



TÍTULO

**ESTADO DE BIENESTAR Y LEY DE PROMOCIÓN DE LA
AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

UN ANÁLISIS DE SU APLICACIÓN EN ANDALUCÍA

AUTORA

Nelly Julia Castro Vadillo

Directora
Curso
ISBN

©

©

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2010

María de la O. Barroso González

Gestión de Empresas: PYMES y Economía Social

978-84-7993-198-8

Nelly Julia Castro Vadillo

Para esta edición, la Universidad Internacional de Andalucía



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 España.

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

Trabajo de Investigación:

**ESTADO DEL BIENESTAR Y LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA
PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA:
UN ANÁLISIS DE SU APLICACIÓN EN ANDALUCÍA**

Directora:

María de la O Barroso González

Alumna:

Nelly Julia Castro Vadillo

ÍNDICE

CAPÍTULO I: JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.1. Justificación.....	7
1.2. Objetivos.....	8
1.3. Metodología.....	9
1.4. Estructura de la investigación.....	10
CAPÍTULO II: ESTADO DEL BIENESTAR Y CRISIS ECONÓMICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	12
2.1 Introducción.....	13
2.2 Bienestar y derechos sociales.....	14
2.2.1. Concepto de bienestar.....	14
2.2.2. Derechos sociales: conceptualización y características.....	16
2.3. Estado de Bienestar: concepto, objetivos y características.....	23
2.3.1. Concepto de Estado de bienestar.....	23
2.3.2. Objetivos y características de Estado de bienestar.....	25
2.4. Tipologías del Estado de bienestar.....	27
2.4.1. Modelo Liberal.....	28
2.4.2. Modelo Bismarckiano.....	29
2.4.3. Modelo Nórdico.....	30
2.4.4. Modelo Sureño.....	32
2.5. Síntesis de los modelos de Estado de bienestar.....	33
2.6. Evolución del Estado de bienestar hasta la actualidad.....	34
2.6.1. Génesis del Estado de bienestar.....	34
2.6.2. Período de experimentación del Estado de bienestar (1870 y 1920).....	36
2.6.3. Período de consolidación del Estado de bienestar (1919-1945).....	36
2.6.4. Período de expansión del Estado de bienestar: el paradigma keynesiano (1950-1970).....	38
2.7. Situación de crisis hasta la actualidad.....	41

CAPITULO III: LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA COMO CUARTO PILAR DEL ESTADO DEL BIENESTAR.....	46
3.1. Introducción.....	47
3.2. Conceptualización y alcance de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia.....	48
3.3. Justificación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia.....	51
3.3.1. Justificación socioeconómica y demográfica.....	52
3.3.2. Justificación jurídica.....	55
3.4. Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia:.....	56
3.4.1. Naturaleza jurídica... ..	56
3.4.2. Finalidad del SAAD.....	59
3.4.3. Niveles de protección.....	60
3.4.4. El Consejo Territorial del SAAD.....	64
3.4.5. Participación de las Administraciones Públicas.....	67
3.5. La protección de la dependencia en Andalucía:.....	68
3.5.1. Consideraciones generales.....	68
3.5.2. Reconocimiento del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.....	70
3.5.3. Servicios y prestaciones según el grado de dependencia.....	74
3.5.4. Cronograma de implementación del sistema de autonomía y atención a la dependencia.....	76
CAPITULO IV: APLICACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. UN ANÁLISIS COMPARADO POR CCAA: ESPECIAL REFERENCIA A ANDALUCÍA.....	78
4.1. Introducción.....	79
4.2. Competencias de las CCAA en la aplicación de la Ley sobre la Promoción de la Autonomía y Atención a las personas dependientes: el caso de Andalucía.....	80
4.3. Análisis de la aplicación de la Ley sobre promoción de la autonomía y atención a las personas dependientes en las CCAA.....	82

4.3.1. Análisis de las solicitudes.....	82
4.3.2. Análisis de los dictámenes.....	85
4.3.3. Análisis del derecho a prestación.....	90
4.3.4. Análisis de las prestaciones.....	92
Análisis de los cuidadores no profesionales.....	94
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	98
BIBLIOGRAFÍA.....	103

CAPÍTULO I

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Justificación

Uno de los fallos del actual sistema capitalista es la generación de desigualdades sociales, las cuales tuvieron su origen a finales del siglo XVIII con el desarrollo del sistema económico liberal a partir de la Revolución Industrial. Dicho sistema dio lugar a la necesidad de elaborar una serie de políticas sociales para enmendar las desigualdades que comenzaba a generar, tales como: sobreexplotación de los trabajadores, desempleo o la progresiva desigualdad de las rentas (Alemán y García, 1999, De Paz, 2003, Rodríguez Cabrero, 1990 y 2004, Berzosa, 2003, entre otros).

En este contexto podemos encontrar los orígenes del actual Estado de bienestar, el cual ha venido experimentando un importante desarrollo en los países más avanzados, con objeto de corregir esas desigualdades sociales.

Este desarrollo del Estado de bienestar alcanza su máxima expresión a partir de la Segunda Guerra Mundial en los países desarrollados, en general, y en los europeos, en particular, fundamentalmente en los países nórdicos y de la Europa central. Sin embargo, a raíz de la grave crisis económica internacional de los setenta, el modelo de Estado de bienestar que se venía desarrollando comienza a entrar en crisis, abriéndose un período de replanteamiento y reformulación del mismo (Alemán y García, 1999; Alemán y Ramos, 2006; Rodríguez Cabrero, 1990, 1991, 2004 y 2006; entre otros).

No obstante, a pesar de los períodos de crisis económicas que se suceden, en las últimas décadas venimos asistiendo a la consolidación de determinados derechos sociales (prestación por desempleo, educación, sanidad, vivienda, pensiones, etc.). En esta línea, uno de los derechos sociales que se vienen reconociendo en los últimos años es el de la protección y ayuda a las personas en situación de dependencia con objeto de proporcionarle autonomía y mejora de su calidad de vida, así como la de sus familiares, constituyendo el denominado “cuarto pilar del Estado de bienestar” (IMSERSO, 2004).

Una de las razones que impulsan el desarrollo de este derecho social la encontramos en el incremento de las expectativas de vida y la disminución de la natalidad en los países desarrollados, lo cual ha producido un incremento del número de personas mayores en situación de dependencia. Asimismo, para el caso español, diversos

estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5% para el resto de la población (Calvo, 2007).

Las nuevas necesidades sociales emergentes obligan a reorientar la actuación pública, y afrontar los principales retos que tendrá que alcanzar la política social para la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal. Este colectivo de personas, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requiere apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Por todo ello, nuestro trabajo de investigación se ocupa de analizar el derecho social de protección a la dependencia como parte del Estado de bienestar, así como el desarrollo que éste ha experimentado desde su génesis. En este sentido, analizamos la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (Ley 39/2006, en adelante) en las comunidades autónomas españolas, prestando especial atención a la comunidad andaluza.

1.2. Objetivos

Teniendo en cuenta lo argumentado en el epígrafe anterior, el **objetivo general** del presente trabajo será el análisis de la aplicación de la Ley 39/2006 en las comunidades autónomas española, prestando especial atención al caso andaluz. No obstante, para ello, consideramos oportuno cubrir previamente una serie de **objetivos específicos**, los cuales se relacionan a continuación:

- Análisis de la génesis y desarrollo del Estado del bienestar, así como de la situación de crisis del mismo.
- El derecho social de protección a la dependencia como cuarto pilar del Estado del bienestar.

- Análisis del marco legal del derecho social de protección a la dependencia en España: la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: Ley 39/2006, de 14 de diciembre.
- Análisis de aplicación de la Ley 39/2006 en las comunidades autónomas españolas, con especial mención a Andalucía, con objeto de determinar el esfuerzo que cada una de ellas vienen ejerciendo en su aplicación.

En definitiva, el cumplimiento de los objetivos anteriores nos permitirá conocer en qué medida se viene aplicando el derecho social de protección a la dependencia en España, así como las comunidades autónomas que más empeño están poniendo en ello.

1.3. Metodología

Dado que la aplicación del derecho social de protección a la dependencia y la Ley 39/2006 que lo recoge es reciente, la presente investigación tendrá un carácter exploratorio y descriptivo en lo que respecta a la aplicación de esta Ley en las diferentes comunidades autónomas españolas.

Así, en primer lugar realizamos un análisis bibliográfico de la génesis y evolución del Estado de bienestar, así como de la crisis en la que éste incurre, con objeto de enmarcar los derechos sociales, en general, y el derecho a la protección a la dependencia, en particular, dentro de ese Estado del bienestar.

Para la parte empírica, consistente en un análisis comparado de la aplicación de la Ley 39/2006 entre las comunidades autónomas españolas, hemos recurrido a los datos estadísticos que proporciona el Instituto de Mayores de los Servicios Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales del Gobierno Español, así como el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por tanto, a partir de todas estas fuentes de información secundaria (bibliografía y bases de datos) se da cumplimiento en el presente trabajo a los objetivos anteriormente citados. En el siguiente epígrafe se describe la estructura de la investigación.

1.4. Estructura de la investigación:

A demás del presente capítulo metodológico, la presente investigación contiene otros cuatro capítulos más, cuyos contenidos se describen brevemente a continuación.

En el Capítulo II se realizará una revisión bibliográfica de los principales manuales, revistas y artículo publicados sobre el Estado de Bienestar, a fin de conceptualizar el mismo. Posteriormente, se analizará la evolución experimentada desde sus orígenes hasta la actualidad, prestando especial atención al papel que los diferentes agentes públicos y privados (agentes económicos y sociales) han venido desempeñando en su configuración. En este análisis se prestará especial atención a las implicaciones que las diferentes crisis económicas han ejercido en la redefinición del papel de cada uno de estos agentes.

En el Capítulo III se realizará un análisis de la Ley 39/2006 sobre la Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia y su relación con el Estado del Bienestar en las sociedades desarrolladas, para lo cual se abordará los siguientes puntos: su conceptualización; justificación, tanto socioeconómica y demográfica como jurídica; asimismo, se tratarán algunas consideraciones generales de la Ley, como: la protección de la dependencia en Andalucía; el reconocimiento del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema; los servicios y prestaciones según el grado de dependencia; y por último, el cronograma de implementación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. .

Por otro lado, en cuanto al desarrollo del Capítulo IV, y a fin de determinar los principales beneficiarios de la Ley de 39/2006, se analizará los principales indicadores que nos permitan cuantificar su aplicación, con el fin de realizar un análisis comparativo sobre su grado de aplicación a nivel nacional, tratando de poner de manifiesto las diferencias que, en lo que a su aplicación se refiere, existe entre las diferentes comunidades autónomas españolas, prestando especial atención a la aplicación que se viene desarrollando en Andalucía. Para lo cual se recurrirá a las diferentes fuentes de información: IMSERSO, INE, Consejería de Innovación Ciencia y Empresa (Dirección General de Economía Social y Emprendedores), Instituto de Estadística de Andalucía, CEPES-Andalucía, etc.

Finalmente, en el capítulo V, se comentarán las conclusiones generales del trabajo de investigación, tanto del Estado del bienestar como, muy especialmente, de la aplicación de la Ley 39/2009 en las comunidades autónomas españolas.

CAPITULO II

ESTADO DEL BIENESTAR Y CRISIS ECONÓMICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Introducción

Uno de los fallos del actual sistema capitalista es la generación de desigualdades sociales, las cuales tuvieron su origen a finales del siglo XVIII con el desarrollo del sistema económico liberal a partir de la Revolución Industrial. Dicho sistema dio lugar a la necesidad de elaborar una serie de políticas sociales para enmendar las desigualdades sociales que comenzaba a generar, tales como: sobreexplotación de los trabajadores, desempleo o la progresiva desigualdad de las rentas (Alemán y García, 1999, De Paz, 2003, Rodríguez Cabrero, 1990 y 2004, Berzosa, 2003, entre otros).

En este sentido, podría decirse que el sistema capitalista genera dos problemas fundamentales como consecuencia del liberalismo total de la economía del siglo XVIII: a) aparecen, cada vez como mayor frecuencia, movimientos cíclicos en la economía (grandes períodos de crecimiento que se intercalan con grandes períodos de crisis económicas); y, por otro lado, b) genera una mala distribución de la riqueza (De Paz, 2003), lo cual se erige en el principal objetivo del Estado del bienestar, objeto central de la presente comunicación.

En estos dos últimos siglos las diferencias entre los más ricos y pobres se han agudizado, sobre todo en las últimas décadas en las que el proceso de globalización y liberalización económica han sido más profundo.

En este contexto, ya en el Siglo XVIII podemos encontrar los orígenes del actual Estado de bienestar, el cual ha venido experimentando un importante desarrollo en los países más avanzados, con objeto de corregir el fallo del mercado anteriormente citado, relacionado con la mala distribución de la riqueza.

Por todo ello, el presente capítulo, a partir de una revisión bibliográfica, tiene como principal objetivo analizar los orígenes y desarrollos que ha venido experimentado el Estado de bienestar, haciendo una conceptualización y clasificación del mismo, con objeto de detectar el papel que han ido desempeñando los diferentes agentes públicos y privados (agentes económicos y sociales) en su gestión.

Para ello, dividimos este documento en los siguientes epígrafes y contenidos. En el primero se abordan los derechos sociales como argumento fundamental del desarrollo del Estado de bienestar. Posteriormente, en un segundo epígrafe se tratan la

definición, objetivos y características principales del Estado de bienestar. En un tercer epígrafe se describen los distintos tipos de Estados de bienestar. Por último, se describe la evolución y crisis del Estado de bienestar para, finalmente, plantear el debate actual y las nuevas propuestas que se están implementando con la idea de mejorar la gestión del mismo.

2.2. Bienestar y Derechos Sociales

2.2.1. Concepto de Bienestar

Por Bienestar podemos entender todas aquellas medidas tomadas en la sociedad para satisfacer las necesidades de las personas y grupos. Dicho término comprende la acción social, no sólo de los poderes públicos, sino, también, por parte de los agentes privados como la familia, entidades mercantiles, o las entidades no lucrativas, que pueden contribuir a la mejora de la calidad de vida de los individuos en cualquiera de sus vertientes (Alemán y García, 1999).

La primera de las acepciones que da el diccionario de la Real Academia sobre bienestar dice así: *Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien*, pudiéndose decir, por tanto, que el bienestar material dependerá de las retribuciones que un individuo, o una economía familiar, consiga para satisfacer sus necesidades básicas, como son la alimentación, la vivienda, el vestido...

En otras palabras el bienestar estará estrechamente relacionado con la ausencia de privaciones. Por el contrario, la gente que padece hambre o malnutrición, que no dispone de una vivienda, y si la tiene no cuenta con agua potable o servicios de luz eléctrica, o que vive con su familia o tiene poca ropa con la que vestirse, no ha alcanzado el bienestar. En la actualidad son muchas las familias que se encuentran en esta situación (Berzosa, 2003).

Actualmente estamos viviendo la grave crisis del desempleo que representa casi el 19% en España (INE, 2010), lo que ha devenido en un paro masivo, por ello hay muchas familias que se encuentran en situación de pobreza porque sus ingresos no alcanzan el 60% del sueldo mínimo. De un modo aproximado podemos decir que todas ellas no han alcanzado el bienestar, pues se hallan lejos de tener los bienes necesarios para vivir bien, ya que como mucho sobreviven, y ello en malas condiciones.

Por otro lado, el bienestar, no sólo dependerá de los ingresos individuales y familiares, sino además de la esperanza de vida y de las posibilidades de acceso a la salud y educación. Por lo tanto, el bienestar dependerá de las oportunidades tanto individuales como colectivas que permitan el acceso a la salud y educación. Por tanto, en términos macroeconómicos, el bienestar de una colectividad dependerá del grado de desarrollo de un país (Berzosa, 2003).

Una economía de mercado da lugar a una desigualdad, la cual va en detrimento del bienestar de los individuos que se quedan en peor situación, y esa desigualdad no se corrige por sí misma. Según Berzosa (2003), la corrección de las desigualdades se alcanza con la subida de los salarios reales, lo que dependerá de la gran participación de los sindicatos –agentes privados-, y del planteamiento de políticas públicas –agentes públicos- que corrijan las insuficiencias del mercado en la educación, salud, empleo, pensiones, vivienda, inmigración, y otros servicios de asistencia social.

Ciertamente, los países desarrollados, sobre todos los países europeos, como Reino Unido, Francia, Holanda, Alemania, Austria, Luxemburgo, han llevado a cabo políticas sociales, después de la segunda guerra mundial, que han articulado lo que se ha conocido como Estado de bienestar. En todos estos países, las prestaciones sociales y la educación se han convertido en derechos sociales que adquieren el carácter de universales.

Así, en todos los países desarrollados, existen tres pilares fundamentales que contribuyen a mejorar el bienestar social: la familia, basada por el principio de reciprocidad; el mercado, basado en el intercambio y el Estado que trata de redistribuir (Montagut, 2004 y Rodríguez, 2004).

En el siguiente epígrafe se pretende orientar el discurso sobre la definición y características de los derechos sociales con el objeto de justificar la idea de que existen necesidades humanas básicas universales como punto de partida para lograr acuerdos inter-subjetivos que posibilitem su reconocimiento y realización a través de políticas sociales acordes con la problemática económica actual.

2.2.2. Derechos sociales: conceptualización y características

Se puede decir que los derechos sociales son los que garantizan universalmente a todos los ciudadanos por el hecho de serlo, el acceso a los medios necesarios para tener unas condiciones de vida dignas.

Su reconocimiento en la historia de los Derechos Humanos fue posterior a la de los derechos civiles y políticos¹, de allí que también sean denominados derechos de la segunda generación. Se desarrollaron a finales del siglo XIX y a comienzos del siglo XX y están constituidos por los derechos económicos, sociales y culturales, incorporados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. A partir de aquí, el Estado de Derecho pasa a una etapa superior, es decir, a un Estado Social de Derecho.

Los derechos sociales no pueden entenderse sin una comprensión de las transformaciones del Estado en su tránsito del Estado liberal al Estado social² y sin un conocimiento de las causas económicas, históricas y sociales acaecidas durante el siglo XIX y que produjeron los profundos cambios en su organización.

El Estado liberal-burgués fue un Estado pasivo, sólo interesado por el reconocimiento formal de ciertos derechos y libertades (sin preocuparse de las realidades concretas que rodean a cada ciudadano) conocidos como derechos de primera generación (derechos civiles y políticos)³. Para nada debía interferir en la vida económica, ni en los flujos del mercado (Martínez de Pisón, 1998).

Sin embargo, a partir de la mitad del siglo XIX, los cambios estructurales van a ser de tal magnitud que se incrementarán sucesivamente las desigualdades sociales, ya que el desarrollo del capitalismo se establecerá como la única regla a seguir. A raíz de ello

¹ Los derechos civiles y políticos se constituyen a partir de la Revolución francesa. Son los denominados derechos de **primera generación**, que aparecen reflejados en la Declaración de derechos del hombre, conciben al hombre como titular y sujeto de derechos, y son los siguientes: el derecho a la vida y a la integridad física y moral, libertad religiosa, libertad de pensamiento, libertad de expresión y el derecho a la información, la libertad de reunión y asociación, derecho a la propiedad, derecho a participar en la vida política y el derecho de resistencia a la autoridad (Martínez de Pisón, 1998:26).

² El Estado social se erige en la extensión de la política social a las clases medias y a otros campos del bienestar social con las Leyes de Bismarck, que tienen una orientación conservadora al concebir a la política social como integración desde arriba de las clases trabajadoras, por la falta de libertad (Rodríguez, 1990: 220).

³ La función primordial del Estado liberal era evitar que terceros se entrometan en los ámbitos delimitados por dichos derechos.

surgen nuevos movimientos sociales que reivindicarán más igualdad y mejores condiciones de vida y trabajo.

Como consecuencia de ese desarrollo indiscriminado del sistema capitalista de mercado, en 1929 estalla la crisis económica más grave del Siglo XX. A partir de esa fecha, las diferentes experiencias para superar las tensiones sociales confluirán en la aparición del Estado de bienestar Keynesiano, que se fundamentará como un modelo político (que concibe la política social como una expansión de los derechos sociales o una materialización de los derechos políticos y democráticos) tras la Segunda Guerra Mundial (IIGM en adelante) (Rodríguez, 1990), el cual se comenta en los siguientes epígrafes.

De esta forma, puede decirse que en ese capitalismo salvaje, que genera grandes desigualdades, tal y como reconoce Martínez de Pisón (1998), *los derechos sociales no son sino la encarnación de las viejas reivindicaciones de los movimientos de los obreros*. Pues, suele entenderse que, por su origen, son derechos ligados a la clase social que los reivindicó, es decir, derechos de los trabajadores, fruto del reconocimiento de una exigencia de los individuos sobre alimentación, vestido, educación, salud, etc., destacando que en sus orígenes (siglo XIX) participaron, tanto, los partidos socialdemócratas y a los movimientos sindicales, así como, la doctrina social de la iglesia⁴.

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. El debate ha permanecido abierto. *Hay quienes sostienen que no se puede incluir los derechos sociales en los derechos de ciudadanía*. El argumento estriba en: *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.

⁴ Ya sea con la publicación de: la Encíclica *Rerum novarum* de 1891 (que denuncia la situación angustiosa en que vivía el proletariado, la lucha entre ricos y pobres); la Encíclica *Pacem in terris* de 1963, proclamando que: *el hombre tiene derechos y deberes universales, inviolables que no pueden renunciarse bajo ningún concepto*; y, la Encíclica *Laborem exercens* de 1981, escrita por Juan Pablo II en el ámbito laboral, sobre el derecho al trabajo, a la promoción de políticas de empleo para jóvenes, mujeres con cargas familiares, minusválidos, emigrantes y trabajadores agrícolas (Osés, 1967 y Rivero, J., 1987: 402 y ss.).

Por su parte, los derechos sociales, según la interpretación dominante, requieren una intervención del Estado en la sociedad (Alpa, 1992; Ardigo, 1993; Donati, 1993 y Paci, 1990 en Herrera, 1998:20). Incluso, 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 en implicación recíproca, de tal modo que no pueden realizarse el uno sin el otro⁵.

La recepción de los derechos sociales en las Constituciones no tuvo lugar hasta la Constitución de Querétaro -en México- de 1917, que fue la primera en darles una amplia acogida. Poco después, la Constitución de Weimar, de 1919, trató de conciliar los derechos individuales y sociales. Dicha Constitución influyó en las Constituciones que se elaboraron tras la Primera Guerra Mundial (IGM en lo sucesivo) y en la de la Segunda República Española, de 9 de diciembre de 1931 (Pérez, A. E., 1995 y Pisarello, G., 2007).

Son derechos que aparecen recogidos en las constituciones nacionales en el capítulo correspondiente a los derechos y deberes que establece el estatuto del nacional o del ciudadano y que compromete a los sucesivos gobiernos a su realización.

Se ha dado por hecho que el término derechos sociales es el más adecuado para referirse al conjunto de derechos que constituye el elenco de los derechos de segunda generación⁶. Sin embargo, la heterogeneidad de estos derechos hace difícil su caracterización. Además, también resulta difícil la elección entre las diferentes alternativas terminológicas. Así, por ejemplo, hay quien utiliza el término completo de *derechos económicos, sociales y culturales*, *derechos económicos y sociales* o, sencillamente, *derechos sociales*. Éstos tienen, sin duda, un núcleo en común⁷. No obstante, otros prefieren nombrarlos *derechos de prestación* o *derechos de crédito* o

⁵ De tal forma, no hay posibilidad de hablar de la libertad si su establecimiento y garantías formales no van acompañadas de unas condiciones mínimas que hagan posible su ejercicio real, esto es, la dignidad humana, es una condición para el ejercicio de la libertad.

⁶ Por su parte, el derecho al medio ambiente, que se configura como derecho de **tercera generación**, surge en la doctrina en 1980 (para incentivar el progreso social y elevar el nivel de vida) y se vincula con la solidaridad. Normalmente 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 (es una manifestación, ante nuevas amenazas, de derechos de primera generación).

⁷ Los términos *derechos económicos, sociales y culturales* o *derechos económicos y sociales* tiene en su favor que son los empleados en las declaraciones internacionales de derechos e, incluso, en los textos constitucionales.

derechos fundamentales prestacionales. Así como, *derechos de los trabajadores*, *derechos de igualdad* o incluso, *derechos colectivos* (Martínez de Pison, 1998).

Por otro lado, son varios los autores que han manifestado las dificultades de perfilar los rasgos característicos de los derechos sociales, advirtiendo que los derechos sociales resultan ambiguos, imprecisos y carentes de homogeneidad (Martínez de Pison, 1998; Contreras, 1994:16; y Prieto Sanchís, 1995:13). No obstante, con un denotado sentido crítico, han mostrado con más claridad los rasgos específicos de los derechos sociales. Por ello, en base a la línea trazada por Contreras y Prieto Sanchís, consideramos que los derechos sociales se caracterizan por las siguientes peculiaridades:

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 (Martínez de Pison, 1998). De esta forma, el Estado debe responsabilizarse de la situación material de los individuos y, en su caso, debe procurar la satisfacción del individuo⁸.

Precisamente, debido a esta caracterización: prestacional, los derechos sociales, se diferencian de los derechos civiles y políticos, en cuanto a que los últimos aparecen como derechos de autonomía y como derechos de participación. Así, los derechos de autonomía son derechos basados en una concepción de libertad positiva del individuo en la que el Estado no puede decidir por él a la hora de actuar, disfrutar y vivir; sin que nadie pueda interferir en cada una de sus acciones. Básicamente esa autonomía se disfruta en contra del Estado.

Por el contrario, los derechos sociales tienen por objeto la prestación, por parte del Estado, de bienes o servicios a los individuos, tales como: la educación, los derechos de los niños a la protección de los padres y de los poderes públicos, el derecho al

⁸ Precisamente por este carácter, son derechos que se convierten en exigencias de actuar y en requerimientos por parte de los ciudadanos para que el poder público actúe (Haarscher, 1991:39 en Martínez de Pison, 1998), ya que estos derechos, por ejemplo, se convierten en exigencias para la construcción de hospitales, de escuelas, financiación de la medicina y la educación, etc., y en la implantación de numerosos servicios sociales que promuevan una vida digna a los ciudadanos.

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, seguridad e higiene en el trabajo, el derecho a la Seguridad Social, el derecho a la salud, el derecho a disfrutar del medio ambiente, el derecho a una vivienda digna, los derechos de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, derecho de los mayores, los derechos de los consumidores y usuarios a la defensa de la seguridad, la salud y de sus intereses. En definitiva, en este caso, podría decirse que el Estado participa de una forma activa a la hora de asegurar el cumplimiento de los derechos sociales.

Los derechos sociales son de titularidad individual de carácter empírico, que 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* (Martínez de Pisón, 1998). 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 (Contreras, 1994:24)⁹.

En segundo lugar, la concepción empírica y realista de los derechos sociales hace referencia al hombre con sus necesidades básicas en sus relaciones. Así, el concepto de *necesidad básica* revela una especial trascendencia 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 (no se refiere, por tanto, a preferencias personales, ni deseos, ni están sujetas a intereses personales).

⁹ 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, desempleados, etc., y que una persona pueda disfrutar de la solidaridad general que ha adoptado las políticas sociales.

De ahí, se entiende que las formas de abordar distintas soluciones a las necesidades hayan variado con el tiempo. Así como, el concepto de necesidad y su concreta provisión deberá ajustarse a los tipos reales de sociedades existentes¹⁰.

Asimismo, se postula que las necesidades constituyen el fundamento de los derechos sociales. Estas necesidades se caracterizan por: a) ser básicas y necesarias para llevar una vida digna¹¹; b) ser objetivas, pues su carencia es externa al individuo y, por tanto, constatable; y c) ser universales, ya que las poseen todos los hombres.

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. Estos últimos, - los derechos de igualdad-, 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 (Prieto1990).

Así los derechos sociales se configuran como derechos de igualdad; con ellos, se pretende 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. En lugar de la ya clásica oposición entre derechos, unos ligados al valor de la libertad y otros al valor de la igualdad, convence más la tesis de que también el valor de la libertad sustenta los derechos sociales, aunque sea un concepto que se construya a partir de la igualdad, en conexión con las pretensiones de las políticas sociales y de las acciones redistributivas del Estado de bienestar.

Los derechos sociales son un elemento de solidaridad social

Según 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 cumple un importante papel

¹⁰ Ello nos lleva a la necesidad de analizar el concepto relativo de pobreza (aquellos que viven con menos del 60% de la renta per cápita del país en el que vive).

¹¹ Se identifica con medios de vida necesarios como alimento para satisfacer el hambre, el vestido para cubrirse del frío, salud para curar las enfermedades, prestaciones sociales, etc., que determinan el mínimo vital de todo ser humano.

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 (Lucas, 1993,18). Precisamente, cuando éstos han fallado, ha sido cuando se ha puesto en tela de juicio la misma existencia del modelo del Estado de bienestar¹².

De esta forma, los derechos sociales, son parte del mecanismo por el cual el individuo es, no 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 al presente epígrafe, de una forma esquemática, en el siguiente cuadro se resumen las principales diferencias que pueden destacarse entre los derechos de primera generación (derechos civiles y políticos) y los de segunda generación (derechos sociales).

¹² Lo cierto es que con este rasgo se quiere resaltar otra idea central que separa a los derechos civiles y políticos (de concepción individualista) de los derechos sociales (de idea societaria), pues, éstos últimos, tiene en consideración la diversa situación de los ciudadanos y que busca la función social de los derechos y de las instituciones.

Cuadro 2.1. Derechos civiles y políticos vs derechos sociales

CARACTERÍSTICAS	DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS	DERECHOS SOCIALES
Origen	S. XVIII (Revolución Francesa)	SXIX (Revolución Industrial) desarrollo capitalismo y desigualdades
Sobrenombre	Derechos de 1ª generación	Derechos de 2ª generación
Papel Estado	Pasivo	Activo (Prestacional)
Desarrollo	Estados liberales	Estados socialdemócratas
Titularidad	Individual (personal)	Individual (personal por pertenecer a un grupo)
Carácter	Subjetivo	Objetivo
Tipo de derecho	Libertad y participación	Igualdad a partir de la libertad
Ejercicio del derecho	Individual	Solidario

Fuente: elaboración propia.

2.3. Estado de Bienestar: concepto, objetivos y características

2.3.1 Conceptualización del Estado de bienestar

Si bien pueden encontrarse conceptualizaciones diversas sobre las formas y funciones del Estado del bienestar, existe un entendimiento generalizado de que esas políticas deberán estar encaminadas a corregir los aspectos más negativos e incómodos de la desigualdad social¹³. Gómez Bahadillo (2001) considera que su fundamento radica en la intervención del estado y en el principio de solidaridad. De tal forma, que el reparto de la riqueza, especialmente a través de los sistemas de protección social, es posible gracias a la solidaridad de algunos grupos y de unas generaciones con otras. Por ello, la importancia en el planteamiento de estructuras necesarias para forjar valores sociales por medio de políticas concretas en aspectos que afectan al bienestar ciudadano, es una tarea más del Estado de bienestar (Alemán B. y Ramos L., 2006: 187).

El Estado de bienestar se podría definir como el encargado de llevar a cabo una serie de medidas que permitan a los ciudadanos de una nación el acceso a un mínimo de servicios que hagan posible su supervivencia, dentro del modelo de economía de mercado. Es decir, representa un determinado comportamiento del sector público de las economías occidentales que buscan cubrir buena parte de las necesidades

¹³ Para profundizar en la conceptualización del Estado del Bienestar puede consultarse a VVAA (1987); Briggs, A., (2002:18); Esping-Andersen, (2004) y Gough (1982: 111).

sociales, colaborando de forma apreciable en el crecimiento económico, en aras de mantener la economía de mercado.

En definitiva, se puede considerar que el Estado de bienestar es un conjunto de actividades, medidas y normas a las que recurre el poder estatal con el fin de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos, ya sean éstos los trabajadores o la población en general.

No en vano, la existencia de fallos en la economía de mercado impulsa al gobierno a actuar e intentar paliar tales fallos, y así perpetuar el sistema. Hay que buscar un equilibrio entre eficacia y equidad, donde se asuman los fallos del mercado desde el punto de vista distributivo, pero que tampoco, se pretenda desde una solidaridad mal entendida, mantener instituciones que frenen la capacidad de crecimiento, porque pondría en entredicho la seguridad frente a los riesgos sociales. El papel del Estado, aunque tenga que revisarse, sigue siendo insustituible en la provisión de servicios de carácter social en aspectos tales como la vejez, la enfermedad, el empleo, la educación, la exclusión de los más necesitados... etc.

Asimismo, pueden identificarse varios tipos de intervención del Estado de bienestar que afectan directamente a los ciudadanos, como el planteado por Navarro (2004:15-32). ya sea en: a) *servicios públicos*, principalmente, como la sanidad, la educación, el apoyo a las familias, servicios sociales, y la vivienda; b) *transferencias sociales* de fondo públicos de unos ciudadanos (trabajadores y empresarios) a otros, como las pensiones de vejez, viudedad o discapacidad; c) *intervenciones normativas*, leyes y normas mediante las que el Estado u otras unidades administrativas contribuyen a consolidar el bienestar y a proteger a los ciudadanos; y d) *intervenciones públicas* que buscan establecer condiciones laborales favorables para el desempeño del trabajo de los ciudadanos.¹⁴

Al final todo se reduce a un problema de compatibilizar la eficiencia y la equidad, y por tanto, al desarrollo de una política económica que logre que tales objetivos se cumplan a la vez.

¹⁴ Para un estudio en profundidad sobre las actuaciones del gobierno puede consultarse los autores: Sotelo, (1999: 349) y Montoro y Montoro, (1996).

Todas estas formas de actuación en los Estados de bienestar han dado lugar a la aparición de diferentes modelos, los cuales son analizados y caracterizados en el siguiente apartado.

2.3.2. Objetivos y características del Estado de bienestar

Los objetivos del Estado de bienestar surgen de la cobertura de necesidades económicas y sociales al hilo de los fallos del mercado y del propio crecimiento económico, las instituciones sociales buscan la *eficiencia, la equidad y el desarrollo de una administración factible*. Por ello, estos tres aspectos pueden ser considerados como objetivos finales del Estado de bienestar. Pero para el logro de los mismos, previamente, y conforme con Barr (1993), deben ser abordados otros objetivos, que serían los *objetivos intermedios* en la medida de que éstos harían posible la mejor distribución de los recursos y el reparto de los riesgos por parte del Estado de bienestar. Entre estos objetivos podemos destacar los siguientes:

1. *Macroeficiencia*. Un reparto eficiente del PNB debe afectar positivamente a las instituciones del Estado de bienestar, en función de las necesidades básicas. Por ejemplo: la política ejecutada debería evitar distorsiones en el mencionado reparto, de tal manera que no se incurriera en costes elevados que sólo complicaría la resolución de los problemas abordados.

2. *Microeficiencia*. La política económica desarrollada debería asegurar la división eficiente de la totalidad de las fuentes de ingresos del Estado de bienestar, por ejemplo: en tratamientos médicos, educación, vivienda, etc.

3. *Incentivos*. Debe eliminarse los efectos adversos que la política de reparto pueda provocar en la oferta de trabajo y el ahorro, aunque este aspecto quedaría relativamente logrado si de lo que se trata es de cubrir auténticas necesidades.

El logro de estos tres objetivos intermedios posibilitaría la eficiencia del Estado de bienestar como objetivo final. Incluso, podría llegar a ser tan eficiente como el mismo mercado (Barr, 1993).

4. *Disminución de la pobreza*. Aunque resulte obvio decirlo, todo ser humano tiene derecho a un mínimo nivel de subsistencia, sobre todo cuando en

España, por ejemplo, existen ocho millones de pobres (según informes anuales de Cáritas) o en el mundo la sexta parte de la población (alrededor de mil millones de personas) sólo disponen de un dólar diario para cubrir sus necesidades básicas (Informe del PNUD, 1996). Además la participación en la renta mundial del 20% correspondiente a las personas más pobres del planeta fue del 1,4% en 1993 frente al 2,3% de 1980. En el caso del 20% de las más ricas estos porcentajes fueron del 85 y 70%, respectivamente.

5. *Seguridad humana*. El anterior aspecto relativo a la pobreza suele estar interrelacionado con los problemas de enfermedad y desempleo. Y por ende con el de *ciudadano*, como uno de los logros más significativos de las democracias modernas.

6. *Pensiones de vejez*. Tanto a lo referente a la jubilación del contribuyente como de la situación de viudedad, en el caso de que no haya cotizado.

Estos tres objetivos intermedios, posibilitan una mejora del nivel de vida y el objetivo final de equidad para el Estado de bienestar.

7. *Igualdad vertical*. El sistema imperante debería de buscar la más justa redistribución de la renta, de los más ricos a los más pobres, tanto de manera personal, como regional, nacional y supranacional.

8. *Igualdad horizontal*. También el sistema debería tener en cuenta otros aspectos que afectan al reparto, como son la edad, el tamaño de la familia, la composición de ésta, etc.

9. *Dignidad del ser humano*.

10. *Solidaridad social*. Ambos aspectos son otros dos principios fundadores de las sociedades modernas occidentales, los cuales posibilitarían la integración social de los marginados.

11. *Inteligibilidad*. El sistema debería ser simple, operativo, fácil de entender y lo más económico posible.

12. *Ausencia de abuso*. Lo que también mejoraría la eficiencia del sistema y el resto de objetivos anteriores.

En conclusión, el logro de estos doce objetivos intermedios posibilitaría la obtención de la eficiencia, la equidad y una administración factible, como objetivos finales, pero sobre todo la mejora del nivel de vida, la disminución de las desigualdades sociales y la integración social.

Respecto a las características del Estado de Bienestar, a continuación se recoge las siguientes características descritas por Mishra, (1989), las mismas que se consideran que dan sentido a su existencia (en igual sentido, dichas características, son tomadas en cuenta por las autoras Alemán y García, 1999). Estas características son:

1. Intervención estatal en la economía para mantener el pleno empleo o, al menos, garantizar un alto nivel de ocupación.
2. Provisión pública de una serie de servicios sociales universales, incluyendo transferencias que cubran las necesidades humanas básicas de los ciudadanos en una sociedad compleja y abundante.
3. Responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida, entendido como un derecho social, es decir, no como caridad pública para una minoría, sino como un problema de responsabilidad colectiva hacia todos los ciudadanos de una comunidad nacional moderna y democrática. Intentaría, por tanto, eliminar, o al menos disminuir, la pobreza y la marginación.

Una vez descritos someramente los objetivos y características que deben estar presente en el Estado de Bienestar, a continuación se analizan los diferentes modelos o formas de organización que puede adquirir el Estado de Bienestar.

2.4. Tipologías de Estados de Bienestar

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 Alemán y García (1999); Alemán y Ramos (2006:183-186); Ochando (1999); González (2009) y Pampillón (2008), entre otros. Éste último, destaca el modelo nórdico como el tipo de modelo que debería servir de ejemplo para el resto de países por su eficiente desarrollo económico, esto es, seguridad, estabilidad y crecimiento en dichos países.

En este sentido a continuación comentamos brevemente los principales modelos de Estados de bienestar que han venido predominando tras la II GM hasta la actualidad.

2.4.1. Modelo Liberal

El modelo liberal desarrolló prácticas de bienestar en los países europeos anglosajones. También se desarrolla en los Estados Unidos, Canadá y Australia (González, 2009).

Este modelo entiende la pobreza como un problema del individuo y no como un problema estructural de la sociedad. Desde este paradigma se considera que la sociedad es capaz de pactar su propia provisión social ante situaciones de necesidad.

Este modelo está caracterizado por una previsión o medidas preventivas menores. De tal forma que la asistencia social del Estado es mínima, actuando como medida de último recurso para asegurar una asistencia básica del individuo, ya que, en primer lugar, los beneficios que reciben dependen, fundamentalmente, de sus propios ahorros.

Los subsidios se dirigen en mayor medida hacia la población en edad de trabajar y los jóvenes (por ejemplo, cada familia recibe una asignación por hijo, que se transforma en "ingreso mínimo"), y en menor medida hacia las pensiones. El acceso a los subsidios está condicionado en mayor medida a la empleabilidad (por ejemplo, se condicionan los subsidios a que la persona haya trabajado anteriormente o esté buscando trabajo).

En lo que se refiere al mercado de trabajo, los gastos en políticas activas -de promoción de empleos, educación y calificación de trabajadores-son relativamente importantes. Sin embargo, medidas preventivas, tales como la de la Seguridad Industrial son menores que en otros modelos; y los sindicatos tienen un menor poder de participación en las decisiones, ya sean éstas del Estado o de los empresarios.

Esta es una de las razones por las que estos países tienen una mayor dispersión de la renta y un mayor número de empleos con bajos salarios, lo cual se traduce en unas menores tasas de desempleo.

Por tanto, en este modelo, el mercado prevalece como mecanismo de previsión de recursos, mientras que el Estado sólo interviene para corregir sus fallos, fundamentalmente con el objetivo de que los pobres se inserten en el mercado (Skocpol, 1995; Hill y Bramley, 1986), y, de esta forma, puedan mejorar sus niveles o calidad de vida.

2.4.2. Modelo Bismarckiano

El modelo Bismarckiano es un modelo conservador que se desarrolla en la Europa occidental, en países como Alemania, Francia, Bélgica, Austria y Holanda.

Entre sus precursores destaca la labor del Canciller Bismarck¹⁵ y autores como Daly (2001) se refieren a este modelo bismarckiano como el modelo alemán altamente organizado y regulado por una variedad de instituciones e intereses.

Este paradigma se caracteriza por poseer una arraigada conexión entre la economía y la sociedad. Asimismo, dicho modelo se basa en la legitimidad del Estado para proporcionar la integración social y el desarrollo económico (Isuani 1999), ya que, tanto el Estado como las instituciones públicas intervienen en los procesos socioeconómicos.

Además, se destaca en el modelo que la concesión de los beneficios sociales se hace a partir de criterios de clase y representación política. De tal forma que los beneficios sociales no constituyen derechos universales y el Estado sólo proporciona beneficios cuando las familias no lo consiguen por sí mismas.

Los Estados de bienestar bismarckianos se fijan en base al seguro social ligado al salario del ciudadano. Por tanto, el acceso al sistema de bienestar implica un trabajo formal y el pago de un seguro social.

¹⁵ Promulgó las Leyes de pobres o la legislación social alemana, entre la que se encuentra 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.

Se puede decir que este modelo es un sistema corporativo, cuyo objetivo serían reforzar la estratificación social y de la familia tradicional, puesto que este esquema de reciprocidades se sustenta en las prestaciones sociales ligadas, en principio, al empleo de hombres adultos y sus familias (Esping-Andersen, 1993).

Generalmente, el seguro social se empleó en las áreas de pensiones, desempleo, accidente o salud y, aunque hasta ahora en muy pocos países, en los cuidados de larga duración.

Los modelos bismarck se caracterizan por las contribuciones basadas en los ingresos destinados a fondos específicos cuyo propósito es la cobertura contra riesgos sociales concretos. Normalmente, los modelos de seguro social tienen un estrecho vínculo con el empleo, con las contribuciones hechas por los empleadores y/o empleados y con la recepción de las prestaciones limitada a los contribuyentes y a sus familias.

2.4.3. Modelo Nórdico

El modelo nórdico o, también conocido como socialdemócrata, se desarrolló en Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega, surgiendo a partir de dos experiencias: el modelo beveridgeano y el modelo socialdemócrata escandinavo, ambos como consecuencia de los problemas concomitantes de la II GM.

El beveridgeano surge a finales de la Guerra con el Informe Beveridge de 1942 en el que se recomendaba un sistema de *seguridad social unitario* financiado a través de contribuciones de todos los ciudadanos, del Estado y de empleadores, aunque con cobertura universal, ante contingencias como la enfermedad, el desempleo y la vejez. Incluía pensiones familiares, beneficios por maternidad y apoyo a las viudas.

Además, un servicio nacional de salud (atención médica gratuita con cobertura universal) y un sistema de asistencia nacional (para complementar los subsidios de la Seguridad Social cuando fueran insuficientes), orientados al logro del mínimo de subsistencia deseado y adoptando el objetivo del pleno empleo como política de Estado, extendiendo los beneficios a la educación, la vivienda y la atención especializada a niños.

Trató de dar respuesta a lo que se denomina la cuestión social basada en la consideración de la clase obrera como un actor político y en la extensión del sufragio, que obligaba a los partidos políticos a legitimarse (Isuani, 1991).

Por otro lado, el modelo nórdico o socialdemócrata se encuentra vinculado a la política keynesiana y de recursos humanos, llegando a denominarse *políticas activa del mercado laboral*. Su principal objetivo es erradicar el desempleo (Esping-Andersen y Corpi, 1993).

En consecuencia, ambos modelos de bienestar conciben los riesgos como consecuencia del funcionamiento del mercado y por ello asumen el bienestar de todos los ciudadanos (no sólo de los pobres o asalariados) como una *cuestión social* de responsabilidad colectiva y solidaria.

De ahí que, este paradigma de Estado de bienestar presenta el nivel más alto de protección social y su característica principal es la provisión universal basada en el principio de ciudadanía, es decir, que existe un acceso más generalizado, con menos condiciones, a las prestaciones sociales.

En lo que respecta al mercado de trabajo, estos países se caracterizan por importantes gastos (relativos) en políticas activas con el objetivo de la reinserción rápida en el mercado de trabajo de los desempleados. Se caracterizan también por un elevado número de empleos públicos. Por su parte, los sindicatos tienen una elevada afiliación y un importante poder de decisión lo que provoca una baja dispersión de los salarios (una distribución más equitativa de la renta).

El modelo nórdico se caracteriza también por su elevada recaudación fiscal que corresponde a los impuestos y contribuciones sociales del empleado y empleador.

Por otro lado, además se puede decir que los estados nórdicos son estados relativamente homogéneos en términos de etnicidad y religión, de larga tradición democrática, de respeto por los derechos humanos y de estado de derecho.

Entre 1870 y 1918 tuvieron lugar: la abolición del trabajo de menores, las pensiones para personas adultas pobres, los seguros de riesgos profesionales, los fondos para seguro de enfermedad. Entre 1919 y 1950 se produjo una importante extensión de los derechos sociales, el movimiento obrero tuvo un papel fundamental consiguiendo la

extensión de relaciones laborales autónomas, por medio de acuerdos entre patrones y sindicatos, una tasa alta de organización de todos los asalariados, incluyendo mujeres. Una colaboración efectiva entre los líderes de clases sociales y el nuevo grupo de “ingenieros sociales” que se unieron a los partidos socialdemócratas.

El universalismo, es una de las características principales del modelo nórdico, junto con la financiación por impuestos, la provisión pública de transferencias y servicios, énfasis en los servicios sociales personales, provisiones de alta calidad y tasas de compensaciones altas e igualitarias.

2.4.4. Modelo Sureño

Este modelo corresponde a los países que han desarrollado un Estado de bienestar más tardíamente (años setenta y ochenta), tales como: Grecia, Italia, España y Portugal.

Este paradigma sureño tiene como base la familia, la cual resulta imprescindible en la provisión de bienestar social a sus ciudadanos (Hillmert, 2001), quedando, de esta forma, relegada la intervención pública.

En este sentido, el Estado garantiza un nivel básico de seguridad social asumiendo la existencia de una ayuda informal provista por redes familiares.

Participa de las características del modelo bismarckiano (el principio de acceso a las protección –ser trabajador- y sobreprotege a los jubilados frente a la población activa – las pensiones superan con creces en su cuantía a la ayuda al desempleo-). Aunque coexisten en él las prestaciones, como la salud y la educación, de ámbito universal – como el modelo socialdemócrata-.

Se trata del modelo social con menores gastos y está fuertemente basado en las pensiones y en unos gastos de asistencia social muy bajos. Existe en estos países una mayor segmentación de los derechos y estatus de las personas que reciben subsidios, que se refleja en un acceso muy condicionado a las prestaciones.

La característica principal del mercado del trabajo es la fuerte protección del empleo (no confundir con protección del trabajador o subsidio de desempleo) y el recurso a la jubilación anticipada como forma de mejora del empleo. Los sindicatos tienen una

presencia importante asegurada por la extensión de los acuerdos alcanzados en negociaciones colectivas. Nuevamente, esto tiene como resultado una menor dispersión en los salarios.

Como resumen del presente epígrafe, en el que se analizan los diferentes tipos o modelos de Estados de bienestar, en el siguiente apartado realizamos un análisis comparativo de las características principales de cada uno de ellos, con objeto de tener una visión general de sus diferencias y similitudes.

2.5 Síntesis de los modelos de Estados de bienestar

A continuación, en el siguiente cuadro, a modo comparativo, se recoge las principales características que definen a cada uno de los modelos de Estados de bienestar.

Cuadro 2.2 Características de los modelos de Estados de bienestar

CRITERIOS	LIBERAL/ ANGLOSAJÓN	BISMARCKIANO/ CONSERVADOR	NÓRDICO / SOCIALDEMÓCRATA	SUREÑO/ MEDITERRÁNEO
Países de desarrollo	Países anglosajones. EEUU, Canadá y Australia.	Alemania, Francia, Bélgica, Austria, Holanda y Luxemburgo.	Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega.	Italia, España, Grecia y Portugal
Pobreza	Problema del individuo	Problema del individuo	Problema social (mercado)	Problema del individuo
Papel mercado	Importante	Importante	Importante	Poco importante
Papel Estado	Poco importante	Poco importante	Importante	Poco importante
Familia	Poco importante	Importante	Poco importante	Importante
Política empleo	Activa	Pasiva	Activa (flexible)	Pasiva
Sindicatos	Bajo poder de decisión Afiliación baja	Poder de decisión Afiliación baja	Poder de decisión Afiliación alta	Poder de decisión Afiliación alta
Ideología política	Conservadora	Conservadora	Social	Conservadora Católica
Carácter Derechos sociales	No universal	No universal	Universal	Universal (salud, educación)
Aparición	S. XIX	S. XIX (finales)	S. XX (mediados)	S. XX (década 70)

Fuente: elaboración propia.

En definitiva, una vez analizado brevemente los diferentes modelos de Estados de bienestar, podría decirse que, tal y como se desprende del cuadro anterior, el grado

de institucionalización de los beneficios del Estado de bienestar o, lo que es lo mismo, el tipo de modelo imperante, depende muy estrechamente del criterio político que lo sustente, es decir, del color del partido político que gobierne en el momento.

A continuación, en el último epígrafe de esta comunicación, se analiza la evolución experimentada por el Estado de bienestar desde su nacimiento hasta la actualidad.

2.6. Evolución del Estado de Bienestar

2.6.1 Génesis del Estado de bienestar

La confluencia de las propuestas económicas de *Lord Beveridge*, orientadas a salvaguardar a los ciudadanos de las circunstancias adversas que les privaran de obtener unos ingresos mínimos¹⁶, de *Keynes*, que justificó la intervención pública para dinamizar la demanda y, por lo tanto, la economía¹⁷, y el modelo de ciudadanía social promulgado por *Marshall*, que establecía tres dimensiones básicas para ser ciudadano: la dimensión civil, la política y la social, y que conforme refieren Fernández y López (2006) y González (2009), constituyeron los cimientos del denominado Estado de bienestar en la mayoría de los países desarrollados.

Esta intervención pública en el ámbito redistributivo, que ha dado lugar a la génesis del llamado Estado de bienestar, se ha materializado en los diferentes modelos comentados en el epígrafe anterior, si bien no siempre vinculados con el reparto más igualitario de la renta¹⁸.

Sin embargo, podría decirse que no existe acuerdo entre la doctrina al señalar los orígenes del Estado de bienestar, aunque la mayoría de los autores coinciden en

¹⁶ El modelo de Lord Beveridge, articula un sistema unificado de Seguridad Social basado en: el Seguro Social, la Asistencia Nacional y los Seguros Voluntarios, y fomenta el pleno empleo para conseguir aumentar la riqueza material.

¹⁷ Keynes proponía una mayor presencia de la actividad pública cuando el sector privado no era suficiente para mantener un nivel determinado de actividad económica que garantice ingresos adecuados para toda la población. De este modo, la actividad pública podría reactivar la economía y conseguir que ésta se dinamizara y, luego, la presencia pública se pudiera reducir paulatinamente una vez que la economía alcanzara los niveles de crecimiento deseables. Uno de los instrumentos para dinamizar la economía es, junto con *el mayor gasto público* en bienes y servicios, *el pacto de transferencias y la reducción de impuestos* con el fin de elevar la renta disponible de los individuos y conseguir que su consumo aumente. Las transferencias forman parte del Estado de bienestar y, por consiguiente, contribuyen a expandir su presencia (González, 2009).

¹⁸ Como por ejemplo, el modelo de bienestar basado en las ideas de Bismarck pretendía la vinculación de la clase trabajadora al sistema político.

fechar su origen después de la II GM y lo catalogan como un modelo más de intervención del sector público en la economía (Bilbao Ubillos, 1990:395-401; González, 2009:15-42). No obstante, es factible hallar antecedentes remotos en las denominadas Leyes de pobres o en la legislación social alemana promulgada por el Canciller Bismarck¹⁹, la cual, como se comentó anteriormente, dio lugar al modelo Bismarckiano.

Desde las primeras décadas del siglo XX confluyen una serie de factores que explican el nacimiento del Estado de bienestar como respuesta a las demandas económicas, sociales y políticas, tanto de los ciudadanos, como del sistema económico, que no puede prescindir de una demanda interna para su propio crecimiento.

La I GM y el avance y desarrollo del capitalismo generó nuevos problemas económicos pero sobre todo trastornó los equilibrios sociales y políticos de las sociedades occidentales porque produjo un cambio total en la política económica de todos los estados.

Comienza a potenciarse la intervención del Estado en la regulación económica y empresarial, ya que, las doctrinas económicas liberales no permiten afrontar los retos que representan la mala distribución de la renta generada. De ahí que, de acuerdo con Fernández Steinko (2002: 53-60), la I GM (1919) haga aflorar la necesidad de una regulación económica por tres razones: a) porque los asalariados adquieren un lugar estratégico como productores y como consumidores; b) porque la prolongación de la Guerra pone de relieve que sus consecuencias no afectan a todos por igual, perjudicando, fundamentalmente, a los asalariados; y c) porque los diversos estados se ven obligados a establecer políticas de planificación y movilización colectiva de recursos, abandonando las ideas capitalistas.

¹⁹ Entre la que se encuentra 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. En cuya financiación participaban los empresarios (pues, entendían que la mejor salud y condiciones de los trabajadores les beneficiarían, al conseguir un mayor rendimiento), los propios trabajadores y el Estado (que se beneficiaba de las menos protestas de los trabajadores y de su mayor integración en el sistema, de tal forma que, contribuir al sostenimiento financiero del modelo de protección social era casi una obligación más para con la clase trabajadora.

Una vez considerada brevemente la génesis del Estado de bienestar, en los siguientes epígrafes recogemos, a grandes rasgos, las diferentes etapas que caracterizan a su evolución²⁰.

2.6.2. Período de experimentación del Estado de bienestar 1870 y 1920

Se caracteriza por un fuerte debate teórico sobre el papel del Estado. En ella se toman, como es en el caso de la Alemania de Bismarck, algunas medidas que establecían un nuevo patrón de seguridad ligado al contrato de trabajo²¹.

Se puede decir que su génesis tiene lugar en un momento en el que las instituciones existentes (el Estado liberal, la Iglesia, la familia) no fueron capaces de resolver los problemas de pobreza y desigualdad de una sociedad para convertirse en cuestiones de índole social y política (la denominada *cuestión social*).

Los procesos de distribución de rentas surgidos de la acumulación de capital basado en el modelo de producción capitalista justificaron la necesidad de que el Estado interviniera en la economía con el fin de ejercer en la misma una *acción compensatoria* que paliara los desequilibrios y aliviara o evitara, en la medida de lo posible, las tensiones sociales -en definitiva, con el propósito de redistribuir la renta- (González, 2009, en igual sentido: De Paz, 2003; Briggs, 1961; Mishra, 1989).

En definitiva, podría decirse que en el continente europeo los orígenes más remotos del Estado de bienestar se encuentran en las Leyes de Bismarck, es decir, en el modelo bismarckiano.

2.6.3. Período de consolidación del Estado de bienestar (1919-1945)

Tuvo lugar, desde el final de la IGM (1919) y hasta el final de la IIGM. La política social se fue consolidando, como muestra la transformación de los seguros de los trabajadores en la Seguridad Social, con mayores competencias y que permitía una mayor prestación de servicios. Este período de entreguerras, contribuyó a establecer un acuerdo básico sobre el papel del Estado para hacer frente a los problemas

²⁰ Para un análisis más exhaustivo de la génesis y del Estado de bienestar en algunos países occidentales puede consultarse: Ashford Douglas (1989) o González Temprano y Torres Villanueva (1992).

²¹ Como los seguros obligatorios, que buscaban proteger mejor a los trabajadores ante posibles accidentes, la jubilación y el desempleo.

sociales y económicos, destacando el descenso de las desigualdades y la mejora de la calidad de vida de la población (Fernández y López, 2006).

Por ello, el Estado social²² (que sucedió al Estado liberal) se erige en la extensión de la política social a las clases medias y a otros campos del bienestar social, transformando la política social sectorial (modelo bismarckiano) en política social generalizada²³ (modelo socialdemócrata o nórdico). Además, la Gran Depresión (1929), puso de manifiesto la debilidad del modelo de producción capitalista y los efectos perversos que podía provocar sobre la sociedad (como el desempleo masivo).

En consecuencia, para hacer frente a los efectos negativos del sistema capitalista, se justificaron medidas de política económica intervencionista como las contenidas en el *New Deal* de Roosevelt, y las leyes que se aprobarían años más tarde como la Social Security Act (1935) o la Old Pension Act (1908) y la Insurance Act de 1911, éstas dos últimas adoptadas en Gran Bretaña (González, 2009: 20).

Estas normas serían ampliadas más tarde con el *Informe Beveridge de 1942* que planteaba la constitución de un sistema de beneficios sociales que fuera capaz de proteger a los ciudadanos -con el objeto de eliminar los graves problemas del ser humano: la indigencia, la enfermedad, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad-. Así, dicho Programa incluía un sistema de seguridad social unitario que manejaría las pensiones (enfermedades, maternidad, vejez, viudedad y desempleo), aplicable a toda la población, un servicio nacional de salud (atención médica gratuita con cobertura universal) y un sistema de asistencia nacional (para complementar los subsidios de la Seguridad Social cuando fueran insuficientes), extendiendo los beneficios a la educación, la vivienda y la atención especializada a niños.

De tal forma, estas leyes y en el denominado Informe de Beveridge, si bien con justificaciones ideológicas muy dispares y con propósitos radicalmente diferentes,

²² Algunos autores como Rodríguez (1990: 220), diferencian entre *Estado Social y el Estado de Bienestar*, considerando: que el primero, surge de las Leyes de Bismarck, tienen una orientación conservadora, al concebir la política social como integración desde arriba de las clases trabajadoras, en compensación por la falta de libertad; mientras que el segundo alude a la situación en la que un modelo institucionalizado (fechado en los años 20 y 30 del S. XX) concibe la política social como una expansión de los derechos sociales o una materialización de los derechos políticos democráticos.

²³ Como el sufragio universal que facilitó el desarrollo de la legislación social. En este sentido, señala Flora y Heindenheimer (1981: 22), que la conexión entre el Estado de bienestar y la evolución de la democracia puede ser interpretado como una respuesta a demandas para la igualdad socioeconómica o como la institucionalización de los derechos sociales relativos al desarrollo de los derechos políticos y civiles.

contribuyeron de forma inequívoca al surgimiento del *modelo continental* de Seguros Sociales²⁴ (Bismarck) o al de asistencia universal (Beveridge), que irían convergiendo con el transcurso del tiempo.

2.6.4 Período de expansión del Estado de bienestar: el paradigma Keynesiano (1950-1970)

Esta etapa se caracteriza por una expansión en los países occidentales de la provisión social pública²⁵. La puesta en marcha del proyecto de reconstrucción de los países destruidos por la II GM en los estados democráticos se sustentó en la defensa y respeto de los derechos de los ciudadanos, encontrando tanto en el empleo como en la extensión de los derechos económicos y sociales su propia legitimidad sustancial.

Este período de reconstrucción dio lugar a un largo período de estabilidad y crecimiento económico, el cual propició el desarrollo del *Welfare State* (Pisarello, 2007 y Alemán y García, 1999), actuado en un período de crecimiento sin precedentes que duró unos veinticinco años (Picó, 1987: 2)²⁶, (Fernández y López, 2006: 32).

Como consecuencia de ello, este incipiente Estado de bienestar encontró en las décadas siguientes a la II GM, el contexto adecuado para consolidarse y generalizarse. Entre las razones que propiciaron este importante desarrollo, caben citar: la necesidad de reconstruir las maltrechas economías europeas después del período de entreguerras, los nocivos efectos del desempleo padecido tras la Gran Depresión, el crecimiento económico sin precedentes que se produce a raíz de los programas de reconstrucción (Plan Marshall) y la aceptación de las teorías económicas de Keynes.

Todo lo anterior inicia un evidente cambio en la dirección de la economía ya que, tal y como reconocía Keynes, el motor de la misma (vía creación de empleo) es la

²⁴ Se basa en el principio de "assistance" (ayuda) y "sécurité sociale" (sistema de seguros), con un sistema de subsidios parcialmente no condicionado a la empleabilidad. Sin embargo, en el modelo bismarckiano el seguro social dependía del salario del trabajador. Tal así, que la cuantía de las ayudas depende de lo aportado al sistema previamente.

²⁵ Esta provisión social pública está inspirada, y surge, con la política keynesiana, la cual se basó en la estimulación de la demanda como motor del crecimiento económico, coincidiendo con *el proyecto de la reconstrucción* de los países destruidos por la guerra.

²⁶ Asegurando el nivel de vida, el empleo, los servicios sociales básicos –salud, educación, jubilación-, incentivando el mercado y la producción, fomentando la paz, la estabilidad social y, como, defensor del consenso entre las distintas fuerzas sociales

demanda y no la oferta, por lo que el sector público debe intervenir activamente²⁷ en la misma con el fin de reactivar la inversión y aumentar la capacidad de consumo de sus ciudadanos, a través de la implementación de programas y políticas de contenido social tendentes a mejorar la capacidad de compra (y de consumo en general) de los colectivos más deprimidos (enfermos, jubilados), pero también de las personas en activo.

De esta forma aumentar el volumen de empleo favorecería la mayor capacidad de consumo y de gasto, era el fin principal de la intervención pública, para lo cual se fomenta el aumento de la demanda que conlleva a la necesidad de producir más. Así, la mayor intervención pública en la economía, vía organización directa de las inversiones²⁸, fue el instrumento para legitimar la presencia pública y para favorecer la aparición y posterior expansión del Estado de bienestar moderno (González, 2009).

Tras la extensión y éxito que han dado contenido al Estado de bienestar, concretado en sistemas diversos, han estado presentes, también, las ideologías y el contexto temporal y económico. Todo ello, tal y como se ha recogido en el epígrafe anterior, ha dado lugar a diversos modelos de Estados de bienestar.

La evolución histórica del Estado de bienestar alcanza su madurez en las décadas de los años 50 y 60 del siglo XX y comienza a entrar en crisis en la década de 1970 (Berzosa y Fernández, 1993).

Por su parte, Briggs (1961) afirma que un Estado de bienestar es un Estado cuyo poder institucionalizado viene siendo utilizado, de forma deliberada por la política y la Administración, que modifica el juego del mercado al menos en tres aspectos: 1º para garantizar a los individuos y familias un nivel mínimo de ingresos, independientemente del valor que dé el mercado a su trabajo o propiedad; 2º a fin de evitar las crisis personales y familiares, procura que los individuos y familias hagan frente a ciertas contingencias (enfermedad, ancianidad o desempleo); y por último, 3º asegura que los servicios sociales sean ofrecidos a todos los ciudadanos independientemente de su estatus o clase social.

²⁷ La intervención del Estado en la economía tenía como objetivo asegurar un mínimo de bienestar económico para la población. Durante estas décadas, los presupuestos públicos de muchos países europeos llegan a oscilar entre el 40 y 60, o incluso el 65%, de sus respectivos PIB (De Paz, 2005).

²⁸ Pero también vía transferencias hacia los menos favorecidos por el sistema de producción capitalista.

No en vano, en la aparición del Estado de bienestar han concurrido diferentes factores de índole social – que complementa y/o sustituye la falta de previsión de los individuos y/o las familias para hacer frente a los imprevistos derivados de su participación en el proceso productivo (o de su limitación de hacerlo)-, *económica* – pues, contribuyen al pleno empleo y al crecimiento-, y *política* – ya que, integra a la clase trabajadora en el sistema capitalista- (Ochando, 1999).

Pero, además, se requería la intervención continua del Estado como regulador y gestor, la cual daría lugar a la asunción de nuevas responsabilidades con el fin de alcanzar determinados objetivos (seguridad, estabilidad, crecimiento), y la necesidad de instaurar la concertación social como práctica generalizada para resolver conflictos en el seno del aparato productivo.

Según Keynes (1991), en las economías capitalistas maduras, basadas en el ahorro, puede detectarse una creciente deficiencia de la demanda agregada. De tal forma, que sólo puede hacerse frente a esa deficiencia estimulando el consumo y la demanda de inversión, lo que implica que el Estado debe intervenir para reorganizar las condiciones de trabajo, de redistribución de la renta y de ocio, lo que impulsaría un ciclo exitoso del crecimiento económico. Por tanto, según este autor, el motor de la actividad económica y de la creación de empleo sería: la demanda (y no la oferta, como señala la Ley de Say)²⁹.

El Estado debía intervenir con programas de obras públicas que reactiven la inversión y con leyes sociales que aumenten la riqueza circulante, tanto en el caso de los trabajadores en activo como de aquellas personas enfermas, jubiladas, etc.

En definitiva, el objetivo principal de la intervención pública sería aumentar el volumen del empleo, lo que conlleva una mayor demanda de bienes y servicios. En este sentido, es claro que existe una relación directa entre el bienestar individual y la intervención dinamizadora del Estado, específicamente las leyes sociales. De ahí, la política social resulte intrínsecamente ligada al crecimiento económico. Con ello, Keynes legó un principio esencial en la configuración de los Estados de bienestar: la importancia del papel del Estado en la organización directa de las inversiones en la economía.

²⁹ Sobre los fundamentos de la Ley de Say se puede consultar en Sotelo, (1999: 357-359).

2.7. Situación de crisis hasta la actualidad

Si los fallos del mercado (mala distribución de la renta, fundamentalmente) han servido de argumentos a favor de una mayor presencia pública en la vida económica, los fallos del Estado debilitan las bases que sustentan la legitimidad de la presencia de éste en la vida de los ciudadanos.

Precisamente estos fallos del sector público ha llevado a actuaciones colectivas económicamente ineficientes (al extender mayor presencia pública y más gasto) debido, tanto al funcionamiento de los sistemas de votación, como a la presencia de intereses de los actores implicados (políticos, votantes, burócratas, grupos de interés), a la existencia de información diferente entre las empresas y el Estado o al hecho de que el usuario demanda más presencia pública y menos protagonismo del mercado.

Se cuestiona, tradicionalmente, la vinculación al que se ve sometida la intervención del sector público en temas de índole social –fundamento del Estado de bienestar-, sobre todo si se tiene en cuenta que la dimensión del Estado coexiste con el desarrollo de las economías de mercado y se produce en el seno de éstas.

Los límites del Estado de bienestar vendrían condicionados por los límites fiscales del propio gasto público, lo cual habría dado lugar a lo que O'Connor (1981) denomina como *crisis fiscal* del Estado. Y ello no es más que una consecuencia de la falta de ingresos tributarios que sufre el propio Estado debido a la menor actividad económica que se produce en tiempos de crisis.

Su aparición obedece a la naturaleza dual de los presupuestos: por un lado, el cumplimiento público de acumulación necesaria para garantizar la rentabilidad del capital privado y, por otro lado, la creciente demanda social de los servicios públicos –gastos sociales-. Sin embargo, y conforme sugiere O'Connor, el Estado debe intentar mantenerse o crear condiciones en las que sea posible la acumulación rentable de capital y mantenerse y crear el ambiente preciso para la armonización social. No obstante, si desestima la acumulación de capital, agotará la fuente de su propio poder al perderse la capacidad de la economía para sostener financieramente al Estado.

Pero eso conlleva a una contradicción entre la acumulación de capital y los gastos sociales ya que el excedente social se sigue apropiando privadamente, mientras que los costes sociales están cada vez más socializados.

En este sentido, se puede decir, al igual que O'Connor, (1981), que los hechos que dan lugar a la crisis fiscal del Estado serian:

- Que el capital monopolista socializa cada vez los costes del capital (planificación, construcción, perfeccionamiento y modernización del capital social físico) y los gastos sociales de producción, pero no los beneficios, ya que estos se concentran en algunos colectivos (los destinatarios preferentes de ciertos componentes del gasto social).
- Que los costes salariales suben más que la productividad en el sector estatal, como consecuencia de la imitación de lo que sucede en el sector privado, no siendo posible constatar la evolución de la productividad de los factores empleados.
- Que el Estado debe cubrir las crecientes necesidades sociales que el capital no cubre, lo que trae consigo incrementar del número de personas dependientes del Estado, propiciando la *esperanza creciente de Estado*³⁰

De tal forma que, la falta de eficiencia del sector público conduce a una pérdida de legitimidad de su actuación y a la ruptura del consenso social -pilar fundamental del Estado de bienestar- que se había mantenido desde la postguerra hasta la grave crisis económica internacional de los años setenta³¹. En este hecho económico se eleva el coste de allegar recursos crecientes para las finalidades propias del Estado de bienestar.

Tanto la economía y la sociedad sufren nuevos riesgos: derivados de la mundialización y la globalización de los procesos productivos, los que surgen como consecuencia de los cambios *demográficos* -envejecimiento de la población, caída de las tasas de natalidad-; *sociales* -predominio de la familia nuclear sobre la extensa – familias monoparentales-; incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral-; y los que son fruto de las nuevas formas de pobreza -la iniciada de los procesos masivos de inmigración no controladas, ni gestionados adecuadamente, o los de desregulación y segmentación del mercado de trabajo-, (Montagut, 2004; Fernández, 1998, y González, 2009).

³⁰ Ya que, es el Estado el que debe cubrir las necesidades (crecientes) de sus ciudadanos, si bien con un coste, en algunos casos, socialmente insoportable.

³¹ Para un estudio más amplio sobre el debate en torno a la crisis del Estado de bienestar keynesiano ver Alemán y García, (1999: 111-113).

Por tanto, a partir de la crisis económica de los 70, y de los problemas que genera la globalización, comienza a cambiar la condición de estar integrado en el mercado laboral y tener derecho a recibir un conjunto de prestaciones sociales. En este sentido, podría decirse que el hecho de estar trabajando no garantiza la percepción de un salario digno, ni tampoco el derecho a unos niveles de prestaciones sociales adecuados. De tal forma que, comienzan cuestionarse los nuevos retos que el Estado de bienestar debe afrontar en el siglo XXI³².

Así, conforme refieren los autores Fernández y López (2006: 43), se trata de que los nuevos modelos de Estado de bienestar tienen la capacidad de articular formas de intervención que superan la inercia y son capaces de responder con eficiencia a las nuevas demandas sociales. De ahí, que el objetivo es asegurar la sostenibilidad futura del Estado de bienestar (que comporta la gestión eficiente de sus recursos) de modo que se posibilite la cohesión social en el futuro y ello se consiga en el contexto de una economía cada vez más global.

Asimismo, se podría afirmar que la actual crisis del Estado de bienestar resulta, en gran medida, de su *falta de ajuste a los nuevos problemas que surgen de las nuevas estructuras sociales*, especialmente del entorno *familiar* -que ha cambiado en los términos señalados- y *laboral* -que está sometido a los cambios de una economía cada vez más internacionalizada-, (González, 2009, Montagut, 2004 y Fernández, 1998).

Autores como Mishra (1999) ven que el influjo de la globalización sobre los modernos Estado de bienestar tiene varias dimensiones que pueden limitar la capacidad de los gobiernos nacionales para conseguir el pleno empleo y el crecimiento económico, compartir el aumento de la desigualdad en salarios y condiciones de trabajo, presionar a la baja los sistemas de protección (dumping social), debilitar las ideologías que sustentan la protección social y hacer más frágil el asociacionismo.

Resulta indiscutible, para la mayoría de los autores, que el fenómeno de la globalización incide sobre la viabilidad de los Estados de bienestar aunque no existe

³² Para el caso español, la grave crisis económica internacional que estamos viviendo actualmente, se ve reflejada, en lo que al debate del Estado de bienestar respecta, en aspectos tales como: el debate para prolongar la edad de jubilación de los 65 a los 67 años, el posible recorte de los gastos destinados a la aplicación de la Ley de la Dependencia por parte de las comunidades autónomas, la reestructuración de las administraciones públicas con objeto de recortar gastos o la supresión de la cobertura estatal de determinados medicamentos.

tanta unanimidad sobre el protagonismo que se debe atribuir a la misma en la justificación de la crisis del *Welfare State*.

De todas formas, el impacto y análisis de la globalización sobre el Estado de bienestar debe referirse a cada modelo en concreto y, más aún, a la realidad específica de cada país, ya que, si bien con la globalización han surgido retos nuevos a los que deben enfrentarse los Estados de bienestar vigentes, también es cierto que es la propia globalización la que suministra soluciones nuevas a los mismos³³.

De lo expuesto, se tiene que los límites a la intervención del sector público en la economía vienen determinados por la eficiencia/ineficiencia en su diligencia ya que el hecho de necesitar más recursos para atender a más personas y suministrarles más y mejores prestaciones no está exento de costes de oportunidad que se concretan en términos de la dificultad para reunir ingresos suficientes con los que atenderlos y financiarlos. Además la excesiva intervención pública puede dar lugar a la aparición de efectos perversos en el comportamiento de los ciudadanos, que relegan su previsión y delegan en el sector público la satisfacción de necesidades que ellos mismos podrían asumir incurriendo en un menor coste³⁴.

De todas formas, los límites del Estado de bienestar dependen, dada la forma en que se financia y el tipo de prestaciones que suministran, de la fase del ciclo económico. En este sentido, cuando la economía está en una etapa expansiva, hay ciertos componentes del gasto social que tienden a disminuir (menos gasto en desempleo, menos gasto en pensiones –por ejemplo, por jubilaciones anticipadas-), al tiempo que las bases financieras del mismo se refuerzan, ya que la mayor actividad económica propicia una mayor recaudación impositiva y un mayor volumen de cotizaciones.

Por el contrario, cuando la economía está en una fase recesiva, ciertos componentes del gasto social se incrementan, tales como: las prestaciones por desempleo, las jubilaciones anticipadas, los servicios sociales para los colectivos más deprimidos...; siendo más difícil y costoso recaudar impuestos y obtener cotizaciones sociales.

³³ Sobre la relación entre globalización y Estado de bienestar se puede consultar en González, (2002: 53-62).

³⁴ Piénsese, por ejemplo, en los desincentivos que se producen en el mercado de trabajo al reducir la oferta del mismo como consecuencia de la existencia de prestaciones de desempleo o en el crecimiento del gasto sanitario derivado de una utilización poco responsable de los fármacos y servicios sanitarios o de carácter social, o de la realización de prácticas de vida poco saludables.

Por ello, es conveniente defender unos límites razonables del Estado de bienestar que eviten el sesgo de tener que delimitarlo según las fases del ciclo económico y que obedezcan, sobre todo, a criterios de racionalidad y de eficiencia económica: a) de racionalidad: porque ésta está estrechamente relacionada con la coherencia de los objetivos que se hayan asignado al propio Estado de bienestar; y b) de eficiencia: porque existen dificultades para evaluarla en estrictos términos de costes económicos por las complicaciones de las que participan muchas actividades públicas (y las que conforman el Estado de bienestar no constituyen una excepción a ellas) para permitir la aplicación del instrumento de los precios como mecanismo de determinación de su coste.

Esta 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.

No faltan autores que abogan por un regreso a las responsabilidades que la sociedad civil ha dejado de adquirir en las últimas décadas en beneficio de la esfera pública. Es precisamente la búsqueda de la eficiencia en el empleo de los recursos (escasos) que gestiona el sector público lo que ha venido, no sólo a valorar el papel de la sociedad civil en la atención de necesidades preferentes, sino a propiciar el protagonismo creciente de la misma, y más concretamente, de las ONGs en lo que se refiere al suministro y provisión de bienes y servicios de contenido social.

En definitiva, la crisis que experimenta el Estado de bienestar a partir de la década de los 70, como consecuencia de las crisis económicas que se vienen sucediendo desde entonces, repercute en una redefinición del papel que los diferentes agentes públicos y privados (Estado, Familia, Mercado, ONG's, etc.) deben desempeñar en el denominado Estado de bienestar.

CAPÍTULO III

LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA COMO CUARTO PILAR DEL ESTADO DEL BIENESTAR

3.1 Introducción

Frente al peligro de perder la autonomía personal y convertirse en un dependiente, tiene un doble vértice, porque afecta a quien lo padece directamente y al familiar que paraliza su vida para proveer los cuidados necesarios.

Sumándose a éste riesgo el progresivo envejecimiento de la población y se hace más difícil de cubrir por las exigencias de un mercado laboral con largas jornadas y la progresiva fragmentación del modelo tradicional de familia. Por ello, resulta menos frecuente encontrar dependientes en familias monoparentales, donde la persona activa tiene que esforzarse hasta la extenuación para hacer de cuidador y de agente económicamente productivo al mismo tiempo.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, en adelante) es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la atención a las necesidades de apoyos generalizados y la promoción personal, es el gran asunto de la política social del momento y de los próximos años, ya que de la respuesta que demos a ese desafío dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro Sistema de protección social.

En este sentido, se pretende reseñar el contexto de la puesta en marcha de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Para ello, el presente capítulo se estructura en torno a los siguientes contenidos:

El primer epígrafe tratamos sobre la conceptualización y alcance de la Ley; en el segundo epígrafe, se desarrolla la justificación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia desde el punto de vista socio-económica y demográfica, como desde el punto de vista jurídico.

Posteriormente, en el tercer epígrafe abordamos la configuración del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, para lo cual desarrollamos los siguientes aspectos tales como: a) Naturaleza jurídica; b) Finalidad de SAAD; c) Niveles de protección; d) El Consejo Territorial del SAAD; y, por último, e) Participación de las Administraciones Públicas.

En el cuarto apartado tratamos sobre la protección de la dependencia en Andalucía: teniendo en cuenta algunas consideraciones generales como: a) el desarrollo normativo de la Ley por parte de las CCAA del sistema; b) el reconocimiento del grado de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema; c) los servicios y prestaciones según el grado de dependencia; y, por último, d) describimos el cronograma de implantación del sistema de autonomía y atención a la dependencia.

3.2. Conceptualización y alcance de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

En nuestro país, desde hace ya algunos años, se utiliza el término persona dependiente para definir la situación de alguien que necesita ayuda de otro para realizar ciertas actividades cotidianas consideradas básicas. Entre otras acepciones que aparecen en el diccionario de la Real Academia Española, 2003 (RAE) es la *situación de una persona que no puede valerse por sí misma*.

Más allá de esta definición de la RAE, la que propone el Consejo de Europa de 1998, goza de un amplio consenso. Esta definición es la siguiente: *Aquel estado en el que se encuentran personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria*. Y añade que: *La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiene a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado* (Recomendación nº 98 – 9 a los estados miembros, aprobada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998).

De acuerdo con esta definición, la dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y a cualquier edad, la evidencia empírica revela una estrecha relación entre dependencia y edad, dado que el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional (personas con discapacidad física, psíquica, enfermas mentales o con déficit sensoriales) aumenta a medida que consideramos grupos de mayor edad. De hecho, en torno al grupo de edad de los 80 años aumenta fuertemente la probabilidad que un individuo tiene de ser dependiente.

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).

Por otro lado, no existe en Europa un patrón único que caracterice a los sistemas de atención a las situaciones de dependencia, creados para fomentar la autonomía personal y mejorar la calidad de vida de las personas con dificultades para realizar actividades básicas de la vida cotidiana. Sin embargo atendiendo al criterio de la fuente de financiación es posible distinguir entre tres modelos:

- a) El modelo contributivo (desarrollado en Alemania, Austria, Francia) contempla la atención a la dependencia dentro del sistema de la Seguridad Social, con una financiación basada en las cotizaciones de los trabajadores en activo.
- b) El modelo universal (en Noruega, Suecia, Finlandia, Países Bajos) recurre a la financiación procedente de los impuestos generales, en su mayor parte, y, parcialmente, en la participación en el coste final por parte de los beneficiarios del sistema., y
- c) El modelo asistencial (Italia, Portugal) cubre únicamente las situaciones de dependencia de la población por debajo de un determinado umbral de recursos.

De lo que se desprende que las diferencias en cuanto a su grado de cobertura son notables entre los distintos modelos. Es más, conforme al estudio de los diferentes modelos de Estados de bienestar, ya estudiados, predominantes en la actualidad, podemos equipararlos con los tipos de modelos de los sistemas de atención a la dependencia, resultando que el modelo contributivo comparte similares características en cuanto a la financiación con el modelo bismarckiano; asimismo, el modelo universal con el modelo nórdico o socialdemócratas, y, en igual sentido, el modelo asistencial, con el modelo mediterráneo o sureño, desarrollado, también, en España y Grecia.

Según las estadísticas de la Comisión Europea, el 20% de la población mayor de 65 años de edad padece algún tipo de dependencia en Europa. La mitad de ellos no recibe ningún tipo de atención formal. En los países europeos que comenzaron a cubrir esos riesgos mediante sistemas de bienestar formales han tenido que recurrir a

prácticas informales para poder afrontar su coste. Sin embargo, España ha hecho lo contrario, es decir, ha pasado del sistema informal a la construcción de un sistema formal.

Sin embargo, las diferencias en cuanto a grado de cobertura se da bajo el modelo universal, seguido del modelo contributivo y a mucha distancia de los dos aparece el modelo asistencial, que excluye a las amplias clases medias de la sociedad.

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.

Según el Libro Blanco de Dependencia, en 2005 había 1.125.190 personas en situación de dependencia en España, el 80% de los cuales superaba los 65 años de edad³⁵. La atención se realizaba, fundamentalmente, en el ámbito familiar y recaía especialmente en las mujeres (representando el 83% de los cuidadores familiares).

La atención de las administraciones se prestaba tanto desde el sistema sanitario como desde el ámbito de los servicios sociales, con una cobertura claramente insuficiente y con importantes diferencias entre Comunidades Autónomas y entre las áreas urbanas y rurales. Existía en el 2005 una escasa cobertura para las personas mayores de 65 años en España, significando el colectivo mayoritario entre los dependientes.

Por ello, el modelo tradicional de atención a la dependencia estaba en crisis. La cobertura referida se hacía cada vez más insuficiente ante el crecimiento sostenido de la demanda de cuidados para personas dependientes y en el nuevo contexto socioeconómico.

El incremento de la demanda es el resultado de la acción de factores demográficos, médicos y sociales, entre los que destaca el acusado proceso del envejecimiento de la población (conforme se justificará a continuación), las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas y enfermedades.

³⁵ Las estadísticas contenidas en el Libro Blanco de la Dependencia provienen de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencia y Estado de Salud 1999 (EDDES 99).

Por todas estas consideraciones y teniendo en cuenta que el Estado español actual compromete, en el artículo 1 de la Constitución Española (CE, en adelante), a los poderes públicos a la *protección de los derechos sociales como derechos fundamentales de la ciudadanía*, y dicho compromiso debe tener su máxima expresión en la creación de un modelo social en el que las necesidades de los ciudadanos constituyan una prioridad de orden político. Entre ellas, y de forma destacada, la política de asistencia a las personas que estén en *situación de dependencia*.

Y es esta necesidad social la que impulsa la iniciativa legislativa que se materializa en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, que entró en vigor el 1 de enero de 2007. Esta Ley configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia como cuarto pilar del Estado del Bienestar³⁶, y como tal debe dar respuesta a los derechos sociales en el área de cuidados de larga duración.

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.

La Ley 39/2006 es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la atención a las necesidades de apoyos generalizados y la promoción personal, es el gran asunto de la política social del momento y de los próximos años, ya que de la respuesta que demos a ese desafío dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro Sistema de protección social.

3.3. Justificación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Las causas que impulsan la elaboración y publicación de esta Ley pueden clasificarse en varias tipologías: sociales, económicas, demográficas y jurídicas, las cuales pasan a ser comentadas a continuación.

³⁶ Tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de la Seguridad Social.

3.3.1. Justificación socioeconómica y demográfica.

El interés que suscita la demanda de ayuda por situaciones de dependencia y la oferta que existe para darle respuesta viene determinado en gran medida por dos razones: a) por un lado, la situación demográfica actual de los países occidentales, ha dado lugar a un cambio en la estructura demográfica al aumentar el número de personas mayores, las cuales demandan mayores cuidados; y b) por otro, los cambios socioeconómicos acaecidos han hecho que la oferta de ayuda prestada a este tipo de personas no sea exclusivamente familiar sino que tiende a traspasarse a toda la sociedad (Libro Blanco la Dependencia, 2004).

Respecto al primer punto, la demanda de cuidados para personas en situación de dependencia se ha incrementado de forma notable en los últimos años y va a seguir aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas. Este envejecimiento de la población es consecuencia de la combinación de varios factores demográficos, médicos y sociales, entre los que destaca el acusado proceso de envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas y enfermedades, así como, la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico.

La oficina estadística de la Comisión Europea, Eurostat, ha publicado en abril de 2008 la revisión de sus proyecciones de población para los distintos países europeos en las próximas décadas destacando un escenario demográfico más favorable para el caso de la economía española. Toda valoración demográfica está ligada a la incertidumbre en torno a la evolución esperada de la tasa de fecundidad, la esperanza de vida y los movimientos migratorios.

Fundamentalmente la subida del flujo de inmigrantes que se prevé que reciba España en las próximas décadas³⁷ en EUROPOP-2008 permite prolongar, aunque no de forma indefinida, el crecimiento de la población en edad de trabajar (15-64), uno de los determinantes del crecimiento económico (Pons, 2010).

Lo que significa que las nuevas estimaciones demográficas vienen a situar a las economías europeas, en general, y a la economía española, en particular, ante el reto de afrontar el envejecimiento de su población. De tal forma que, la nueva realidad

³⁷ Las proyecciones demográficas de EOROP-2008 prevén que la economía española cuente con 12 millones de inmigrantes en 2060 duplicando la estimación de EUROPOP-2004.

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.

Asimismo, Eurostat prevé que la población española alcanzará un máximo de 53,4 millones de habitantes en 2045, reduciéndose posteriormente hasta los 51,9 millones de habitantes en 2060. En este sentido, se estima que España acumule un crecimiento del 14%, siendo 10 veces superior al previsto para el caso de la UE (1,4%), que alcanzará su máximo en 2034 (con 520,6 millones de habitantes). La población española destacará además por presentar un tipo de envejecimiento más acusado.

Siguiendo con las proyecciones de demográficas de EUROPOP-2008, la población en edad de trabajar se verá reducida en cerca de 3 millones de personas, mientras la población de 64 años se duplicará, con 9 millones de personas más. Resultando significativo el incremento del colectivo de los mayores de 80 años, produciéndose el fenómeno del “envejecimiento del envejecimiento”.

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. Ya que, 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, que verá incrementada su tasa de dependencia hasta una proporción menor (53,5) en 2060³⁸. De tal forma la población mayor de 80 años acumulará un crecimiento del 265% en España frente al aumento del 183% en la UE.

Adviértase que el envejecimiento de la población española, mantiene inalterado el rango de edad entre los 15 y los 64 años como el que define a la población en edad de trabajar. Varios países europeos están promoviendo una vida laboral más larga, con el fin de retrasar la edad efectiva de jubilación, entre ellos España, ya que la reforma del Sistema de la Seguridad Social de 2007 camina en esta dirección.

³⁸ En el 2060 se espera que en el conjunto de la UE haya 62 millones de personas mayores de 80 años.

Todo ello viene a indicar cómo la atención a las personas dependientes corre a cargo principalmente de las familias. Sin embargo, los cambios que se viene produciendo en el modelo familiar hacen que esta estructura no sea viable a corto plazo.

Entre estos cambios podemos señalar la desaparición de la familia extensa, la pérdida de estabilidad en la institución familiar con el aumento del número de separaciones y divorcios, el retraso en la edad del matrimonio, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la movilidad geográfica de la familia por motivos laborales haciéndose más complicado de cubrir la asistencia por las exigencias de un mercado laboral con largas jornadas, el incremento de las familias monoparentales, el retraso en la independencia de los hijos y el tamaño reducido de las viviendas (Bazo, 1996; García, 2004; Libro Blanco de la Dependencia, 2004).

Por otra parte, el modelo de familia ha evolucionado hacia familias de menor tamaño y con mayor movilidad geográfica. En suma se incrementa el coste de oportunidad para que la mujer³⁹ reúna a una participación activa en el mercado de trabajo. El coste de la atención informal se eleva en una sociedad que, parece haber, agotado prácticamente la vía del aumento de la tasa de empleo masculino (España registra una tasa de empleo masculino del 70%, mayor que el promedio europeo, y en línea que Estados Unidos), y que, para continuar en ello, necesita recurrir al margen que existe en el empleo femenino y a conseguir un aumento sostenido de la productividad del trabajo.

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, antes mencionado, han hecho imprescindible la creación del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

Máxime cuando el 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.

Y, en definitiva, la articulación formal de un sistema de atención a la dependencia se presenta como una oportunidad para conseguir combinar una mayor tasa de empleo femenino con un aumento de la productividad del trabajo, si se consigue que las

³⁹ Sobre quien tradicionalmente recae la atención a los dependientes en los países del sur de Europa.

nuevas generaciones de mujeres, con mayores calificaciones que sus progenitoras, no vean limitada su decisión de participación en el mercado de trabajo por el condicionante de la atención a los familiares dependientes.

3.3.2. Justificación jurídica

Esta necesidad de que la protección social alcance a las personas dependientes, también ha sido puesta de relieve por el Consejo de Europa en una importante Recomendación de 1998. Por su parte, España se ha sumado a esta problemática con distintas iniciativas, tales como: a) el Informe de la Ponencia del Senado, proponiendo la creación de un seguro de dependencia (1999); b) la Recomendación del Congreso, dedicado a la valoración del cumplimiento de Pacto de Toledo (2003); c) la elaboración de planes, recomendaciones, informes y estudios institucionales (Plan Concertado de Prestaciones Básicas, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1998; Informe del IMSERSO, 1999; recomendación del Defensor del Pueblo, 2000; Libro Blanco del IMSERSO, 2005); y d) con la adopción de Acuerdos entre Gobierno y agentes sociales (2001, 2004, 2005).

Fruto del Acuerdo de 21 de diciembre de 2005, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, ha procedido a unificar normativamente los esfuerzos dedicados a la cobertura de las situaciones de dependencia, erigiendo un Sistema que constituye el eje de la protección de la autonomía y de la atención a las personas dependientes; un Sistema de cuño, que ni se adscribe a la Seguridad Social ni al sistema Nacional de Salud ni a las acciones asistenciales de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, sino que, sin rehusar la importante colaboración de esas instituciones, se estructura a través de un deliberado marco general o estatal, fundado constitucionalmente en el artículo 149.1.1ª de nuestra Ley fundamental.

Esta Ley 39/2006 expresa su fundamento constitucional (Disp. final 8ª) declarando haberse dictado al amparo de lo previsto en el art. 149.1.1ª de la CE, a cuyo tenor el Estado tiene competencia exclusiva sobre *la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales*; el citado artículo 149.1.1ª es título competencial suficiente para que el Estado haya dictado la norma⁴⁰, puesto que el

⁴⁰ Pero afirma el Dictamen del Consejo de Estado 336/2006, de 23 de marzo, la Ley de la Dependencia ha optado por una regulación cuyo contenido se sitúa *al margen del Sistema de la Seguridad Social*.

Sistema construido por la Ley 39/2006 es ajeno al Sistema de la Seguridad Social (Montoya, 2007; Calvo, 2007).

Como quedó anotado en el epígrafe anterior, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, fue publicada en el BOE el 15 de diciembre de 2006 (entrando en vigor el 1 de enero de 2007, conforme a su Disposición final novena). La Ley es una muestra más de la llamada legislación negociada, cuyo último fundamento se encuentra en diálogo social.

La Exposición de Motivos de la Ley 39/2006 alude a los criterios que la Unión Europea decidió que deben regir las políticas de dependencia, a saber, la universalidad, la alta calidad y la sostenibilidad de los correspondientes sistemas.

Máxime, cuando el mandato constitucional a los poderes públicos para que realicen políticas de asistencia social a favor de las personas en situación de dependencia es una *norma jurídica*. Por lo que ha generado, el carácter normativo de este mandato constitucional, una *situación jurídica favorable* cuya titularidad corresponde a las personas dependientes. Esta situación legitima para solicitar ante el órgano judicial correspondiente el planteamiento de la cuestión de constitucionalidad.

En definitiva, la Ley 39/2006, ha venido siendo valorada positivamente por las cualificadas organizaciones sociales, considerándola como una iniciativa de gran importancia para extender y completar el ámbito de cobertura de nuestro Sistema de Protección Social, a través del reconocimiento y garantía de derechos a las personas que se encuentran en esta situación, lo que implicará un gran avance en la mejora de sus condiciones de vida.

3.4 Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: naturaleza jurídica, finalidad del sistema y niveles de protección

3.4.1 Naturaleza jurídica

La Ley crea un Sistema Nacional para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD, en adelante), que garantiza la universalización de las prestaciones básicas, ya que la mayor esperanza de vida, los cambios en la estructura y el orden familiar y los

cambios sociales afectan no sólo a las personas en situación de dependencia sino también a las propias familias que carecen de los medios para prestar un apoyo voluntario, de modo que son los poderes públicos los que tienen que aportar soluciones a estas necesidades de atención social que cada día son mayores (Torres, 2006).

El SAAD se configura como una red pública, diversificada, que integra de forma coordinada los centros y servicios, públicos y privados, debidamente acreditados. Asimismo, dentro del SAAD se crea el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, como instrumento de cooperación entre los diferentes niveles de Administración para la articulación del sistema.

Aunque el legislador estatal, con fundamento en el artículo 149.1.17ª de la CE, podría haber integrado en la acción protectora de la Seguridad Social la atención y cuidado de las personas en situación de dependencia. Sin embargo, el Gobierno con los agentes sociales firmantes del “Acuerdo sobre la acción protectora de las situaciones de dependencia” (1 diciembre de 2005) ha optado por instaurar lo que la Exposición de Motivos de la Ley 39/2006 caracteriza como “una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora de la Seguridad Social y del Estado”, creando para ello un sistema de protección, básicamente centrado en las prestaciones dinerarias conforme a la idea de cobertura de necesidades económicas de la Seguridad Social (Rodríguez-Piñero, 2006).

La atención a este colectivo de la población se convierte en un reto ineludible para los poderes públicos, que requieren una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No en vano, el propio texto constitucional ha prescrito dos preceptos que establecen la obligación de los poderes públicos de ayudar, en el sentido más amplio de la palabra, a las *personas con discapacidad* (art. 49 de la CE) y de promover el bienestar de *las personas incluidas en la llamada tercera edad* (art. 50 de la CE), entendida por tal, en nuestra opinión, las que han sobrepasado la edad de jubilación correspondiente.

El primero de dichos artículos (art. 49) establece que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.

Por su parte, el segundo (art.50) dispone que los poderes públicos, además de garantizar la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad (mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas), y con independencia de las obligaciones familiares, “promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

A tal efecto, el legislador crea el SAAD, erigiéndolo en el cuarto pilar del Estado de Bienestar, junto con el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Seguridad Social. Su regulación se contiene en el Título I de la Ley, que lo adopta como título, dedicando el Capítulo I a la Configuración del Sistema, especificando su finalidad, los niveles de protección y el modo de interaccionarse las distintas Administraciones.

La constitución del SAAD constituye una novedad en el plano institucional, pues la Ley prevé la integración de las prestaciones por ella establecidas en las redes de servicios sociales de las CCAA (art. 3.o de la Ley 39/2006). Por eso, aunque las prestaciones de la dependencia no se canalicen a través de la Seguridad Social, los servicios sociales de la Seguridad Social cuya titularidad corresponde al IMSERSO aunque su gestión esté transferida a las CCAA, pasarán a integrarse, en la medida en que procuren asistencia a personas dependientes, en la Red de Servicios del nuevo SAAD, sin que ello afecte a su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica art. 6.3).

Con lo que a la postre, el SAAD se configura como una “superestructura” sectorializada por razón de la materia que integra, de manera coordinada, centros y servicios de muy diversas procedencias y titularidades.

Por otra parte las CCAA han ejercido de forma muy desigual y sin coordinación entre ellas sus competencias en materia de asistencia social, brindando a resultas de ello una cobertura mayor o menor a las situaciones de dependencia. La inexistencia de una ley básica estatal de servicios sociales es en parte responsable de esta caótica situación.

En tal situación, pocos se atreverían a cuestionar la necesidad de una Ley que garantice a todos los ciudadanos en situación de dependencia una expectativa de asistencia, si no idéntica, al menos similar, en función de su grado de dependencia,

tanto a lo relativo a la delimitación del ámbito subjetivo de protección como a las prestaciones y servicios ofrecidos al colectivo de personas dependientes.

Por ello, ha podido entenderse que el artículo 149.1.1ª de la CE ampara la regulación de la Ley 39/2006 y que su objetivo constituye una regulación “transversal”, acorde con las previsiones de los artículos 49 y 50 de la CE y con garantía de una posición mínima que asegure la dignidad humana (art. 10 CE) en situaciones de especial vulnerabilidad, encontrando también con la efectividad de la libertad, igualdad e integridad física y moral que la Constitución garantiza (arts. 9.2, 14 y 15 de la CE) (Dictamen 336/2006, del Consejo de Estado).

En consecuencia, la importancia de esta Ley radica en el hecho que supone ampliar el ámbito de cobertura del Estado de bienestar en España. Con la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, España se suma al grupo de países que cuenta con sistemas públicos y universales de pensiones y educación, además del sistema sanitario.

3.4.2 Finalidad del SAAD

El artículo 6,2 de la Ley39/2006 señala que la finalidad principal del SAAD es la de garantizar las condiciones básicas y el contenido común a que se refiere la Ley, aunque se establecen otros fines adicionales.

Junto al fin apuntado, son finalidades adicionales del Sistema: servir de cauce para las respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia; optimizar los recursos públicos y privados disponibles, y contribuir a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

Pese a que la Ley comienza indicando su propia finalidad (art.11), prosigue estableciendo hasta 18 principios inspiradores y deja claro que la consecución de todo ello se hará a través del SAAD; ahora, en el momentote regular el mismo, tampoco ha querido conformarse con una indicación expresa de sus fines; aunque siempre es interesante atender a la letra de un precepto, resulta obvio que los objetivos del SAAD no pueden diferir respecto de los de la ley, marcados en el artículo primero.

Para la articulación del Sistema, se regulan, en el Capítulo I del Título I, la coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas, la participación en éstas y de las Entidades Locales, y la creación del Consejo Territorial del SAAD, como instrumento de cooperación, coordinación e información entre las distintas Administraciones públicas para la articulación del Sistema. Ello concuerda con el primero de los fines secundarios atribuidos al propio sistema, lo que confiere un carácter axial al referido Consejo Territorial, órgano que inmediatamente pone sobre la pista el análogo existente en materia de Sanidad Pública⁴¹.

3.4.3. Niveles de Protección

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, sobre Promoción de la Autonomía y Atención a las personas dependientes ha establecido un nuevo subsistema de protección social en orden a avanzar en una adecuada cobertura de las situaciones de necesidad de las personas dependientes, reforzando así el Sistema Público de Protección Social a través de un modelo garantizador de auténticos derechos sociales.

Como se sabe, el modelo universal que implanta la Ley garantiza el acceso a unas condiciones básicas y un contenido común, a todos los ciudadanos (art. 6.1) a través de unos niveles de protección (art. 7) que se vinculan a las distintas Administraciones Públicas con competencias en ese Sistema. Así:

a) El 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). Este precepto atribuye esta competencia al Gobierno, oído el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y financiado exclusivamente por la Administración General del Estado (AGE, en adelante).

Es el Gobierno del Estado el que debe determinar el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema (según el grado y nivel de su dependencia). Por ello, estamos ante una de las condiciones básicas para garantizar el derecho a la promoción de la autonomía y atención personal y atención a la dependencia.

⁴¹ Conforme al artículo 69 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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, bien que su decisión quede tamizada por la opinión del Consejo Territorial (donde la representación autonómica es mayoritaria) y, en último término, por el catálogo de servicios y prestaciones; es dentro del mismo 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 CCAA sólo participan mediante su representación en el Consejo Territorial, órgano titular del derecho a audiencia (en este punto no vinculante).

b) Un segundo nivel de protección se asumirá a través de la cooperación que se acuerde entre el Estado y las Comunidades Autónomas y que ampliará el ámbito de cobertura de las prestaciones y servicios para las personas dependientes de ese territorio (art. 10).

Al objeto de dotar de contenido a éste segundo nivel se dispone que, en el seno del Consejo Territorial del SAAD, la AGE y las CCAA acordarán el marco de cooperación interadministrativa⁴² que se desarrollará mediante los correspondientes Convenios entre la Administración Central y cada una de las CCAA⁴³:

- . En cada uno de ellos ha de preverse la financiación que corresponda a cada Administración para este segundo nivel de prestaciones.
- . Habrá que prever asimismo los términos y condiciones aplicables para la revisión de las cifras establecidas.

⁴² 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 Territorial del Sistema 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.*

⁴³ 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.

- . También precisarán el importe de las aportaciones del Estado derivadas de la garantía del nivel de protección mínimo.

Es decir, al Convenio entre la Comunidad Autónoma y el Ministerio de Trabajo o Asuntos Sociales corresponde determinar los objetivos, medios y recursos par la aplicación de los servicios y prestaciones que la Ley contempla, incrementando de este modo el nivel mínimo de protección fijado por el Estado. Pero no corresponde al Convenio sino al Consejo Territorial determinar la intensidad de cada uno de los servicios incluidos en el catálogo, así como proponer el sistema de compatibilidades e incompatibilidades entre dichos servicios, al objeto de que todo ello sea aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto.

Por tanto, la intervención de las CCAA 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.

Asimismo, los convenios también establecerán la financiación que corresponda a cada una de las Administraciones firmantes en este nivel de prestación, interesa advertir que tales Convenios están condicionados por algún mandato legislativo adicional (art. 32.2).

En definitiva, las decisiones estratégicas para este segundo nivel (intensidad de la protección e incompatibilidades) descansan en el Gobierno central (al ofrecer una cuantía presumiblemente obtenida mediante la aplicación ponderada de las magnitudes ya citadas). Cabría plantearse hasta qué punto esta circunstancia va a condicionar la preferencia de las Administraciones autonómicas: si llegar aun acuerdo con la AGE para ampliar el nivel básico, suscribiendo un convenio en los términos del artículo 10, o acaso actuar con más libertad en el diseño de unas prestaciones y servicios menos condicionadas por las decisiones del gobierno central.

- c) Un tercer nivel adicional de protección que asume, en su caso y en exclusiva, cada Comunidad Autónoma (art. 11.2).

Además de los dos anteriores (mínimo y segundo nivel), cada Comunidad puede establecer otro nivel (adicional) de prestaciones⁴⁴. Lógicamente, las posibilidades de actuación individual de cada Comunidad son considerablemente superiores en este tercer escalón.

El artículo 11.2 de la Ley 39/2006 expresa la posibilidad de que las CCAA, 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: *podrán adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas*. Se ha destacado el paralelismo entre la regulación que sobre este tema contiene la norma de ley y las relaciones entre complementos de prestaciones de Seguridad Social por parte de las CCAA con ayudas de otra naturaleza, al amparo de la versión actual del artículo 38.4 LGSS.

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 norma se refiere a este tema:

(Disp. Adic. Séptima. 1) El Gobierno, en el plazo de seis meses, promoverá las modificaciones legislativas que procedan, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.

La Ley se está refiriendo aquí 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.

La contratación de este tipo de productos, en la medida en que puede contribuir a aliviar el problema de dependencia de muchas personas actuando como un complemento de la cobertura pública, debería ser objeto de un tratamiento fiscal ventajoso: medidas como la deducción parcial o total de la prima del Seguro de Dependencia en la base imponible y la exención de los incrementos de patrimonio o rendimientos de capital mobiliario que se produzcan por la realización de bienes o derechos y que se destinen en su totalidad al pago de una prima de seguro de

⁴⁴ A él alude el artículo 7.3 de la Ley 39/2006 como *El nivel adicional de protección que puede establecer cada Comunidad Autónoma*.

dependencia, son ejemplos de incentivos fiscales aplicables para la implementación y desarrollo del aseguramiento privado de la dependencia⁴⁵.

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 la tendrán mayor en el futuro.

3.4.4 El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Para articular el sistema y como instrumento de cooperación, se instaura el Consejo Territorial, en cuyo seno se tendrán que desarrollar importantes acuerdos de posterior aplicación por parte de las CCAA.

La regulación de este organismo se contiene en el artículo octavo. Si todo el SAAD actúa como cauce (art.6.1) por la colaboración y participación de las Administraciones Públicas (en adelante: AAPP), a su vez este, este Consejo se crea *como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema* (art. 8.1).

Su composición refleja el protagonismo de las CCAA en la gestión del SAAD; de ahí que el número de representantes autonómicos supere al de representantes de los distintos Departamentos ministeriales⁴⁶.

Este Consejo Territorial es el encargado de determinar los elementos esenciales que deben ser comunes para toda la ciudadanía, y a partir de ahí tiene lugar el desarrollo reglamentario. De tal manera, puede afirmarse que la responsabilidad en la gestión del sistema y aplicación de las medidas recae sobre las CCAA. Las Corporaciones Locales participarán en la gestión de acuerdo con la normativa autonómica y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

⁴⁵ Para profundizar en el tema sobre el Seguro de dependencia puede consultarse en Rivera (2001: 5, 58).

⁴⁶ En la versión inicial de la Ley la composición del Consejo Territorial era paritaria, con igual número de representantes de las CCAA y de la AGE y la presidencia se atribuía al titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Una vez constituido, el Consejo acordará sus normas en cuanto a funcionamiento y presidencia. En ocasiones sus tareas de equiparan a las de un órgano consultivo de influencia reforzada (así, cuando debe *informar*), otras veces aparece como un nexo entre las diversas Administraciones intervinientes (sirviendo *de cauce*, igual que el propio SAAD), pero la mayoría de competencias se mueven en un terreno más decidor (*acordar, adoptar, establecer*). Véase la redacción del precepto en cuestión:

(Art. 8.2) Sin perjuicio de las competencias de cada una de las Administraciones Públicas integrantes, corresponde al Consejo, además de las funciones que expresamente le atribuye a esta Ley, ejercer las siguientes:

- a) *Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10.*

El Consejo es el ámbito en el cual el Estado y las CCAA acordarán, una especie de plan de acción integral, que luego se desarrollará mediante los correspondientes convenios entre la AGE y cada una de las CCAA (art. 10.1).

Se parte, en consecuencia de un marco de cooperación aprobado en este órgano, pero con miras a que sea desarrollado y ejecutado por cada uno de los convenios que, ulteriormente se supone que en el ámbito de relaciones bilaterales externas al Consejo, cada Comunidad Autónoma y la AGE han de aprobar.

- b) *Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previsto de acuerdo con los artículos 10.3 y 15*

Anticipando en parte la estructuración de la protección en niveles, puede decirse que los Convenios entre el Estado y las CCAA antes aludidos sirven para determinar las prestaciones adicionales a las básicas (éstas, comunes a todo el Estado) que cada una de ellas va a dispensar.

- c) *Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas previstas en el artículo 20 y en la disposición adicional primera*

Es un buen ejemplo de la heterogeneidad de las funciones asignadas al Consejo: aquí lo encontramos decidiendo de manera dirimente sobre aspecto tan relevante como el importante de las tres prestaciones económicas que en el nivel básico se contemplan.

Ello sin perjuicio de que, al carecer el Consejo de potestad normativa, su decisión hay de ser asumida por el Gobierno; pero todo indica que estamos ante un acto debido del poder ejecutivo y que lo aprobado por el Consejo no puede modificarse. Al menos eso es lo que se desprende del tenor del artículo 20 de la Ley 39/2006 respecto de la prestación económica vinculada al servicio, de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales o de la prestación económica de asistencia personal⁴⁷.

d) Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios

El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en efecto, fijará los criterios para la aplicación de la regla conforme a la cual los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.

En el ejercicio de tal competencia, el Consejo debe respetar la previsión del artículo 33.3 de la Ley 39/2006, conforme a la cual para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.

e) Acordar el baremo a que se refiere el artículo 27, con los criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración

f) Acordar, en su caso, planes, proyectos y programación conjuntos

g) Adoptar criterios comunes de actuación y de evaluación del Sistema

h) Facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes

⁴⁷ Conforme a la literalidad del artículo 20 de la Ley 39/2006 (*Cuantía de las prestaciones económicas*), la cuantía de las prestaciones económicas reguladas en los artículos de esta Sección se acordarán por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto.

- i) *Establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia*
- j) *Informar la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia y en especial las normas previstas en el artículo 9.1*
- k) *Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas*

Hay que resaltar la previsión legal conforme a la cual, en el plazo máximo de tres meses desde su constitución, el Consejo Territorial del Sistema 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 (Disposición Final Cuarta de la Ley).

3.4.5. Participación de las Administraciones Públicas

La Ley crea un Sistema público para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art. 1.1) en el que se integran y deben colaborar todas las Administraciones Públicas:

La Administración General del Estado

El artículo 9 de la Ley 39/2006 atribuye a la AG la capital función, ya comentada, de definir el nivel mínimo de protección garantizando para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado y nivel de dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

Comunidades Autónomas

En coherencia con las opciones que se ofrecen al juego de las decisiones emanadas de las diversas CCAA y del Estado, el artículo 11, bajo el epígrafe *participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema* (que será abordado en el siguiente capítulo), le otorga unas competencias y funciones que pueden catalogarse como de gestión, supervisión y ejecución de los servicios, prestaciones y recursos del SAAD en el ámbito de sus respectivos territorios.

Entidades Locales

Ante la realidad de que muchas veces los servicios sociales movilizados para atender a las personas en situación de dependencia vienen integrados en las Corporaciones Locales, la Ley no ha querido dejarlas fuera de su diseño. Quizá por heterogeneidad de los supuestos, quizá porque la legislación autonómica vuelve a ser la competente para regular este tema, lo cierto es que los términos en que ha previsto distan mucho de la concreción alcanzada respecto de los entes autonómicos.

Son dos las posibilidades que se ofrecen: a) artículo 12.1 (su participación quedará limitada a la normativa de sus respectivas CCAA y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye) y b) artículo 12.2 (podrán participar en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga) (Montoya, 2007; Calvo, 2007).

Por tanto, son las Administraciones Autonómicas las que fundamentalmente tienen la competencia en la gestión de la Ley, debiendo desempeñar un papel destacado los entes locales, lo cual se considera imprescindible para una buena marcha de la Ley.

La colaboración de las distintas Administraciones se ve complementada con la participación de los beneficiarios y de sus familiares que no solo se prevé a nivel nacional en la Ley 39/2006, sino que está expresamente contemplada en el artículo 17.4 del Decreto 168/2007, de 12 de junio, de la Junta de Andalucía que regula el procedimiento para la valoración de esta situación y el reconocimiento del derecho, al contemplar la participación de la persona beneficiaria o de sus familias en la elaboración del PIA (Programa Individual de Atención, en adelante) que constituye el elemento esencial para determinar las necesidades asistenciales de las personas dependientes (conforme será abordado en otro epígrafe más adelante).

3.5. La protección de la dependencia en Andalucía: consideraciones generales

3.5.1 Consideraciones generales

La Ley 39/2006 deja en manos de las CCAA el desarrollo normativo de parte del sistema. No se trata de una simple ejecución de normas estatales, sino que por un lado, puede materializarse en una Ley autonómica en la materia, y por otro en el

desarrollo normativo de las cuestiones en las que la Ley 39/2006 llama al legislador autonómico.

A diferencia de otras CCAA, en Andalucía no se cuenta con una Ley de protección de dependencia. Por tanto, la Comunidad andaluza no solo participa en el desarrollo de la ley estatal, sino que podría elaborar su propio desarrollo normativo y de recursos, incluyendo una propia Ley autonómica de protección de las situaciones de dependencia, con objeto de desarrollar plenamente la estatal y complementarla con medidas propias.

Necesariamente la Ley 39/2006 debería de partir de cooperación entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales, ya que buena parte de la red de servicios sociales andaluza se hallan en la esfera local, lo que conlleva a una delimitación de competencias que tenga como principal objetivo el dotar de un marco homogéneo e igualitario al diverso panorama actual.

Serán los servicios sociales comunitarios municipales los que, una vez se haya resuelto el expediente de reconocimiento de la dependencia, deben asumir el seguimiento de la prestación del servicio que el sistema público debe garantizar al usuario, a partir del PIA en coordinación con los servicios sanitarios.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que el nuevo Estatuto de Andalucía, aprobado por LO 2/2007, ha sido extraordinariamente sensible a atención a las situaciones de dependencia, recogiendo como uno de los objetivos básicos de la Comunidad Autónoma *la especial atención a las personas en situaciones de dependencias* (art. 10.3.15.º), reuniendo además un precepto expresamente relativo a tales personas, en el que se declara que las personas con discapacidad y las que estén en situación de dependencia tienen derecho a acceder, en términos que establezca la ley, a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública necesarios para su desarrollo personal y social (art. 24).

Así como, en su artículo 37 num. 4, de la LO 2/2007, se recoge como uno de los principios rectores de las políticas públicas *La especial protección de las personas en situación de dependencia que les permita disfrutar de una digna calidad de vida*. Sin embargo, por el momento no se ha hecho ninguna iniciativa parlamentaria en ese sentido. Como aspecto más reseñable hay que estar a la futura creación de la Agencia para la Atención a la Dependencia en Andalucía, contemplada en la disposición

adicional sexta de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía. En tanto no se a una realidad, transitoriamente se atribuye a la Consejería de Igualdad y Bienestar Social la gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art. 14 Decreto 10/2008, de 19 de abril, de las Vicepresidencias y sobre reestructuración de las Consejerías).

Cabe destacar que en la Comunidad Andaluza si ha tenido lugar un razonable desarrollo de las previsiones contempladas en la Ley 39/2006, ya que, en Andalucía es donde más han avanzado en este punto.

Debe tenerse en cuenta que aunque la entrada en vigor de la Ley se produjo el 1 de enero de 2007, el Decreto regulador del baremo no se publicó hasta el 21 de abril (Real Decreto 504/2007, de 20 de abril), y el modo de solicitud hasta el 27 de abril (Orden de 23 de abril), sucesos que aparte de demostrar una falta de previsión a este respecto (que bien podía haberse anticipado durante la tramitación parlamentaria del proyecto de Ley), supone que las Administraciones Servicios Sociales no pudieron ponerse a tramitar y valorar el ingente número de solicitudes hasta transcurrido unos meses desde la entrada en vigor de la norma.

3.5.2. Reconocimiento del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema

La Ley 39/2006 recoge tres grados de dependencia:

- a) 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.

- b) 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 quiere apoyo permanente de unos cuidados o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- c) 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 física, mental, intelectual o sensorial, necesita el

apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Cada uno de estos tres grados de dependencia se clasifican, a su vez, en dos niveles, niveles 1 y 2, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

La valoración del grado de dependencia se realiza mediante la técnica de la baremación de las diferentes circunstancias concurrentes. Por ello, el artículo 27 de la Ley 39/2006 encomienda al Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia la elaboración de un único baremo en todo el Estado español, baremo que una vez elaborado será aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto. Dicho mandato, se reitera en la disposición final quinta de la Ley y en la disposición adicional decimotercera de la Ley que establece una valoración específica para los menores de tres años que atienda a las especiales circunstancias que se derivan de su edad.

Por consiguiente, la Ley 39/2006 no se remite a un mero desarrollo reglamentario, sino que por un lado fija las orientaciones de cuáles deben ser los criterios técnicos de clasificación que inspiren o sirvan de referencia al baremo estatal; y por otro perfila el contenido del mismo. Y fija un plazo para tales desarrollos reglamentarios: en el plazo máximo de tres meses tras la constitución del Consejo y de conformidad con los correspondientes acuerdos del Consejo Territorial.

Asimismo, el baremo estatal fue definido en enero de 2007 por el Gobierno y las CCAA, en el seno del Consejo Territorial de la Dependencia, y aprobado por el RD 504/2007, de 20 de abril, normativa que ha sido corregida en el BOE de 18 de mayo de 2007.

En relación con el baremo estatal, el artículo 27 de la Ley 39/2006 alude a los baremos propios de las Comunidades Autónomas, indicando que las mismas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. De tal forma, con objeto de fijar un marco común, el Consejo territorial deberá acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las CCAA que, todo caso, tendrán carácter público.

En efecto, la propia Ley fija unos patrones en la valoración que será exigibles tanto respecto del baremo estatal como los autonómicos: la valoración se realizará teniendo los informes sobre la salud y entorno en el que viva el solicitante, así como considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas (art. 27.5).

Por consiguiente, en Andalucía, el procedimiento del reconocimiento de la situación y del derecho a las prestaciones ha sido regulado por la Junta de Andalucía por Decreto 168/2007, de 12 de junio, mediante un procedimiento que se articula en dos fases, la primera, sobre el reconocimiento de la situación de dependencia y la segunda, sobre el reconocimiento del derecho a los servicios o prestaciones del Sistema (Programa Individual de Atención, PIA) que pasamos a describir:

Fase del reconocimiento de la situación de dependencia

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia se inicia a instancias de las personas titulares del derecho, o de quienes ostenten su representación, ante los Servicios Sociales Comunitarios municipales del municipio de residencia de estas, en el modelo oficial (aprobado por Orden de 23 de abril de 2007), comunicándose a esta el día y hora que los profesionales acudirán a su domicilio o lugar de residencia para efectuar la valoración, los cuales procederán a realizar los reconocimientos y pruebas correspondientes mediante la aplicación del baremo.

El grado y nivel de dependencia se valorará teniendo en cuenta el informe sobre la salud⁴⁸, y el informe sobre el entorno en el que viva aquella y, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

Una vez concluida la valoración esta será remitida a los servicios sociales comunitarios al Servicio de Valoración de la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, que elevará propuestas de resolución conteniendo el dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los servicios y prestaciones que la persona pueda requerir.

⁴⁸ Mediante Instrucción de 13 de junio de 2007 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud se regula la elaboración del informe de condiciones de salud.

El dictamen del órgano de valoración establecerá, cuando proceda, en función de las circunstancias concurrentes, el plazo máximo en que deba efectuarse, en su caso, la primera revisión del grado y nivel dictaminados.

Finalmente, el titular de la correspondiente Delegación Provincial dictará la resolución que proceda, que determinará:

- a) El grado y nivel de dependencia de la persona solicitante, con indicación de la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia conforme el calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Asimismo, establecerá, cuando proceda, en función de las circunstancias concurrentes, el plazo máximo en que deba efectuarse la primera revisión del grado y nivel que se declare.
- b) Los servicios o prestaciones que, en su caso, correspondan a la persona interesada de acuerdo con su grado y nivel de dependencia.

La resolución deberá dictarse y notificarse a la persona solicitante o a sus representantes legales en el plazo máximo de tres meses, que se computarán a partir de la fecha de entrada de la solicitud en el registro de los Servicios Sociales Comunitarios del municipio de residencia de la persona solicitante.

Transcurrido el plazo establecido anterior sin que se haya notificado resolución expresa, la solicitud podrá entenderse desestimada, sin perjuicio de la obligación de la Administración de resolver expresamente. El grado y nivel de dependencia podrá ser revisado por las siguientes causas: mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia; y error de diagnóstico o en la aplicación del baremo.

Fase de reconocimiento del derecho a los servicios o prestaciones del Sistema (Programa Individual de Atención, PIA)

Una vez comunicada la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia a los servicios sociales comunitarios que hayan iniciado la tramitación del procedimiento, y siempre que la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia deba producirse en el año en que se hubiera dictado dicha resolución, conforme al calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, aquellos elaborarán la propuesta de PIA correspondiente a la persona beneficiaria.

En esta fase del procedimiento los servicios sociales comunitarios deberán realizar un informe social en el que se detalle la situación social, familiar y del entorno⁴⁹, e igualmente se dará participación a la persona beneficiaria o, en su caso, a las personas que lo representen.

Los servicios sociales comunitarios remitirán a la correspondiente Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social la propuesta del PIA, que dictará la resolución aprobatoria del mismo. Asimismo, la aprobación y notificación del PIA deberá producirse en el plazo máximo de tres meses desde la fecha de recepción de la resolución del reconocimiento de la situación de dependencia. A su vez, el PIA podrá ser objeto de revisión en los siguientes casos:

- a) A instancias de la persona interesada o de sus representantes legales.
- b) A instancia de los Servicios Sociales Comunitarios correspondientes.
- c) De oficio cuando las circunstancias lo aconsejen y, en todo caso, cada tres años.
- d) Como consecuencia del traslado de residencia a la Comunidad Autónoma de Andalucía.

3.5.3. Servicios y prestaciones según el grado de dependencia

Analizado el procedimiento par el reconocimiento del grado de dependencia (Decreto 168/2007, de 12 de junio), procede analizar qué nivel de cobertura corresponde a cada uno de esos grados, es decir, el contenido de la cobertura, la intensidad de la protección.

La Ley 39/2006 marca diferentes niveles de protección, recogiendo un mínimo que se garantiza a nivel estatal, y que se encuentra previsto en el RD 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado, y en el RD 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y las cuantías de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006.

El catálogo de servicios del SAAD incluye servicios sociales de prevención de las

⁴⁹ Mediante Orden de 1 de octubre de 2007 se aprueba el modelo de informe social, trámite de consulta y propuesta del PIA.

situaciones de dependencia, de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de cuidados personales, servicios de centro de día y de noche y servicios de atención residencial, tanto para personas mayores como para personas en situación de dependencia con varios tipos de discapacidad.

En caso de que no se disponga de una oferta pública de los servicios que precisa el beneficiario, el sistema prevé el reconocimiento de una prestación económica vinculada para poder adquirir el servicio en el mercado privado. También se contempla, de modo excepcional, la posibilidad de que el beneficiario opte por ser atendido en su entorno familiar. En este caso, el cuidador recibirá una compensación por ello.

Por otra parte, se provee una prestación económica para la contratación de un asistente personal, siempre que el beneficiario sea gran dependiente y para realizar actividades educativas o laborales. Por último, se premia la contratación de un seguro privado de dependencia, mediante beneficios fiscales en el IRPF.

En Andalucía, la intensidad de la protección aparece concretada en la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de la protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía (modificado por Orden de 7 de marzo de 2008). En su artículo 5 establece el decálogo de servicios y prestaciones que pueden corresponder según el nivel de dependencia:

- a) Dependencia moderada. Grado I. Nivel 1 y 2.
 - Teleasistencia
 - Ayuda a Domicilio.
 - Centro de Día (UED) y de Noche (UEN).
 - Estancias residenciales temporales en centros residenciales.
 - Prestación económica vinculada al servicio.
 - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

- b) Dependencia severa. Grado II. Nivel 1 y 2.
 - Teleasistencia
 - Ayuda a Domicilio.
 - Centro de Día (UED) y de Noche (UEN).

- Atención residencial
- Estancias residenciales temporales en centros residenciales.
- Prestación económica vinculada al servicio.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

c) Gran dependencia. Grado III. Nivel 1 y 2.

- Teleasistencia
- Ayuda a Domicilio.
- Centro de Día (UED) y de Noche (UEN).
- Atención residencial
- Estancias residenciales temporales en centros residenciales.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
- Prestación económica vinculada al servicio.
- Prestación de asistencia personal.

De todas formas, el sujeto no podrá ser beneficiario de todos los servicios y prestaciones económicas, sino que hay que estar al régimen de compatibilidades previsto para cada uno de los servicios (régimen modificado por Orden de 7 de marzo de 2008).

3.5.4. Cronograma de implementación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

El sistema se irá desarrollando de manera gradual en ocho años, empezando por la dependencia más severa, y completándose en 2015 con la dependencia moderada, con el fin de acompañar la creación de la infraestructura necesaria. En 2015 se prevé atender al millón y medio de personas que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales estima que hay en España con dificultades para realizar las actividades de la vida cotidiana.

La financiación será compartida entre las Administraciones Públicas y los usuarios, en función de su renta y patrimonio. Está previsto que las CCAA contribuyan con una cantidad al menos igual a la aportada por la Administración General del Estado. Según se recoge en la memoria económica de la Ley, el Estado se ha comprometido a aportar más de 12.638 millones de euros adicionales para garantizar las prestaciones y servicios del SAAD. Deben impulsar nuevos acuerdos para implicar al sector privado

en el desarrollo de la Ley. A continuación se presenta en el cuadro 3.1 el calendario de aplicación progresiva de la Ley a partir del 1 de enero de 2007.

Cuadro 3.1. Calendario de aplicación progresiva de la Ley 39/2006

Año	Dependientes atendidos
2007	Grado III (niveles 1 y 2)
2008	Grado III (niveles 1 y 2) y Grado II (nivel 2)
2009	Grado III (niveles 1 y 2) y Grado II (nivel 1 y 2)
2010	Grado III (niveles 1 y 2) y Grado II (nivel 1 y 2)
2011	Grado III (niveles 1 y 2) y Grado II (nivel 1 y 2), Grado I (nivel 2)
2012	Grado III (niveles 1 y 2) y Grado II (nivel 1 y 2), Grado I (nivel 2)
2013	Grado III (niveles 1 y 2) y Grado II (nivel 1 y 2), Grado I (nivel 1 y 2)
2014	Grado III (niveles 1 y 2) y Grado II (nivel 1 y 2), Grado I (nivel 1 y 2)
2015	Grado III (niveles 1 y 2) y Grado II (nivel 1 y 2), Grado I (nivel 1 y 2)

Fuente: elaboración propia a partir de la Disposición final primera de la Ley 39/2006.

En términos de beneficiarios, durante el primer año de vigencia de la Ley se atendió a los dependientes valorados en el Grado III, denominado de Gran Dependencia, niveles 1 y 2. En el 2008 se han incorporado los dependientes severos de nivel 2, y a partir del 2009 a la fecha (2010) se vienen atendiendo, tanto los del Grado III y Grado II, niveles 1 y 2 respectivamente conforme al calendario reflejado en el cuadro 3.1 que antecede.

CAPÍTULO IV:

APLICACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. UN ANÁLISIS COMPARADO POR CCAA: ESPECIAL REFERENCIA A ANDALUCÍA

4.1. Introducción

La Ley de la dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la atención a las necesidades de apoyos generalizados y la promoción personal, es el gran asunto de la política social del momento y de los próximos años, ya que de la respuesta que demos a ese desafío dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro Sistema de protección social.

Por ello, resulta oportuno demandar a los poderes públicos competentes para la efectividad de este derecho que, en el ámbito de su responsabilidad, asuman los compromisos correspondientes que resulten precisos en orden a garantizar a las personas en situación de dependencia, en todos los niveles territoriales, una atención suficiente y adecuada a sus necesidades.

En el desarrollo del presente capítulo se pretende poner de manifiesto las diferencias existentes entre Andalucía y el resto de las regiones españolas en lo que a la aplicación de esta Ley respecta. Por ello, la elaboración del presente apartado se estructura en torno a los siguientes contenidos:

En un primer epígrafe se aborda las competencias de las CCAA en la aplicación de la Ley sobre Promoción de la Autonomía y Atención a las personas dependientes: el caso de Andalucía.

Posteriormente, en el segundo epígrafe se analiza la aplicación de la Ley sobre promoción de la autonomía y atención a las personas dependientes en las CCAA, abordando los siguientes aspectos: a) análisis de las solicitudes; b) análisis de los dictámenes; c) análisis del derecho a prestación; d) análisis de las prestaciones; y por último, e) análisis de los cuidadores no profesionales, entre otros.

Todo ello, teniendo en cuenta los datos que proporciona el IMSERSO, con el fin de contrastar el grado de aplicación de la Ley por parte de las comunidades autónomas, haciendo especial hincapié a su aplicación en Andalucía y a las diferencias que se pueden llegar a establecer con el resto de las comunidades autónomas españolas.

4.2. Competencias de las CCAA en la aplicación de la Ley sobre Promoción de la Autonomía y Atención a las personas dependientes: el caso de Andalucía

En la Exposición de motivos la Ley 39/2006 establece que la competencia normativa corresponde al Estado. No obstante, éste debe dejar un margen de actuación reguladora sectorial a las Comunidades Autónomas (CCAA), tal y como así sucede en otras materias de asistencia y servicios sociales.

Así, la propia naturaleza del objeto de la Ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas (Administración General del Estado, CCAA, y Municipios), por lo que la coordinación y cooperación con las distintas Administraciones es un elemento fundamental.

Las competencias de las CCAA son amplísimas. En el art. 11 de la Ley 39/2006, se hace una enumeración compleja que abarca todo el ciclo de la actividad administrativa: planificación, dirección, gestión, coordinación, creación y actualización de Registros de Centros y Servicios, etc.⁵⁰ Podría decirse que las CCAA tienen una competencia residual: todo lo que no está atribuido a otra Administración les corresponde a ellas⁵¹:

(Artículo 11.1) En el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las siguientes funciones:

- a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia.*

⁵⁰ Ya sea la elaboración de los programas individuales (PIA), inspección, sanción, evaluación del funcionamiento del sistema e información a la Administración General del Estado.

⁵¹ El legislador tiene en cuenta la seguridad institucional de algunas CCAA. A ellas va dirigida la disposición adicional duodécima (Diputaciones Forales, Cabildos y Consejos Insulares) conforme a la cual: En la participación de las entidades territoriales en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se tendrá en cuenta las especificidades reconocidas a las Diputaciones Forales en el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, a los Cabildos en el caso de la Comunidad Autónoma de Canarias y a los Consejos Insulares en el caso de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

b) Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia.

c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención.

d) Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad.

e) Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención.

f) Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios.

g) Evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo.

h) Aportar a la Administración General del Estado la información necesaria para la aplicación de los criterios de financiación previstos en el artículo 32.

Nótese que las competencias de las CCAA se proyectan tanto en el nivel mínimo como en segundo nivel (ambos niveles han sido desarrollados en el capítulo anterior) de los existentes, de modo tal que la gestión y la ejecución de las prestaciones y servicios de los que son acreedoras las personas dependientes se encomienda a la Administración autonómica, en una distribución de funciones paralela a la que está establecida para las prestaciones no contributivas y los servicios sociales del sistema de la Seguridad Social. Por ende, las CCAA son competentes en materia de sanidad, por lo que también se harán cargo de la asistencia sanitaria de las personas dependientes.

4.3. Análisis de la aplicación de la Ley sobre promoción de la autonomía y atención a las personas dependientes en las CCAA

Una vez conocidas las competencias de las comunidades autónomas en materia de dependencia y el desarrollo de esta Ley en Andalucía mediante el Decreto 168/2007, que regula el procedimiento para su aplicación, nos proponemos analizar, recurriendo a los datos del IMSERSO (Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación), el estado actual de dicha aplicación por parte de las CCAA españolas, prestando especial atención a la comunidad autónoma andaluza (desde su implantación hasta el 1 de abril de 2010). De tal forma, que nuestro objetivo será el de contrastar el diferente grado de aplicación de la Ley en las diferentes CCAA españolas, así como el estado actual de su aplicación en Andalucía.

4.3.1. Análisis de las solicitudes

Analizando los datos del IMSERSO (2010), recogidos en el cuadro 4.1 y en la gráfica 4.1, podemos afirmar que, tanto en términos absolutos, con un total de 405.114 solicitudes presentadas y 359.893 solicitudes registradas, como en términos relativos, con un 4,88% sobre su población⁵², en las solicitudes presentadas y un 4,33% en las solicitudes registradas, Andalucía se erige en la Comunidad Autónoma en la que más solicitudes se han presentado y registrado hasta la fecha, es decir, del 1/1/2007 al 1/1/2010. En valores absolutos, le sigue Cataluña con 219.302 solicitudes presentadas y 194.826 registradas, mientras que en relación a su población le sigue La Rioja con el 4,15% de solicitudes presentadas y 3,71% registradas.

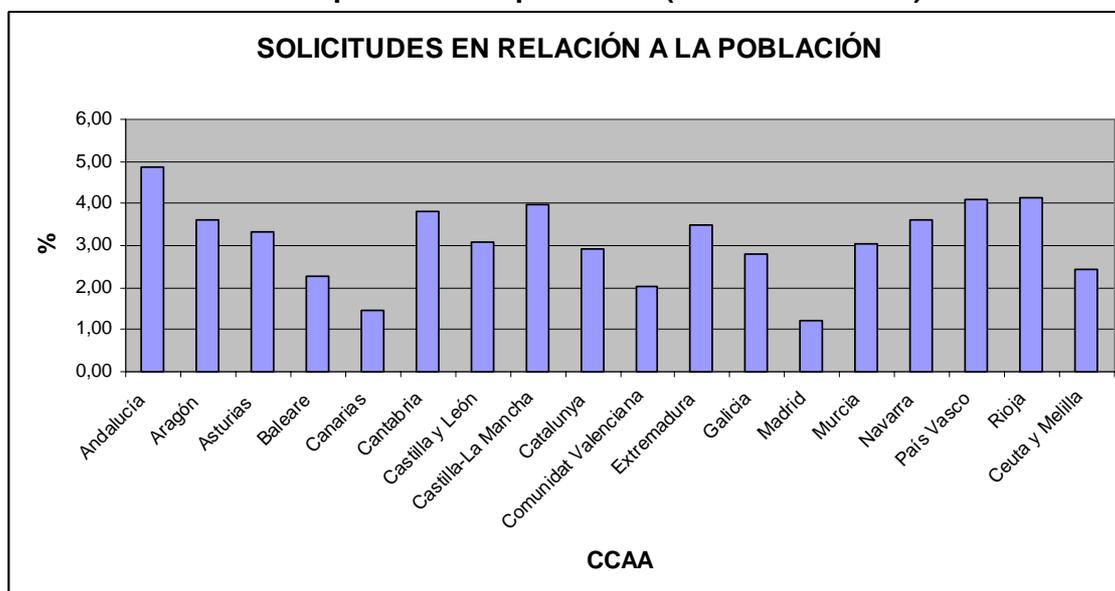
⁵² Según las cifras del INE de la población referida al 1/1/2009.

Cuadro 4.1. Solicitudes presentadas y registradas por CCAA (1/1/2007-1/1/2010).

ÁMBITO TERRITORIAL	Solicitudes presentadas			Solicitudes registradas ⁵³		
	TOTAL	%	% s/pob	Nº	%	% s/pob.
Andalucía	405.114	28,57	4,88	359.893	28,60	4,33
Aragón	48.313	3,41	3,59	42.914	3,41	3,19
Asturias	36.262	2,56	3,34	30.634	2,43	2,82
Baleare	24.706	1,74	2,26	20.291	1,61	1,85
Canarias	30.325	2,14	1,44	27.577	2,19	1,31
Cantabria	22.439	1,58	3,81	19.981	1,59	3,39
Castilla y León	78.817	5,56	3,07	69.433	5,52	2,71
Castilla-La Mancha	82.314	5,81	3,95	73.643	5,85	3,54
Cataluña	219.302	15,47	2,93	194.826	15,48	2,61
Comunidad Valenciana	103.512	7,3	2,03	92.510	7,35	1,82
Extremadura	38.533	2,72	3,5	34.698	2,76	3,15
Galicia	78.038	5,5	2,79	66.309	5,27	2,37
Madrid	77.010	5,43	1,21	71.629	5,69	1,12
Murcia	44.083	3,11	3,05	39.121	3,11	2,70
Navarra	22.856	1,61	3,62	19.189	1,52	3,04
País Vasco	89.155	6,29	4,1	80.692	6,41	3,71
Rioja	13.347	0,94	4,15	11.920	0,95	3,71
Ceuta y Melilla	3.698	0,26	2,43	3.307	0,26	2,17
TOTAL	1.417.824	100	3,03	1.258.567	100,00	2,69

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Gráfica 4.1. Solicitudes presentadas por CCAA (1/1/2007-1/1/2010).

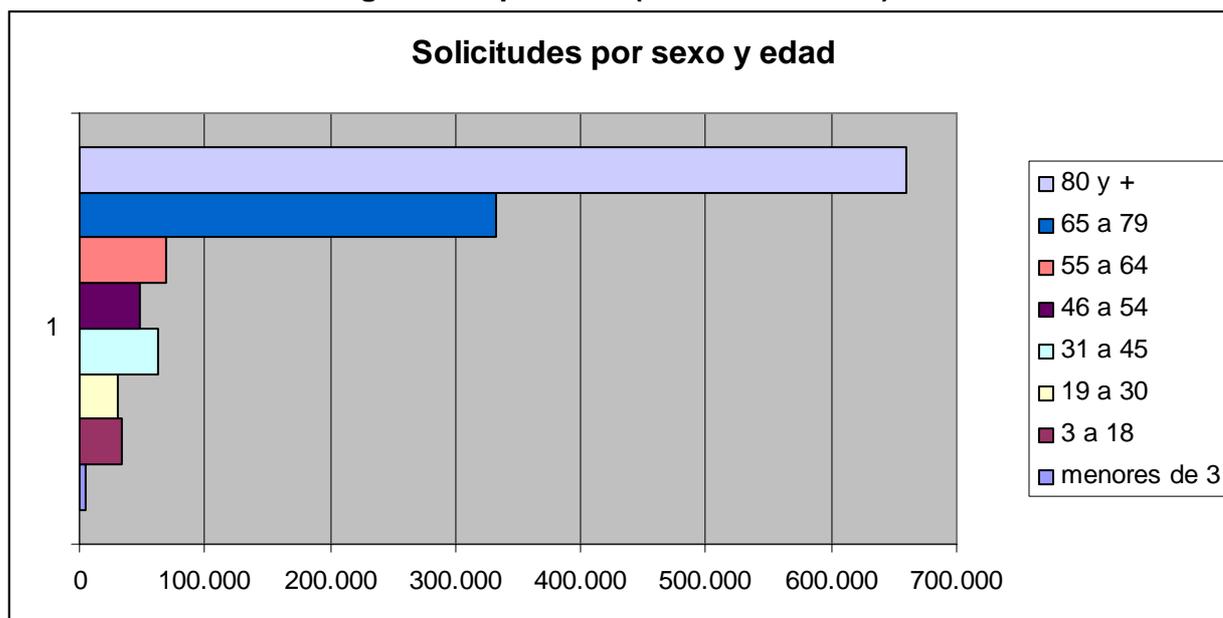


Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

⁵³ Información incorporada al SISAAD sobre expedientes en vigor a 1/4/2010 (regularización de bajas, fallecimientos, revisiones de grado o de prestación y expedientes depurados).

Respecto al perfil de las personas solicitantes, en lo que a la edad se refiere, tal y como se extrae de la gráfica 4.2, y como cabría de esperar, a medida que aumenta el tramo de edad seleccionado, aumentan sensiblemente el número de solicitudes registradas. No en vano, podría decirse que a medida que la persona envejece aumenta su riesgo de dependencia, sobre todo, como se observa en la gráfica, a partir de los 55 años.

Gráfica 4.2. Solicitudes registradas por edad (1/1/2007-1/1/2010)



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Por otra parte, en relación al sexo, como se observa en el cuadro 4.2, podemos destacar el importante porcentaje de mujeres, entre 65 y 80 años (alrededor del 64%) y, sobre todo, de mayores de 80 (alrededor del 71%), que solicitan la prestación. Ello es debido a una mayor esperanza media de vida de éstas respecto a los varones. En este sentido, y para 2007, según datos de Instituto Nacional de Estadística, la esperanza de vida al nacer a nivel nacional se situaba en 80,9 años, siendo ésta de 77,7 años para los varones y 84,1 para las mujeres.

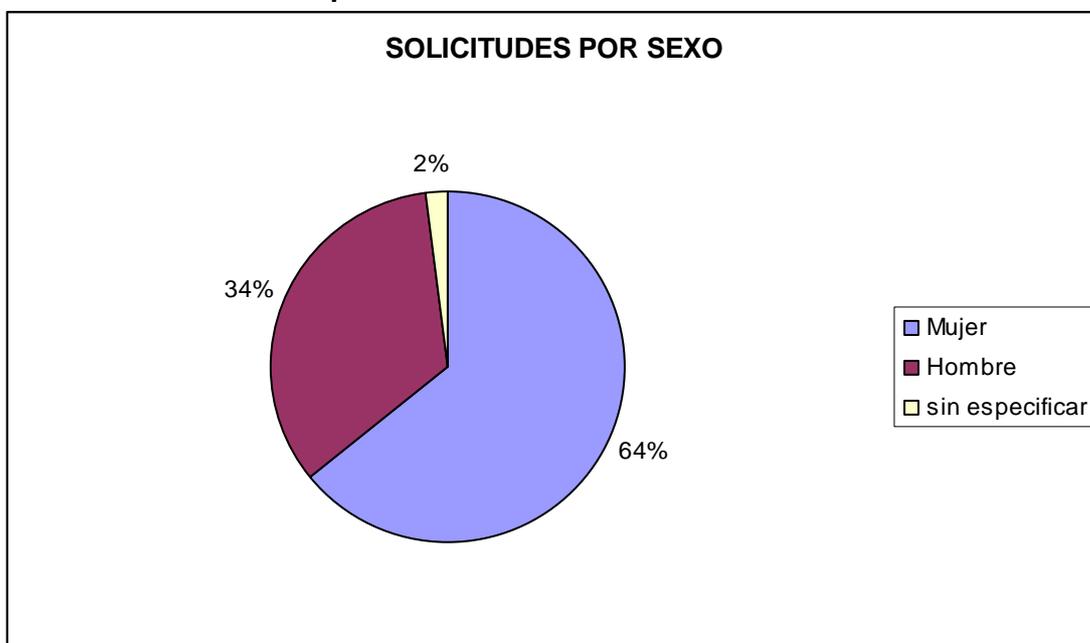
Cuadro 4.2. Solicitudes por sexo y edad (1/1/2007-1/4/2010)

SEXO	TRAMO DE EDAD															
	Sin especificar		< 18		19 a 30		31 a 45		46 a 54		55 a 64		65 a 79		80 y +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mujer	5600	0,69	30150	1,94	1979	1,66	28171	3,49	22565	2,8	35693	4,42	213232	26,42	472764	58,58
Hombre	2800	0,66	35640	5,05	2100	3,92	33540	7,87	24030	5,64	31995	7,51	115767	27,17	179711	42,18
sin especificar	9808	38,54	2163	1,57	663	2,61	1500	5,89	891	3,5	1013	3,98	3458	13,59	7716	30,32
TOTAL	18208	1,45	67953	2,99	4117	2,44	63211	5,02	47486	3,77	68701	5,46	332457	26,4	660191	52,5

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Como consecuencia de lo anterior, y como se observa en la gráfica 4.3, el porcentaje total de solicitudes de mujeres es muy superior al de varones, situándose éste en el 64% para las mujeres y 34% para los varones.

Gráfica 4.3. Solicitudes por sexo a 1/4/2010



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Una vez analizadas las solicitudes, tanto presentadas como registradas, así como el perfil del solicitante, a continuación profundizamos en el análisis los dictámenes de las solicitudes registradas.

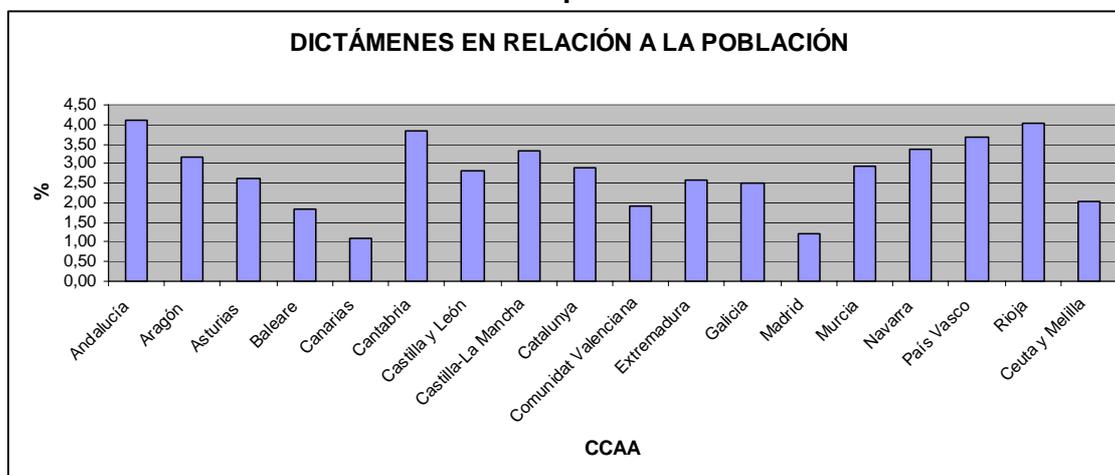
4.3.2. Análisis de los dictámenes

Tal y como se recoge en el cuadro 4.3 y en la gráfica 4.4, puede decirse que, al igual que ocurre con las solicitudes presentadas y registradas, Andalucía también se configura, tanto en términos absolutos (340.832 dictámenes) como en términos relativos (4,10% de su población), como la primera comunidad en lo que respecta a la resolución de dichas solicitudes. En este caso, también le sigue, en términos absolutos, Cataluña con 217.097, mientras que, en términos relativos, le sigue las comunidades de La Rioja y Cantabria con 4,03% y 3,84%, respectivamente.

Cuadro 4.3. Dictámenes en relación a la población

ÁMBITO TERRITORIAL	DICTÁMENES		
	TOTAL	%	% s/pob.
Andalucía	340.832	26,87	4,10
Aragón	42.657	3,36	3,17
Asturias	28.604	2,26	2,64
Baleare	20.352	1,60	1,86
Canarias	22.995	1,81	1,09
Cantabria	22.611	1,78	3,84
Castilla y León	72.188	5,69	2,82
Castilla-La Mancha	69.522	5,48	3,34
Cataluña	217.097	17,12	2,90
Comunidad Valenciana	97.885	7,72	1,92
Extremadura	28.686	2,26	2,60
Galicia	69.805	5,50	2,50
Madrid	76.275	6,01	1,19
Murcia	42.179	3,33	2,92
Navarra	21.128	1,67	3,35
País Vasco	79.586	6,27	3,66
Rioja	12.955	1,02	4,03
Ceuta y Melilla	3.076	0,25	2,02
TOTAL	1.268.433	100,00	2,71

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Gráfica 4.4. Dictámenes en relación a la población

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

En definitiva, todos estos datos, tanto en lo que respecta a solicitudes presentadas y registradas como a dictámenes emitidos, nos permiten destacar, en un primer momento, el importante esfuerzo que viene realizando la comunidad autónoma andaluza a la hora de aplicar y dar cumplimiento a la Ley, dando respuesta al importante volumen de solicitudes presentadas.

No obstante, Andalucía, tal y como se desprende del cuadro 4.4 y de la gráfica 4.5, se configura como una de las regiones en la que los dictámenes de las solicitudes registradas admiten un menor grado de dependencia e, incluso, sin grado alguno de dependencia. En este sentido, los dictámenes relacionados con los grados de dependencia I y II (nivel 1), así como los que no contemplan dependencia alguna, se sitúan por encima de la media nacional. Mientras que, por el contrario, los de Grado III (niveles 2 y 1) y II (nivel 2) se sitúan por debajo de la media.

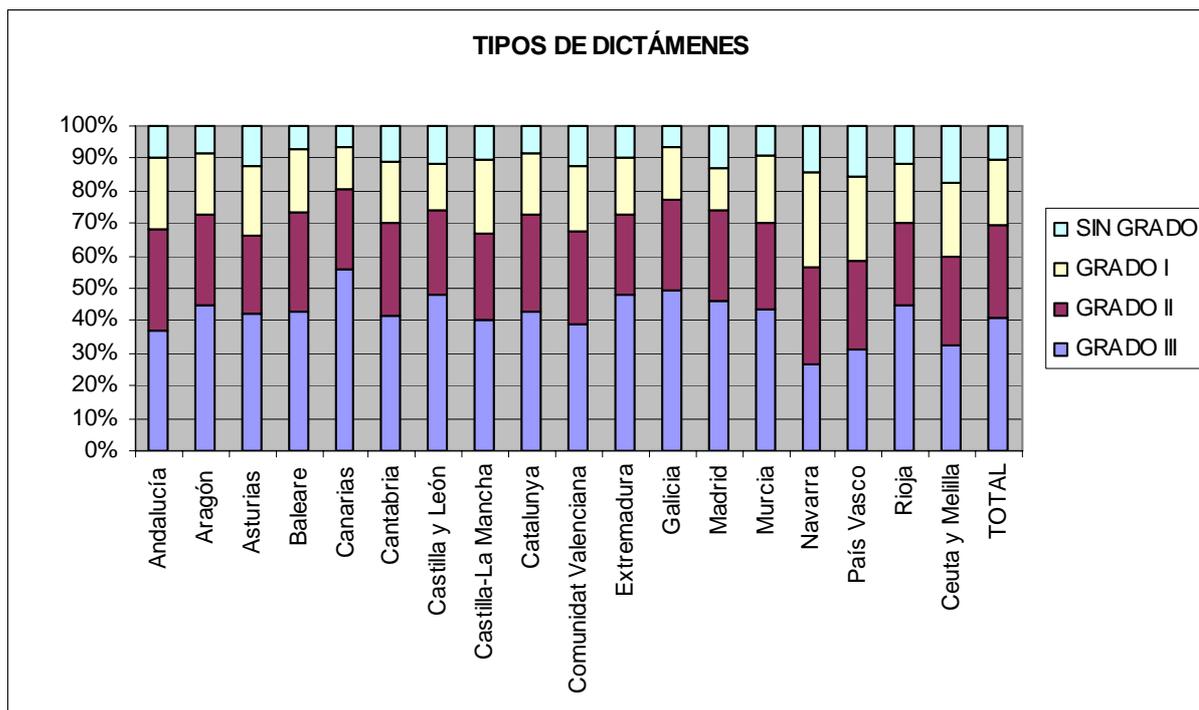
Así, el porcentaje de dictámenes que no contemplan grado alguno de dependencia es del 9,90%, ocupando el undécimo puesto, por debajo de la media nacional (10,32%). Por su parte, el porcentaje de solicitudes que contemplan un Grado I de dependencia es del 22,17%, ocupando el puesto quinto, también por encima de la media nacional (19,89%). Así, el porcentaje total de solicitudes de Grado I y aquellas que no contemplan ningún tipo de grado es del 32,08%, encontrándose en el puesto número séptimo de la comunidades autónomas españolas o, lo que es lo mismo, por encima de la media nacional.

Cuadro 4.4. Tipos de dictámenes por CCAA a 1/4/2010

ÁMBITO TERRITORIAL	Dictámenes		GRADO III		GRADO II		GRADO I		SIN GRADO	
	Nº	% s/solic	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	312.677	86,88	116.251	37,18	96.128	30,74	69.328	22,17	30.970	9,90
Aragón	38.175	88,96	17.152	44,93	10.623	27,83	7.211	18,89	3.189	8,35
Asturias	23.863	77,9	10.040	42,07	5.820	24,39	4.998	20,94	3.005	12,59
Baleare	17.612	86,8	7.538	42,80	5.364	30,46	3.468	19,69	1.242	7,05
Canarias	21.227	76,97	11.860	55,87	5.263	24,79	2.773	13,06	1.331	6,27
Cantabria	19.880	99,49	8.264	41,57	5.653	28,44	3.789	19,06	2.174	10,94
Castilla y León	62.891	90,58	30.168	47,97	16.376	26,04	8.852	14,08	7.495	11,92
Castilla-La Mancha	63.574	86,33	25.506	40,12	17.052	26,82	14.343	22,56	6.673	10,50
Cataluña	193.483	99,31	82.601	42,69	57.694	29,82	37.048	19,15	16.140	8,34
Comunidad Valenciana	87.622	94,72	34.080	38,89	25.241	28,81	17.393	19,85	10.908	12,45
Extremadura	27.036	77,92	12.946	47,88	6.678	24,70	4.786	17,70	2.626	9,71
Galicia	62.331	94	30.631	49,14	17.708	28,41	10.058	16,14	3.934	6,31
Madrid	70.291	98,13	32.293	45,94	19.964	28,40	9.018	12,83	9.016	12,83
Murcia	37.203	95,1	16.170	43,46	9.933	26,70	7.695	20,68	3.405	9,15
Navarra	18.062	94,13	4.796	26,55	5.404	29,92	5.262	29,13	2.600	14,39
País Vasco	71.692	88,85	22.413	31,26	19.611	27,35	18.385	25,64	11.283	15,74
Rioja	11.522	96,66	5.135	44,57	2.924	25,38	2.106	18,28	1.357	11,78
Ceuta y Melilla	2.858	86,42	920	32,19	786	27,50	659	23,06	493	17,25
TOTAL	1.141.999	90,74	468.764	41,05	328.222	28,74	227.172	19,89	117.841	10,32

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Gráfica 4.5. Tipos de dictámenes por CCAA a 1/4/2010



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Uno de los principales motivos que pueden ayudar a explicar el importante porcentaje de dictámenes de grado I y sin grado que se produce en Andalucía, superior a la media nacional, lo encontramos en el menor envejecimiento de la población de esta comunidad autónoma. No en vano, tal y como se puede observar en el cuadro 4.5 y en la gráfica 4.6, Andalucía se sitúa en el puesto número 5 en lo que respecta a las comunidades autónomas menos envejecidas, justamente por detrás: Melilla, Canarias, Baleares y la Comunidad de Madrid.

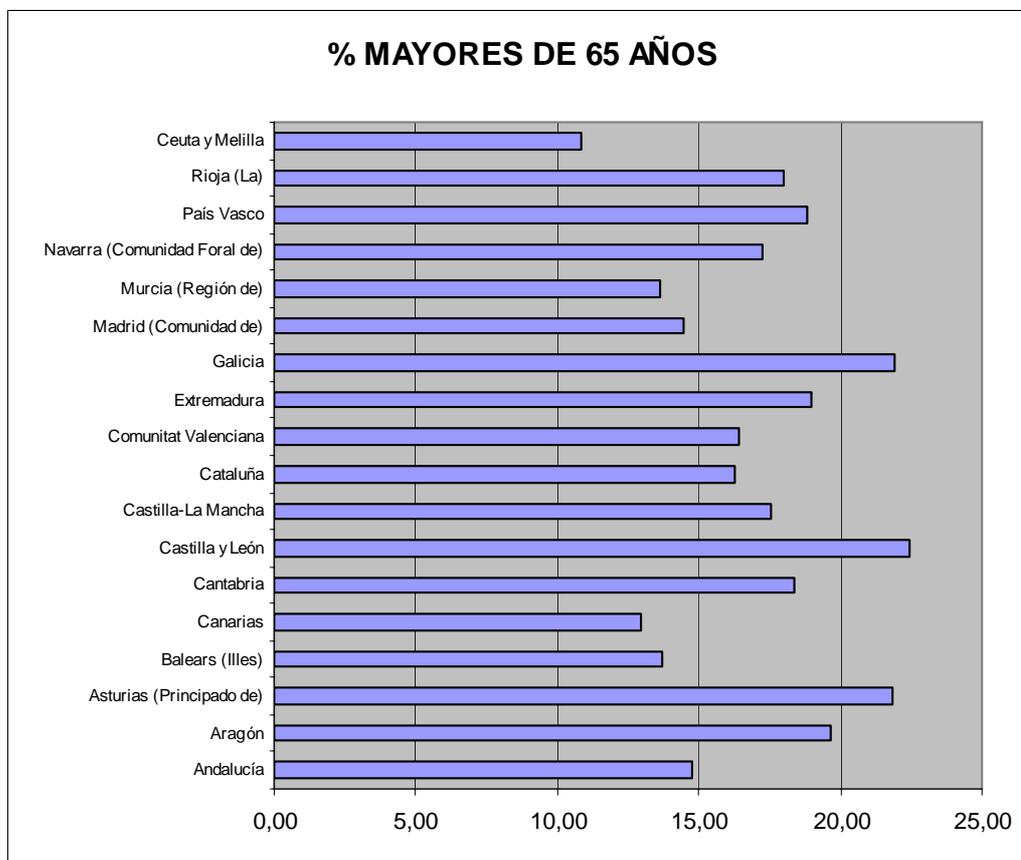
Por tanto, podemos decir, tal y como hemos apuntado anteriormente, que el envejecimiento se configura como una de las causas principales que justifican el desarrollo y aplicación de la Ley de Protección de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia.

Cuadro 4.5. Porcentaje de población mayor de 65 años por CCAA A 1/1/2009.

Ámbito territorial	Pob. > 65	Pob. Total	% pob. > 65
Andalucía	1.224.795	8.302.923	14,75
Aragón	264.010	1.345.473	19,62
Asturias (Principado de)	237.060	1.085.289	21,84
Balears (Illes)	150.177	1.095.426	13,71
Canarias	272.913	2.103.992	12,97
Cantabria	108.169	589.235	18,36
Castilla y León	574.319	2.563.521	22,40
Castilla-La Mancha	365.616	2.081.313	17,57
Cataluña	1.217.519	7.475.420	16,29
Comunidad Valenciana	835.426	5.094.675	16,40
Extremadura	209.426	1.102.410	19,00
Galicia	611.821	2.796.089	21,88
Madrid (Comunidad de)	921.347	6.386.932	14,43
Murcia (Región de)	197.456	1.446.520	13,65
Navarra	108.833	630.578	17,26
País Vasco	409.537	2.172.175	18,85
Rioja (La)	57.987	321.702	18,03
Ceuta y Melilla	16.493	152.134	10,84
TOTAL	7.782.904	46.745.807	16,65

Fuente: elaboración propia a partir del INE.

Gráfica 4.6. Porcentaje de población mayor de 65 años por CCAA A 1/1/2009.



Fuente: elaboración propia a partir del INE

4.3.3. Análisis del derecho a prestación

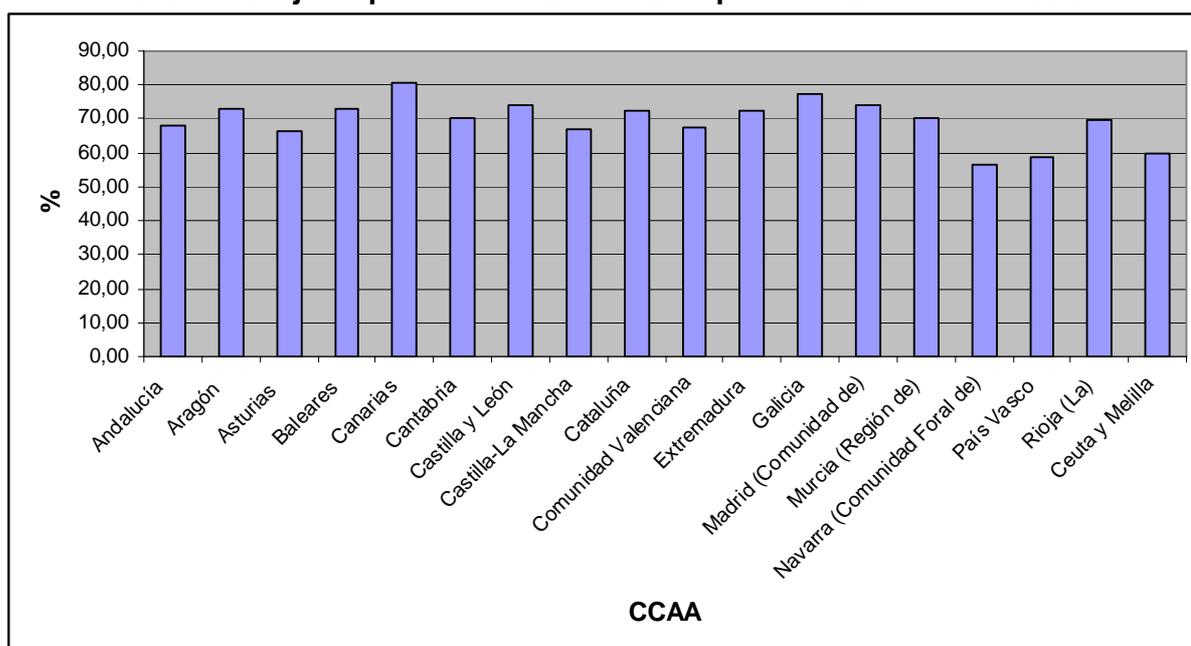
Justamente relacionado con el tipo de dictamen emitido se encuentra el tipo de prestación adquirida o no por el solicitante, lo cual se analiza en el presente apartado.

Cuadro 4.6. Porcentaje de personas con derecho a prestación sobre dictámenes

ÁMBITO TERRITORIAL	DICTÁMENES		GRADO III	GRADO II	PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN	
	Nº	%			Nº	% s/dictámenes
Andalucía	312.677	27,38	116.251	96.128	212.379	67,92
Aragón	38.175	3,34	17.152	10.623	27.775	72,76
Asturias	23.863	2,09	10.040	5.820	15.860	66,46
Baleares	17.612	1,54	7.538	5.364	12.902	73,26
Canarias	21.227	1,86	11.860	5.263	17.123	80,67
Cantabria	19.880	1,74	8.264	5.653	13.917	70,01
Castilla y León	62.891	5,51	30.168	16.376	46.544	74,01
Castilla-La Mancha	63.574	5,57	25.506	17.052	42.558	66,94
Cataluña	193.483	16,94	82.601	57.694	140.295	72,51
Comunidad Valenciana	87.622	7,67	34.080	25.241	59.321	67,70
Extremadura	27.036	2,37	12.946	6.678	19.624	72,58
Galicia	62.331	5,46	30.631	17.708	48.339	77,55
Madrid (Comunidad de)	70.291	6,16	32.293	19.964	52.257	74,34
Murcia (Región de)	37.203	3,26	16.170	9.933	26.103	70,16
Navarra (Comunidad Foral de)	18.062	1,58	4.796	5.404	10.200	56,47
País Vasco	71.692	6,28	22.413	19.611	42.024	58,62
Rioja (La)	11.522	1,01	5.135	2.924	8.059	69,94
Ceuta y Melilla	2.858	0,25	920	786	1.706	59,69
TOTAL	1.141.999	100,00	468.764	328.222	796.986	69,79

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Gráfica 4.7. Porcentaje de personas con derecho a prestación sobre dictámenes



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Así, tal y como queda recogido en el cuadro 4.6 y la gráfica 4.7, la Comunidad Canaria, con un 80,67% de personas beneficiarias con derecho a prestación sobre los dictámenes, se sitúa en primer lugar, mientras que la Comunidad Foral de Navarra ocupa el último puesto, con un 56,47%. En este sentido, no debe olvidarse que la Ley 39/2006, conforme al cronograma y presupuesto del SAAD, recoge que será a partir de 2011 cuando las personas con un dictamen de Grado I nivel 2 adquieran los derechos a prestación y a partir de 2013 los dictaminados con Grado I nivel 1.

Dado que, como hemos comentado anteriormente, Andalucía se caracteriza por ser una de las comunidades autónomas españolas menos envejecidas, el número de personas beneficiarias con derecho a prestación sobre los dictámenes, a fecha de 1 de abril de 2010, es uno de los más bajos de España. Concretamente, esta Comunidad Autónoma se sitúa en el puesto número 12 con un 67,92% de personas beneficiarias con derecho a prestación respecto al total de dictámenes. La Comunidad Foral de Navarra, con un 56,47%, se sitúa en último puesto, siendo también una de las poblaciones menos envejecidas.

Sin embargo, tal y como se recoge en el cuadro 4.7, la comunidad autónoma andaluza vuelve a ocupar uno de los primeros puestos en lo que respecta al número de personas que a 1 de abril de 2010 se venían beneficiando de estas prestaciones, tanto en términos absolutos (155.830 personas), ocupando la región el primer puesto, como en términos relativos (1,88% de la población), situándose en segundo lugar.

Cuadro 4.7. Personas beneficiarias con derecho a prestación y con prestación

ÁMBITO TERRITORIAL	Personas beneficiarias con derecho a prestación		Personas beneficiarias con prestación	
	Nº	% Pobl.	Nº	% Pobl.
Andalucía	212.379	2,56	155.838	1,88
Aragón	27.775	2,06	21.506	1,60
Asturias	15.860	1,46	11.228	1,03
Baleares	12.902	1,18	6.873	0,63
Canarias	17.123	0,81	7.157	0,34
Cantabria	13.917	2,36	11.578	1,96
Castilla y León	46.544	1,82	39.846	1,55
Castilla-La Mancha	42.558	2,04	29.931	1,44
Cataluña	140.295	1,88	91.222	1,22
Comunidad Valenciana	59.321	1,16	29.474	0,58
Extremadura	19624	1,78	13.907	1,26
Galicia	48.339	1,73	30.694	1,10
Madrid (Comunidad de)	52.257	0,82	31.852	0,50
Murcia (Región de)	26.103	1,80	15.790	1,09
Navarra	10.200	1,62	8.215	1,30
País Vasco	42.024	1,93	33.777	1,55
Rioja (La)	8.059	2,51	6.225	1,94
Ceuta y Melilla	1.706	1,12	1.497	0,98
TOTAL	796.986	1,70	546.610	1,17

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Todos estos datos nos vienen a demostrar, una vez más, el importante esfuerzo que viene haciendo Andalucía en la aplicación de la Ley 39/2006 durante estos últimos años a pesar de la grave crisis económica que atravesamos.

4.3.4. Análisis de las prestaciones

El tipo de prestaciones que tienen un mayor peso en todas las CCAA son las Prestaciones Económicas destinadas al Cuidado Familiar (49,02% en España), seguidas de las de Atención Residencial (17,10% en España). Por el contrario, las menos importantes son las Prestaciones Económicas de Asistencia Personal (0,11% en España), seguida de la Prevención a la Dependencia y Promoción a la Autonomía Personal (0,63%).

En Andalucía, siguiendo esta misma línea, la prestación con mayor peso es la Prestación Económica para Cuidados Familiares (45,39%), seguida de la Teleasistencia (22,44%) -en detrimento de la Atención Residencial, que ocupa el segundo puesto en la media nacional-, y de la Ayuda a Domicilio (18,03%).

Cuadro 4.8. Tipo de prestaciones y ratio por persona beneficiaria a 1/4/2010

ÁMBITO TERRITORIAL	Prev. Dep. y Prom. A.P.	Teleasist.	Ayuda a domicilio	Centro de día/no.	Atenc. resid.	P.E. Vinculada Servicio	P.E. Cuidado Famil.	P.E. Asist. Pers.	TOTAL		Benef. con prest. Nº	Ratio prest./pers bef
									Nº	%		
Andalucía	0,00	22,44	18,03	4,17	8,21	1,75	45,39	0,02	204.406	100	155.838	1,31
Aragón	0,00	0,00	0,00	3,16	11,46	20,09	65,29	0,00	21.588	100	21.506	1,00
Asturias	0,00	1,53	8,57	7,36	23,46	9,92	49,16	0,00	11.722	100	11.228	1,04
Baleares	0,00	0,00	0,00	6,38	21,10	4,25	68,11	0,17	7.039	100	6.873	1,02
Canarias	0,07	0,00	0,00	17,60	26,34	0,96	55,03	0,00	7.161	100	7.157	1,00
Cantabria	0,00	0,15	4,95	8,35	22,85	0,00	63,70	0,00	11.585	100	11.578	1,00
Castilla y León	4,33	2,03	6,78	5,57	17,27	23,19	40,75	0,08	43.935	100	39.846	1,10
Castilla-La Mancha	0,38	13,62	9,00	2,07	18,54	4,72	51,67	0,02	38.132	100	29.931	1,27
Cataluña	0,72	3,51	9,92	3,09	15,38	11,15	56,21	0,02	106.395	100	91.222	1,17
Com. Valenciana	0,00	0,02	0,00	4,31	41,77	6,99	46,91	0,00	29.475	100	29.474	1,00
Extremadura	3,71	2,17	6,90	2,84	22,07	18,98	43,33	0,00	15.244	100	13.907	1,10
Galicia	0,11	0,39	14,70	4,37	15,02	5,42	59,90	0,09	31.501	100	30.694	1,03
Madrid (Comunidad)	0,00	4,41	8,66	15,22	52,04	1,16	18,44	0,05	33.913	100	31.852	1,06
Murcia (Región de)	0,00	8,51	0,00	0,35	6,08	4,14	80,93	0,00	17.517	100	15.790	1,11
Navarra	0,00	4,37	3,00	1,96	11,83	16,49	62,33	0,01	9.121	100	8.215	1,11
País Vasco	0,00	9,61	11,59	11,77	22,29	1,77	41,55	1,42	38.965	100	33.777	1,15
Rioja (La)	5,15	4,53	17,81	7,42	12,09	7,97	45,02	0,00	8.247	100	6.225	1,32
Ceuta y Melilla	10,50	3,91	3,41	2,07	8,60	8,04	63,46	0,00	1.790	100	1.497	1,20
TOTAL	0,63	10,02	11,03	5,17	17,10	6,91	49,02	0,11	637.736	100	546.610	1,17

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Respecto al número de prestaciones recibidas por persona beneficiaria, tal y como se extrae del cuadro 4.8, puede decirse que Andalucía se encuentra nuevamente en los primeros lugares, ocupando el segundo puesto con un ratio de 1,31 (prestaciones por persona), justamente por detrás de La Rioja, la cual tiene un ratio de 1,32.

A pesar de que la población andaluza es una de las menos envejecidas, lo cual la sitúa en los últimos lugares en porcentaje de personas con derecho a prestación respecto a los dictámenes; podemos destacar, una vez más, el importante esfuerzo que viene realizando en la aplicación de la Ley 39/2006, viéndose éste reflejado en los primeros puestos que ocupa en lo que respecta al número de personas con prestaciones y al número de prestaciones concedidas.

No en vano, tal y como se recoge en el cuadro 4.9, Andalucía se encuentra nuevamente en los primeros lugares en lo que a esfuerzo en la aplicación de la Ley respecta, medido éste por el ratio de personas con prestación respecto a las personas con derechos adquiridos. Este ratio se sitúa en 0,73, por encima de la media nacional (0,69), siendo Ceuta y Melilla las ciudades que ocupan el primer lugar con 0,88. Por su parte, Canarias (0,42), la Comunidad Valenciana (0,50), la Región Murciana (0,60) y la

Comunidad de Madrid (0,61) son las regiones españolas que ocupan los últimos lugares en la aplicación de esta Ley.

Cuadro 4.9. Ratio de personas con prestación respecto a personas con derechos adquiridos

ÁMBITO TERRITORIAL	Personas con derecho a prest.	Personas con prestación	Ratio aplicación
Andalucía	212.379	155.838	0,73
Aragón	27.775	21.506	0,77
Asturias	15.860	11.228	0,71
Baleares	12.902	6.873	0,53
Canarias	17.123	7.157	0,42
Cantabria	13.917	11.578	0,83
Castilla y León	46.544	39.846	0,86
Castilla-La Mancha	42.558	29.931	0,70
Cataluña	140.295	91.222	0,65
Comunidad Valenciana	59.321	29.474	0,50
Extremadura	19624	13.907	0,71
Galicia	48.339	30.694	0,63
Madrid (Comunidad de)	52.257	31.852	0,61
Murcia (Región de)	26.103	15.790	0,60
Navarra (Comunidad Foral de)	10.200	8.215	0,81
País Vasco	42.024	33.777	0,80
Rioja (La)	8.059	6.225	0,77
Ceuta y Melilla	1.706	1.497	0,88
TOTAL	796.986	546.610	0,69

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

4.3.5. Análisis de los cuidadores no profesionales

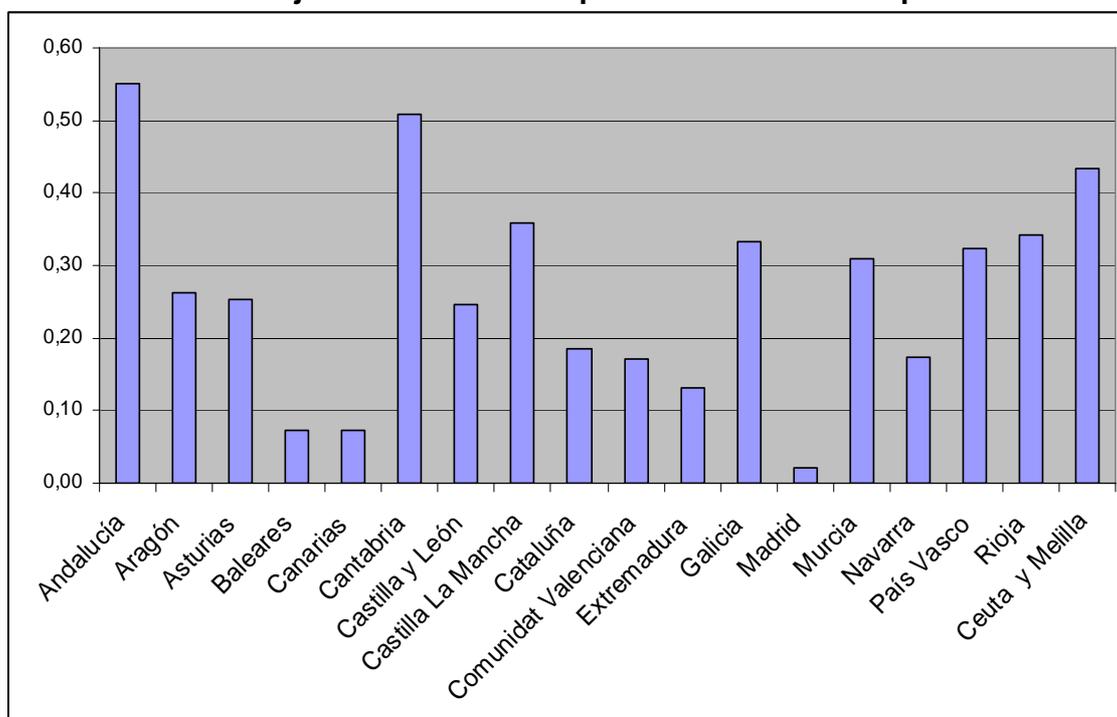
En el cuadro 4.10 se recoge el número de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia por comunidades autónomas, así como los porcentajes respecto a la población.

Cuadro 4.10. Cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia

ÁMBITO TERRITORIAL	RESUELTOS			
	OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS	TOTAL	% s/pob.
Andalucía	45.653	31	45.684	0,55
Aragón	3.501	39	3.540	0,26
Asturias	2.699	50	2.749	0,25
Baleares	795	11	806	0,07
Canarias	1.522	2	1.524	0,07
Cantabria	2.976	26	3.002	0,51
Castilla y León	6.250	35	6.285	0,25
Castilla La Mancha	7.467	16	7.483	0,36
Cataluña	13.782	134	13.916	0,19
Comunidad Valenciana	8.660	29	8.689	0,17
Extremadura	1.447	0	1.447	0,13
Galicia	9.193	107	9.300	0,33
Madrid	1.354	14	1.368	0,02
Murcia	4.461	13	4.474	0,31
Navarra	1.067	27	1.094	0,17
País Vasco	6.965	79	7.044	0,32
Rioja	1.092	11	1.103	0,34
Ceuta y Melilla	658	0	658	0,43
TOTAL	119.542	0	119.542	0,26

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Gráfica 4.8. Porcentaje de cuidadores no profesionales sobre la población.



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Este número de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia está directamente relacionado con la Prestación Económica para cuidados en el

entorno Familiar, atribuyéndose por la Ley 39/2006, y como carácter excepcional, sólo cuando el beneficiario pueda ser atendido en su domicilio por su entorno familiar. De tal forma, que esta Ley prevé la atención de dos sujetos: el dependiente y el cuidador, que ve recompensado su atención al reconocerse su papel por el Sistema de la Seguridad Social, al quedar encuadrado en su campo protector; y ve como se le suministra programas de formación y medidas para atender los períodos de descanso.

Por tanto, se reconoce su trabajo (que venía haciendo y que seguiría haciendo con independencia de la aprobación de la Ley) aunque no como un trabajo en sentido técnico, porque la premisa es que no sean profesionales y que se dediquen a esto, sino que presten la asistencia en el entorno familiar.

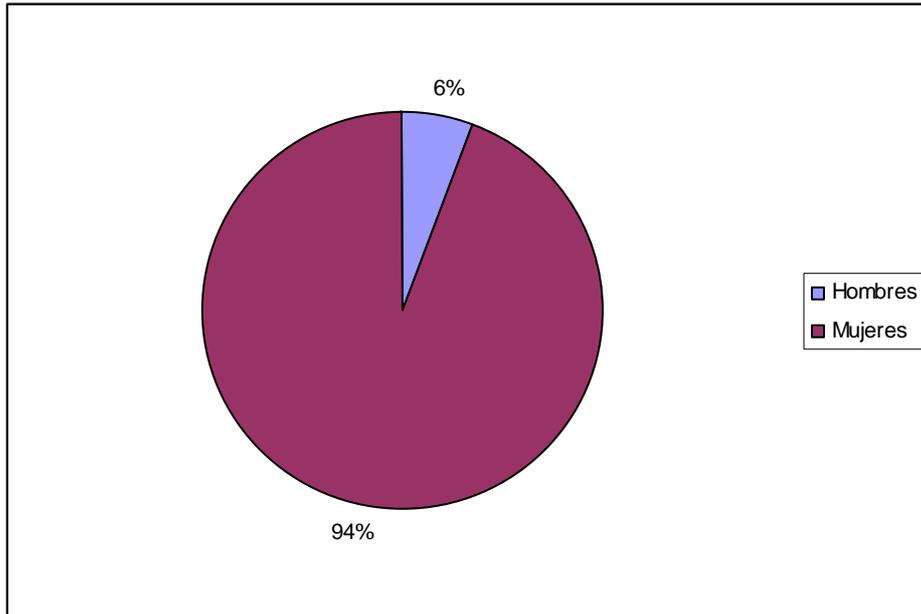
Así, Andalucía se sitúa en el primer puesto, tanto en número absoluto de cuidadores no profesionales, con un total de 45.684, como respecto al tamaño de su población, con un 0,55% de la misma. En última posición se encuentra la Comunidad de Madrid con 1.368 cuidadores, representando un 0,02% de su población. No en vano, esta comunidad autónoma, tal y como quedó reflejado anteriormente, es la que tiene un menor porcentaje de Prestaciones Económicas para el cuidado Familiar, con un 18,44% del total de prestaciones, mientras que Andalucía tiene el 46,39%.

Cabe destacar que aquellas CCAA que se encuentran en los primeros puestos en relación a las Prestaciones Económicas de Cuidados Familiares, respecto a su población total, también lo están en cuanto al número de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia. En este caso, Andalucía, seguida de Cantabria y de Ceuta y Melilla, ocupan las primeras posiciones al respecto. En cambio, comunidades como Madrid, Canarias, Baleares, Extremadura y la Comunidad Valenciana se sitúan en los últimos puestos.

Todo ello viene a demostrar el importante esfuerzo que viene realizando la comunidad autónoma andaluza en la aplicación de la Ley de la Dependencia, sobre todo cuando se hace la comparación con el resto de regiones españolas en todas y cada una de las variables e indicadores que han sido analizados en el presente epígrafe.

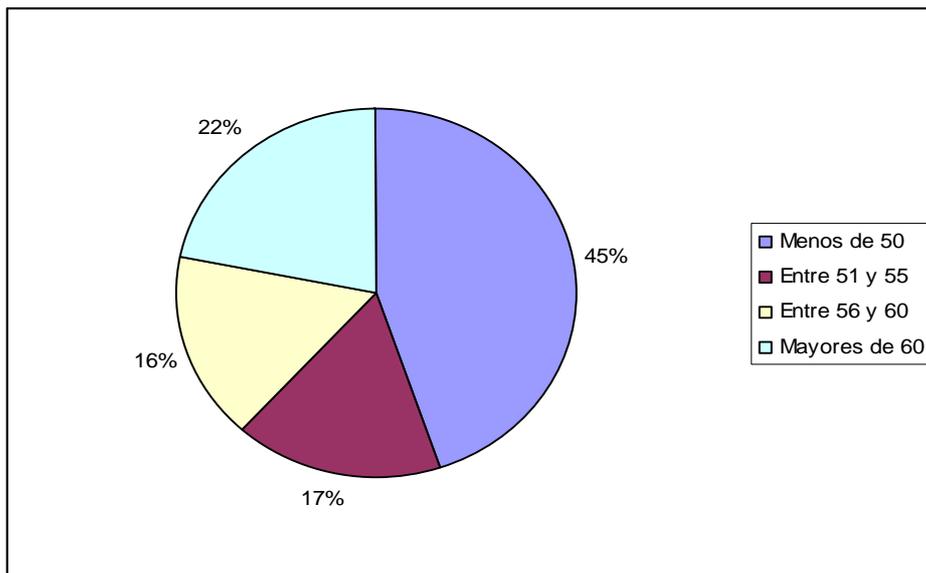
Respecto al perfil demográfico de los cuidadores profesionales, tal y como se refleja en las gráficas 4.9 y 4.10, cabe destacar que se compone fundamentalmente de mujeres (94% frente al 6% de varones) en edad avanzada, ya que más de la mitad de los cuidadores no profesionales (55%) tienen más de 50 años.

Gráfica 4.9. Porcentaje de cuidadores no profesionales en España por sexo



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

Gráfica 4.10. Porcentaje de cuidadores no profesionales en España por edades.



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO (2010).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se han obtenido como resultado de elaboración del presente trabajo de investigación se dividen en los siguientes epígrafes, en base a los capítulos que se integran en el mismo.

5.1. Conclusiones sobre el Estado del bienestar

En este bloque se ha querido analizar la génesis, evolución y consolidación del denominado Estado de bienestar, prestando especial atención a la evolución experimentada por éste y a los diferentes modelos que se han ido desarrollando en diferentes países y momentos históricos. Por ello, a partir de este análisis concluimos:

- La consolidación de una cultura ciudadana a favor del desarrollo de los derechos sociales de tipo universal, ha venido afectando las estrategias de los agentes sociales y políticos, máxime con la aparición de nuevas necesidades sociales, como son: la protección de la dependencia, desempleo, vivienda, integración de los inmigrantes no comunitarios o la inclusión social de grupos de riesgo. Todo ello ha venido a consolidar el Estado de bienestar o, lo que es lo mismo, el desarrollo de las políticas sociales en los países desarrollados.
- Los factores políticos, es decir, los signos políticos de los gobiernos de cada país han sido determinantes a la hora de definir los diferentes modelos de Estado de bienestar implantados en los mismos.
- Sin embargo, la situación económica y los factores sociodemográficos serán condicionantes de las reformas que se viene experimentando en los Estados de bienestar, ya que ejercen una importante influencia en el mismo, demostrándose las interrelaciones que se establecen entre el plano social y el económico.
- Como consecuencia de lo anterior, debido a la grave crisis económica internacional que se experimenta a partir de la década de los 70, el Estado de bienestar comienza a entrar en crisis con el convencimiento de que el sector público no puede llegar a cubrir todas las necesidades sociales. De tal forma que, se revaloriza el papel de las iniciativas privadas, tales como: la Familia, el Sector Mercantil y del Tercer Sector en aras de lograr una ocupación plena y mejor distribución de la riqueza y, especialmente, lograr

una eficiente gestión privada de los recursos sociales, como objetivos del Estado de bienestar.

En definitiva, la consolidación de los derechos sociales en los países desarrollados, como fundamento del Estado de bienestar, nos lleva a la necesidad de analizar cómo éste debe ser gestionado para integrarlo en una economía de mercado, cada vez más globalizada, con el fin de que pueda cumplir sus objetivos de la forma más eficiente posible. Ello nos lleva a la necesidad de redefinir las funciones que cada uno de los agentes debe cumplir en dicha gestión.

5.2. Conclusiones sobre la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia como Cuarto Pilar del Estado de Bienestar

En este segundo bloque se ha querido poner de manifiesto las diferentes razones demográficas, socioeconómicas y jurídicas que han impulsado a España a elaborar la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ello ha venido a integrar el Cuarto Pilar del denominado Estado del Bienestar en España (tras el Sistema Sanitario, el Sistema de Educación y el Sistema de Pensiones). En este sentido presentamos las siguientes conclusiones:

- En el comienzo del presente Siglo comienza a consolidarse un nuevo derecho social en buena parte de los países desarrollados como consecuencia de las nuevas condiciones sociodemográficas y económicas a las que se ven sometidos, tales como: envejecimiento de la población (aumento de la esperanza de vida, bajas tasas de natalidad, etc.), incorporación de la mujer a la vida laboral, cambios en la estructura familiar (familias monoparentales, aumento de las separaciones y divorcios, etc.)...
- Ello impulsa a España a elaborar la Ley 39/2006 sobre la Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en situación de dependencia, ampliándose el ámbito de cobertura del Estado de bienestar. A raíz de ello, España se suma al grupo de países que cuentan con sistemas públicos y universales de pensiones y desempleo, de educación, sistema sanitario y de protección a las personas en situación de dependencia.

- De tal forma que, el riesgo de dependencia deja de ser un riesgo que se asume de forma individual y pasa a tener una consideración de riesgo social, de forma análoga a lo que ocurre con el cese de la actividad laboral por vejez, desempleo y enfermedad, que en España cubren los distintos programas del Estado de bienestar configurados en la década de los ochenta.
- La Ley 39/2006 deja en manos de las CC.AA el desarrollo normativo de parte del sistema. No se trata de una simple ejecución de normas estatales, sino que, por un lado, puede materializarse en una Ley autonómica en la materia, y, por otro, en el desarrollo normativo de las cuestiones en las que la Ley llama al legislador autonómico.
- Andalucía no cuenta con una Ley de protección de dependencia, a diferencia de otras Comunidades. La Comunidad andaluza no solo participa en el desarrollo de la Ley estatal, sino que podría elaborar su propio desarrollo normativo y de recursos, conteniendo una Ley autonómica propia de protección de las situaciones de dependencia, con el fin de desarrollar plenamente la estatal y complementarla con medidas propias.
- La puesta en marcha en Andalucía del sistema de protección de la dependencia ha sido posible no solo a las inversiones realizadas sino, también, al rápido desarrollo normativo de las previsiones de la Ley 39/2006, y a la circunstancia de que en Andalucía ya se contaba con un red de cobertura que incluía parte de los dispositivos y mecanismos contemplados por la Ley 39/2006.

5.3. Conclusiones sobre la Aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia por CCAA. Especial referencia a Andalucía

- Andalucía es la primera comunidad autónoma en lo que respecta a solicitudes presentadas, registradas y dictámenes resueltos, respecto al tamaño poblacional.
- El perfil del solicitante suele ser el de personas mayores y, en una mayor porcentaje, mujeres, dada su mayor esperanza de vida. Ello nos lleva a

concluir que a mayor edad el riesgo a la dependencia también se hace mayor.

- Andalucía se sitúa entre las CCAA cuyas dictámenes resueltos admiten un menor grado de dependencia. Ello, ratificando lo concluido en el punto anterior, puede deberse a que esta región se presenta como una de las menos envejecidas de España. Y, como consecuencia de esto, el número de beneficiarios con derecho a prestación sobre los dictámenes es uno de los más bajos.
- La Prestación Económica destinada al cuidado familiar es el tipo de prestación más importante para todas las CCAA, mientras que la Prevención de la Dependencia y Promoción a la Autonomía es la que tiene una menor importancia.
- Andalucía también se sitúa en los primeros puestos en lo referido al número de prestaciones por persona, al ratio de personas con prestación respecto a las personas con derechos adquiridos y al número de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia.
- En definitiva, todos estos datos ponen de manifiesto el diferente grado de aplicación que tiene la Ley 39/2006 en las diferentes CC.AA españolas. Y, a su vez, también permiten destacar el importante esfuerzo que viene realizando la comunidad autónoma andaluza en su aplicación.
- No obstante, con independencia de que las cifras referidas a Andalucía son positivas (sobre todo comparadas a nivel nacional), se sigue admitiendo por las Administraciones de Servicios Sociales la excesiva demora que se viene produciendo en la tramitación y resolución de estos expedientes. Sin embargo, los datos analizados, proporcionados por el IMSERSO, no permiten determinar el grado de eficacia en la aplicación de la Ley por parte de las diferentes comunidades autónomas españolas, siendo éste otro campo de estudio en una futura investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Alemán Bracho, C. y García, M. (1999): *Fundamentos de bienestar social*. Tirant lo blanch, Valencia.

Alemán Bracho, C., Garcés, J. y Gutiérrez, A. (2003): *Políticas sociales en la España de las Autonomías*. Ed. Escuela Libre, Fundación ONCE. Madrid.

Alemán Bracho, C. y Ramos Lorente M. del M. (2006): "Política social y bienestar social: Modelos comparados y situación en España", (5:181 y ss.). En Alemán, C. y Fernández, T. (Coordinadores): *Política Social y Estado de Bienestar*. Tirant lo Blanch. Valencia.

Ashford Douglas, E. (1989): *La aparición de los Estados de Bienestar*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.

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.

Baylos, A. (1999): "Estado de bienestar y derechos sociales", en Fernández, T. y Garcés, J. (coordinadores): *Crítica y futuro del Estado de Bienestar: Reflexiones desde la izquierda*. Tirant lo blanch. Valencia.

Berzosa, C. y Fernández, T., (1993): "El sistema de bienestar en crisis", en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, Madrid, Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. 33-45.

Berzosa C. (2003): "El Bienestar en la Economía Mundial", (7: 125-127). En Fontela Montes, E. y Guzmán Cueva, J., coordinadores, (2003): *Economía ética y bienestar social*. Ed. Pirámide. Madrid.

Bilbao Ubillos J. (1990): *Hacia una hipótesis explicativa del Estado del Bienestar*. Universidad del País Vasco, 395-401.

Briggs, A. (1961): "The Welfare State in Historical perspectiva", in *European Journal of Sociology*, (11) 2.

Briggs, A. (2002): "The Welfare State in Historical perspectiva". En Pierson, CH y Castles, F. G. (2002): *Welfare State Reader*. Ed. Blackwell. Cambridge.

Contreras, F. J. (1994): *Derechos sociales: teoría e ideología*. Ed. Tecnos. Madrid.

Calvo, R. et al (2007): *Situaciones de Dependencia: Regulación actual y nuevas perspectivas*, Arazandi, SA. (1ª Ed). Navarra.

Consejo de Europa (1998): *Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia*, adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998.

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 Romero, A., Beiras X., Vidal Villa, 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.

Documentación Social nº 106 (1997): *Políticas contra la exclusión social*. Caritas Española. Madrid.

Dictamen del Consejo de Estado 336/2006, de 23 de marzo, sobre el Anteproyecto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Esping-Andersen, G. (2004): "Prólogo". En Montagut, T. (2004): *Política Social*, (7-14). Ed. Ariel. Madrid.

EUROPOP (2008): *European Population Projections 2008-2060*, Eurostat, Comisión Europea.

Fernández García T. (coord.) (1998): "Desigualdad y Estado de Bienestar". En Paramio R., Esping-Anderse y González-Páramo., et al: *Estado de Bienestar: Perspectivas y Límites*. Ed. Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca. 128.

Fernández García T., y López Peláez A. (2006): "El estado del bienestar: Orígenes y perspectivas", (1:15-46). En Alemán, C. y Fernández, T. (coordinadores): *Política Social y Estado de Bienestar*. Tirant lo Blanch. Valencia.

Fernández Steinko, A. (2002): *Experiencias participativas en economía y empresa. Tres ciclos para domesticar un siglo*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.

Flora, P. y Heidenheimer, A. J., (1981) : "The historical core and Changing Boundaries of the Welfare State", en *The Development of Welfare State in Europe and America*, Princeton, Transaction Books, 22.

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, S. (1988): "Ciudadanía, bienestar y desigualdad social en España", *REIS*, 4, 63-79.

Gómez Bahadillo, C. (2001): "Globalización y crisis del estado del bienestar", en <<http://www.5campus.com/leccion/globalcrisis>> 15/11/2009.

Gómez, C. (2001): "Globalización y crisis del estado del bienestar", en <<http://www.5campus.com/leccion/globalcrisis>> 15/11/2009.

González, A y Torres, E (1992): *El Estado de bienestar en los países de las OCDE*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.

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", 1: 15-42, en Juez Martel, P. (Coord.); González Rabanal, M., y Bautista Martín M.: *Economía y Gestión de Entidades No Lucrativas*. Ed. Universitaria Ramón Areces. 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.

Herrera, M. (1998): *El tercer sector y los sistemas de bienestar*, Tirant lo Blanch, Valencia.

INE (2010): *Encuesta de Población Activa*, en www.ine.es

IMSERSO (2004): *El Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

IMSERSO (2009): *Servicio de Estadística de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación*, en www.imserso.es, consultado el 20/11/2009.

Informe de la Ponencia Especial para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado. VI Legislatura. Serie I, Boletín General, Núm. 805, 17/12/1999.

Instituto Nacional de Estadística de Andalucía (2008): *Padrón Municipal de 2008*, en www.ine.es, consultado el 15/11/2009.

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.

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.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, *de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LPAPAPD).

Lucas, J. de. (1993): *El concepto de solidaridad*. Fontamara. México.

Martínez de Pisón C. J. (1998): *Políticas de Bienestar. Un estudio sobre los derechos sociales*. Ed. Tecnos. Madrid.

Maslow, A. (1963): *Motivación y Personalidad* (Traducción castellana en 1970).

Mishra, R. (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, R. (1999): *Globalización and the Welfare State*, Cheltenham, Ed. Edward Elgar, 15.

Montagut, T. (2004): *Política Social*. Ed. Ariel. Madrid.

Montoro, C. y Montoro, R. (1996): "Del estado de bienestar a la Sociedad del Binestar". En Casilda y Tortosa (eds.): *Pros y contras del estado de bienestar*. Tecnos. Madrid.

Montoya, A., (2007): *La protección de las personas dependientes*, Aranzadi. SA. Pamplona.

Mulas-Granados, C. (coord.) et al. (2010): *El Estado Dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del Estado de Bienestar en Europa*, Complutense, Madrid.

Navarro, V. (2004): "El Estado de bienestar en España". En Navarro, V. (coord.), 2004: *El Estado de bienestar en España*. 15-32. Ed. Tecnos. Madrid.

O'Connor (1981): *La crisis fiscal del Estado*. Península, 26.

Ochando Claramunt, C., (1999): *El Estado del Bienestar. Objetivos, modelos y teorías explicativas*. Barcelona. Ariel, 69 y ss.

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.

Pampillón Olmedo, R. (2008): "El Modelo Nórdico", *Revista de Economía Mundial*, 18: 155-165.

Picó, J. (1987): *Teorías del Estado del bienestar*. Ed. Siglo XXI. Madrid.

Pérez Luño, A. E. (1995): *Derechos humanos, Estado de derecho y Constitución*. 5^a Ed., Madrid.

Pisarello, G. (2007): *Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*. Ed. Trotta. 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*, Complutense, Madrid.

PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) (1996): *Informe sobre el desarrollo humano*. Nueva York.

Prieto Sanchís, L. (1990): *Estudios sobre los derechos fundamentales*. Debate. Madrid.

Real Academia Española (2003): *Diccionario de la Lengua Española* Espasa-Calpe, S.A. Madrid.

Rivera Saganta, J. (2001): "El Seguro de Dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el Estado de Bienestar", *Foro de Seguridad Social*, 5-48.

Rivero Lamas, J. (1987): "Los derechos humanos en el ámbito laboral", en Fernández Rodríguez, F. (coord.): *Estudios sobre la encíclica Laborem exercens*. BAC, Madrid, 416-ss.

Rodríguez Cabrero, G. (1990): " Entre la protección social y el bienestar social", en Albarracín, J., et al.: *Reflexiones sobre política económica*, Madrid, Editorial Popular, 220.

Rodríguez Cabrero, G. (1991): "La división social del bienestar: posibilidades y límites de la gestión mixta del Estado de Bienestar", *Economía del sector no lucrativo, Economistas*, 51. Madrid.

Rodríguez Cabrero, G. (2004): *El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Ed. Fundamentos. Madrid.

Schumpeter, J. A. (1994): *Historia del análisis económico*. Barcelona, Ariel Economía.

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-Piñero, M. y Bravo Ferrer (2006): “La protección social de la dependencia”, *Relaciones Laborales*, núms. 23-24 – 5.

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.

Titmuss, R. (1981): *Política Social*. Ed. Ariel. Barcelona.

Torres, J. (2006): Libro Blanco para la atención a las Personas en situación de dependencia en España. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60, 47-56. Madrid.

VVAA (1987): “Estado de bienestar y opciones de política económica”, *Sistema*, 81 y 82.