, L. V. (1998: 71): "Sociedad del Bienestar y Sistema Fiscal", en Fernández, G. T. (coord.), Paramio R. L., Esping-Anderse, G.; González-Páramo, J.M.; et al: *Estado de Bienestar: Perspectivas y Límites*. Universidad Castilla-La Mancha, Cuenca.
- Mayntz, Renate (1985): *Sociología de la Administración Pública*. Madrid. Alianza Editorial.
- Mayntz, Renate (2001): "El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna", en *Reforma y democracia. Nº 21, Caracas: CLAD*.
- Mercader Uguina, J. (2007): "Titularidad, valoración y reconocimiento de las situaciones de dependencia", *Temas Laborales* (Monográfico sobre Protección Social de la Dependencia).
- Mingo Basail, M. L. (2008): "Atención a las personas en situación de dependencia: Derechos y Prestaciones Sociales". *Trabajo Social Hoy*, 53:7-37.
- Millar, J. & Warman, A. (1996): *Family obligations in Europe*, London: Family Policy Studies Centre.
- Ministerio de Asuntos Sociales (1993): *Plan Gerontológico*. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid. Pág. 15.
- Mishra Ramses (1989): "El Estado de Bienestar después de la crisis: los años ochenta y más allá". En Muñoz de Bustillo (comp.): *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*. Alianza Universidad. Madrid.
- Mishra Ramses (1990), (1992): *El Estado de Bienestar en crisis*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- Mishra Ramses (1993): *El Estado de Bienestar en la sociedad capitalista. Políticas de desmantelamiento y conservación en Europa, América del Norte y Australia*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- Molero Marañón, M^a. L. (2009): "El incipiente reconocimiento legal de los cuidadores informales". *Relaciones Laborales. Revista crítica de teoría y práctica*, nº1: 12- 13.
- Molina González-Pumariega, R. (2012): "Los Servicios Sociales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia tras seis años de funcionamiento", Cap. IV: 105-153; en Barrios Baudor, G.; Conde Marín, E.; Heras Hernández, M^a. M.; Llano

- Sánchez, M., y Molero Marañón (coord.): *Retos para una Implantación efectiva del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Ediciones Cinca. Madrid.
- Molina, Sebastián (2007): *Poder y familia. Las élites locales del corregimiento de Chinchilla- Villena en el siglo del Barroco*, Universidad de Murcia, Murcia.
- Moreno Pérez, J.L., Molina Navarrete, C., Moreneo Vida, M.N., Maldonado Molina, J.A. y González De Pato, R.M., (2007): *La protección Jurídica de las Situaciones de Dependencia. Estudio sistemático de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de protección de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Comares. Granada.
- Moreno, Luis (1999): "La vía media española del régimen de Bienestar mediterráneo" en *Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de trabajo 99-05*. <http://www.iesam.csic.es/doctrab/dt-9905.htm> (24/04/2012).
- Moreno, Luis (2006): *España y el bienestar mediterráneo*. (En línea). Ponencia presentada en el I Seminario Internacional *Políticas social y regímenes de bienestar en transición. Orígenes, conceptos y estrategias en países con desarrollo humano alto*. Universidad de Guadalajara (México). 11-13 Septiembre, 2006. Documento de Trabajo 06-10 de la Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). (<http://digital.csic.es/bitstream/10261/1669/1/dt-0610.pdf>). (Consultado, 13/09/2015).
- Montagut, T. (2004): *Política Social*. Ed. Ariel. Madrid.
- Monzón Campos, J. L. (2010): Las grandes cifras de la Economía Social en España. Ámbito, entidades y cifras clave. Año 2008, en http://www.ciriec.es/CIRIEC_Grandes_Cifras_Economia_Social.pdf (27/04/2012).
- Moreno, Luis (1999): "La vía media española del régimen de Bienestar mediterráneo" en *Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de trabajo 99-05*. <http://www.iesam.csic.es/doctrab/dt-9905.htm> (24/04/2012).
- Moreno Fernández, L. (2000): *Ciudadanos precarios: La última red de protección social*. Barcelona, Ariel.
- Mulas-Granados, C. (coord.) et al (2010): *El Estado Dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del Estado de Bienestar en Europa*, Editorial Complutense, Madrid.
- Muñoz de Bustillo, R. (1993): *Crisis y futuro del Estado del Bienestar*. Alianza Universidad, Madrid.
- Muñoz de Bustillo, R. (2000): *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo. Una perspectiva comparada*. Alianza Editorial, Madrid.
- Muñoz Luque, J. (2009): "Los servicios sociales de atención primaria en España", en Navarro, V. (dir.), *La situación social de España*, Fundación F. Largo Caballero, Madrid, 503-542.
- Naldini, M. (2003): *The family in the Mediterranean welfare states*, Frank Cass, London-Portland.
- Naldini, M. (2006): *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Carocci, Roma.

- Naldini, M. y Saraceno, C. (2008). "Social and familia policies in Italy: not totally frozen but far from structural reforms". *Social policy % Administration*, vo. 42, 2.
- Narbond, P, y Ramos, C. (2001): *La cuestión de la governance: mercados, redes y capacidad estatal de conducción*. Paper presentado en el VI Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina (5-9 nov.).
- National Statistics Online (2005c): Annual Survey of Hours and Earnings (ASHE). (<http://www.statistics.gov.uk/Stat-base/Product.asp?vink-14203>), (consultado, 14/07/2015.)
- Navarro, Vicenç (2004): *El Estado de Bienestar en España*, Tecnos, Madrid.
- Navarro, Vicenç (2009): *La Situación Social de España III*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- Navarro, Vicenç (2012): *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia*. Editorial Ariel, Madrid.
- Navarro, Vicenç; Torres López, J.; Garzón Espinosa, A. (2011): *Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar Social en España*. Sequitur. Madrid.
- Navarro Yáñez, C.J. y Rodríguez García, M.J. (2004): "Administración pública y tercer sector. Propuesta analítica y estudio del caso de Andalucía", *Papers*, 73, 105- 125.
- Nino, Carlos S. (2001): "Sobre los Derechos Sociales", en Carbonell, M., Cruz Parceró, J.A., Vázquez, R. (Comps.): *Derechos sociales y derechos de las minorías*, 2ª. Ed. México. Universidad Autónoma de México-Porrúa.
- Noya Miranda, F. J. (1997): "Ciudadanía y capital social. Estudio preliminar en torno a la ciudadanía y clase social, de T.H. Marshall" *Reis*, 79. UNED, Madrid.
- OECD (1988): *The future of social protection*, OECD social policy Studies, 6. Paris.
- OECD (2005): *Long-term Care for Older People*, The OECD Health Project.
- OECD (2006): Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?. Economics Department Working Papers, núm. 477.
- Óesterle, A. y Heitzman, K. (2009). "Welfare State development in Austria: strong traditions meet new challenges". En Schubert, K., Hegelich, S., Bazant, U. (eds.) *The handbook of European Welfare Systems*. London: Routledge.
- O'connor, James (1981): *La crisis fiscal del Estado*. Editorial Península, Barcelona.
- Ochando Claramunt, C. (1999): *El Estado del Bienestar. Objetivos, modelos y teorías explicativas*. Barcelona. Ariel.
- Offe, Claus (1990): *Contradicciones en el Estado del Bienestar*. Madrid. Alianza.
- Oficina de Planificación Social y Cultural (2004): "In het zicht van de toekomst". *Scoiaal en Cultureer Rapport*. La Haya.

- Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund (2000): *Hacia un consenso internacional sobre los cuidados de larga duración para las personas mayores*. IMSERSO. Portal Mayores. (<http://www.impersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-consenso-01.pdf>), consultado 6/03/2009.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.
- Ortíz Villalobos, N. (2009): "Los Derechos Sociales Fundamentales y Exigibles", <http://es.slideshare.net/guest8ed56e/los-derechos-sociales-fundamentales-y-exigibles> (Consultado: 24/01/2013).
- Osés, J. M^a (1967): "Introducción a la doctrina social de la Iglesia", en VV. AA.: *Curso de doctrina social católica*. Instituto Social León XIII, BAC, Madrid.
- Österle, August (2009): "Regímenes de bienestar europeos y el cuidado de larga duración", traducido por Esther Ortega, en Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F.: *El Tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Cap. 2: 35-60. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, A., Aguilar, M.D., y Lázaro, P. (2004): "Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española". *Revista Esp. Salud Pública*, 78, 201-213.
- Pacolet, J. (1998): *Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway*. Brussels: European Commission.
- Pacolet, Jozef; Bouten, R.; Lanoye, H. y Versieck, K. (2000): *Social Protection for Dependency in Old Age. A Study of the Member States and Norway*, Ashgate, Aldershot, xviii + 337 p.
- Pacolet, Jozef (2006): "Protección social de personas mayores dependientes: Sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del Seguro de cuidados de larga duración", en *Revista Española del Tercer Sector*, nº3, Mayo-Agosto.
- Paramio R. L. (1998): "Estado de Bienestar y Ciudadanía", en *Estado de Bienestar: Perspectivas y Límite*. Fernández G.T. (Coord.), Esping-Andersen, G., et al, Universidad Castilla-La Mancha, Cuenca.
- Pampillón, R. (2008): "El Modelo Nórdico", *Revista de Economía Mundial*, 18: 155-165. Universidad de Huelva. España.
- Pavolini, E. (2004): *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma.
- Pavolini, E. and Ranci, C. (2008): "Restructuring the Welfare State: reforms in longterm care in Western European countries". *Journal of European Social Policy*, volume 18, nº 3.

- Peces-Barba Martínez, G. (1988): "Reflexiones sobre los derechos económicos, sociales y culturales" en *Escritos sobre Derechos Fundamentales*, Eudema, Madrid.
- Peces-Barba Martínez, G. (1990): "El socialismo y el Derecho al Trabajo", *Sistema: Revista de Ciencias Sociales*, Nº 97: 3-10.
- Peces-Barba Martínez, G. (1993): *Derecho y Derechos Fundamentales*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- Peces-Barba Martínez, G. (1999): *Curso de derechos fundamentales. Teoría general*, BOE-Universidad Carlos III de Madrid.
- Pérez-Bueno, L. C. (2003): "Necesidad de un nuevo marco jurídico para las personas con discapacidad en España" en *Documentación Social*, núm. 130, Madrid.
- Pérez-Bueno, L. C. (dir.) (2004): *La protección de las situaciones de dependencia en España*, Comité español de Representantes de Personas con discapacidad (CERMI), Madrid.
- Pérez-Bueno, L. C. (2006): La discapacidad y las situaciones de dependencia en cifras aproximación conceptual y estadística. Niveles actuales de protección y modelos europeos, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Núm. 65.
- Pérez Cano, V., Musitu Ochoa, G. y Moreno Ruiz, D. (2011): "Los Mayores y la familia: raíces, evolución, actualidad"; en *Familiares cuidadores de mayores. Una ardua y silenciosa labor. Realidad y perspectivas de futuro*. Cap. 1: 29-56. Dykinson. Madrid.
- Pérez Luño, A. E. (1995): *Derechos humanos, Estado de derecho y Constitución*, 5ª edic., Tecnos, Madrid, 1995.
- Phillipson, C.; Bernard, M.; Phillips, J. y Ogg, J. (2001): *The Family and Community Life of Older People: Social net-works and social support in three urban areas*. Londres, Routledge.
- Pisarello, G. (2007): *Los Derechos Sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*. Ed. Trotta, Madrid.
- Picó, Josep (1987): *Teorías del Estado del bienestar*. Ed. Siglo XXI de España. Madrid.
- Picó, Josep (1996): "Modelos sobre el Estado de Bienestar. De la ideología a la práctica", en Casilda Béjar, R. y Tortosa, J. M (eds.): *Pros y Contras del Estado de Bienestar*. Editorial Tecnos. Madrid.
- Pierson, Christopher (1991): *Beyond the Welfare State*. Philadelphia: Pennsylvania State University Press.
- Pierson, C. and Castles F. G. (2006): *The Welfare State Reader*. Malden, Ma – USA.
- Pierson, Paul (1995): *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Pfaller, A.; Gough, I.; Therborn Göran, (comps.) (1993): *Competitividad económica y Estado de Bienestar. Estudio comparativo de cinco países avanzados*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- Pons, A. (2010): "El Estado dinamizador y la atención a los dependientes en España", en Mulas-Granados, C. (coord.) *et al: El Estado Dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del Estado de Bienestar en Europa*. Madrid, Editorial Complutense, 257-272 p.
- Pontificio Consejo para la Familia (1983): *Carta de los derechos de la Familia*. http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/family/documents/rc_pc_family_doc_19831022_family-rights_sp.html (07/08/2014).
- Puga, D. (2001): Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid, Fundación Pfizer.
- Puyol (2005): "La población española en el marco de la Unión Europea", en *Revista de Economía Española*, nº 104, pp. 2-6.
- Prieto Sanchís, L. (1990): *Estudios sobre derechos fundamentales*, Debate, Madrid.
- Querejeta González, M. (2004): *Discapacidad /Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*, IMSERSO, Madrid.
- Ramos Gallarín, J.A. (2009): *Los municipios en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia*. Madrid: Anuario de Derecho Municipal.
- Ramió, Carles (2001): Los problemas de la implantación de la Nueva Gestión Pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional, en *Reforma y democracia*, Nº 21, octubre, Caracas: Clad.
- Ranci, Constanzo (2009): "Crisis y transformación del sistema italiano de asistencia: más allá del familiarismo, el papel del mercado y las políticas públicas"; traducido por Jiménez Buedo, A.; en Arriba Gonzalez, A., y Moreno Fuentes, F. J.: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*, Cap. 10: 235-255. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Rhodes, Martin. (2002): "Globalization and West European Welfare States: A critical Review of recent debates". *Journal of European Social Policy*, 6(4), 305-327.
- Rivero Lamas, J. (1987): "Los derechos humanos en el ámbito laboral", en Fernández Rodríguez, F. (coord.): *Estudios sobre la encíclica Laborem exercens*. BAC, Madrid.
- Rodríguez Cabrero, G. (1984): "La participación política en las sociedades industriales occidentales: ciudadanos, partidos políticos y bienestar social", en *Revista Pensamiento Iberoamericano*, núm. 5, enero-junio.
- Rodríguez Cabrero, G. (1985): "Tendencias actuales del intervencionismo estatal y su influencia en los modos de la estructura social", en *REIS*: 31/85 (79-104).
- Rodríguez Cabrero, G. (1990): "Entre la protección social y el bienestar social", en Albarracín, J., *et al: Reflexiones sobre política económica*, Editorial Popular, Madrid, 220.

- Rodríguez Cabrero, G. (1991): "Un debate sobre la problemática de la sociedad civil y el Estado", en Rodríguez (ed.): *Estado, privatización y bienestar. Un debate de la Europa actual*. Icaria, Barcelona.
- Rodríguez Cabrero, G. (1992): "Fundamentos teóricos de la política social en, Moreno Fernández L. y Pérez-Yruela M. (comps.): *Política social y Estado del bienestar*. Ministerio de Asuntos Sociales (Colección Estudios), Madrid.
- Rodríguez Cabrero, G. (1994): "Estado del bienestar y sociedad del bienestar", *Revista Internacional de Sociología*, 8 y 9, 7-29.
- Rodríguez Cabrero, G. (1996): "Los límites del Estado de Bienestar y las tendencias en el desarrollo de la Reforma Social", en VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*, Fundación Argentaria, Madrid.
- Rodríguez Cabrero, G. (1999): *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- Rodríguez Cabrero, G. (2002): *Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro*, Universidad de Alcalá. Disponible en www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0214.pdf, (consultado 01/9/2015).
- Rodríguez Cabrero, G. (2004a): *El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Ed. Fundamentos. Madrid.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004b): "Protección social de la dependencia en España", *Documento de trabajo 44/2004, Fundación Alternativas*.
- Rodríguez Cabrero, G. (2006): "Una visión global del debate en política social en España a través de las reformas del período 1985-2002", en Rodríguez, G.: *Actores sociales y reformas del bienestar*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid. 15-51.
- Rodríguez Cabrero, G. (2007): "La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales", *Política y Sociedad*, Vol. 44. Núm. 2: 69-85.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1998): "El problema de la dependencia en las personas mayores", en *Documentación social*, nº 112: 33-64. España.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2005): "La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales, en Casado (dir.), *Avances en bienestar basados en el conocimiento*, Madrid, Ed. CCS.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2006), "El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia", *Documento de trabajo 87/2006, Fundación Alternativas*.
- Rodríguez de Santiago, J. M. (2007): *La Administración del Estado social*, Marcial Pons, Madrid-Barcelona.
- Rodríguez-Piñero, M. y Bravo Ferrer (2006): "La protección social de la dependencia", *Relaciones Laborales*, núms. 23-24:5.

- Rodríguez, P. y Sancho, M. T. (1995): "Vejez y familia: apuntes sobre una contribución desconocida", *Revista Infancia y Sociedad*, 1995 (29): 63-78.
- Roqueta Buj (2009): "La dependencia: concepto, valoración y reconocimiento", en VVAA. (Dir. Roqueta Bud): *La situación de dependencia. Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo estatal y autonómico de la Ley de la Dependencia*, Tirant lo Blanch, Valencia.
- Rose, R. (1971): *Governing without consensus. And Irish Perspective*, Faber y Faber, Londres.
- Rossell Odriozola, C. (2008): *Tercer sector y co-gestión de políticas en España y Uruguay ¿un matrimonio por conveniencia?*. Instituto Nacional de la Administración Pública, Madrid.
- Rostgaard, T. & Fridberg, T. (1998): *Caring for children and older people. A comparison of European policies and practices*, Copenhagen, The Danish National Institute of Social Research, report 98:20.
- Rubí i Martínez C.: (1991) "El análisis de las necesidades y recursos desde la perspectiva del Trabajo Social". *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 21. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Rubio, M. J. (1991): *La formación del Estado Social*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- Ruiz-Huerta, C. J. (1998): "Consideraciones sobre la situación actual y perspectivas del Estado del Bienestar en España", en Castells, A.; Bosch, N. (Dir.) (1998): *El futuro del Estado del Bienestar*, Editorial Civitas, Madrid.
- Rubio, J. A. (2007): "El Tercer sector frente a las transformaciones del Estado del Bienestar", *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol., 20, 275-287.
- Sáenz Royo, E. (2003): *Estado Social y descentralización política*, Civitas, Madrid.
- Sagardoy y Bengoechea, J. A. y López Cumbre, L.; López López, M^a. T. (coord.): (2005): "Políticas de familia y dependencia en el marco de la Seguridad Social", en *Familia y dependencia: nuevas necesidades, nuevas propuestas*, Ediciones Cinca, España.
- Sajardo Moreno, A. (2007): "Economía Social y Nuevo Estado de Bienestar. Los Servicios asistenciales y la integración socio-laboral", *Colección Mediterráneo Económico*, 6, 289-310.
- Salamon, L. y Anheir, H. (1998): "Social Origins of Civil Society: Explaining the Nonprofit Sector Cross-Nationally", en *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Vol. 9, Nº 3.
- Salamon, L. (1994): "The rise of the nonprofit sector: A global associational revolution", en *Foreign Affairs*, July/Aug.
- Salinas, F., Rubio, M. y Cerezo, I. (2001): *La evolución del Tercer Sector hacia la Empresa Social*, Madrid, Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España.

- Salinas Ramos, F. (1999): "Derechos Sociales, pobreza y exclusión social", en *Documentación Social*, núm. 114: 418.
- Salinas Ramos, F. (2011a): "Presentación del monográfico: El papel de la economía social e la aplicación de la Ley de la Dependencia". *CIRIEC-España, revista de economía pública, social cooperativa*, 71: 5-8.
- Salinas Ramos, F.; Osorio Bayter, L. y Albarrán Fernández, C. (2011b): "El sector público y la Economía Social en la atención a la dependencia", *CIRIEC- España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 71:9-24.
- Sempere Navarro, A. V. y Cavas, F. (2007): *Estudios de la Ley 39/2006 sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*. Ed. Arazandi. Madrid.
- Sánchez-Rodas Navarro, C. (2011): "La inclusión de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia y de las que no pueden valerse por sí mismas en el ámbito de aplicación del Reglamento 883/2004", en AA.VV. (Sánchez-Rodas Navarro, Dir.): *Las prestaciones españolas por dependencia y el Derecho de la Unión*. Laborum, Murcia.
- Sarasa Urdiola, S. y Moreno, L. (comp.) (1995): *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*. CSIC y Ministerio de Asuntos Sociales.
- Sarasa Urdiola, S. y Moreno, L. (1996): "Génesis y desarrollo del Estado de Bienestar en España". *Revista Internacional de Sociología*, 6.
- Sarasa Urdiola, S.: "Pluralismo agonístico y gestión del bienestar", en VV.AA. (1996): *Dilemas del Estado de Bienestar*. Argentaria, Madrid.
- Sarasa, S. (2009): "Long-Term Care: The persistence of familialism", en Guillén y León, M. (Ed.): *The Spanish Welfare State in Euopean Coutex*. Ahgate Publishing.
- Schneider, U. y Reyes, C. (2007): Mixed blessings: long-term care benefits in Germany. En Urgenson, C y Yeandle, S. (eds) *Cash for care in developed welfare states*. Houndmills: Plagave MacMillan.
- Schulte, Bernd (2009): "Seguros sociales de cuidados de larga duración en Alemania", traducido por Fortin M. G., en Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, Fco. J.: *El Tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Cap. 7: 167-184. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Schut, F. T. y Van den Berg, B. (2010): "Sustainability of comprehensive universal longterm care insurance in the Netherlands". *Social Policy and Administratio*, 44 (4).
- Schneider, U. and Reyes, C. (2007): "Mixed Blessings: Long-term Care Benefits in Germany". In Ungerson, C. and Yeandle, S. (eds.), *Cash for Care in Developed Welfare States*. Houndmills: PalgraveMacmillan.
- Servicio de Atención a la Dependencia (2011): Memoria 2011. Diputación de Huelva. Página 2-27 Mimeo.
- Servicio de Atención a la Dependencia (2012): Memoria 2012. Diputación de Huelva. Página 2-41. Mimeo.

- Servicio de Atención a la Dependencia (2013): Memoria 2013. Diputación de Huelva. Página 1-22 Mimeo.
- Serrano Pascual, A.; Artiaga Leiras, A.; y Dávila de León, M. C. (2013): "Crisis de los cuidados, Ley de la Dependencia y su confusión semántica". *Revista Internacional de Sociología* (RIS), Vol.71, nº 3, Septiembre-Diciembre, 669-694.
- Shaw, C. (2001): "Population trends in the 21st century" en *Population Trends*, vol. 103, pp. 37-46.
- Sipilä (1997): Social care services: the key to the Scandinavian welfare model. Adershot: Avebury.
- Sotelo, J. (1999): "Política económica del Estado de Bienestar", en Fernández, A. (Director); Fernández, J. A. y Uxó, J. (coordinadores): *Fundamentos y papel actual de la política económica*. Ed. Pirámide. Madrid.
- Sotelsek, Daniel (2002): "Estado de Bienestar y Políticas Públicas", en VV.AA. *Apuntes sobre Bienestar social*; (39-67). Alcalá de Henares, Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Subirats, Joan y Gomá, Ricard (2000): "Cambios en las políticas de bienestar e innovación social en la Unión Europea", *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. Nº 17.
- Subirats, J., Adelantado, J., Fernández, M., Giménez, M., Iglesias, M., Rapoport, A. y San Martín, J. (2007): *Los Servicios sociales de Atención primaria ante el cambio social*, Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Szebehely, M. (ed.) (2005): *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*, København, Nordisk Ministerråd, TemaNord. Printed in Denmark.
- Taylor-Gooby, P. (1991): Social change, social welfare and social science, Londres: Hvester-Wheatsheaf.
- Taylor-Gooby (2004): *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Titmuss, R. M. (1981): *Política Social*. Ed. Ariel. Barcelona.
- Torres López, J. (2006): *Desigualdad y crisis económica. El reparto de la tarta*, Editorial Sistema, Madrid.
- Torres Pérez, J.A. (2006): "Libro Blanco para las personas en situación de dependencia en España", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60: 47-56. Madrid.
- Trillo García, A.R. (2011): "Aspectos adjetivos de la protección de la dependencia. Ritos administrativos y jurisdiccionales", en Sánchez-Rodas Navarro (Dir.): *Las prestaciones españolas por dependencia y el derecho de la unión*, Laborum, Murcia.
- Uroz Olivares, J. (2010): "La llamada crisis del modelo de Estado de Bienestar: Reestructuración y Alternativas", en *Miscelánea Comillas*, Vol. 68, núm. 132: 299-311.
- Urra Canalez, M. (2010): "El papel de la economía social en los regímenes del bienestar. Una alternativa a explorar en tiempos de crisis", *Miscelánea Comillas*, 68, 791-816.

- Uroz Olivares, J. (2010): "La llamada crisis del modelo de Estado de Bienestar: Reestructuración y Alternativas", en *Miscelánea Comillas*, Vol. 68, núm. 132: 299-311.
- Vabo, Mia (2006): "Caring for people or caring for proxy consumers?". *European Societies*, 8, 3, pp. 403-422. Oslo, Norway.
- Van der Veen, R. (2005): Interventie en Organisatie. Een sociologische analyse van het veranderend vermogen tot maatschappelijke interventie aan de hand van veranderingen in het gezondheidsbeleid. Róterdam, Oratie, Erasmus Universiteit.
- VVAA, (1996): *Dilemas del Estado de Bienestar*, Fundación Argentaria. Madrid.
- Villasante, Tomás R. (1995): *Las democracias participativas. De la participación ciudadana a las alternativas sociales*. HOAC. Madrid.
- Villasante, Tomás R. (2006): *Desbordes creativos. Estilos y estrategias para la transformación social*. Los Libros de la Catarata. Madrid.
- Visser, J. & Hemerijck, A. (1997): "A Dutch Miracle". Job Growth, Welfare Reform and Corporatism in the Netherlands. Amsterdam University Press. Amsterdam.
- Velasco Arroyo, J. C. (1989): "Los derechos sociales y la crisis del Estado de Bienestar", *Anuario de la Facultad de Derecho*, 7, 11:418.
- Walker, A. (1993): "Poverty and Inequality in Old Age", en J. Bond, P. Coleman, y, S. Peace (eds.): *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology*. Segunda Edición. Londres, Sage.
- Walker, A.; Alber, J.; y Guillemard, A. M. (1994): Older People in Europe: social and economic policies, Bruselas: CEC.
- Zárate Rivero, M. B., y Gas Aixendri, M. (2009): *La familia en la ley de la dependencia*. Fundación María Teresa Rodó. Barcelona.

ANEXOS

ANEXO I:
NORMATIVA ESTATAL Y AUTONÓMICA

I.1. Normativa Estatal

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. «BOE» núm. 103, de 30 de abril de 1982. Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1982-9983.

Ley 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. *BOE* núm. 12, de 14 de enero de 1999, Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1999-847.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *BOE* núm. 128, 29/05/2003. Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2003-10715.

Dictámenes del Consejo de Estado, Número de expediente: 336/2006. Referencia: 336/2006. TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Asunto: Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Fecha de Aprobación: 23/3/2006

Real Decreto 918/2006, de 28 de julio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a ayuntamientos para proyectos de acción social a favor de las personas mayores en situación de dependencia. «BOE» núm. 180, de 29 de julio de 2006, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Referencia: BOE-A-2006-13750.

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 42, de 18 de febrero de 2011.

Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. «BOE» núm. 168, de 14 de julio de 2012, páginas 50428 a 50518.

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 313, de 31 de diciembre de 2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Referencia: BOE-A-2013-13811.

Ley 36/2014, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2015. *BOE*, núm. 315, de 30 de diciembre de 2014. Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2014-13612.

Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE», viernes 1 de mayo.

Legislación consolidada: *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Jefatura del Estado. «BOE» núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. Referencia: BOE-A-2006-21990. TEXTO CONSOLIDADO: Última modificación: 29 de julio de 2015.*

I.2. Normativa Autonómica Andaluza

Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA Boletín número 29 de 12/4/1988. Presidencia.

Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Boletín número 52 de 04/05/2002. Consejería de la Presidencia.

Decreto 168/2007, de 12 de junio, regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía – BOJA. Boletín número 119 de 18/06/2007.

Ley 1/2011, de 17 de febrero, de reordenación del sector público de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA, número 36 de 21/02/2011. Presidencia.

Decreto 101/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Sevilla, 29 de abril 2011 BOJA núm. 83 Página núm. 89-100.

ANEXO II

PRESTACIONES DEL CATÁLOGO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMIA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA PROVINCIA DE HUELVA: CENTROS DE DÍA Y RESIDENCIAS

II.1. CENTROS DE DÍA

Centros de mayores: Unidades Estancias Diurnas Mayores

CENTROS	MUNICIPIO	PLAZAS CONCERTADAS
U.E.D. M ^a AUXILIADORA	PUNTA UMBRIA	2
U.E.D. LA VIÑA	LA PALMA CONDADO	6
U.E.D. ROCIO SANCHEZ	HUELVA	58
U.E.D. SAN JOSE	VILLALBA DEL ALCOR	20
U.E.D. ZUFRE	ZUFRE	4
U.E.D. MARÍA DE LA PAZ	NERVA	3
U.E.D. TERESA SOUSA	EL CAMPILLO	30
U.E.D. SIERRARACENA	ARACENA	6
U.E.D VIRGEN DE CLARINES	BEAS	8
U.E.D. JUVENTUD Y EXPER.	HUELVA	56
U.E.D. ALMORADUJ	GIBRALEON	20
U.E.D. AFALE	LEPE	15
U.E.D. ISLA CRISTINA	ISLA CRISTINA	10
U.E.D. SAN BARTOLOME	SAN BARTOLOME	10
U.E.D. EL ANDEVALO	EL CERRO ANDEVALO	4

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

Centros atención especializada: Unidades de Estancia Diurna Discapacidad

CENTROS	MUNICIPIO	PLAZAS CONCERTADAS
21 - 292 - EL MURTIGA	GALAROZA	12
21 - 290 - ASPAPRONIAS	HUELVA	20
21 - 291 - UNIDAD DE DÍA 'ASPACEHU'	HUELVA	20
21 - 723 - U.E.D. ANSARES	HUELVA	10
21 - 747 - UED JACARANDA	PALMA DEL CONDADO, LA	18
21 - 611 - EL ANDEVALO	PUEBLA DE GUZMÁN	12

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

II.2. RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD

Residencias de personas mayores

CENTROS	CENTRO - NOMBRE	ENTIDAD PROVINCIA	MUNICIPIO	ACREDIT.	PLAZAS CONCERTADAS
CRM SANYRES ALJARAQUE*	SANYRES SUR, S.L.	Córdoba	Aljaraque	124	31
CRM MADRE DE DIOS	CONGREGACIÓN RELIGIOSA PEQUEÑA OBRA DIVINA PROVIDENCIA	Huelva	Almonte	106	91
CRM NÚÑEZ LIMON	ASOCIACIÓN VIRGEN DEL CARMEN DE TRIGUEROS	Huelva	Alosno	35	27
CRM MONTEJARA*	SAR RESIDENCIAL Y ASISTENCIAL, S.A.U.	Barcelona	Alosno		
CRM SIERRARACENA*	PUNTA GERIÁTRICO, S.L.	Sevilla	Aracena	48	43
CRM MUNICIPAL SAN JOSE	AYUNTAMIENTO DE ARROYOMOLINOS DE LEÓN	Huelva	Arroyomolinos de León	22	22
CRM LERDO DE TEJADA	FUNDACIÓN TEJADA DE LA SANTA CARIDAD DE AYAMONTE	Huelva	Ayamonte	129	101
CRM VIRGEN DE CLARINES	ASOCIACIÓN RESIDENCIA DE ANCIANOS "VIRGEN DE CLARINES"	Huelva	Beas	75	37
CRM STA. MARIA DE GRACIA	FUNDACIÓN SANTA MARIA DE GRACIA	Huelva	Calañas	31	30
CRM CARTAYA	CENTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES Y DEPENDIENTES DE CARTAYA, S.C.A. (coop.)	Huelva	Cartaya	78	68
CRM EL ANDEVALO*	PROMOCIONES VITAL RESORTS, SL.	Huelva	El Cerro Andévalo	40	15
CRM VIRGEN DEL AMPARO	FUNDACIÓN PIA AUTONOMA VIRGEN DEL AMPARO	Huelva	Cumbres Mayores	25	18
CRM BEATA SOR ANGELA DE LA CRUZ	FUNDACIÓN SOR ANGELA DE LA CRUZ DE ESCACENA DEL CAMPO	Huelva	Escacena del Campo	43	39
CRM CRISTO ROTO	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	Huelva	Gibraleón	29	20
CRM JESÚS DE NAZARET	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	Huelva	Gibraleón	75	45
CRM VIRGEN DEL PRADO	FUNDACIÓN HOGAR VIRGEN DEL PRADO DE HIGUERA DE LA SIERRA	Huelva	Higuera de la Sierra	49	45
CRM EL PINAR DE LA FUENTE*	GOLD ASISTA S.L.	Sevilla	Hinojos	49	20
CRM VIRGEN DEL ROCIO	ASOCIACIÓN ASISTENCIAL "SILOE"	Sevilla	Huelva	41	38
CRM MUNICIPAL PARA PERSONAS MAYORES DE ISLA CRISTINA	AYUNTAMIENTO DE ISLA CRISTINA	Huelva	Isla Cristina	43	40

CRM MUNICIPAL ZENOBIA CAMPRUBI	AYUNTAMIENTO DE MOGUER	Huelva	Moguer	40	37
CENTRO SOCIO SANITARIO MARIA DE LA PAZ	FUNDACIÓN DIAGRAM INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	Murcia	Nerva	109	101
CRM LA VIÑA*	CENTRO DE DEPENDENCIA LA VIÑA S.L.	Huelva	La Palma del Condado	81	6
CRM MUNICIPAL JUAN PABLO II	AYUNTAMIENTO DE PALOS DE LA FRONTERA	Huelva	Palos de la Frontera	40	30
CRM M ^a AUXILIADORA	FUNDACIÓN "MARIA AUXILIADORA"	Huelva	Punta Umbria	46	20
CRM SAN JOAQUIN Y STA. ANA	ASOCIACIÓN SAN JOAQUIN Y SANTA ANA	Huelva	San Juan Pto.	37	32
MONTEJARA		Huelva	Tharsis	130	87
CRM SAN ANTONIO ABAD	ASOCIACIÓN VIRGEN DEL CARMEN DE TRIGUEROS	Huelva	Trigueros	49	33
CRM NODROMAR	RESIDENCIAL NODROMAR, SOCIEDAD LIMITADA	Huelva	Valverde del Camino	90	60
CRM SAN JOSE	ASOCIACIÓN SAN JOSÉ DE OBRAS BENEFICIOS SOCIALES DEL PATRONATO RAFAEL TENORIO	Huelva	Villalba	47	37
CRM EL PATRONATO	ASOCIACIÓN RESIDENCIA ANCIANOS EL PATRONATO	Huelva	Zalamea	24	20
CRM DR. BARTOLOMÉ GARCIA GLEZ. TORUÑO	DIAZ NARANJO SOCIEDAD LIMITADA	Huelva	Calañas (La Zarza)	49	44

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

* Centros Privados.

Residencias de personas con discapacidad

CENTROS	ENTIDAD- NOMBRE	MUNICIPIO	PLAZAS CONCERTADAS
37850 RA EL PASTORCITO	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPRODI	ALMONTE	31
37964 RGA EL PASTORCITO	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPRODI	ALMONTE	37
38132 RACO PEDRO JESUS FLORES	ASOCIACIÓN PADRES Y PROTECTORES DE DISCAPACITADOS INTELECTUALES COMARCAL DE AYAMONTE APROSCA	AYAMONTE	18
37899 RGA BETSAIDA	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	BEAS	40
37901 BETSAIDA PSICODEFICIENTES	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEON	BEAS	10
66937 RACO MAESTRA ANTONIA LLANOS	ASOCIACIÓN PRO-DISMINUIDOS PSIQUICOS "MARIA AUXILIADORA"	BOLLULLOS PAR DEL CONDADO	14
38240 RACO NTRA SRA DE LOS MILAGROS	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSIQUICA DE LA CUENCA MININERA (ASPROMIN)	CAMPILLO, EL	27
41025 PSICODEFICIENTES NTRA SRA DE LA GRANADA	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSIQUICA DE LA CUENCA MINERA (ASPROMIN)	CAMPILLO, EL	20
37965 RGA NTRA SRA DE LOS MILAGROS	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA DE LA CUENCA MINERA (ASPROMIN)	CAMPILLO, EL	28
68844 RGA LA VIÑA-CHUCENA	CENTROS DE DEPENDENCIA LA VIÑA S.L.*	CHUCENA	85
37967 RGA CRISTO ROTO	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	GIBRALEÓN	23
38213 RACO CRISTO ROTO	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	GIBRALEÓN	37
57672 ASpaceHU	ASOCIACIÓN DE PARALÍTICOS CEREBRALES DE HUELVA "ASpaceHU"	HUELVA	20
90058 RESIDENCIA 'NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA'	ASOCIACIÓN DE PADRES PROTECTORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	HUELVA	20
38179 RGA M ^a NAZARET	ASOCIACIÓN PROVINCIAL MINUSVÁLIDOS FÍSICOS "MARIA NAZARET"	HUELVA	28
90024 CASA HOGAR LOS NARANJOS	FUNDACIÓN PÚBLICA ANDALUZA INTEGRACIÓN SOCIAL PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FAISEM)	SEVILLA	10
46909 VT APAMYS	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE LA COMARCA ANDÉVALO (APAMYS)	VALVERDE DEL CAMINO	6

Siglas: RA: Residencia de Adultos; RGA: Personas gravemente afectadas por discapacidad intelectual; RACO: Residencia de Adultos con Terapia Ocupacional; VT: Vivienda Tutelada.

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

* Centro Privado.

ANEXO III

ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA



El presente cuestionario es totalmente anónimo y tiene como objetivo recoger las opiniones de los trabajadores sociales que vienen participando en la gestión de la “Ley de la Dependencia” en la Provincia de Huelva.

1. Sexo	☐ Hombre	☐ Mujer

2. Puesto de Trabajo	☐ Jefe/Coordinación Dependencia y/o SS.SS.CC	☐ Valoración Junta Andalucía	☐ Elaboración PIA Diputación
	☐ Coordinador ZTS municipio	☐ Otras gestiones Junta Andalucía	☐ Director/a de Centro de servicios Sociales Comunitarios
	☐ Coordinador ZTS Diputación	☐ Elaboración PIA municipio	☐ Otras gestiones municipio

3. De 0 a 10, valore su grado de conocimiento previo de la situación personal, familiar, social y económica del dependiente/familia.	

4. ¿Cómo influye ese grado previo de conocimiento en la elaboración del PIA?	☐ Nada	☐ Poco	☐ Bastante	☐ Ns/Nc

5. En ese grado de conocimiento, ¿qué importancia tiene la gestión de la Ley de Dependencia a través de los SS.SS.CC. de las entidades locales?	☐ Nada	☐ Poco	☐ Bastante	☐ Ns/Nc

6. Una vez que es valorado, el dependiente/familia suele tener variedad de servicios/prestaciones para elegir.	☐ Sí, siempre	☐ Sí, a veces	☐ No
	☐ Sí, aunque muy limitada	☐ Depende grado	☐ Ns/Nc

7. Existen desajustes entre lo que quiere el dependiente/familia y lo que le propone el/la Trabajador/a Social en el PIA	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Suele pasar	☐ Siempre	☐ Ns/Nc

8. ¿La prescripción profesional suele ser aceptada finalmente por el/la dependiente o su familia?.	☐ Siempre	☐ Suele pasar	☐ Algunas veces no	☐ Ns/Nc

9. Señale con una X por quién, y dónde, el dependiente y/o su familia, según grados, desean recibir la atención:

	Por familiares en el domicilio	Por profesionales en el domicilio	Por profesionales fuera del domicilio
Grado III			
Grado II			
Grado I			

10. ¿Considera que esta Ley contribuye a dar respuesta a las necesidades reales del dependiente?	☐ ninguna	☐ pocas	☐ bastantes	☐ todas	☐ Ns/Nc

11. Brevemente, indique un par de causas por las cuales no se llegan a satisfacer al 100% esas necesidades reales	
1ª	
2ª	

12. Indique 3 aspectos que aporten valor a la gestión de la Ley a través de los SS.SS.CC de las entidades locales	
1º	
2º	
3º	

13. Indique 3 inconvenientes que pueda tener la gestión de la Ley a través de los SS.SS.CC de las entidades locales	
1º	
2º	
3º	

14. Ante un mismo grado de dependencia y circunstancias socioeconómicas similares, ¿existen diferencias entre PIAs de distintos territorios (ZTS) por razones culturales u otras?	☐ No	☐ Rara vez	☐ Sí, suele ocurrir	☐ Ns/Nc

15. ¿Existe algún tipo de descoordinación entre los agentes que participan en la Ley? (respuesta múltiple)	☐ Entre administración regional y local	☐ Entre dependiente/familia y administración local	☐ No
	☐ Entre administración y empresas	☐ Entre servicios sociales y sanitarios	☐ Ns/Nc
	☐ Entre dependiente/familia y empresas	☐ Entre dependiente/familia y administración regional	

16. Especifique en qué consiste el tipo de descoordinación que se da en mayor grado:

17. Sobre un 100%, distribuya el peso (responsabilidad) que, a su juicio, deberían tener los siguientes agentes a la hora de hacer frente al riesgo de la dependencia.

Dependiente a través de seguros privados (empresas)	Red familiar	Administración pública	Sociedad civil a través del fomento de asociaciones, Economía Social, etc.	Peso total
				100%

18. Identifique los 2 problemas principales con los que se encuentra actualmente la gestión de la Ley de la Dependencia	
1º	
2º	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

