

La gestión local del derecho social de la dependencia: aportes de los servicios sociales comunitarios

Análisis aplicado a la provincia de Huelva

Nelly Julia Castro Vadillo

La gestión local del derecho social de la dependencia: aportes de los servicios sociales comunitarios

Análisis aplicado
a la provincia de Huelva

Nelly Julia Castro Vadillo



EDITA:

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA

Monasterio de Santa María de las Cuevas.

Calle Américo Vespucio, 2.

Isla de la Cartuja. 41092 Sevilla

www.unia.es

COPYRIGHT DE LA PRESENTE EDICIÓN:

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA

COPYRIGHT: Nelly Julia Castro Vadillo.

IMAGEN DE CUBIERTA:

Leone en Pixabay, CC 3.0

FECHA:

2019

ISBN:

978-84-7993-347-0

DEPÓSITO LEGAL: SE 573-2019

Índice

CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	9
I.1. Justificación	9
I.2. Objetivos e hipótesis	12
I.3. Metodología	14
CAPÍTULO II. GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LOS ESTADOS DE BIENESTAR EUROPEOS	17
II.1. Introducción	17
II.2. El derecho social de la dependencia	18
II.3. El modelo social europeo ante el riesgo social de la dependencia: de riesgo familiar a riesgo social	30
II.4. Gestión de los sistemas de la protección social de cuidados de larga duración en los modelos de bienestar europeos	44
CAPÍTULO III. GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA	51
III.1. Introducción	51
III.2. Antecedentes y regulación del riesgo de la dependencia	51

III.3. Una análisis de la Ley de Dependencia: implicaciones para su gestión pluralista	64
III.4. La gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia bajo el enfoque pluralista de bienestar	69
III.5. Prestaciones y catálogo de servicios de atención del sistema para la autonomía y atención a la dependencia	84
III.6. Procedimiento para el reconocimiento de prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia	94
III.7. Desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia en España y por comunidad autónoma... ..	99
III.8. La gestión local de la Ley de Dependencia: el aporte de los servicios sociales comunitarios	113
III.9. Conclusiones	122
CAPÍTULO IV. GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA.	
ESPECIAL REFERENCIA A LA PROVINCIA DE HUELVA	125
IV.1. Introducción	125
IV.2. La gestión de la Ley de Dependencia en Andalucía. El caso de la provincia de Huelva	126
IV.3. El mapa de la dependencia en la provincia de Huelva... ..	148
IV.4. La gestión de la dependencia en la provincia de Huelva según sus responsables	166
IV.5. Los servicios sociales comunitarios y la gestión de la LAPAD en la provincia de Huelva según los trabajadores sociales ...	170
IV.6. Conclusiones del capítulo	193
CAPÍTULO V. PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	197
V.1. Sobre la gestión de la dependencia en Europa	197
V.2. Sobre la gestión de la dependencia en España	198

V.3. Sobre la gestión de la dependencia en Andalucía y Huelva200
BIBLIOGRAFÍA205
ANEXOS	
Anexo I. Normativa estatal y autonómica213
Anexo II. Prestaciones del catálogo del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la provincia de huelva: centros de día, residencias y centro ocupacionales217
Anexo II. Encuesta semiestructurada227
ABREVIATURAS231
ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICAS Y MAPAS235

Capítulo I

Justificación, objetivos, hipótesis y metodología de la investigación

I.1. Justificación

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

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

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

Por tanto, ante este nuevo contexto, a la hora de abordar el análisis de las políticas sociales, ya no cabe el debate entre «Estado vs Mercado» (De Paz, 2005),

pues aparecen una serie de agentes, tales como la sociedad civil organizada, y no organizada, que, en determinados casos, comienzan a adquirir importancia a la hora de contribuir a proveer bienestar social. De tal forma, que su consideración se hace cada vez más necesaria a la hora de abordar el análisis e implementación de las políticas sociales.

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

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

Así, para el caso español, el riesgo de la dependencia comienza a ser considerado, de una manera importante, como riesgo social a principios del presente siglo, a partir de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD, en lo sucesivo) (BOE n.º 229).

De forma que, coincidiendo con lo comentado en el párrafo anterior, la puesta en marcha y primeros desarrollos de esta Ley coincide con un período de grave crisis económica y de debilitamiento del Estado del bienestar.

Es, por tanto, en este contexto de crisis económica y de los Estados del bienestar, así como de desarrollo de las políticas sociales de la dependencia, donde se sitúa el tema de investigación. De hecho, ante esta realidad, consideramos de máxima importancia analizar y reflexionar sobre las políticas de gestión de la dependencia que se vienen aplicando en Europa, en general y en España y la Provincia de Huelva, en particular, con objeto de hacerlas más eficaces y eficientes.

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

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

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

A pesar de la larga lista de trabajos, ya existentes, sobre dependencia, podría decirse que la mayor parte de éstos han sido elaborados en las dos últimas décadas, como consecuencia, tal y como hemos apuntado anteriormente, del carácter relativamente reciente de la instauración de este derecho social en deter-

minados países europeos. Por lo que se hace necesario seguir avanzando en el análisis y diagnóstico de este tipo de política social, tanto a nivel comparativo como mediante estudios, más en profundidad, de casos.

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

1.2. Objetivos e hipótesis

1.2.1. Objetivos

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

- OE₁: «Realizar un análisis comparativo de la gestión de la dependencia en Europa bajo el enfoque de gestión pluralista del Estado de bienestar», con objeto de poner de manifiesto las semejanzas y diferencias que puedan existir entre los diferentes países europeos, haciendo especial referencia al papel que desempeñan los diferentes agentes.
- OE₂: «Analizar en profundidad la gestión de la dependencia en España poniendo de manifiesto sus diferentes modelos de gestión», para lo cual se analizará sus diferentes grados de desarrollo, procedimientos de gestión, el papel que realizan los diferentes agentes en la provisión de este riesgo social, etc. Ello nos permitirá caracterizar este modelo de gestión dentro de los diferentes modelos europeos, extraídos del cumplimiento del objetivo anterior.

- OE₃: Dado que son las comunidades autónomas españolas quienes tienen plenas competencias en lo que respecta a la política de gestión de la dependencia, «analizaremos la política de dependencia de la comunidad autónoma andaluza, prestando especial atención a la provincia de Huelva». Ello permitirá profundizar en las características del enfoque que se sigue en esta región, así como en el papel e implicación que tienen los agentes que participan en su gestión en la provincia de Huelva, poniendo de manifiesto el aporte de los servicios sociales comunitarios.

1.2.2. Hipótesis

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

- HE₁: «En la gestión de la dependencia a nivel europeo se dan diferencias entre países, las cuales se corresponden con sus diferentes modelos de Estados del bienestar, si bien éstos están convergiendo a un enfoque de gestión pluralista».
- HE₂: «El modelo de gestión de la dependencia en España se sitúa dentro de uno de esos modelos de Estados del bienestar, si bien, entre comunidades autónomas, se pueden identificar, a su vez, distintos modelos de gestión».
- HE₃: «De los diferentes modelos de gestión autonómica de la dependencia en España, el modelo andaluz es uno de los que más se aproximan al enfoque de gestión pluralista, permitiendo, por tanto, analizar, para el caso de Huelva, las principales ventajas e inconvenientes que tiene la aplicación de este enfoque en la gestión del riesgo social de la dependencia».

El contraste de cada una de estas hipótesis deberá permitir validar, o no, la hipótesis central en la que se fundamenta el objetivo y estructura de la presente

investigación, a la cual se le da cumplimiento siguiendo la metodología que se detalla en el siguiente apartado.

I.3. Metodología

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

Así, para el análisis de la gestión de la dependencia o cuidados de larga duración en Europa se consulta la siguiente bibliografía base: Abrahamson (1995), Bond (2009), Comas-Herrera *et al.* (2006), Daatland (2001, 2009), Daatland y Lowenstein (2005), De Gier *et al.* (2004), De Gier (2009), Jacobzone (1991), Jacobzone y Jonson (2000), Pacolet (1998), Pacolet *et al.* (2000).

Por su parte, en relación a la gestión de la dependencia en España, se consulta a: Casado y López (2001b), Casado (2009), Marbán Gallego (2009, 2011, 2012), Marbán Gallego y Rodríguez Cabrero (2006), Marbán Gallego *et al.* (2012), Rodríguez Cabrero (2004b, 2007), Sarasa (2009).

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

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

Una vez hecho este análisis comparativo por comunidades autónomas, se analiza, en profundidad, la gestión local de la dependencia en Andalucía, to-

mando como referencia la provincia de Huelva. Para ello, se siguen una serie de fases, en las que se utilizan las siguientes fuentes de información.

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

- a) Decreto 168/2007 que regula el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- b) Entrevista en profundidad a los coordinadores de la dependencia de los tres niveles de la administración pública con competencia en dependencia en la provincia de Huelva, esto es: Delegación Territorial en Huelva de la Agencia de Servicios Sociales y de Atención a la Dependencia, Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva y Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva.
- c) Análisis de datos, documentos e informes proporcionados por las tres administraciones, cuyos responsables fueron entrevistados.

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

Capítulo II

Gestión de la dependencia en los estados de bienestar europeos

II.1. Introducción

En las últimas décadas del siglo XX, en los países occidentales más desarrollados, de acuerdo a los avances y profundización en el bienestar de la población, la sociedad y los poderes públicos dan respuesta a las necesidades básicas de las personas con medidas intensas y generalizadas de apoyo o cuidados de larga duración (CLD), como conjunto de cuidados sanitarios, sociales, formales e informales, recibidos en el propio hogar o en instituciones, para que una persona, que no sea capaz de cuidar de sí misma, mantenga la mejor calidad de vida posible.

Los cuidados CLD son una noción equivalente a la atención a las situaciones de dependencia, lo cual tiene una base conceptual establecida y aceptada comúnmente en Europa; si bien, tal y como se va a recoger en el presente capítulo, no existe todavía un modelo homogéneo de cuidados de larga duración, debido a la diversidad de circunstancias históricas, económicas y sociales de cada Estado miembro. De tal forma, que, todas estas circunstancias, condicionan mucho los tipos de prestaciones, gobernanza y financiación de los sistemas de cuidados de larga duración europeos.

No obstante, en todo el ámbito de la Unión Europea existe una verdadera preocupación por la viabilidad financiera de los sistemas de protección social, en especial la sanidad, las pensiones y los cuidados de larga duración, pues el envejecimiento progresivo y constante de la población, así como la disminución de la natalidad, harán necesarios muchos recursos económicos en el futuro para ofrecer una atención de calidad, como la mejor garantía de su mantenimiento y eficacia.

En este sentido, será preciso redimensionar dichos sistemas para que puedan seguir siendo adecuados, sostenibles y financieramente viables. De tal forma, que los países están trabajando por mejorar, perfeccionar y ampliar sus respectivos modelos, puesto que es innegable la necesidad creciente de los cuidados de larga duración.

No en vano, después de muchos años de que las personas en situación de dependencia han sido consideradas como sujetos incapaces para ocupar un puesto de trabajo o una participación activa en la sociedad, reducidos a una posición de dependencia pasiva (envejecimiento), se ha cobrado conciencia de sus necesidades y de sus derechos a tener una vida digna, lo más independiente posible, a contar con los medios y recursos para desarrollar plenamente sus capacidades.

De modo que, el reconocimiento del derecho social de la situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Europeo y la Unión Europea.

En este sentido, en el presente capítulo se hace, en primer lugar, un acercamiento a la conceptualización de la dependencia y los cuidados de larga duración, exponiendo sus principales características definitorias.

Posteriormente, se analizan los orígenes de este riesgo individual como riesgo social, el cual llega a convertirse en un derecho social y, como hemos recogido en capítulos anteriores, es parte importante del Estado del bienestar y de las políticas sociales de buena parte de los países europeos.

Una vez analizado el concepto y los orígenes de este derecho social en Europa, se analizan las diferentes formas de gestionarlo, con objeto de comparar modelos, destacando similitudes y diferencias entre los mismos; para, en capítulos posteriores, compararlos con el caso de estudio referido al modelo español.

Se concluye, por tanto, el presente capítulo, elaborando un cuadro resumen-comparativo, donde se recogen las principales coincidencias y similitudes, así como las diferencias, entre los diferentes modelos de gestión analizados.

II.2. El derecho social de la dependencia

Los derechos sociales tienen su origen en las reivindicaciones de los trabajadores y las presiones de los partidos socialistas y comunistas a partir de la segunda mitad

del siglo XIX, sobre todo, en Europa; mientras que la protección social de los servicios de atención social y médica, así como el reconocimiento de las necesidades sociales de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, esenciales para la protección de la vida, de los derechos humanos y de la dignidad de los ciudadanos, fueron surgiendo junto con el Estado de Bienestar en el siglo XX.

A lo largo del siglo XX los países europeos han desarrollado políticas de protección social destinados a garantizar a sus ciudadanos una red básica frente a los principales riesgos (pobreza, vejez, desempleo o enfermedad). Durante los años 60, los derechos sociales existentes se consolidan con el auge de los Estados de Bienestar Keynesiano, que coinciden con la aparición de nuevos riesgos sociales, encontrándose entre ellos la situación de dependencia, puesto en debate en los distintos sistemas de protección social.

El avance de las políticas sociales en los países de Europa amplían las situaciones de riesgo a proteger, tales como: la maternidad, la discapacidad, la carencia de vivienda, educación, salud e integración social, estando vinculados a las transiciones post-industriales, que afectan a la persona a lo largo de su vida (Taylor-Gooby, 2004).

En este contexto, la situación de dependencia ha hecho su aparición como una nueva cuestión social. Es un tipo de situación de necesidad (más que de riesgo) muy distinta a los riesgos que atendían los clásicos seguros sociales obligatorios y la Seguridad Social estructurada sobre ellos; es un fenómeno complejo que exige una categorización muy perfilada, atiende a situaciones individualizadas de riesgo; se desvinculan en gran medida al trabajo profesional, atendiendo a una nueva expresión de la cuestión social de nuestro tiempo.

Los Estados europeos desde principios de la década de los noventa, vienen haciendo efectiva la función equilibradora y moderadora de la desigualdad social, atendiendo a la necesidad social, reconoce el derecho social de la dependencia, permitiendo al ciudadano a participar en sociedad de los derechos y prestaciones garantizadas mediante leyes específicas; configurando, de esta forma, sistemas sociales integrados de atención a la dependencia, como lo hizo Alemania en 1995¹ y en el caso español, con la Ley 39/2006.

1. La Ley de la Dependencia de Alemania, de 1995, se convirtió en el gran referente como modelo de Seguridad Social europeo y también en la vara de medida con la que comprar y evaluar los impactos sociales y financieros de los modelos alternativos.

La institución de los sistemas de protección social de la dependencia europeos ha tenido como finalidad crear unas condiciones de igualdad en el ejercicio de este derecho, con el fin de evitar las desigualdades territoriales, y de esta forma, se pueda atenuar la situación de desventaja de las personas en situación de dependencia en el ejercicio de sus derechos fundamentales frente a otras que cuentan con recursos económicos.

En este sentido, el reconocimiento del derecho social de la dependencia es indiscutible porque es esencial para que las personas afectadas puedan recibir apoyos para el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria, que les permita vivir con dignidad en sociedad, así como para que estas personas ejerzan con plenitud sus derechos, pues sin esta ayuda pueden encontrar limitaciones en el ejercicio de los mismos; implicando una participación activa de los poderes públicos para su cumplimiento.

Por otro lado, debe destacarse que en esta materia rige en Europa el principio de la subsidiariedad y que, por lo tanto, su desarrollo es competencia exclusiva de los Estados de Bienestar, es decir, necesita pasar por un desarrollo legislativo en los diferentes países de la Unión.

La dependencia como situación de necesidad específica se produce en el momento en que emerge un grupo de edad que se caracteriza por su falta de autonomía (o está muy mermada) y demanda una cobertura específica ante la inadecuada atención de los mecanismos tradicionales (familiares o institucionales). Se trata de un fenómeno social de la dependencia que no es, desde luego, enteramente nuevo, pero sí generalizado y más relevante, como tal, desde el punto de vista de la política jurídica de protección social.

Trataremos la situación de dependencia, como un concepto más limitado, como dependencia en el manejo de la vida cotidiana, excluyendo las dependencias normales de la infancia. Sin embargo, no existen criterios estandarizados para definir la dependencia, por ello, cualquier definición se debe a normas establecidas por organismos internacionales, siendo la referencia el Estado de Bienestar. Por ello, en el presente Capítulo, analizaremos la situación de la dependencia como necesidad de cuidados de larga duración (CLD, en lo sucesivo).

Desde la historia moderna hasta la contemporánea (inclusive), los Estados de Bienestar han mostrado preocupación por atender la mayoría de las necesidades de la familia, pero de forma residual o subsidiaria, por fallo de la fami-

lia (porque no podía solventar el problema)². También se hacía cargo cualquier institución de tipo colectivo, como la iglesia, asociaciones caritativas o gobiernos locales, aunque éstas carecían de instalaciones apropiadas, ofreciendo la ayuda en casas de pobres, asilos y similares.

De modo que, la idea de que estas necesidades de cuidado que debían ser reconocidos como un derecho ciudadano a los servicios por parte de un estado responsable, fue surgiendo junto con el Estado de Bienestar en el siglo anterior, siendo desarrollada más profundamente en el modelo nórdico o escandinavo, hasta el punto de que una gran mayoría considera al Estado como el principal responsable de ofrecer cuidados de larga duración.

Tras las ruinas de la II Guerra Mundial, durante los años de fundación del Estado de Bienestar escandinavo se tuvo preferencia por el desarrollo de las prestaciones universales, las cuales estarían basadas en derechos de ciudadanía y no en la caridad³, lo cual implicó una expansión de los derechos sociales (Datland, 2009).

En este contexto, también se ha venido experimentando un importante desarrollo de los servicios de atención social en colaboración con el tercer sector. No en vano, para Anttonen & Sipilä (1996), la atención social ha sido el componente fundamental de expansión de los Estados de Bienestar, aunque existan diferencias en su desarrollo.

Con el predominio de políticas descentralizadoras y desinstitucionalizadoras se sentaron las bases para el desarrollo de los sistemas de protección social de CLD en los diferentes modelos de bienestar europeos, favoreciendo la expansión de los derechos ciudadanos, no sólo de los mayores, sino también de los jóvenes, física o mentalmente discapacitados, siendo su reconocimiento, no sólo de forma individual, sino como un nuevo riesgo social.

Tal y como veremos más adelante, el avance las políticas de protección social de cuidados de larga duración siguen el camino específico del modelo de cada país; si bien, esta necesidad social debe ser tenida en cuenta como un aspecto relevante para la intervención del Estado, ya que éste es el principal responsable de la producción de bienestar en la sociedad.

2. En caso de una situación de enfermedad mental, discapacidad, etc.

3. Tras la II Guerra Mundial, Suecia, por su condición de país neutral, no sufrió los estragos de la guerra, siendo el país pionero en el desarrollo del modelo escandinavo seguido de Dinamarca y Noruega.

Y, así lo asumen los países escandinavos, donde la protección de los CLD se caracterizaron, en contraste con los modelos anglosajones y continentales, por los derechos universales, la financiación mediante impuestos, el fuerte énfasis en la redistribución y una responsabilidad pública directa y amplia en la provisión de servicios, tal y como posteriormente se desarrolla.

II.2.1. Definición y características de la dependencia

Puede decirse, como hemos referido en el epígrafe anterior, que no existen criterios generalizados para definir la dependencia, por lo que cualquier definición debe ser relativa a normas establecidas de acuerdo con los organismos supranacionales y organizaciones internacionales.

Por tanto, en la actualidad existe una gran pluralidad de formas de entender la dependencia, algo que queda posiblemente enraizado en las diferentes tradiciones nacionales de gestión de los riesgos sociales. Sin embargo, aquí centramos nuestra atención en revisar y analizar las diferentes definiciones formuladas por los organismos e instituciones internacionales, sumándose a ello, las contribuciones de los distintos actores sociales sobre las características generales que viene a centrar su definición como nuevo riesgo social.

El término de la dependencia es habitual y comúnmente aceptado (salvo determinadas censuras del movimiento asociativo y de analistas críticos procedentes del mundo de la discapacidad), empleado generalmente por organismos supranacionales como el Consejo de Europa. También esta denominación es habitual en la literatura española sobre la materia, regulada legal y administrativamente en la *Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

La dependencia es un concepto en constante evolución que debe referirse a la interacción entre las personas por falta o pérdida de autonomía,⁴ así como a las barreras existentes en su entorno, que impiden su plena y efectiva participación en la sociedad en igualdad de condiciones. A fin de mejorar la situación de las personas dependientes y la de sus cuidadores, el Consejo de Europa ha

4. Se entiende por autonomía a la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales para vivir de acuerdo con las preferencias propias; y, a su vez, desarrollar las actividades básicas cotidianas.

elaborado un texto de consenso para que fuera adoptado por todos los países miembros de este organismo internacional.

A partir de la definición de la situación de dependencia del Comité de Ministros del Consejo de Europa, Recomendación N.º 98 (9) (en adelante, CE. R: 98-9) (Consejo de Europa, 1998), existe un consenso en torno a su definición. En ella se define a la dependencia como:

... la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, o como: un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

No sólo la doctrina ha seguido ampliamente esta definición Consejo de Europa, sino que los Organismos Internacionales la vienen utilizando de manera generalizada. Así, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2001) se refiere a la situación de dependencia al tratar la discapacidad, como el hecho de no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para realizar actividades ordinarias de la vida diaria (54ª Asamblea Mundial de la Salud, 2001).⁵

Por su parte, en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000), en el artículo 34 se prevé el reconocimiento del derecho a la dependencia, estipulando que:

La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de Seguridad Social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez.

5. Conforme a la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2001) sobre Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), el término de discapacidad se refiere a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).

En este estado, cabe precisar que los CLD son una noción equivalente a la dependencia, conforme a la definición de la OMS (2001), en el sentido de que, los CLD consisten en la provisión de apoyo y ayuda a una persona por la prevalencia de enfermedades crónicas de larga duración,⁶ llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, con el fin de lograr que la persona, que no pueda valerse por sí misma mantenga, tenga una calidad de vida posible.

Tradicionalmente, la evaluación de la necesidad de CLD que tiene un individuo se basa en la medición de la dependencia. La categorización más común de la dependencia es el grado de dificultad para realizar actividades de la vida diaria, que se relacionan con el cuidado personal (ducharse o bañarse, vestirse y desnudarse, comer, levantarse de la cama y acostarse), y actividades instrumentales, que se relacionan con tareas domésticas (comprar, cocinar, fregar los platos, lavar la ropa, limpiar la casa o administrar su propio dinero).

En muchas ocasiones para hacer frente al cuidado personal, así como a las actividades instrumentales, no sólo dicha ayuda es cubierta desde los servicios públicos, sino también, desde el sector privado (sector mercantil y tercer sector), sobre todo en los cuidados especiales de larga duración, siendo el caso de la rehabilitación, la asistencia social, los servicios médicos básicos, enfermería a domicilio, ... Por tanto, hay un repertorio de agentes, públicos y privados implicados en la materialización del servicio a la dependencia.

Por ello, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos —OCDE—, interesada también en el bienestar social del mundo, considera que los CLD son una cuestión de política transversal que debe integrar una gran cantidad de servicios para personas que dependen de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria durante un prolongado período de tiempo (Europa Comisión, 2009, traducido por Castón, *et ál.*, 2009; (OECD, 2005).

En este sentido, según Shchulte (2009), los cuidados de larga duración se definen por la asistencia a personas que no pueden llevar una vida autónoma y, por lo tanto, dependen de la ayuda de una tercera persona en su vida diaria. De modo que el riesgo de la dependencia siempre ha existido como un fenó-

6. Los CLD también se dan como consecuencia enfermedades de larga evolución que causan discapacidad física o mental (CIF, 2001).

meno social a tomar en consideración. Esta dependencia surge por razones médicas o debido a un accidente, una enfermedad laboral o simplemente, debido a la edad.

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001), la discapacidad es entendida como *los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales)*. Asimismo, una persona en situación de dependencia padece, igualmente, las deficiencias, limitaciones y restricciones, como sucede con la discapacidad.

Tanto en el caso de la discapacidad como en el de la dependencia, las personas que padezcan cualquiera de ellas, demandan la necesidad intensa de apoyo; siendo el caso de que una persona en situación de dependencia es una persona con discapacidad, porque presenta al menos una imposibilidad para realizar las *actividades básicas de la vida diaria*, conforme a la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de 2008 (en adelante, EDAD-2008);⁷ mientras que, por el contrario, no toda persona con discapacidad se le considera en situación de dependencia.

De ahí que la dependencia es entendida como una cuestión de intensidad, de grado, por lo que, las personas en esta situación sufrirán una ausencia más acusada de capacidades para atender a sus necesidades de la vida cotidiana, precisando, por ello, apoyos externos –personales o técnicos, o ambos– más intensos.⁸ De modo que, las peculiaridades de la dependencia, que la configuran

7. De esta forma, según la EDAD 2008, la persona que no pueda realizar alguna de las 18 actividades *básicas de la vida diaria* que se describe (a continuación), se encontraría en la situación de dependencia. Estas actividades son: Lavarse, Cuidados de las partes del cuerpo, Higiene personal relacionada con la micción, Higiene personal relacionada con la defecación, Higiene personal relacionada con la menstruación, Vestirse y desvestirse, Comer y beber, Cuidado de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas, Cuidado de la propia salud: evitar situaciones de peligro, Adquisición de bienes y servicios, Preparar comidas, Realizar las tareas del hogar, Cambiar las posturas corporales básicas, Mantener la posición del cuerpo, Desplazarse dentro del hogar, Desplazarse fuera del hogar, Uso intencionado de los sentidos (mirar, escuchar) y, finalmente, Realizar tareas sencillas.

8. Aunque para Pérez (2006), las estructuras públicas de atención o de intervención encuentran un nivel de diferenciación entre el origen de la dependencia sobrevenida por causa de discapacidad (congénita, perinatal, traumática, etc.) y la dependencia por el envejecimiento, haciéndolas parecer más distantes de lo que en verdad son.

dentro de la esfera de la discapacidad, pasarán por la afección de las capacidades propias de la autonomía personal (Querejeta, 2004).

Asimismo, la Unión Europea desde el año 2005, en sus trabajos sobre la política económica y el entorno social de los últimos países de la ampliación, estima que la situación de dependencia requiere alguna intervención de otra persona para la ayuda en las actividades de la vida cotidiana (Zárata, 2012).

Sin embargo, en la actualidad se tiende a emplear el término de dependiente de una forma genérica o global, en vez de referirse a un tipo de dependencia particular, como es: la dependencia para el autocuidado, lo cual ha dado lugar a errores terminológicos. Así, respecto a este tipo de dependencia, siguiendo a Querejeta (2004), describiremos brevemente tres aspectos: la calificación de dependiente a la de válido o autónomo; si existe o no relación de dependencia con la discapacidad y, por último, la diferenciación entre la dependencia y autonomía:

En primer lugar, una persona que es dependiente para algunas actividades, no tiene porque llegar a ser calificado como *dependiente oficial*. Por ejemplo, es habitual tener una dependencia importante para las actividades de la vida doméstica y ser independiente para las de autocuidado, de forma que esta persona sería considerada administrativamente como autónoma, válida o no dependiente.

En segundo lugar, muchas veces no se identifica claramente la relación de la dependencia con la discapacidad, llevando a clasificarlas y valorarlas por separado, cuando la situación de dependencia —relacionada con las condiciones de salud alteradas— siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad (Querejeta, 2004).

En definitiva, podemos decir que el estado de dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se dan dos elementos a la vez: imposibilidad de realizar las *actividades básicas de la vida diaria*, que se relacionan con el cuidado personal, y, de *las actividades instrumentales*, que se relacionan con tareas doméstica; dichos elementos están relacionados con la ayuda personal o técnica.

Por último, no debería limitarse la definición de dependencia exclusivamente a la situación de pérdida de autonomía intelectual, ya que podrían ocurrir situaciones de dependencia en personas con capacidad de decisión conservada. Por lo que se debería diferenciar a las personas dependientes con autonomía

intelectual (capacidad de decisión) de las personas dependientes sin autonomía intelectual. Dado que, cada vez, más personas manifiestan su voluntad sobre los cuidados y tratamientos que van a recibir sobre su salud cuando se agrava su situación.⁹

Se deben considerar como conceptos diferenciados, por un lado, la dependencia por falta de autonomía física y, por otro, la autonomía intelectual, como facultad abstracta de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona) (Querejeta, 2004).

Por todo, existe un consenso generalizado en definir a la dependencia como *aquella situación personal que requiere la ayuda prolongada de otra persona para realizar los actos de la vida cotidiana*, no sólo desde el ámbito familiar sino que cada vez más implica a la sociedad, lo cual motiva su identificación como un nuevo riesgo social de protección, convirtiéndose en uno de los retos fundamentales de la política social de los Estados de Bienestar Europeos, en general, así como, de nuestro Estado de Bienestar español, en particular.

En este sentido, aunque la necesidad de asistencia y/o cuidados ha existido siempre; podría decirse que lo que ha cambiado ha sido su dimensión (por el incremento del número de estas situaciones), su importancia social (de ser un problema individual o familiar, es ahora un problema social, como consecuencia de lo anterior), y su naturaleza (entiende unos objetivos y funciones del Estado de Bienestar e implican nuevos compromisos de protección y financiación) (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI, en adelante-, 2004).

Características de las situaciones de dependencia

A medida que hemos determinado el marco conceptual de las situaciones de dependencia han ido apreciando algunas de sus características, las cuales se concretan en cinco: la universalidad de su dimensión subjetiva, la multicausalidad, la multidimensionalidad, la complejidad y la durabilidad (Zárte, 2012).

9. De ahí que siendo el caso de que la persona previamente decide el tipo de cuidados necesarios a posteriori frente al agravamiento de su situación, es decir, con pérdida de la autonomía intelectual, debiendo las autoridades respectivas, considerar en la parte resolutoria de la resolución de declaración de dependencia.

Todas estas características, tal y como posteriormente se comenta, va a hacer más compleja y, por tanto, complicada, la gestión de este derecho social. A continuación comentamos cada una de ellas.

La universalidad

Entiende que todas las personas pueden tener limitaciones para realizar alguna actividad en cualquier etapa de su vida; todas las personas, en mayor o menor medida, son, en ciertas situaciones, dependientes. Por tanto, las situaciones de dependencia pueden presentarse en diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial..., precisándose ayuda de otra persona, o ayudas especiales para realizar actividades cotidianas. Ninguno de nosotros escapa de la necesidad del otro, es un rasgo fundamental de nuestra dimensión social.

El estado de dependencia puede darse en cualquier etapa de la vida, dado que, cada edad, tiene su peculiar modo de vivir la dependencia. No obstante, tal y como recoge Pérez (2004), *si se presenta en las primeras fases de la vida, la situación es más crítica para la persona y su entorno, ya que, puede prolongarse a lo largo de toda su vida*, mientras que, si se da por el envejecimiento tiene otros contornos y las necesidades son distintas.

La multidimensionalidad

Dada la importancia que tienen las situaciones de dependencia en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial..., ha implicado a múltiples disciplinas y profesionales, los cuales se encargan de su estudio desde un punto de vista concreto.

Para Sagardoy *et al.* (2005), el fenómeno multidimensional de la situación de dependencia se refiere a que ésta... *tiene múltiples dominios: mental, físico, económico y la combinación de cualquiera de ellos*. De tal forma, que todos estos factores biológicos, psicológicos, socioculturales, económicos, ambientales, etc., son determinantes en la apreciación de la dependencia.

Así, el aporte de las múltiples disciplinas y profesionales viene construyendo una importante e inagotable fuente de datos, definiciones, baremos, etc. que profundizan y enriquecen su estudio. En este contexto, nos encontramos con

colectivos que podrían estar representados, entre otros, por profesionales provenientes de la rehabilitación, la geriatría, la valoración de la discapacidad, la psicología, el trabajo social o la prestación de servicios (Querejeta, 2004).

La multicausalidad

Las situaciones de dependencia tienen múltiples causas: edad o envejecimiento de la población, las discapacidades congénitas, los accidentes laborales, de tráfico o doméstico, las nuevas enfermedades discapacitantes, los entornos, prácticas y mentalidades hostiles, etc. (Pérez, 2006). Para Rodríguez Rodríguez (2006), *el presente proceso de envejecimiento de la población española es la causa más importante, si bien no la única.*

La dependencia puede afectar a todas las edades y puede darse, además, por el estado de salud, el modo de vida, la educación y la profesión. Todos ellos son factores que determinan globalmente lo que se denomina como *esperanza libre de discapacidad, que es tan importante o más que el propio proceso demográfico de envejecimiento.*

La complejidad

La situación de dependencia es un fenómeno complejo, que conlleva varios factores distintos. La persona en estado de dependencia recibe una respuesta personalizada, distinta respecto a las personas en igual situación de su entorno. La persona en situación de dependencia, recibe una respuesta íntegra de atención, es decir, diversas ayudas o atenciones en todo momento y para todas las necesidades que surjan, ya sea de tipo sanitario o social, por parte de profesionales, familiares o voluntarios.

En este sentido, esta complejidad nos indica que, cada persona en situación de dependencia necesita una atención específica, y precisa una atención personalizada e íntegra. Debido a ello, el carácter complejo de la dependencia entiende la intervención conjunta, tanto, del sector público como del privado para dar respuesta a dicha situación (ya sea, desde el Estado, desde el sector privado mercantil, desde la familia y desde del sector voluntario). Por tanto, su complejidad es consecuencia de la intervención integrada de todas estas instituciones y agentes frente a las necesidades de la situación de dependencia de una persona.

La durabilidad

La situación de dependencia es un hecho variable y dependerá, entre otras cosas, de estados de salud transitorios y de los factores del contexto real (personal y ambiental) en el que se desenvuelve la persona en un momento determinado, pudiendo, por tanto, mejorar o empeorar según las circunstancias (Quejeto, 2006).¹⁰

Asimismo, señala Zárte (2012), éste es *uno de los factores que aporta más complejidad a la situación de dependencia*, es decir; *la dimensión temporal de las mismas*. Se presentan situaciones de dependencia que pueden ser: momentáneas, temporales y permanentes. Por ello, algunos de estos estados de dependencia permanecen estables y otras son variables, y dentro de esa variabilidad, las hay progresivas o regresivas. De tal forma, que hay un amplísimo espectro de situaciones de dependencia, de gran variedad, ligados a cada persona, su familia y su entorno.

II.3. El modelo social europeo ante el riesgo social de la dependencia: de riesgo familiar a riesgo social

La necesidad social de cuidados personales de la vida diaria forma parte de las actividades de reproducción de toda sociedad.¹¹ Esta necesidad de cuidados se manifiesta de manera intensa y continua en determinadas etapas de la vida, sobre todo, en la infancia, la vejez, la enfermedad o una grave limitación debido a accidentes de diferente tipo. Desde un principio esta necesidad de cuidado ha venido siendo asumido por la familia, pero desde mitad del siglo XX hasta

10. El estado de dependencia —al igual que la discapacidad— es propia de diversas situaciones vitales, más o menos prolongadas, como la infancia, períodos de enfermedad, embarazo..., a parte de la vejez. Y no tiene que porque ser siempre la misma, así los factores del contexto tanto ambiental (vivienda, ayudas técnicas, servicios, factores geográficos,...), como personal (educación, edad, ingresos económicos, sexo, viudedad, etc.) van a incidir en cambiarla.

11. En la reproducción social, a fin preservar la existencia humana (Guzmán, 2005 y Molina, 2007, entre otros), la familia ha ocupado un papel central en pervivencia de las sociedades actuales, dado que desde siempre viene trasladando generacionalmente aquellas calidades, cualidades y capitales (tanto materiales como inmateriales y relacionales).

la actualidad se va a ir convirtiendo, de una forma progresiva, en un problema que afecta a toda la sociedad.

Así, hasta hace poco, la satisfacción la necesidad social de cuidados personales ha estado reducida al ámbito propio de los hogares, como riesgo familiar; aunque también, en su origen, estuvieron implicadas las organizaciones voluntarias y el Estado de una forma asistencial y residual. De ahí, y conforme a Rodríguez Cabrero (2011), que en la década de los años 1950 a 1980 imperara una clara división del cuidado a las personas dependientes, asumido por la mujer y el Estado, a través de políticas públicas residuales y asistenciales.¹²

Más tarde, con la crisis del modelo de los Estados de Bienestar Keynesiano, la protección social de la dependencia pasó a convertirse en riesgo social. Ello se vio favorecido con el proceso de reestructuración y descentralización de los Estados, a fin dar respuesta a las nuevas necesidades sociales, pero atendiendo a sus ideologías políticas e intereses. A partir de aquí se estructuraron modelos de socialización del riesgo de la dependencia, pero no de forma explícita, sino mediante la extensión de los servicios sociales en el ámbito municipal.

La gestión de los servicios sociales de las situaciones de dependencia se hizo primero, a través del modelo tipo residencial. Posteriormente, a medida que la persona afectada iba manifestando su deseo de vivir en su domicilio familiar, se dio paso a la gestión del modelo comunitario, lo cual suponía un menor coste. A su vez, dichas unidades tenían una mayor información sobre las necesidades y especialidades locales. Por tanto, aunque en un primer momento no existieron leyes sobre la dependencia, la provisión de los servicios corría a cargo del Estado, asumiendo la familia el control de asignación de los mismos.¹³

Así, en la década de los setenta se da respuesta al riesgo de la dependencia creándose las condiciones para una nueva división social mediante cuidados prolongados o de larga duración (CLD). Sin embargo, tal y como se ha comentado anteriormente, no existió un modelo social único de protección a la dependencia, ya que cada modelo de Estado de Bienestar, como se profundiza

12. Caracterizándose, en este sentido, el modelo tradicional por ser estrictamente familiar y femenino, donde la mujer era el eje central de máxima responsabilidad en los cuidados, mientras que el Estado solo participaba en situaciones de máxima gravedad y/o de soledad.

13. De esta forma se dio lugar a que una parte de las mujeres cuidadoras informales estuvieran implicadas, en dichas tareas, en el sistema de servicios sociales.

en el siguiente epígrafe, implementó este tipo de política según sus rasgos ideológicos, sociales y culturales.

No obstante, el modelo nórdico fue el tipo dominante de los CLD, la protección social fue altamente estatal, reconociéndose el derecho universal de la dependencia; mientras que, tanto en los estados bismarckianos, como en los del Sur de Europa, la responsabilidad de la provisión fue, fundamentalmente, de la familia, la subsidiaridad del Estado y, de forma residual, del sector mercantil. Por su parte, el sistema mixto anglosajón combina la atención asistencial y la ayuda familiar.

Esta mayor importancia que adquiere el Estado en el modelo nórdico, en lo que respecta a la provisión del riesgo de la dependencia o CLD, aparece reflejada en las Tablas II.1. y II.2. En efecto, como se desprende de las mismas, los países que, ya a principios de 1990 estaban a la cabeza en gasto social en CLD eran Dinamarca, Suecia, Noruega e Islandia, seguidos de Holanda y Austria.

Sin embargo, se observa cómo el gasto social en CLD parece que va convergiendo entre los diferentes países europeos, en la medida en que los países nórdicos han venido moderando y ralentizando su crecimiento, mientras otros muchos países, entre los que destacan España, Portugal y Reino Unido, lo han incrementado. No obstante, a pesar de ello, actualmente se siguen observando diferencias significativas entre países en lo que respecta a este gasto social.

Todo esto viene a confirmar el hecho, comentado anteriormente, de que en las últimas décadas el riesgo de la dependencia, cada vez más, es considerado en la política social europea, si bien, en esta política existen variantes según países y modelos de Estados del bienestar, lo cual hace que ese diferente nivel de desarrollo origine diferencias en los niveles de gasto social, tal y como se recoge en las tablas II.1 y II.2.

Tabla II.1. Gasto social en cuidados de larga duración
en los países europeos (% s/PIB)

PAÍSES	1990	1995	2000	2005	2008
EU (27 countries)	:	:	0,41	0,48	0,41
Bélgica	:	0	0,03	0,05	0,05
Bulgaria	:	:	0	0,03	0,04
República Checa	:	0,29	0,43	0,33	0,54
Dinamarca	2,14	1,2	1,64	1,74	1,68
Alemania	:	0,17	0,18	0,16	0,15
Estonia	:	:	0,13	0,08	0,08
Irlanda	:	0,17	0,18	0,22	0,25
Grecia	:	0,05	0,09	0,1	0,09
España	0,16	0,16	0,21	0,33	0,45
Francia	0,18	0,21	0,17	0,32	0,35
Italia	0,12	0,09	0,1	0,11	0,14
Chipre	:	:	0,04	0	0
Eslovaquia	:	:	0,15	0,14	0,17
Lituania	:	:	0,13	0,15	0,44
Luxemburgo	0,25	0,18	0,02	0	0
Hungría	:	:	0,28	0,38	0,32
Malta	:	0,52	0,49	0,58	0,52

PAÍSES	1990	1995	2000	2005	2008
Holanda	0,53	0,5	0,66	0,87	0,72
Austria	0,48	0,83	1,01	0,96	1
Polonia	:	:	0,23	0,23	0,22
Portugal	:	0,12	0,17	0,25	0,25
Rumanía	:	:	0,03	0,01	0,04
Eslovenia	:	:	0,25	0,18	0,15
Eslovaquia	:	0,34	0,29	0,4	0,36
Finlandia	0,7	0,77	0,62	0,68	0,69
Suecia	:	2,29	2,32	2,37	2,33
Reino Unido	0,06	0,35	0,81	0,99	0,56
Islandia	1,24	1,27	1,31	1,76	0,3
Noruega	1,76	1,84	1,7	1,6	1,61
Suiza	0,25	0,34	0,27	0,3	0,31

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (2015).

Tabla II.2. Gasto social en cuidados de larga duración en los países europeos por habitante

PAÍSES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bélgica	655	692	738	755	784	817	840	876	813	803
Bulgaria	:	:	:	:	0,38	0,38	0,46	0,49	0,61	0,47
República Checa	:	:	:	:	:	:	129	140	148	157
Dinamarca	:	:	:	1.109	1.097	1.116	1.134	1.171	1.202	1.239
Alemania	451	465	496	518	548	571	607	632	668	700
Estonia	:	31	32	33	33	36	43	50	56	63
Irlanda	:	:	:	:	867	910	863	891	914	946
Grecia	:	:	8	11	10	17	23	25	38	19
España	157	166	182	201	194	191	187	187	197	201
Francia	368	411	326	486	502	523	540	557	563	570
Croacia	:	:	:	:	:	:	18	21	23	23
Italia	:	:	:	:	:	243	244	246	245	250
Chipre	:	:	:	55	50	51	47	45	47	:
Eslovaquia	:	:	:	:	:	:	32	35	36	37
Lituania	:	47	57	55	53	53	55	67	72	74

PAÍSES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Luxemburgo	:	:	:	:	1.041	1.191	1.235	1.288	1.306	:
Hungria	29	31	27	30	29	27	29	32	31	32
Holanda	868	950	974	1.012	1.036	1.145	1.137	1.143	1.058	:
Austria	424	461	507	529	542	564	587	598	609	618
Polonia	:	:	:	:	:	:	39	38	41	42
Portugal	19	21	25	28	31	33	34	38	40	42
Ruman'ia	:	:	:	:	15	17	18	20	23	27
Eslovenia	:	:	:	:	:	:	:	159	158	:
Eslovaquia	:	:	:	:	:	3	3	3	3	:
Finlandia	483	519	545	556	609	647	644	633	615	:
Suecia	:	:	:	:	1.203	1.281	1.325	1.302	1.321	1.346
Reino Unido	:	:	:	:	:	:	585	627	715	661
Islandia	:	:	:	:	576	593	638	707	806	:
Noruega	:	:	:	:	1.789	1.978	1.988	1.962	1.886	1.889
Switzerland	:	:	:	1.165	1.359	1.435	1.431	1.470	1.710	1.713

Fuente elaboración propia a partir de Eurostat (2018).

No obstante, a pesar de esas diferencias entre países, en lo que respecta a esta política social de CDL, cabe destacar cómo en todos ellos este tipo de gasto social, tanto en porcentaje del PIB, como en gasto por habitante, ha venido subiendo en los últimos años, a pesar de la importante crisis económica sufrida en 2008 por la gran mayoría de países europeos.

En este sentido, podría decirse que a finales del pasado siglo y principios del presente en Europa, la familia va cediendo protagonismo en el cuidado del dependiente, planteándose nuevas respuestas. El Estado va tomando conciencia de que una parte de la responsabilidad del cuidado le corresponde, máxime cuando el riesgo de la dependencia va en aumento debido a la aceleración del proceso de envejecimiento e incremento de las discapacidades en edades avanzadas, tal y como se recoge en la **Tabla II.3**.

A ello se le une la inserción laboral de la mujer y los cambios en las estructuras familiares (divorcios, familias monoparentales, menos extensas, etc.), a lo cual se le suma la presión ejercida por las asociaciones cívicas y de acción social de la discapacidad y de las personas mayores (Abellán y Esparza, 2006). En definitiva, todo ello dio lugar a que los países europeos se plantearan la necesidad de avanzar hacia políticas de socialización de este riesgo.

Tabla II.3. % Evolución de la población dependiente (1990-2017) (+65/15-64)

	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017
Euro área (18 countries)	20,8	22,4	24,1	25,9	27,6	28,9	29,5	30,2	30,6	31,1
Bélgica	22,1	23,8	25,5	26,3	26	26,8	27,3	27,8	28,2	28,6
Bulgaria	19,5	22,2	23,8	25,2	26,5	28,5	29,3	30,2	31,1	31,8
República Checa	19	19,3	19,8	19,8	21,7	24,6	25,7	26,6	27,6	28,6
Dinamarca	23,2	22,7	22,2	22,7	24,9	27,6	28,3	28,8	29,3	29,7
Alemania	22	22,5	23,9	27,8	31,4	31,3	31,5	32,0	32,0	32,4
Estonia	17,5	20,2	22,1	24,3	25,9	27,2	27,9	28,7	29,3	30,0
Irlanda	18,6	17,8	16,8	16,3	16,5	18,6	19,3	19,7	20,2	20,7
Grecia	20,4	22,2	24,2	27,3	28,4	30,8	31,6	32,4	33,1	33,6
España	20,2	22,2	24,5	24	24,6	26,3	27,2	27,9	28,3	28,7
Francia	:	22,7	24,3	25,1	25,6	27,5	28,4	29,2	30,0	30,7
Croacia	:	:	:	26	26,7	27,1	27,6	28,3	29,0	29,8

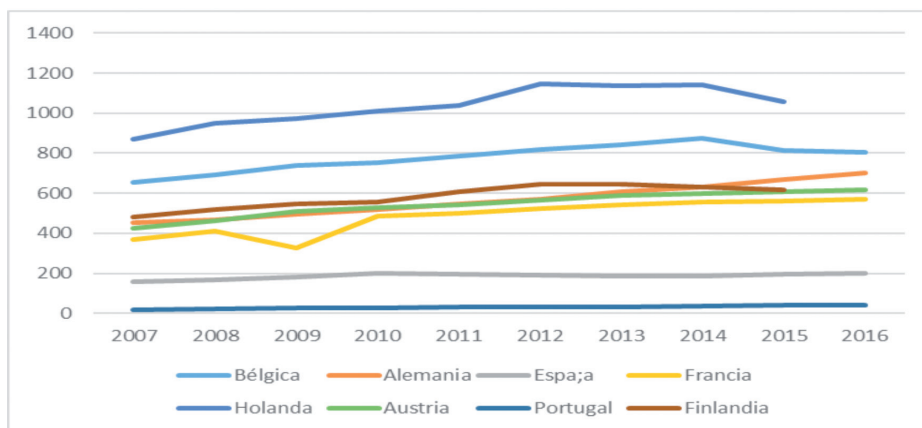
	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017
Italia	21,5	24	26,8	29,4	31,2	32,7	33,1	33,7	34,3	34,8
Chipre	17,2	17,2	17	17,7	17,8	18,8	19,9	21,2	22,1	22,8
Lituania	16,2	18,5	20,8	23,6	25,6	27,2	27,5	28,1	28,6	29,3
Luxemburgo	19,3	20,6	21,4	20,9	20,4	20,2	20,4	20,5	20,5	20,5
Hungría	20	20,9	22	22,7	24,2	25,1	25,8	26,5	27,2	27,9
Malta	15,7	16,3	17,9	19,3	21,4	25,1	26,4	26,9	27,5	28,1
Holanda	18,6	19,3	20	20,8	22,8	25,5	26,4	27,2	27,8	28,4
Austria	22,1	22,5	22,9	23,5	26,2	26,8	27,2	27,4	27,4	27,6
Polonia	15,4	16,6	17,8	18,7	19,1	20,4	21,2	22,2	23,1	24,2
Portugal	20	21,9	23,8	25,7	27,5	29,4	30,3	31,1	31,8	32,5
Rumanía	15,6	17,6	19,3	20,7	23,7	23,9	24,3	25,2	25,9	26,7
Eslovenia	15,5	17,4	19,8	21,8	23,8	25	25,7	26,6	27,6	28,6
Eslovaquia	16	16,3	16,6	16,4	17,3	18,4	19	19,7	20,6	21,5
Finlandia	19,8	21,1	22,2	23,8	25,6	28,9	30,2	31,5	32,4	33,2

	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017
Suecia	27,7	27,4	26,9	26,5	27,7	29,9	30,6	31,1	31,5	31,6
Reino Unido	24,1	24,5	24,3	24,2	24,6	26,4	27	27,5	27,9	28,2
Islandia	16,4	17,3	17,8	17,9	17,9	19,5	19,9	20,5	21,0	21,2
Leichente	14,2	16,2	14,8	15,6	19,3	21,4	22,4	23,2	24,0	24,9
Noruega	25,2	24,8	23,5	22,4	22,5	23,7	24,2	24,5	25,0	25,4
Suiza	21,3	21,7	22,7	23,3	24,7	25,7	26,1	26,4	26,7	27,0
Montenegro	:	:	18,3	18,7	19,1	19,2	19,6	20,2	20,8	21,4
República Yugoslava	:	12,8	14,6	15,8	16,4	16,9	17,5	18,0	18,5	18,9
Albania	:	:	:	12,8	:	:	17,5	18,2	18,6	19,1
Serbia	:	:	23,6	25,5	25,1	25,9	26,7	27,5	28,5	29,2
Turquía	7,1	7,8	8,3	8,9	10,5	11,1	11,3	11,8	12,2	12,3

Fuente: elaboración propia a partir Eurostat (2018).

En este contexto, en los comienzos de la década de los años 90 del pasado siglo, cuando las políticas de CLD pasan a formar parte de la agenda política, orientadas a la socialización del riesgo, cambian los modelos asistenciales en modelos de cobertura universal. Así, como se observa en las tablas II.1 y II.2, y en el Gráfico II.1, el gasto social en CLD ha ido creciendo en las últimas décadas, tanto por habitantes como en porcentaje del PIB. Sin embargo, como consecuencia de la importante crisis económica y financiera que comienza en 2008, desde la segunda mitad del año 2010, las políticas de protección social vienen siendo frenadas; conduciendo a los estados a adoptar nuevas formas de refamiliarización, mercantilización e individualización del riesgo. Esta ralentización de las tasas de crecimiento tienen lugar en buena parte de países europeos, tales como: Holanda, Bélgica, Finlandia, España, etc. Mientras que en otros, como Alemania, Francia o Austria, seguían creciendo a un ritmo moderado.

Gráfico II.1. Evolución del Gastos en CLD por hab. en países europeos (2007-2016)



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (2018).

Consecuencia de ello, y de las características propias de este riesgo, Durán Heras (2000) afirma que las políticas de CLD en Europa han sido escasas y no han compensado las demandas de los cuidadores ni de las familias. En este mismo sentido, Rodríguez Cabrero (2011) señala que la institucionalización del

riesgo ni viene a sustituir a la familia ni puede ser de amplia intensidad protectora.

Por el contrario, las regulaciones de los CLD sólo se ciñeron a organizar los sistemas existentes, racionalizarlos y reforzarlos con una cobertura pública básica limitada. De modo, que, a pesar de esa progresiva socialización del riesgo de la dependencia, la carga de la protección social de este riesgo sigue recayendo en la familia, sobre todo en manos de la mujer (Rogeró, 2010, y Bond y Rodríguez Cabrero, 2007).

Por su parte, las demás esferas de bienestar, como son el mercado y el tercer sector, participan, en mayor o menor medida, supeditados a las políticas sociales de los modelos de bienestar. Así, para dar respuesta a la dependencia, construyen modelos sui géneris que combinan la socialización del riesgo, la refamiliarización y la creciente responsabilidad individual. De esta forma, se pone de manifiesto cómo los estados europeos tienden a converger en la provisión de servicios y la responsabilidad mixta del sector público y privado, como sustento del enfoque pluralista de bienestar.

Por consiguiente, esta socialización del riesgo de la dependencia no es a plenitud, como bien afirma Rodríguez Cabrero (2011), pues ésta subyace al modelo de cuidado familiarista, a la lentitud en la construcción de una nueva división social de género de cuidados y a las presiones del mercado capitalista en el campo de las necesidades; originándose la producción de respuestas desiguales en países europeos, poniéndose de manifiesto la no existencia de un modelo social de gestión de la dependencia único en Europa.

Sin embargo, a pesar de ello, Taylor-Gooby (2004) y Bonoli (2005) hacen referencia a un modelo general de respuesta al riesgo social de dependencia, que combina las tradiciones institucionales y culturales, las demandas sociales (sobre todo, por parte de las mujeres a favor de una cierta socialización del riesgo) y los constreñimientos financieros e ideológicos de la globalización; siendo asumida la respuesta de forma complementaria y subsidiaria por sector público y privado.

Por tanto, el avance de las políticas públicas de protección a la dependencia, desde finales del siglo XX y principios del XXI (1990-2010), tendrá lugar en un contexto de construcción de una Europa competitiva en la economía global, con garantías de formas de cohesión social que equilibren los costes sociales del capitalismo económico y financiero (Moreno, 2009 y Del Pino, 2009).

Y, para lograr estos objetivos, estas políticas caminan a individualizar el riesgo y a no sustituir a la familia, así como a extender los servicios al sector mercantil (Rodríguez Cabrero, 2011).

En consecuencia, frente a la socialización del riesgo de la dependencia, se da paso a la organización complementaria de cuidados con la refamiliarización del sistema tradicional,¹⁴ y a una profunda división social de género, mediante el control y dirección de los cuidados formales delegados en los hogares a mujeres inmigrantes, como refieren Bettio *et al.* (2006), Martínez Buján (2010) y Colombo, *et al.* (2009).

Tal y como se ha apuntado anteriormente, la dependencia, en sí misma, no es una nueva situación de necesidad, lo que sí constituye una novedad es su generalización, de ahí, la inoperancia de los mecanismos que tradicionalmente han procurado asistencia a estas personas, que es lo que motiva su identificación como nuevo riesgo, convirtiéndola en uno de los retos fundamentales de la política social de los Estados de Bienestar.

El nuevo modelo social europeo, por tanto, en ninguno de los casos tiende a sustituir los cuidados familiares, por el contrario, hace que las políticas vayan dirigidas a dar respuesta a la nueva estructura social de los hogares que: en menor tamaño, nuevos roles, tendencia a la desfeminización relativa de los cuidados, bajo un contexto de alargamiento de la esperanza de vida y de políticas de empleo que tienen como objetivo insertar a la mujer en el mercado de trabajo.

En definitiva, el riesgo de la dependencia no ha tenido una tradición en los sistemas de protección social europeos, como lo han tenido la salud, las pensiones o el desempleo. No obstante, conforme a los estudios y datos aportados por Comas-Herrera (2006), Eurostat (2008), Giannakouris (2008) y Österle (2009), entre otros, los países europeos tienen que hacer frente, a medio plazo, a una perspectiva de poblaciones crecientemente envejecidas, de aumento de los niveles de dependencia, de transformaciones del contexto socio-económico y de rigurosas restricciones presupuestarias, con el hándicap de que aún existen respuestas diferentes de los Estados y una clara tendencia hacia el incremento de los ratios de dependencia en todos ellos.

14. En el sistema tradicional de cuidados el Estado sólo compensa a medias las cargas familiares, aunque en situaciones complejas –como en caso de personas solas o de enfermedad grave– lo hace en su totalidad y bajo el control familiar.

Estos retos ya se dejan sentir, por lo que la mayor parte de los países europeos, desde hace años, comienzan a considerar a este riesgo individual como riesgo social, integrándolo, por tanto, dentro de sus políticas sociales y de sus respectivos Estados del bienestar.

A continuación, pasamos a detallar la regulación de este nuevo riesgo social en los diferentes modelos de Estados de bienestar europeos con objeto de destacar diferencias y similitudes en lo que a la gestión del mismo respecta.

II.4. Gestión de los sistemas de la protección social de cuidados de larga duración en los modelos de bienestar europeos

En el presente epígrafe se poden en común las principales características que definen la gestión de los CLD en los diferentes modelos de Estados de bienestar europeos, destacando las tendencias que tienen en común, así como las diferencias que se pueden llegar a establecer entre los mismos, propias de los diferentes modelos de Estados del bienestar.

En este sentido, tal y como se desprende de los epígrafes anteriores, entre los diferentes modelos de bienestar europeos se observan unas tendencias, comunes a todos ellos, en la gestión de este tipo de política social. Entre estos aspectos destacan:

- a) La progresiva importancia que comienza a tener el riesgo de la dependencia, pasando de ser un riesgo individual y familiar a un riesgo social, con la consideración, en muchos países, de un derecho social de carácter universal.
- b) La tendencia a favorecer las prestaciones económicas frente a los servicios como vía de control del gasto público; si bien el destino y control de esas prestaciones puede variar significativamente de un país a otro.
- c) El fomento de la libertad de elección entre prestaciones sociales, con objeto de una mejor adaptación a las necesidades del dependiente.
- d) El establecimiento de una prioridad protectora a los niveles más grave de dependencia como consecuencia de la crisis económico-financiera y el consiguiente recorte en este gasto social.

- e) El dar un mayor peso a la gestión privada, fundamentalmente a la provisión de servicios por parte de entidades tanto lucrativas como no lucrativas.
- f) Importancia de la descentralización, sobre todo en lo que respecta a la gestión y prestación de los servicios, mientras que la planificación, legislación y financiación corresponde, en mayor medida, a los gobiernos centrales.
- g) Progresiva importancia de los cuidados comunitarios y de los servicios sociales, con el propósito que el dependiente continúe residiendo en su entorno habitual, así como por motivos de calidad, preferencias y económicos.

No obstante, a pesar de las tendencias que se observan en las políticas de cuidados de larga duración en Europa, también cabe destacar cómo los países siguen parcialmente lo que sugieren las diferentes tipologías de regímenes de bienestar en los que se insertan, existiendo diferencias entre ellos, en primer lugar, como se recoge en las tablas II.1 y II.2, en lo que respecta al gasto público destinado a esta política social. Así, en la **Tabla II.4**, se recoge el diferente grado de importancia que tienen en los países los distintos tipos de cuidados: informales, comunitarios y residenciales.

Tabla II.4. Provisión del CLD informal y formal para la Tercera Edad en Europa.

País	Cuidado informal	Cuidado residencial	Cuidado comunitario
Italia	Alto	Bajo	Bajo
Grecia	Alto	Bajo	Bajo
España	Alto	Bajo	Bajo
Portugal	Bajo	Bajo	Bajo
Austria	Medio	Medio	Bajo
Alemania	Medio	Medio	Bajo
Bélgica	Medio	Medio	Bajo
Francia	Bajo	Medio	Bajo
Irlanda	Medio	Medio	Medio
Reino Unido	Alto	Alto	-
Países Bajos	Alto	Alto	Medio
Dinamarca	Bajo	Alto	Alto
Finlandia	Bajo	Medio	Medio
Suecia	n.d.	Medio	Alto

Fuente: Österle (2009).

Como se puede observar, mientras que en el modelo de bienestar mediterráneo adquieren especial importancia los cuidados informales (Italia, Grecia y España), en el modelo nórdico son los cuidados residenciales y comunitarios (Países Bajos, Dinamarca, Finlandia y Suecia). Por su parte, en el modelo conti-

mental (Austria, Alemania, Bélgica Francia) y neoliberal (Reino Unido) los cuidados comunitarios tienen muy poca importancia, predominando los residenciales e informales. Esto se pone directamente en relación con las características propias de cada uno de estos modelos.

Por otro lado, en el **Tabla II.5.** se recoge, de una forma comparativa, las diferencias que existen entre los diferentes modelos de estados de bienestar europeos en lo que respecta a la política social de cuidados de larga duración, atendiendo a características, tales como: principios inspiradores, financiación, organización y gestión, prestaciones, provisión del servicio o gobernanza. Con ello se pone de manifiesto cómo, a pesar de las tendencias que comparten, comentadas anteriormente, también se pueden llegar a destacar aspectos diferenciales.

Tabla II.5. Síntesis de gestión de los CLD en los modelos de bienestar europeos.

	Modelo Liberal (Reino Unido e Irlanda)	Modelo Corporativo (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica)	Modelo Nórdico (Suecia, Dinamarca, Finlandia)	Modelo Mediterráneo (Italia y España)
Responsabilidad de la organización y la gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios.	Municipal	Regional y Municipal
Políticas públicas de apoyo al cuidador informal	Escaso. Elevada responsabilidad individual.	Generoso.	Importantes: apoya y sustituye a la familia cuidadora.	Escaso.
Principios orientadores	Consumismo e individualización del riesgo	Refamiliarización y mercantilización	Universalización, familiarización y mercantilización.	Universalización (excepto Italia), familiarización y mercantilización.
Derecho social de la dependencia	Asistencial: Situaciones de grave dependencia y sin recursos.	Universal.	Universal.	Transición a una cobertura universal.

	Modelo Liberal (Reino Unido e Irlanda)	Modelo Corporativo (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica)	Modelo Nórdico (Suecia, Dinamarca, Finlandia)	Modelo Mediterráneo (Italia y España)
Prestaciones	Preferencia por las prestaciones monetarias y presupuesto personal	Preferencia por las prestaciones monetarias y programas conciliación (francés)	Servicios sociales con crecimiento de las prestaciones monetarias y el presupuesto personal	Preferencia prestaciones; mediante servicios sociales.
Provisión	Sector mercantil	Sector mercantil. Reducción del papel del tercer sector voluntario.	Pública, crecimiento del sector mercantil (empresas convencionales y ES complementaria). Y, el TS: SAD informal.	Mixta: provisión del tercer sector voluntario y crecimiento del sector mercantil.
Financiación	Impuestos y copago	Impuestos, cotizaciones y copago	Impuestos y copago (SAD profesional e informal)	Impuestos, cotizaciones y copago.
Gobernanza	Fragmentación institucional y regulación central.	Regulación central y gestión regional, con financiación compartida.	Regulación central y gestión Municipal.	Fragmentación con tendencia a sistematización de la protección a la dependencia.

Fuente elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

Como conclusión a esta tabla, podemos decir que, aunque existen unas claras tendencias en Europa en lo que respecta a la política social de la dependencia, se observan características propias a cada modelo de estado del bienestar en su implementación. Así, por ejemplo:

Por el lado de la financiación, en el modelo corporativista se financia a través de las cotizaciones a la seguridad social, en el liberal y nórdico se hace a través de los impuestos; *por el lado de la cobertura*: el liberal refleja una cobertura del riesgo de tipo asistencial, mientras que, en el corporativista y nórdico es universal; y, respecto a la *protección que se da al cuidador informal*: es importante en los modelos corporativista y nórdico, por el contrario, resulta escaso en el liberal y mediterráneo.

Sin embargo, como consecuencia de la crisis económico-financiera, podemos decir que las nuevas políticas de CLD vienen a reforzar y reconstruir el modelo tradicional de cuidados de una forma diferente, según los diferentes modelos de Estados del bienestar. Así, esta reconstrucción puede venir, tanto por la vía de las prestaciones monetarias (modelo anglosajón), a través de servicios y programas de conciliación de la vida familiar y personal con el empleo (modelo nórdico), mediante la integración de los cuidadores informales en el Sistema de la Seguridad Social (modelo continental, caso de Austria, Alemania y Francia) o como una combinación de todos ellos.

No obstante, lo que sí es cierto es que, a pesar de la actual crisis económico-financiera, la política social de la dependencia sigue estando en el debate y la agenda política de los diferentes países europeos, como se constataba en las tablas II.1 y II.2. De forma que, estos países, en su implementación, siguen unas orientaciones comunes. Así, tal y como se ha argumentado en el presente capítulo, la gestión de esta política social, dadas las características propias de este nuevo riesgo social, se puede formular bajo el denominado enfoque pluralista del Estado del bienestar, el cual presentará las peculiaridades propias del país en el que la citada política social se implemente.

Capítulo III

Gestión de la dependencia en España

III.1. Introducción

Una vez analizado la evolución de la política social de la dependencia, o CLD, en los diferentes países europeos, el presente capítulo tiene como objetivo profundizar en el análisis de la gestión de la dependencia en España, tratando de poner de manifiesto las diferencias que, incluso en el propio país, se establecen entre sus diferentes regiones o CCAA, tanto en su gestión como en su financiación.

Para ello, en una primera parte del capítulo se comentan tanto los antecedentes como la regulación actual de las situaciones de dependencia en España, prestando especial atención al análisis de los principales elementos de la LAPAD que inciden en esta gestión. Se presta especial atención a la distribución de competencias que asigna la LAPAD, al análisis del catálogo de prestaciones y servicios que contempla, así como a la gestión del procedimiento, haciendo especial hincapié en esas diferencias que se establecen entre CCAA.

Posteriormente, en una segunda parte del capítulo, se analizan los datos que marcan y determinan el grado de desarrollo de la LAPAD, desde los inicios de su aplicación hasta la actualidad, prestando especial atención a las diferencias que se llegan a identificar entre CCAA.

III.2. Antecedentes y regulación del riesgo de la dependencia

En primer lugar, describiremos brevemente los diferentes tipos de regulación que han intentado hacer frente a problemas relacionados, de una u otra forma, con la dependencia para, posteriormente, referirnos a los factores que desencadenaron la creación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: Ley 39/2006, de 14 de diciembre (en adelante, LAPAD).

III.2.1. Antecedentes en la regulación de la dependencia

Entre las diferentes medidas legislativas que han tratado de dar respuesta, de una forma u otra, al problema de la dependencia destacan: a) la Ley General de Sanidad (1986), b) la Ley de Pensiones no contributivas (1990), c) la Ley General de la Seguridad Social (Texto refundido de 1994, TRLGSS), d) las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, e) la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), así como f) el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales (1988).

Por tanto, podría decirse que desde los años 1980s se han ido articulando diferentes tipos de reformas, prestaciones y deducciones fiscales, orientadas a dar cobertura a determinadas situaciones de envejecimiento y de discapacidad (Rodríguez Cabrero, 2004b; Rodríguez Cabrero, 2006). A continuación, comentamos brevemente cada una de estas regulaciones.

Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)

Esta Ley estuvo orientada a las prestaciones económicas, no favorables a las políticas relativas a la integración sociolaboral o a la supresión de barreras arquitectónicas. No obstante, fue relevante porque introdujo un subsidio de ayuda para tercera persona (siendo suprimido en 1994) para colectivos con 18 o más años sin actividad laboral, con un grado de discapacidad igual o superior al 75%, los cuales requerían la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.

Plan Gerontológico

Este Plan abordó por primera, vez de manera integral, toda una serie de políticas en materia de envejecimiento (así como, sobre las pensiones), como punto de inflexión en el proceso para la atención sociosanitaria de las personas mayores. A pesar de que estas medidas se referían a las situaciones de la dependencia, no se había planteado de modo generalizado el problema de la dependencia como tal.

Tanto la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), como, sobre todo, el Plan Gerontológico en 1992, introdujeron el debate sobre una atención más integral, sociosanitaria y colectiva de la dependencia, pese a la escasa dotación presupuestaria, y falta de compromiso político. A su vez, el Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales se estimularía el debate en la importancia del problema de la dependencia (Bazo, 1990; CIERES, 1992; IMSERSO, 1995a, 1995b; Rodríguez y Sancho, 1995).¹⁵

La gran mayoría de las medidas no llegaron a cumplirse por falta de financiación e impulso (y compromiso) político, así como, también, por la fragmentación de competencias entre las Administraciones públicas (Rodríguez Rodríguez, 2006).

Leyes autonómicas de servicios sociales

Estas leyes, así como el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales, desde 1988, han ido conformando un mapa autonómico de servicios sociales cada vez más extenso, si bien no garantizan el derecho subjetivo para ser exigido por las personas beneficiarias ante los tribunales. (Marbán, 2011 y 2012).

De modo que los derechos que *se proclaman como universales, es decir, accesibles a cualquier persona en situación de necesidad...* en las diferentes leyes autonómicas, quedan en simples derechos enunciados, frente a los sistemas de protección ya consolidados (Rodríguez Rodríguez, 2006: 50).

El Plan Concertado resultó significativo cuando la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), en 1993, aprobó un catálogo en materia de servicios sociales que supuso la atribución de mayores competencias para las corporaciones locales en la extensión de servicios sociales, como la ayuda a domicilio, y los cuidados de proximidad, así como mayores dotaciones de profesionales municipales (Marbán, 2011 y 2012).

15. A través de la Comunidad Científica de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2000), y del Consejo Estatal de Personas Mayores e instituciones, como el Defensor del Pueblo (2000), se darían a conocer las características de la población dependiente y del sistema de cuidados informales; y se reclamaría al gobierno algunas iniciativas públicas, pactadas con las CCAA para garantizar el derecho de los CLD.

Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido de 1994, TRLGSS)

La Ley de la Seguridad Social reacciona con unos mecanismos protectores parecidos a la cobertura de la dependencia, regula la incapacidad permanente entre las cuales está la *gran invalidez* aplicada a los trabajadores afectados por una incapacidad permanente que necesiten la asistencia de tercera persona, en cuyo caso tendrán derecho a una *pensión vitalicia*, incrementándose su cuantía con un complemento destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda... (Art. 139.5).¹⁶

Por otra parte, con las prestaciones de carácter no contributivo (Ley de Prestaciones no Contributivas de 1990) se extendieron los beneficios de la Seguridad Social a todas las personas sin recursos que por razones de edad, accidente o enfermedad, no pudiesen trabajar, aunque tampoco hubiesen cotizado suficientemente para tener derecho a las pensiones y otras prestaciones de carácter contributivo.

También pasaron a contemplarse las prestaciones económicas por hijo a cargo mayor de 18 años y con minusvalía igual o superior al 65% (Art. 181-184); la gran invalidez (instituida por Ley 26/1990, de 20 de diciembre, de Prestaciones no Contributivas); y la ayuda de tercera persona (Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos).

Sistema Nacional de Salud: Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 14 de abril)

Supuso la práctica universalización de la atención sanitaria a toda la población, y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que reguló por primera vez la *prestación socio-sanitaria*, integrada simultáneamente por servicios sociales y sanitarios. De forma que, sin remitirse a la dependencia, fue relevante para ella, ya que estaba destinada a enfermos crónicos para aumentar su autonomía.

16. Igualmente, el artículo 181 (a) donde se reconoce una asignación económica por cada hijo menor de 18 años o, cuando siendo mayor de dicha edad, esté afectado por una discapacidad, en un grado igual o superior al 65 por 100, a cargo del beneficiario.

Asimismo, esta prestación sociosanitaria (Ley 16/2003) también se refiere al CLD,¹⁷ a la atención sanitaria de la convalecencia y rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, para que puedan aumentar su autonomía. Sin embargo, pese a este desarrollo normativo, su aplicación concreta todavía no se ha dado.

Ley 39/1999, sobre la conciliación de la vida familiar y laboral

Esta Ley establece una reducción de la jornada laboral o una excedencia para el cuidado de niños o de CLD (Rodríguez Rodríguez, 2006).¹⁸ Por su parte, las prestaciones de la Ley se establecen en función de la cuantía de la pensión, y no del grado de dependencia, las cuales, a la postre, pueden resultar en cierta medida discriminatorias y poco equitativas por cuanto dejan fuera a una buena parte de las personas con dependencias (menores de 18 años y mayores de 65). Y, en el caso de las desgravaciones fiscales, éstas excluyen a aquellos contribuyentes que no hacen la declaración de la renta o a los cuidadores que no conviven con el dependiente.

Por consiguiente, debido, tanto a la dispersión normativa que existía a principios del presente siglo a la hora de regular el fenómeno de la dependencia, como a las lagunas que tenía toda esta normativa, en el sentido de no cubrir a todos los dependientes de una forma integral y por grados; se hacía necesario implementar un marco normativo, como la LAPAD. De tal forma, que su principal objetivo fuera la protección objetiva de la dependencia, con un sistema integrado y continuo de protección social y sanitaria con medidas preventivas, de promoción del envejecimiento activo, de promoción de la autonomía y, al final de la vida, de cuidados paliativos.

17. Esta prestación sociosanitaria de CLD remite expresamente a la actual Ley de la Dependencia (art.15.2 de la Ley 39/2006).

18. Entre las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral, prevista de la Ley 39/1999, se pueden realizar sin remuneración pero manteniéndose el período de cotización efectiva, a efectos de las prestaciones de Seguridad Social por jubilación, incapacidad permanente, muerte o supervivencia y maternidad (Art. 180. del TRLGSS).

III.2.2. Factores que impulsan la regulación de la dependencia a partir de la Ley de Dependencia

Entre los diferentes factores que impulsaron la regulación de la dependencia en España, en la primera década del siglo XXI, destacan:

A) Las políticas de la Unión Europea en materia de cuidados de larga duración

Tal y como hemos analizado en el capítulo anterior, las prácticas europeas en temas de dependencia empezaron a concretarse a inicios de los años ochenta en los países nórdicos, los cuales ampliaron y diversificaron su sistema de cuidados en respuesta a cambios sociodemográficos (en especial Suecia, donde 23 de cada 100 ciudadanos eran mayores de 65 años), optando por integrar progresivamente dichos cuidados en su extenso sistema de prestaciones y servicios sociosanitarios (Pavolini y Ranci, 2008) (Rodríguez Rodríguez, 2006).

B) Los cambios sociodemográficos, fundamentalmente en la estructura demográfica y en la estructura familiar

A continuación, describimos brevemente cada uno de ellos:

b.1) El *cambio en la estructura demográfica* fruto del creciente envejecimiento del envejecimiento, como consecuencia del descenso de la natalidad, del descenso de la mortalidad o prolongación de la vida y las migraciones.

Costa-Font (2006) establece claramente una estrecha relación entre envejecimiento, aumento de los gastos sanitarios y el papel de los seguros públicos y privados en la cobertura de estos servicios; lo que había sido puesto en evidencia, tanto por Rodríguez Cabrero (1999), Casado y López (2001), Puga (2001), así como por el OECD (2005) y OECD (2006) entre otros, cuando se afirma que, el aumento progresivo de los gastos sanitarios en las próximas décadas sería una de las principales razones del proceso de envejecimiento de la población. No en vano, uno de los principales fenómenos asociados al envejecimiento demográfico es el deterioro progresivo de la salud y la dependencia (Otero *et al.*, 2004).

Si bien es cierto que el signo de las variaciones demográficas será en el conjunto de la UE el mismo que en España (crecimiento de la población, reducción de la población en edad de trabajar, mayor aumento de la población >80 años que de la población >64), su intensidad será menor en el caso europeo. En España, la tasa de dependencia pasará de 24 (2008) a 59 (2039), contará desde 2039 con una población relativamente más envejecida que la UE.

Por tanto, la nueva realidad demográfica exige nuevas respuestas a los programas del Estado de bienestar ya existentes y obliga al surgimiento de otras nuevas estrategias, siempre y cuando esté garantizada su sostenibilidad financiera.

b.2) Las *estructuras familiares han cambiado* considerablemente, sobre todo, por la creciente incorporación de mujeres en el mercado laboral.¹⁹ No sólo reduce la oferta tradicional de cuidados (centrado en manos de la mujer), sino que tienden a traspasarse a toda la sociedad (Libro Blanco la Dependencia, 2005), es decir, se requiere cada vez al apoyo externo, tanto del mercado laboral, formal e informal, como de las administraciones públicas. Ello supone una profunda reestructuración social interna (Marbán, 2011).

El modelo de bienestar tradicional de España se basó fundamentalmente en el papel de la mujer/esposa como soporte de la asistencia social en seno de las familias. A este modelo familiar de cuidado se le ha llamado *apoyo informal*, el cual ha recaído en las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas en situación de dependencias. (Libro Blanco de la Dependencia, 2005).

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia, motivado por el envejecimiento de la población, coincide en el tiempo con los cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo; ambos fenómenos disminuyen sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales.

Estos cambios en las estructuras familiares, que recortan los cuidados familiares de la dependencia, también obedecen a un menor tamaño de las propias familias (separación, familias monoparentales, retraso en la edad del matrimonio, etc.), así como a la creciente movilidad geográfica de los familiares, que

19. En otras palabras, el tipo de familia europea de la época después de la II Guerra Mundial (el padre que aporta los ingresos; y la madre que ejerce de ama de casa) está en retroceso, con un impacto considerable en todos los regímenes de bienestar, pero especialmente en aquellos, como es el caso el caso español, que se basa en la solidaridad familiar.

aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar (Bazo *et al.*, 1996 y García, 2004).

En este sentido, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo produjo, en un primer momento, un efecto de sustitución, en el que las madres o esposas eran sustituidas por otros familiares femeninos para realizar estas tareas de asistencia social familiar (Moreno, 2006). En esta primera fase se observa una transferencia de responsabilidades de cuidados personales del ama de casa a otros familiares femeninos, por ejemplo la abuela en el cuidado infantil.²⁰

Sin embargo, en una segunda fase comienza a darse la mercantilización informal de la asistencia personal, empleando la mano de obra de bajo coste de cuidadores inmigrantes, que en muchos casos es sinónimo de mercado laboral sumergido.

Por tanto, el aumento del número de personas con necesidad de atención derivada del envejecimiento de la población, así como la ruptura del modelo familiar tradicional, hacen imprescindible la creación un marco legal, en el que se configure un modelo de sistema de protección social de la dependencia. Este proceso de envejecimiento determina una nueva realidad socioeconómica a la que el sector público debe hacer frente, adecuando la estructura de su sistema de protección social a las nuevas necesidades sociales con la debida garantía de sostenibilidad financiera de los programas del Estado de bienestar.

Dicho marco regulador desarrollará el modelo de bienestar español combinando las lógicas de las políticas de bienestar típicas de un régimen de bienestar mediterráneo con las orientaciones que, tal y como han quedado recogido en el capítulo anterior, se vienen dando en buena parte de los países europeos.

C) Los cambios en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados

Se trata de cambio progresivos, *por un lado*, desencadenado por los cambios sociodemográficos que afectan al modelo tradicional de cuidados y roles familiares; y, *por otro lado*, por un factor menos visible que poco a poco ha creado conciencia en la sociedad sobre la dependencia, desde los años de ochenta.

20. Y, en otros ámbitos a otros familiares femeninos, tales como las hermanas (sustitución infrafamiliar).

c.1) El menor tamaño de las familias o la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, ha producido la crisis de la tradicional red de cuidados. Como consecuencia de esta crisis de los cuidados informales, se están experimentando cambios culturales que hacen que la sociedad comience a demandar la socialización de esta contingencia y la asunción de responsabilidades colectivas en los cuidados (en el 2006 sólo el 5,5% de los mayores de 65 años creen que las familias deben asumir toda la responsabilidad de los cuidados frente al 10,6% que en el 2004 opinaba lo mismo (IMSERSO-CIS, 2006b; IMSERSO, 2004b)).²¹

Pero, a pesar de esta tendencia, aún se conservan ciertas peculiaridades de nuestro sistema de protección social, caracterizado por los bajos niveles de oferta de servicios sociales y la importancia de las prestaciones económicas frente a los servicios en el ámbito institucional. Así como la persistencia de la mujer cuidadora como cuidador principal.

Este hecho es evidente cuando a pesar de contemplar las prestaciones económicas como una excepción, se constata que entre noviembre 2008 y febrero de 2010 han aumentado del 45% al 50% mientras que el peso de las prestaciones en servicios concretos como ayuda a domicilio han descendido del 14% al 11% (datos elaborados a partir de SAAD-IMSERSO).²²

En lo que se refiere a la persistencia de la mujer cuidadora como cuidador principal, se constata igualmente que quien normalmente ayuda a la persona mayor a desarrollar las actividades básicas de la vida diaria son: el cónyuge (en el 22,5 % de los casos) y, fundamentalmente, las hijas (39,3% frente al 9,15% de los hijos) (Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 2647, IMSERSO- CIS, 2006b).

c.2) Parte de este cambio en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados, es promovido lentamente por un grupo de profesionales provenientes del ámbito de la Seguridad Social, de la geriatría y la gerontología, así como expertos y académicos; quienes, conscientes del problema que se avecina, trasladan esas inquietudes a las administraciones públicas, las cuales reaccionan con

21. De ahí, el porcentaje de personas que opinaba que la familia debe ser responsable de los cuidados con ayuda de las AAPP ha pasado del 38% en 2004 al 43% en 2006.

22. Asimismo, éste mismo hecho ocurrió de forma parecida en el modelo alemán donde, aunque empieza a perder peso en los últimos años, casi 2/3 todavía se decantan por las prestaciones monetarias para cuidados informales.

retraso.²³ Lograron que, desde inicios de los ochenta y principios de los 90, el tema sea puesto en la agenda política.

Cuando aún (1990) la sociedad no es consciente de la dependencia, éste grupo de profesionales, plantea alternativas para aumentar los recursos, pero sabiendo la insuficiencia de la provisión pública, comienza a fomentar bajo el hilo conductor del *envejecimiento en casa*, a que la sociedad se vaya concienciando de la conveniencia de *promover la solidaridad social y la participación ciudadana con el fin de incrementar la corresponsabilidad de todos en la atención a las personas mayores...* (Ministerio de Asuntos Sociales, 1993).

En este sentido, y según el estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2004), el 76,1% de los ciudadanos consideraba una prioridad la atención a las personas dependientes para aliviar la sobrecarga que sus ciudadanos suponen para las familias.

D) El cambio de la estructura de organización y provisión de los cuidados

Siguiendo a Marbán (2011), estos cambios están relacionados con el enfoque pluralista, familiar y multinivel, altamente intensiva en cuidados familiares, e insuficiente y desigual en oferta y cobertura de servicios públicos y en servicios privados de responsabilidad pública.

En efecto, son caracteres propios de nuestro sistema de cuidados español: el ser de tipo asistencial y pluralista, sustentado por las familias, las entidades no lucrativas y las empresas privadas, donde del 80% de las residencias son de titularidad privada (IMSERSO, 2008). Y, con una participación multinivel, de perfil asistencialista, de las Administraciones Públicas²⁴ (en adelante, AA.PP.), sobre todo, las CCAA y las Corporaciones Locales (CC.LL., en adelante).

23. Se trataba de un *movimiento ilustrado* minoritario de expertos y académicos que, en muchos casos, conocían las experiencias de otros países en el campo de la dependencia; y, contribuyeron a crear incipientes cambios en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados, como una especie de *conciencia por goteo* sobre dicho fenómeno, cuyos conocimientos y experiencias posteriormente fueron puestas de relieve en el Libro Blanco.

24. En cuanto al papel de las AA.PP., existe un amplio mapa de prestaciones y ventajas fiscales para atender esta contingencia (las medidas sobre conciliación de la vida familiar y laboral; así como las concertadas, tanto, por leyes autonómicas de Servicios Sociales como el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios de Comunidades Locales. No obstante, se trata de prestaciones que han aumentado significativamente en oferta y cobertura en los últimos años, pero que son insuficientes y es-

Todo ello ha puesto de manifiesto las limitaciones del sistema de provisión de cuidados existente, las cuales dieron lugar a la necesidad de llevar a cabo una reforma, como la LAPAD, como resultado de una serie de factores socioeconómicos, organizativos e institucionales descritos, acaecidos desde los años 80, que han ido propiciando una reforma gradual de la política social de atención a la dependencia.

E) Las reformas políticas y las inercias institucionales a nivel interno de la política social de atención a la dependencia

También se construye a partir de un sistema de servicios sociales que en los últimos años ha ido aumentando considerablemente los ratios de cobertura de servicios susceptibles de atender a situaciones de dependencia sobre la base de un sistema sanitario universal que tradicionalmente viene asumiendo la atención de esta contingencia en sus grados más severos (IMSERSO, 2000, 2002, 2004a, 2006a, 2008).

En consecuencia, la urgencia de la necesaria respuesta a los problemas de la dependencia ha supuesto una respuesta generalizada por parte del Gobierno central y de las CCAA. No obstante, aún teniendo en cuenta la inercia institucional, ha sido la propia sociedad civil, la familia y las organizaciones no lucrativas las que han asumido la respuesta a las demandas sociales en dependencia.

Por consiguiente, la política social de atención a la dependencia en España podría decirse que responde a la acumulación y confluencia de factores de índole demográficos, socioculturales, económicos, políticos, institucionales y de carácter técnico. Todo ello dio lugar a revisar los acuerdos en los que se ha venido centrando tradicionalmente el ejercicio de los CLD.

tán desequilibradas territorialmente en tasas de cobertura, en requisitos de acceso y en aportaciones del usuario (Marbán, 2009).

III.2.3. Los actores sociales en la gestión de la LPAPA: El Libro Blanco de la Dependencia

Tal y como ha quedado recogido en el epígrafe anterior, la reforma de la política social de protección a la dependencia en España fue gradual por la acumulación y confluencia de los factores antes descritos, formando parte de la agenda política, aunque subordinada, hasta casi recientemente, a la prioridad de la reforma del sistema de pensiones. De hecho, su incorporación definitiva a la agenda política se produjo en octubre de 2003 con la Renovación del Pacto de Toledo con una Recomendación adicional 3.^a que expresa:

...resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad del fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección (Ley 39/2006: Exposición de Motivos).

La gestación de la Ley de Dependencia se inició con la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia en mayo de 2004, a través del IMSERSO, y se publicó a principios de enero de 2005. Este documento sienta las bases para la construcción del Sistema Nacional de la Dependencia. En base a dicho documento, se debatió el contenido de la futura Ley entre patronal, sindicatos y gobierno. En diciembre de 2005 se alcanzó el acuerdo social entre el gobierno, los sindicatos UGT y CC.OO. y las patronales CEOE y CEPYME mediante el cual se acordaron las líneas básicas de la futura ley.

Ante la pluralidad de actores implicados hubo disparidad de enfoques, contemplándose diversas opciones sobre el marco protector y el ámbito competencial. El principal debate surgió en torno a la inclusión de la LAPAD en el marco de la Seguridad Social (art. 149.1 17^oCE), lo cual a su vez conferiría más competencias a la Administración Central en servicios sociales; o bien fuera de ella, optando por ser financiada vía impuestos, como en el sistema nórdico.

Las organizaciones del tercer sector y los sindicatos eran partidarios de incluir los derechos y prestaciones en el ámbito de la Seguridad Social, ya que, con ello, se respondía con mayor fidelidad al principio de igualdad de acceso

en todo el territorio, la extensión de los servicios públicos y la extensión de los servicios privados no lucrativos de responsabilidad pública.²⁵

Por otro lado, la patronal, gran parte de las CCAA y los partidos políticos de corte más autonomista se oponían a la inclusión de la LAPAD en el marco de la Seguridad Social y abogaban por la financiación vía impuestos. Ya que, el supuesto de incluir a la Ley en el sistema de la Seguridad Social afectaba de pleno al ámbito competencial, pues conferiría al Gobierno central una capacidad imperativa que invadía las competencias de las CCAA en servicios sociales.²⁶

El hecho de enmarcar el nuevo sistema fuera del ámbito de la Seguridad Social se debió finalmente al propio rechazo de la patronal, a la oposición de las CCAA y también de los partidos políticos más autonomistas, los cuales poseían una mayor presencia parlamentaria durante la legislatura en que se aprobó la Ley. No obstante, una parte de la decisión final se gestó previamente en el acuerdo social de diciembre de 2005 entre el gobierno, los sindicatos UGT y CC. OO., y las patronales CEOE y CEPYME (Marbán, 2011).

Ante la propuesta exclusiva de competencia estatal en Seguridad Social, se argumentaron dificultades técnicas al contemplarse tanto prestaciones económicas, como Servicios Sociales y socio-sanitarios, si bien podría haberse conjugado con la rama no contributiva. Y, por otro lado, la vía competencial de exclusividad autonómica en Asistencia Social y Servicios Sociales (art. 148.1.20°) se descartó, por excluir el protagonismo desde el Estado como sustentador de este nuevo pilar del bienestar.

Desde la perspectiva competencial el núcleo problemático procedía de cómo encajar en una materia, ya regulada por las CCAA, la intervención estatal, pero sin obstaculizar la trayectoria autonómica en Servicios Sociales, respetando así el reparto competencial. Surgía la dificultad de compatibilizar la desigualdad territorial de los diversos sistemas públicos de Servicios Sociales autonómicos con el principio de igualdad de los españoles (art. 14 y 139 CE).

25. No obstante, a pesar de la coincidencia en tales aspectos por parte de los sindicatos y del tercer sector, no hubo una verdadera coalición entre estas entidades, por cuanto pesaron más sus diferencias en el campo de lo laboral, una cierta falta de comunicación y la lucha subyacente por ocupar espacios de acción social comunes (Marbán, 2011).

26. Además, para la patronal la inclusión de la LAPAD en la Seguridad Social implicaría un aumento en sus costes laborales (vía cotizaciones) lastrando así su crecimiento organizativo.

En este sentido, había que distinguir entre el derecho general de protección y las políticas sectoriales, dentro de las que se deja un claro margen a las CCAA (De Lorenzo, 2006: 84), pero enmarcadas en la *Ley de Dependencia* como legislación básica. Precisamente el 149.1.1°CE permitía aunar y salvar los problemas competenciales y prestacionales.

La tramitación parlamentaria de la Ley determinó que se modificaran aspectos fundamentales. Algunas de las modificaciones finales fueron tan relevantes como el declarar el carácter de derecho subjetivo de forma indubitada y la inclusión plena como beneficiarios de los menores de tres años como titulares plenos del derecho.

Por tanto, la LAPAD sigue la senda de las reformas iniciadas en los años 80 en los países nórdicos, y continuada a mediados de los 90 por otros países del centro de Europa. No obstante, la actual crisis económica puede contener la extensión de recursos y de coberturas de dichas reformas, conteniendo, a su vez, la creación de una extensa red de servicios en beneficio de la perpetuación de las prestaciones económicas. Sin embargo, es un hecho, tal y como se ha reflejado en el capítulo anterior, que la atención a esta contingencia se ha ido convirtiendo en un derecho subjetivo en, cada vez, más países de la UE.

III.3. Una análisis de la Ley de Dependencia: implicaciones para su gestión pluralista

III.3.1. Consideraciones generales

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, es publicada en el *BOE* el 15 de diciembre de 2006, y entró en vigor el 1 de enero de 2007 (conforme a su Disposición final novena). La Ley se configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia como cuarto pilar del Estado del Bienestar,²⁷ y como tal debe dar respuesta a los derechos sociales en el área de cuidados de larga duración.

27. Tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de la Seguridad Social, integrándose, por tanto, dentro del Sistema de Servicios Sociales.

Hasta 2007, cuando el Congreso de Diputados aprobó la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se constituye un cambio histórico, España es clasificada dentro del modelo asistencial, característicos de las economías del sur de Europa. El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por números documentos y decisiones de organizaciones internacionales.²⁸

Con esta Ley, que reconoce derechos, se supera el modelo asistencial de los servicios sociales de atención a la dependencia, cuya protección resultaba fragmentaria, parcial e insuficiente y dejaba fuera de la protección del Estado a amplios segmentos de las clases medias. La implantación del nuevo sistema modifica la situación existente, ya que hasta ahora sólo se accedía a la oferta pública cuando se demostraba la escasez de rentas y la falta de apoyo familiar.

Conceptualización y alcance de la Ley 39/2006

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y conforme al Texto Consolidado (última modificación: 30 de diciembre de 2014)²⁹, define a la dependencia (art. 2.) como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

En este sentido, una persona dependiente, es aquella que se encuentra en la situación de limitación física, mental, sensorial o intelectual que impide a quien la padece la realización de actividades básicas de la vida cotidiana, exigiendo la ayuda de terceros para la realización de actos ordinarios de la vida, ya sea por diferentes razones, y no sólo por razón de edad (Montoya, 2007).

28. Así como, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea.

29. Jefatura del Estado, BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. Referencia: *BOE-A-2006-21990*.

A su vez, en este mismo artículo se definen las actividades básicas como las tareas más elementales de la persona, que le permite desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Autonomía: Delimitación de la situación protegida

Uno de los aspectos más llamativos de la LAPAD, que se refleja en su propia denominación, es que alude a la promoción de la autonomía personal. Es una visión novedosa³⁰ equilibrando los dos núcleos objeto de la Ley: autonomía personal, por un lado, y situaciones de dependencia. La Ley recoge la noción de autonomía en el artículo 2.1. En ella se alega dos cuestiones: uno, el querer vivir conforme a lo que el propio sujeto decida; y otro, el poder desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

De tal manera, la promoción de la autonomía sólo se entenderá cumplida en la medida en que el sujeto pueda organizar su propia vida, sea soberano de su devenir sin que las limitaciones físicas a las que se encuentra sometido impliquen una limitación de su poder de decisión. Se trata de potenciar el apoyo no sólo para las personas en situación de dependencia en orden a las actividades básicas de la vida diaria, sino también los apoyos en orden a su autonomía personal, plena integración en todos los ámbitos de la vida.

III.3.2. El derecho subjetivo a la protección por dependencia

El Libro Blanco de la Dependencia de 2005 optó por el modelo universal, aunque matizando que en la financiación debe preverse la participación de los interesados. No en vano, tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior, esta es la tendencia general dominante en los países de la UE respecto de la protección social de la dependencia, orientándose hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo o de Seguridad Social. Si bien son modelos topa-

30. Cuyo origen se encuentra en la propuesta realizada por la organización CERMI (03/12/2003) con motivo del Día Europeo e Internacional de las Personas con Discapacidad.

dos, que prestan servicios o dan prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los CLD.³¹

Así, el modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada. El criterio para ser beneficiario de la prestación social pública es la necesidad de los cuidados. La prestación como ya se ha indicado, cubre una parte sustantiva del coste, siendo el beneficiario quien asume el resto.

De manera que se reconoce un derecho social como derecho ciudadanía, basado en un principio de universalidad que no se ve cuestionado por la exigencia del copago por parte del beneficiario, porque tan sólo se trata de una modulación del derecho que no tiene fuerza ni condicionamiento de su reconocimiento (art. 1 LAPAD).

El derecho subjetivo de ciudadanía se materializa a través de la creación legislativa del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD, en adelante), con la implicación de las distintas administraciones públicas y la garantía por parte de la Administración General del Estado de un contenido mínimo común necesario de derechos para todas las personas en situación de dependencia con independencia del lugar de residencia en el Estado español.

En definitiva, el artículo 1.1 LAPAD garantiza un derecho subjetivo de ciudadanía a la protección por dependencia. Es un derecho de ciudadanía social y, como todos los de esta clase, supone un estatus jurídico que se concede a los miembros de pleno derecho de una sociedad, de modo que sus beneficiarios son iguales respecto a los derechos y obligaciones que implica. Se confiere un estatus legal de la persona integrado por el derecho subjetivo a la protección.

II.3.3. Titulares de los derechos: beneficiarios directos e indirectos

Bajo la rúbrica de *titulares de derechos*, el artículo 5 de la LAPAD aborda las diversas categorías de sujetos que pueden causar el derecho a la cobertura por dependencia, haciéndolo de un modo un tanto desordenado, con alusiones a requisitos que no son tales, y con remisiones a otros preceptos de la Ley (incluso a eventuales desarrollos normativos) que podrán (o no) tener lugar, como es

31. La participación de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países.

el caso de los españoles en el extranjero. En este sentido, hubiera sido de agradecer una mayor concreción y sistemática.³²

Una de las cuestiones ineludibles en el tratamiento jurídico de la protección social de la dependencia es el relativo a los beneficiarios de dicha protección. En ese punto se ha considerado conveniente distinguir entre beneficiarios directos e indirectos (Heras, 2012):

El *beneficiario directo*, es la persona dependiente que reciba algún tipo de prestación o servicio o también a quien aprovecha finalmente la prestación económica concedida; y *el indirecto*, sería aquel que, aun teniendo reconocido el derecho, y cuentan con la resolución de Programa Individual de Atención (PIA, en adelante), no pueden recibir la prestación de manera efectiva. Ya que se da paradoja en el SAAD que coexisten personas con mayor grado de dependencia que otras, cuya atención ha de ser de absoluta prioridad.

Ciertamente, cualquier tipo de cobertura que se conceda ha de redundar finalmente en beneficio de la persona dependiente, como ocurre en el caso de la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art. 18 LAPAD). Este tipo de asistencia participa de una doble naturaleza; por un lado, de compensación económica al cuidador y, por otro lado, de auténtica prestación asistencial al dependiente en su entorno habitual.³³

La Ley incorpora un derecho subjetivo de naturaleza pública, de acceso universal, de carácter personalísimo, y por tanto, intransmisible *inter vivos o mortis causa*, cuyo contenido es asistencial, de modo que permite a su titular recibir un nivel mínimo de protección (de atención y cuidados), así como en la promoción de la autonomía, que se constituye a favor de todos aquellos sujetos que reúnan una serie de requisitos, sin que medie discriminación alguna³⁴ [art. 3.b) LAPAD].

Este derecho es exigible tanto en la vía administrativa, como en la judicial [art. 4.2.j) LAPAD]. En el caso de que la persona sea menor o incapacitada ju-

32. Considerando que se trata de un precepto en el que se define, quiénes son los titulares de los derechos.

33. Dotándose de contenido real uno de los principios fundamentales de la Ley de la dependencia [art. 3 i) LPAPAD]. En la práctica, el cuidado de las personas dependientes se realiza en un 80.19% en el domicilio; de los cuales 54.5% son servicios de apoyo y el 45.5% se lleva a cabo por parte de cuidadores familiares. Sólo el 19.82% se realiza mediante la asistencia residencial directa o indirectamente (Heras, 2011:14).

34. Es decir, en igualdad de condiciones en todo el territorio español con independencia del lugar donde éstos residan de conformidad con la previsión legal que prevé la Ley [art. 3.b)]. De ahí que, en ningún caso, la falta de recursos económicos puede impedir el acceso a la protección social mínima diseñada legalmente.

dicialmente estarán legítimas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten la representación legal, es decir, el tutor. Dicha protección se articula a través de tres niveles tal y como se dispone en el art. 7 de la LAPAD: mínimo, acordado y adicional, haciendo partícipe a todas las CCAA, y conforme art. 148.1.20 CE.

III.4. La gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia bajo el enfoque pluralista de bienestar

En la gestión del SAAD, el pluralismo del bienestar o sistema mixto implica el reconocimiento de la complementariedad de cada uno de agentes sociales: Administración General del Estado, las CCAA, los Entes Locales, la Familia, el sector privado mercantil, y el Tercer Sector voluntario, en la gestión del mismo. Cada sector puede resultar eficaz para resolver una determinada función desde su ámbito, dependiendo de la naturaleza de la necesidad que se intente hacer frente o el objetivo que se quiera alcanzar.

De modo que ninguno de estos agentes, bajo el enfoque pluralista, puede ser una alternativa al margen de otro. Cada uno tiene sus ventajas y limitaciones. Así, por ejemplo, las AA.PP., sobre todo la central, velarán por asegurar la universalidad y la igualdad; el sector mercantil y los entes locales a la hora de asegurar un servicio de calidad y eficaz, y la familia a la hora de dar continuidad a los servicios y coordinar con el resto de agentes posibles estrategias.

III.4.1. Organización administrativa central del SAAD

La actualización del derecho a la protección de situaciones de dependencia en prestaciones concretas, económicas y de servicios requiere el establecimiento de un sistema de organización y gestión, que estará a cargo, fundamentalmente, de los sujetos públicos (AGE, CCAA y Entidades Locales —en adelante, EE.LL.—), pero en el que también se da cabida a la colaboración de sujetos privados, tanto a empresas con fin lucrativo y sin fin lucrativo como al sector informal (familia y redes sociales).

Para llevar a cabo la gestión de las prestaciones de la dependencia, la LAPAD crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

(SAAD), que debe garantizar las condiciones básicas y el contenido común a que se refiere la propia Ley, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos (art. 1. LAPAD).

La LAPAD crea una superestructura funcional (el SAAD), que se articula sobre el conjunto de prestaciones y redes de servicios de los diferentes sistemas autonómicos. Ante la ordenación tradicional basada en exclusividades o monopolios, el modelo elegido por la Ley se basa en la colaboración entre Administraciones Públicas (en adelante, AA.PP.), especialmente necesaria cuando se trata de organizaciones territoriales y prestaciones de servicios, como es la protección de la dependencia.

Por tanto, el SAAD se ha configurado bajo el principio de coordinación interadministrativa. De forma que, para asegurar este principio, se crean los siguientes órganos de cooperación: el Consejo Territorial de los Servicios Sociales y del SAAD y los órganos consultivos del Sistema (los que conforman la participación institucional, como otra forma de participación, lo que será descrito en otro epígrafe).

Consejo Territorial de los Servicios Sociales y del SAAD

El diseño establecido por la Ley para el SAAD tiene una enorme complejidad, que exige una intensa cooperación y coordinación entre las distintas AA.PP.; de ahí que, para ordenar de un modo institucional, permanente y planificado, la acción de las distintas AA.PP. en el ámbito de la dependencia se ha previsto la creación del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en lo sucesivo, CT).

El Consejo, se configura como una pieza crucial en todo el SAAD e implica una acción concertada y permanente entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Está conformado por el titular del Ministerio que tiene atribuida las competencias, un representante de las CCAA, un número de representantes de los distintos departamentos ministeriales, parti-

cipando también las EE.LL. en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga (art. 8 LAPAD).³⁵

Niveles de Protección del SAAD

El art. 7 LAPAD establece que la protección de la situación de dependencia por parte del SAAD se prestará de acuerdo con los siguientes niveles: a) un nivel de protección mínimo establecido por la Administración General del Estado (en adelante, AGE); b) un segundo nivel de protección que se acuerde entre la AGE y la Administración de cada una de las CCAA; y, c) un tercer nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

A) La financiación del nivel de protección mínimo (o básico) le corresponde a la Administración del Estado, como condición básica de garantía de este derecho para todos los ciudadanos de España, según el grado y el nivel de su dependencia (art. 9 de la Ley).

En todo caso, se puede decir, que no es la Ley la que determina cuál sea el contenido mínimo, sino que hay una remisión al Gobierno a la hora de precisar, oído el Consejo Territorial (donde la representación autonómica es mayoritaria). En último término, en base al catálogo de servicios y prestaciones, es donde ha de fijarse la extensión e intensidad de la oferta.

Por tanto, ha de quedar claro que la Ley no reconoce directamente derechos a las personas dependientes sino que se limita a remitir al desarrollo reglamentario la concreción de este nivel básico de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según grado y nivel. La soberanía de la AGE en la determinación de este nivel es absoluta, ya que las CCAA sólo participan mediante su representación en el Consejo Territorial, órgano titular del derecho a audiencia.

B) La financiación del segundo nivel de protección se asumirá a través de la cooperación que se acuerde entre el Estado y las CCAA, ampliándose el ámbi-

35. Además de las atribuciones conferidas al Consejo (del apartado 1 del art. 8 LPAPAD), en el apartado 2. se suman una serie de atribuciones, sin embargo, el literal a) que le prescribe a éste a fin de: *a) Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10.*, ha quedado suspendido, durante 2015, según establece la disposición adicional 73 de la Ley 36/2014, de 26 de diciembre. Ref. BOE-A-2014-13612.

to de cobertura de las prestaciones y servicios para las personas dependientes de ese territorio (art. 10).

Pese a ello, siguiendo con nuestro estudio, al objeto de dotar de contenido a éste segundo nivel se dispone que, en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD, la AGE y las CCAA acuerden el marco de cooperación interadministrativa³⁶ que se desarrollará mediante los correspondientes Convenios entre la Administración Central y cada una de las CCAA.³⁷

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.

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

El artículo 11.2 de la LAPAD expresa la posibilidad de que las 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, al poder adoptar las normas de acceso y disfrute, a este nivel que consideren más adecuadas.

D) Un nivel privado fuera de la estructura del SAAD, pero sin que la Ley llegue a ignorarlo, se encuentra el plano de la protección procedente del esfuerzo estrictamente privado. La Disposición adicional séptima de la Ley se refiere a los instrumentos privados para la cobertura de la Dependencia.

En ella, la Ley se está refiriendo a la dimensión mercantil de la protección de la dependencia, pensando en la configuración de un *seguro de dependencia privado* en el que el tomador sea el propio sujeto dependiente. Con la contratación de este tipo de productos, en la medida en que puede contribuir a aliviar el problema de dependencia de muchas personas, actúan como complemento

36. Tras su paso por el Congreso ha desaparecido la figura del Plan de Acción Integral. Lo que ahora establece la Disposición final cuarta es que *en el plazo máximo de 3 meses desde su constitución, el Consejo acordará el marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10, así como el calendario para el desarrollo de las previsiones contenidas en la presente Ley.*

37. 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.

de la cobertura pública, por lo que debería ser objeto de un tratamiento fiscal ventajoso.³⁸

Desde otro punto de vista, quizás sea el momento adecuado para subrayar que, por contraste con el énfasis que la norma pone en la regulación de la cooperación interadministrativa, se echa en falta un mínimo tratamiento de la concertación con las empresas mercantiles y del tercer sector, que tanta relevancia tienen en la práctica como mecanismos de atención a las situaciones de dependencia y que seguramente tendrá mayor notoriedad en el futuro.

III.4.2. Participación de la Administración General del Estado

En la Exposición de Motivos de la Ley se establece que la competencia normativa corresponde al Estado. En este sentido, las medidas atribuidas a la AGE se pueden clasificar en tres grandes bloques:

- a) El papel de la AGE como coordinador, impulsor y garante del desarrollo del SAAD y de la aplicación de la LAPAD. El principal objetivo al que se entiende que contribuye este papel es el garantizar las condiciones básicas y el contenido común del nuevo derecho reconocido.
- b) El establecimiento de un sistema de información del SAAD (SISAAD) (art. 37. Cap. III del Título II de la LAPAD: *La calidad y eficacia del SAAD*). La AGE debe generar un Sistema de Información que garantice la disponibilidad de la información relativa al SAAD y la comunicación recíproca entre las administraciones públicas (art. 37).³⁹ En el Consejo Territorial se deberán acordar los objetivos y contenidos de información referida al catálogo de servicios, datos de población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de los servicios.
- c) La financiación de una parte importante del Sistema (el nivel mínimo y parte del nivel acordado), contribuyendo a garantizar la cobertura del derecho y el objetivo de optimizar los recursos disponibles.

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

39. Previsto en el Capítulo III sobre Sistema de Información, del Título II: La calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la LAPAD.

No obstante, a pesar de estas competencias, como se ha apuntado anteriormente, la propia naturaleza del objeto de la LAPAD requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas (AGE, CCAA, y EE.LL. o Municipios), por lo que la coordinación y cooperación entre las distintas Administraciones es un elemento fundamental. En este sentido, en la Exposición de motivos, ya se deja entrever la importancia que, para la gestión de este derecho, puede tener el enfoque pluralista del Estado de bienestar.

En siguiente cuadro se esquematiza brevemente la participación de la AGE en el Sistema, como principal garante del derecho social de la Dependencia.

Tabla III.1. La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Ámbito de Participación de la AGE	Medidas de la AGE en el SAAD	Objetivos del SAAD asociados a cada medida
1. Coordinador, impulsor y garante del desarrollo del SAAD y la aplicación de la Ley	1.1. Desarrollo normativo del SAAD de aquellas materias de su competencia, y de aquellas que, previo acuerdo del CT*, resuelve la regulación mediante Real Decreto Estatal.	Garantizar las condiciones básicas y el contenido común del nuevo derecho para asegurar la igualdad en el ejercicio del mismo.
	1.2. Participación de la AGE en el CT del SAAD y en el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa con las CCAA	Servir de cauce para la necesaria colaboración y participación de todas las AA.PP.
	1.3. Control y seguimiento del correcto desarrollo normativo del SAAD.	Garantizar las condiciones básicas y el contenido común del nuevo derecho.

Ámbito de Participación de la AGE	Medidas de la AGE en el SAAD	Objetivos del SAAD asociados a cada medida
2. Participación de la AGE en el Sistema de Información del SAAD (SISAAD)	2.1. Establecimiento de un sistema de información, SISAAD.	Permitir un seguimiento y evaluación sistemáticas de la implementación, los resultados y efectos del SAAD.
	2.2. Generación de la aplicación informática del SISAAD que garantice la red de comunicación entre administraciones.	
3. Participación de la AGE en la financiación del sistema	3.1. Aportación financiera de la AGE al nivel mínimo de protección garantizado.	Garantizar las condiciones básicas y el contenido común del nuevo derecho.
	3.2. Aportación financiera de la AGE al nivel acordado de protección.	Proporcionar recursos suficientes para el funcionamiento del Sistema, optimizando los recursos públicos y privados disponibles.

*CT: Consejo Territorial.

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

III.4.3. Participación de las Comunidades Autónomas

El traslado de mayor protagonismo hacia otros niveles territoriales, diferentes al central, y la tendencia hacia cierta europeización del Estado de Bienestar español (Gomà, 1995) son el resultado de un Estado de Autonomías como el nuestro, integrado a su vez en una organización supranacional como la UE, dando un acentuado pluralismo institucional también en estos términos.

El obligado respeto al orden constitucional y estatutario de reparto competencial hace que las CCAA sean las auténticas gestoras del SAAD. En ello contribuyen los Servicios Sociales, como soporte de la aplicación de la LAPAD, siendo la

red existente de Servicios Sociales Comunitarios el fundamento para la atención de las personas en situación de dependencia y de su contexto familiar.

La implicación o participación de las CCAA es muy determinante en el funcionamiento entero del sistema. La participación en el SAAD de las CCAA se determina en los artículos 10 y 11. De hecho se adopta la gestión descentralizada del SAAD. Y sobre ella, le corresponde a las CCAA elegir entre una gestión más descentralizada o centralizada, tal y como posteriormente se desarrollará en el siguiente epígrafe.

Por tanto, cabe indicar que, dentro de las competencias que la Ley confiere a las CCAA, éstas, a su vez, pueden extender la gestión del SAAD a los servicios sociales comunitarios de los EE.LL., dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye (art.12 LAPAD).

En este sentido, la normativa española de Servicios sociales considera subsidiaria las acciones y responsabilidades de la AGE en asistencia social. Esta función sustitutoria se ha contemplado a medida que las CCAA fueron asumiendo las competencias correspondientes en esta materia y también los EELL en la parte que les correspondía.

Actualmente la tendencia parece haberse invertido el proceso de centralización que ha introducido la LAPAD, retomando protagonismo la AGE en un sector de los Servicios Sociales —la dependencia— que hasta ahora era gestionado de forma centralizada por las CCAA, planteándose nuevas dualidades.

Así, la LAPAD traza la complementariedad de los sistemas de Servicios sociales y del SAAD como una oportunidad de fortalecimiento del primero. No obstante, el carácter centralizador y universalista de su ámbito de acción y responsabilidad puede resultar una amenaza y debilitarlo posteriormente, si no se incide en una coordinación multinivel apropiada.

La gestión del SAAD, puede implicar que los Servicios sociales desarrollados por las Corporaciones locales sufren el desplazamiento de sus competencias hacia las CCAA, como consecuencia del proceso de recentralización, con la consiguiente pérdida del carácter *subsidiario*⁴⁰ para convertirse en simples auxiliares, cuyos efectos refuerza aún más su fragilidad o su absorción.

40. La dicotomía de la descentralización-centralización guarda relación con el concepto de subsidiariedad (importante en la definición de las peculiaridades del desarrollo de los Estados de bienestar europeos), define la jerarquía o más bien la relevancia de unas esferas sobre otras —administración regional/local, sector público/privado— en la provisión de servicios de bienestar.

Por tanto, la descentralización del sistema de Servicios sociales en los EE.LL. los condiciona a lo que establezcan sus respectivas CCAA que diseñaron la estructura dual y descentralizada de los Servicios sociales, apoyada en la Ley de Bases del Régimen Local.

Esta gestión descentralizada del SAAD en las CCAA, exige un marco de cooperación interadministrativa que se acordará en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD, y se desarrollará mediante los correspondientes Convenios de colaboración y cooperación entre la AGE y cada una de las CCAA (art. 10.1. LAPAD).

Las competencias que asigna la LAPAD a las CCAA son amplísimas. Así, en su artículo 11 se hace una enumeración compleja que abarca todo el ciclo de la actividad administrativa: planificación, dirección, gestión, coordinación, creación, actualización de Registros de Centros y Servicios, etc.⁴¹ Podría decirse que las CCAA tienen una competencia residual, ya que todo lo que no está atribuido a otra Administración les corresponde a ellas.

Por tanto, tal y como se deja entrever en la legislación, las CCAA tienen el deber de garantizar la aplicación y gestión del derecho de la dependencia en sus respectivos territorios, así como asegurar la coordinación en la gestión (con la Administración Central, los entes locales y los agentes privados que intervienen en la misma) y garantizar la financiación de determinadas prestaciones.

En definitiva, la LAPAD, tal y como se ha podido demostrar, supone la construcción de un entramado institucional cuya gestión y coordinación establece un ejercicio institucional complejo de gestión pluralista, sobre todo, para el caso de las CCAA, que, además de la intensa descentralización del Estado de las Autonomías, transfieren, a su vez, importantes competencias en la gestión y aplicación de este derecho a los entes locales. De ahí, una de las dificultades que está teniendo actualmente la aplicación de este derecho.

Apara hacer frente a ello, la efectividad del SAAD va a depender en gran medida de la creación de sistemas de continuidad de servicios en la propia red que se cree, lo cual depende también del reforzamiento del ámbito local (Rodríguez Rodríguez, 2006) y de la flexibilidad de intervención por parte de un sistema que se rige por la lógica administrativa. La creación de modos de intervención

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

ad hoc y la flexibilidad organizativa son exigencias del nuevo sistema de cara a su efectividad social.

III.4.4. Participación de las Entidades Locales

El artículo 12 de la LAPAD reconoce la participación de las EELL en la gestión de los servicios de atención a la dependencia. Sin embargo, para mantener la coordinación organizativa de todo el sistema, establece que dicha participación se producirá de acuerdo con la normativa de sus respectivas CCAA y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

Por tanto, los centros y servicios de atención a la dependencia de las EELL se integrarán también bajo la responsabilidad de las CCAA. En este sentido, la LAPAD presenta así un efecto de *re centralización* de la gestión de servicios de las EELL a favor de las CCAA. No obstante, en la práctica, las EELL deberían tener un protagonismo relevante, si no decisivo, en materia de dependencia, tal y como se pretende demostrar en el presente trabajo de investigación.

Así, bajo el principio de proximidad que rige la acción social, los municipios constituyen la puerta de entrada al sistema de protección de la dependencia, son los primeros llamados a realizar la atención a la dependencia y, por ello, este segundo nivel de descentralización de la gestión del SAAD debería probablemente potenciarse más.⁴²

Por ejemplo, para el caso de Andalucía, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se ha configurado contando con la participación activa de las EELL y especialmente con la implicación de sus servicios sociales comunitarios, los cuales tienen la responsabilidad del inicio del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia, la elaboración de la propuesta del Programa Individual de Atención y la gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio, el seguimiento de caos, etc.⁴³

42. Dicho reconocimiento tuvo su efecto, por parte del Gobierno (a través de su potestad de gasto), con la concesión directa de subvenciones a los ayuntamientos para proyectos de acción social a favor de personas en situación de dependencia, en especial mayores (RD 918/2006, de 28 de julio).

43. Al análisis del caso andaluz se le dedica el último capítulo de la presente tesis doctoral, por ser un caso en el que, desde un primer momento, la comunidad autónoma ha apostado por un modelo descentralizado, integrado en el sistema de servicios sociales comunitarios.

Son las CCAA las que deben regular el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD, en adelante) en su ámbito territorial para prestar este servicio a las personas en situación de dependencia y a personas en situación de vulnerabilidad social que lo precise. A este servicio se le define como Prestación Básica, siendo el único servicio que debe ser gestionado por los ayuntamientos, a través de los servicios sociales comunitarios (art. 23 LAPAD), aunque las vías de financiación sean diferentes.

También aquí se contempla en la legislación la necesidad de que los entes locales se coordinen y cooperen, no sólo con la administración regional, sino también con las familias y los propios beneficiarios de la prestación, sobre todo a la hora de formular el PIA. En este punto es donde podemos destacar la participación ciudadana a la hora de elaborar esta política social de la dependencia.

En definitiva, tal y como propone el enfoque pluralista del Estado del bienestar, a la hora de garantizar el bienestar de una sociedad, se debe contar también con la participación activa de la misma a la hora de aplicar las distintas políticas sociales. Las características de esta participación, para el caso del derecho de la dependencia, se recogen brevemente en el siguiente epígrafe sobre la participación institucional.

III.4.5. Participación Institucional: los órganos consultivos del SAAD

La participación de las personas en situación de dependencia, así como de sus familias, de la iniciativa privada y del tercer sector en el SAAD constituye uno de los principios inspiradores de la LAPAD (art. 3.k, m y n y 4.2.e). Aparece, por tanto, un escenario que pone de manifiesto un claro pluralismo institucional como expresión de las iniciativas y modos de actuación de los sujetos sociales.

Debe procurarse que la pluralidad de intervenciones sociales quede lo más adecuadamente integrada para que disminuyan los efectos no deseados ni previstos. De forma que, según de Sotelsek (2002), el principal objetivo debería ser proveer del mayor número o cantidad de *inputs* a la ecuación que representa el Bienestar Social Total para lograr el máximo nivel del mismo.

El punto máximo al que llegaría esta tendencia sería a que ayudados por los poderes públicos los actores se convirtieran en copartícipes en la producción y gestión de los servicios, asumiendo mayores cotas de responsabilidad y protagonismo.

Por ello, la LAPAD se ha ocupado también de ordenar la participación institucional de estos sujetos sociales, representados por asociaciones o federaciones de mayores y discapacitados, organizaciones sindicales y empresariales y organizaciones no gubernamentales y entidades sociales, los que conforman los órganos consultivos de participación institucional, tales como:

- El Comité Consultivo del SAAD (para el asesoramiento y consulta del SAAD),
- El Consejo Estatal de Personas Mayores,
- El Consejo Nacional de la Discapacidad, y, por último,
- El Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

En este sentido, podemos decir que el SAAD es un sistema relacional y complejo, donde ya no cabe sostener que las relaciones entre los actores del sector privado mercantil, las redes familiares y el tercer sector, actúen de forma subsidiaria o supletoria,⁴⁴ sino que la realidad obedece a un entramado de interrelaciones donde tales agentes funcionan de forma complementaria, lo que redundará en una mayor pluralidad.

De este modo, las políticas sociales traspasan los meros límites de las instituciones estatales, abarcando una pluralidad de mecanismos de protección social donde confluyen las lógicas institucionales, públicas y privadas, civiles, familiares y mercantiles. Estos actores, a la hora de ejecutar dichos programas, actúan en virtud de la colaboración intersectorial entre la pluralidad de actores procurando la máxima participación y el aprovechamiento de todas sus potencialidades.

III.4.6. Participación del dependiente y la familia

La legislación contempla la participación de la familia y el dependiente en los siguientes términos:

44. Como resultado de la interacción estatal-mercantil.

- Respecto a la financiación, la Ley contempla, en su Art. 33, que los beneficiarios participarán en la misma según el tipo y coste del servicio, así como su capacidad económica personal.
- Por otro lado, la familia y el dependiente son uno de los responsables en la solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia.
- También la familia y el dependiente participan, en los términos en que indica la LAPAD, junto con los entes locales, en la elaboración del PIA. De tal forma, que en su elaboración se tiene en cuenta sus prioridades y argumentos, con objeto de que las prestaciones y servicios se adapten lo mejor posible a las necesidades del dependiente.
- Por último, la LAPAD contempla que un familiar o conocido del dependiente pueda ejercer de cuidador no profesional, prestando servicios de atención al dependiente.

En definitiva, a partir de todas estas funciones, podemos destacar el importante papel que ejerce la familia y el dependiente en la gestión de esta política social. Todo ello, pone de manifiesto, nuevamente, el enfoque pluralista en el que debería descansar la provisión de este riesgo social de la dependencia.

La regulación de los cuidados familiares o cuidados no profesionales⁴⁵ responden al objetivo de la Ley, de mejorar la calidad de vida y la autonomía de las persona afectada con dependencia en su medio habitual, proporcionándole un trato digno en todos los ámbitos de su vida y facilitando su incorporación activa a la vida de la comunidad (art. 13). Para ello se otorga prioridad a los servicios del Catálogo que se prestan a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las CCAA.

No en vano, conforme a varios estudios realizados sobre la Dependencia, entre ellos el publicado por Rodríguez Cabrero (2007), podemos decir que la atención a las personas en situación de dependencia ha recaído fundamentalmente en el ámbito familiar y, dentro de éste, en las mujeres, lo cual pone de manifiesto que la participación la familia en la provisión de ayuda social ha

45. En el artículo 2.5 la LAPAD se refiere a los cuidados no remunerados en la categoría de cuidados no profesionales, que define como la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio por personas de la familia o de su entorno no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

constituido la fuente más importe, generalmente porque las familias, según la cultura de estos países, no fallaban.

Como consecuencia de los procesos de globalización (Rhodes, 2002) y reestructuración socioeconómica,⁴⁶ el sistema de protección social se ha visto reducido en cierto modo en las familias europeas meridionales. Como viene ocurriendo en la actualidad en España, que frente a los recortes en gastos sociales, como resultado de la actual crisis sistémica sobre todo en la provisión de servicios de la dependencia, este riesgo social vuelve a ser asumido por la familia, casi en su totalidad.

Ello en gran medida porque la familia ha actuado como un sólido amortiguador (a modo de colchón) de bienestar en el modelo de bienestar mediterráneo (Salido & Moreno, 2009). Ya que, la familia atiende en primera instancia y de manera no formal y altruista a sus miembros, prestando ayuda en caso de necesidad con arreglo a vínculos y obligaciones personales y de valores de reciprocidad, si bien en algún momento pueden limitar la libertad de elección en virtud de esos mismos lazos.

En este sentido, las personas que elijan cuidar a sus familiares en situación de dependencia deben recibir el apoyo necesario, pues dicho apoyo es considerado por las familias en el momento de hacer su elección. De lo contrario, los que eligen no proporcionar una ayuda directa, deben tener la seguridad de que existe otros servicios alternativos aceptables, pues *si el pluralismo de bienestar tiene algún mérito debe ser el de ampliar el campo de elección, no el restringirlo* (Johnson, 1987).⁴⁷

En definitiva, la participación de las familias (como de los demás agentes sociales) van interactuando a través de conexiones e interrelaciones con rediseños en las políticas sociales,⁴⁸ marcado por la colaboración Estado-sociedad, donde prima criterios de cooperación y coordinación, sobre todo, cuando las políticas sociales intersectoriales deben diseñarse e implementarse conforme a criterios de integralidad conectando necesidades y dimensiones.

También al hilo de este último aspecto, una vez más, surge la necesidad de coordinación y cooperación entre los agentes que intervienen en la aplicación

46. Iniciados en los años noventa resultantes del postindustrialismo.

47. En igual sentido se manifiesta Doyal y Gouhg (1994).

48. Y, luego concluye perfilando el futuro de la planificación social, agenda caracterizada por una continua retroalimentación y una mayor interdependencia genérica entre Estado y sociedad.

de esta política social. En este caso hablamos de coordinación y cooperación entre familias, dependientes y entes locales a la hora de elaborar el PIA y su posterior implementación. A fin de mejorar la redistribución racional de recursos, buscando la proximidad al usuario en la prestación y focalizando las intervenciones en el ámbito local, comunitario y familiar.

III.4.7. Participación del Sector Privado Empresarial y el Tercer Sector

Respecto a la participación de estos agentes, cabe destacar cómo la LAPAD, para la provisión de servicios de la dependencia, crea una red pública, estatal y concertada, en la que participarán la iniciativa privada empresarial y el tercer sector. El sistema se configura como mixto en cuanto a provisión, de acuerdo, no solo con las tendencias de los sistemas de protección de la dependencia, sino también en base a la tradición del propio sistema de servicios sociales en general y, en concreto, en el caso de España (Gallardo, 2006).

En la intervención social ha tenido un peso relevante el tercer sector (en adelante, TS) de acción social, lo cual se explicita en la LAPAD; y que cabe interpretar como reconocimiento del papel histórico de dicho sector como malla social en la lucha contra la exclusión social. No obstante, este reconocimiento también puede actuar como «relejo defensivo» del propio TS ante el desplazamiento selectivo que se está produciendo en el Estado de Bienestar de la producción de servicios no lucrativa, por la producción mercantil.

En este sentido se manifiestan Etxezarreta Etxarri y Bakaiko Azurmendi (2011) al afirmar que la LAPAD, al tiempo de reconocer que el SAAD tiene un carácter eminentemente público, considera que ello no es óbice para que el sistema busque optimizar el empleo de todos los recursos disponibles a tal efecto, sean éstos públicos o privados, abriendo nuevas oportunidades para la Economía Social.

De hecho, tal y como también afirman Salinas Ramos *et al.* (2011b), los diversos agentes de la Economía Social están presentes en todos y cada uno de los servicios sociales que contempla el catálogo de servicios: en la prevención, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche y en la atención residencial. Son muchas las cooperativas, sociedades laborales, fundaciones, asociaciones, centros especiales de empleo, las que conforman el SAAD.

Por otro lado, también cabe destacar la progresiva creación de plataformas privadas ante las expectativas de expansión de servicios y la futura regulación de la fiscalidad de instrumentos privados de cobertura privada, dirigidos a la financiación mediante el copago, según la Disposición adicional séptima de la LAPAD.

En definitiva, también los agentes privados del sector empresarial, tanto sin ánimo como con ánimo de lucro, están destinados a desarrollar un papel muy importante en la aplicación del derecho a la dependencia, sobre todo a la hora de garantizar, de una forma eficaz y eficiente, la prestación de determinados servicios, tales como: los servicios de ayuda a domicilio o la gestión de las residencias y centros de día. En estos casos, también la legislación, una vez más, contempla la necesidad de coordinación y cooperación entre estos entes privados y los entes públicos.

Por todo, la gestión del SAAD, bajo el enfoque pluralista, define un marco institucional para las actuaciones de los diferentes sectores: público, privado, voluntario e informal; lo cual pone de manifiesto que la participación de todos estos agentes es necesaria en la concreción de la política social de la dependencia aplicada a nivel local, con objeto de atender a las situaciones de dependencia y dar autonomía a las personas que la padecen.

De esta manera, se permite la cooperación entre las diferentes formas de protección, bajo criterios de libertad, eficiencia y efectividad. Ello supone la privatización de la provisión de ciertos servicios, una mayor diversificación de la oferta estatal y un nuevo estilo profesional de intervención, cuyas características serán la descentralización, la delegación de recursos y poder, la innovación y el coste-efectividad. No obstante, debe remarcar cómo este enfoque pluralista no contempla el abandono de responsabilidades por parte del Estado, sino su necesaria adecuación institucional a la sociedad civil y el mercado.

III.5. Prestaciones y catálogo de servicios de atención del sistema para la autonomía y atención a la dependencia

Las prestaciones de la dependencia están destinadas a la promoción de la autonomía personal y a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Dichas prestacio-

nes pueden tener la naturaleza de servicios o de prestaciones económicas (art. 14 LAPAD).

El catálogo de servicios está contenido básicamente en el artículo 15 de la LAPAD y consiste prestaciones en especie con las cuales las personas dependientes reciben la ayuda, atenciones y cuidados que necesitan (De Vicente, 2003). Son prestaciones de servicios según la LAPAD, los servicios de prevención y de promoción de la autonomía personal, de teleasistencia, de ayuda a domicilio, el servicio de centro de día y de noche, así como la atención residencial.

Por su parte, las prestaciones económicas (en adelante, PE), son prestaciones en metálico que consisten en cantidades dinerarias que permiten a la persona dependiente, o a su entorno, adquirir los servicios o recursos necesarios para atender a su situación.

Interesa destacar que la LAPAD concede prioridad a los servicios o prestaciones en especie frente a las prestaciones económicas (art.14). Se otorga clara preferencia a los servicios y si a través suyo no fuera posible llevar a cabo la atención, se acudirá a la prestación económica. Se ha optado por un modelo jerarquizado (Cavas, 2006) de prestaciones frente a la libertad de elección del beneficiario.

Por tanto, la atención debe facilitarse de manera preferente con servicios y sólo en determinados casos, teniendo en cuenta lo previsto legalmente, a través de prestaciones económicas. Esta disposición de la Ley, supone las siguientes ventajas: mayor eficiencia y calidad en la atención, ya que se lleva a cabo por profesionales especializados; mayor control sobre las prestaciones; y, mayor facilidad para realizar evaluaciones periódicas sobre la situación de las personas dependientes; ventaja en la generación de empleo (nuevos yacimientos de empleo); así como, ventajas de promoción social y personal de las personas que hasta la aprobación de la LAPAD asumían la carga de la atención a los dependientes (mujeres, generalmente), facilitando su incorporación al mercado de trabajo.

Sin embargo, tal y como se recogerá en el siguiente apartado, su puesta en funcionamiento durante los primeros años de aplicación de la LAPAD no ha sido fácil, siendo necesario acudir, para cubrir la atención, a las prestaciones económicas. Entre los motivos destacan: la insuficiencia de oferta de los servicios sociales; existencia de importantes desequilibrios territoriales en cuanto a

la situación y existencia de servicios sociales en nuestro país; progresivo proceso de externalización de los servicios sociales por parte de las CCAA y los entes locales; y, prioridad de las familias por las prestaciones económicas para hacer frente a la crisis; así como, menor coste para el Estado de las prestaciones económicas. (Molina, 2012).

No obstante, según datos del IMSERSO⁴⁹, se puede observar cómo en los últimos años hay una cierta tendencia relativa al aumento de los servicios frente a las prestaciones económicas. En todo caso, de momento no ha ocurrido algo que temíamos que sucediese vistas las restricciones presupuestarias a que está sometido el sistema: la minoración de los servicios dado su mayor coste frente a las prestaciones económicas.

Al contrario, la prioridad de las prestaciones de servicios frente a las económicas está suponiendo a las CCAA un desarrollo de dichos servicios importante, ya que según la LAPAD los servicios deben prestarse a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas CCAA mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados (art. 14.2 LAPAD).

Volviendo al catálogo de servicios, éste no recoge expresamente técnicas y servicios alternativos que también pueden contribuir a facilitar la autonomía personal y prevenir situaciones de dependencia, aunque algunos supuestos podrían incluirse dentro de algunos servicios del catálogo. Por su parte, en las CCAA hay muchos de ellos que ya se habían puesto en marcha: clubes para mayores, hogares, unidades de estancia diurna, viviendas tuteladas, teléfono del mayor, servicios de transporte adaptado, etc., (García, 2009).

Sin embargo, el catálogo de servicios establecidos en la LAPAD (art. 15) debe cumplir la función de establecer un marco homogéneo respecto a los servicios y prestaciones que debe permitir la atención a la dependencia en el primer nivel de protección previsto en la LAPAD, el nivel de protección mínimo establecido por la AGE.

En el segundo nivel de protección acordado por la AGE y la administración de cada una de las CCAA, habrá que estar a lo establecido en el acuerdo bilateral entre las dos administraciones. La homogeneización de este nivel de ser-

49. Conforme a los datos publicados por el IMSERSO en www.imserso.es. Portal de la Dependencia; así como, a los datos estadísticos de gestión del SAAD a 1 de noviembre de 2012.

vicios y prestaciones no es fácil. Y donde ya no se garantiza la misma es en el tercer nivel, nivel adicional de protección que puede establecer, como sabemos, cada Comunidad Autónoma basándose en sus propios programas de protección social con cargo a sus presupuestos.

III.5.1. Servicios del Catálogo

Los servicios para la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia se encuentran previstos en el artículo 15 de la LAPAD. Estos son:

A) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia

Tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas (art. 21 LAPAD y 5 del RD 727/2007, 8 de junio, modificado y actualizado por el RD 175/2011, de 11 de febrero).⁵⁰

Este servicio requiere del desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con él se busca adoptar medidas preventivas para evitar que se produzcan situaciones de dependencia o por lo menos retrasar su aparición.⁵¹

B) Los servicios de promoción de la autonomía personal

Estos servicios no fueron regulados en la LAPAD, sólo se hace mención a los mismos en la denominación de la Sección 3ª (Servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado) del Título I, Capítulo II de la Ley, donde se contiene la regulación de todos los servicios. Siendo regulados

50. El Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, ha sido modificado por el Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, y por el Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, y posteriormente, por el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, que regula las prestaciones del Sistema SAAD. Actualmente, el Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, modifica el Real Decreto 1051/2013.

51. De no poder impedirse la misma, y por otra parte, de existir esas situaciones, evitar su agravamiento.

posteriormente, por vía reglamentaria, mediante el RD 727/2007, en concreto en su artículo 6.

C) Servicio de Teleasistencia

Desarrollado en artículo 22 LAPAD y 7 del RD 175/2011. Tiene por finalidad atender a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento, con el objetivo de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual. De ahí, puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

D) Servicio de Ayuda a domicilio (SAD, en adelante)

Incluye la atención a las necesidades del hogar y los cuidados personales, se encuentra regulado en el artículo 23 de la LAPAD, actualizado según RD 175/2011. Está constituido por el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, presentadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función. Estos servicios podrán estar relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y/o la atención de las necesidades domésticas: limpieza, lavado, cocina y otros.

E) Servicio de Centro de Día y de Noche

Desarrollado en el artículo 24 de la LAPAD y 9 del RD 727/2007, modificado y actualizado por el RD 175/2011. Este servicio ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias cuidadoras.

F) Servicio de Atención Residencial

Se encuentra regulado en el artículo 25 de la LAPAD y 10 del RD 727/2007. Es un servicio que venía prestándose en las CCAA en base al ejercicio de sus competencias en servicios sociales, con anterioridad a la entrada en vigor de la LAPAD, también por el Estado. Existe dos tipos de centros residenciales: residencias de personas mayores en situación de dependencia y centros de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Es un servicio que ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social, y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Puede tener el carácter permanente, cuando el centro residencial sea la residencia habitual de la persona o temporal, cuando se atienda estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones.⁵²

En este sentido, los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntariado y de las entidades del tercer sector. Por tanto, en estos dos párrafos se deja entrever cómo la regulación de la dependencia, aunque de forma tenue, apuesta por incentivar la participación de entidades de economía social frente a las de economía capitalista.

Ante el catálogo de servicios, que ya hemos descrito, los servicios se completan con una serie de cuidados sanitarios que quedan fuera del SAAD y entran dentro de la sanidad. La LAPAD remite a los servicios sanitarios la atención de los CLD destinados a enfermos crónicos, para que pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y puedan aumentar la autonomía, paliar las limitaciones y facilitar su inserción social (art. 15.2 de LAPAD y 14 de Ley 16/2003⁵³).

Para garantizar la prestación sanitaria de estos servicios, es necesario que haya una buena coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios socia-

52. Así como puede ser los fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

53. De 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

les por las AA.PP. correspondientes. Por tanto, la remisión de la LAPAD a las prestaciones sanitarias pone de manifiesto la necesidad de una concepción integradora y de coordinación entre las prestaciones sociales y sanitarias requeridas por las personas en situación de dependencia.

Calidad y adecuación de los servicios⁵⁴

Es importante analizar la correspondencia y correlación entre Grados de dependencia y prestaciones y servicios que tienen asignados. Se debe analizar la adecuación de los servicios y prestaciones a las situaciones personales de dependencia, que tiene mucho que ver con la calidad en la atención (Molina, 2012: 152).

Por tanto, en la medida en que los profesionales que elaboran el PIA estén más cerca del beneficiario y tengan un mayor conocimiento de sus necesidades, condiciones sociofamiliares y de salud, etc., más posibilidades habrá para asegurar una gestión eficiente y eficaz de la LAPAD. En este sentido, la gestión y aplicación de la misma en el territorio, por agentes locales y regionales, se hace imprescindible, así como la participación de los beneficiarios y/o familiares en la misma.

III.5.2. Prestaciones Económicas (PE)

Las prestaciones económicas, recogidas en los artículos 17 al 19 de la LAPAD, son:

- a) *La prestación económica vinculada al servicio (PEVS)*. Tiene carácter periódico, se reconoce, en los términos que se establezcan, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el conve-

54. En base al informe de Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la LAPAD, aprobado por el Consejo Territorial del SAAD, el 10 de julio de 2012, y datos publicados por el IMSERSO, www.imserso.es, Portal de la dependencia.

nio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma (art. 17 LAPAD).

Esta prestación económica de carácter personal está, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio. Las AA.PP. competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas. Y, tiene por objeto cubrir los gastos del servicio previsto en el PIA cuando no sea posible la atención por un servicio público o concertado de atención y cuidado.

- b) *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF)*. Esta prestación económica se reconoce excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su cónyuge o parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco.

Entre las principales características de esta prestación, se destaca: a) el carácter excepcional (el cual comentaremos en otro epígrafe); b) su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda; c) se establecerá a través del PIA; y, por último, d) sujeta al grado de dependencia y capacidad económica del beneficiario.

- c) *La prestación económica de asistencia personal*. Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas.
- d) *La prestación económica que posibilita el disfrute de ayudas para la financiación* de necesidades específicas, las cuales tienen naturaleza de subvenciones (Disposición Adicional 3ª de la LAPAD).

Por todo, cabe indicar que las prestaciones económicas son incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo establecidos en la LAPAD, salvo con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia.

Requisitos y condiciones para el reconocimiento de la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Esta prestación se concibe por el legislador bajo un principio de excepcionalidad con el que no se conciben el resto de las prestaciones. El legislador pretende como primera y principal respuesta a la situación de dependencia la utilización de los servicios de la Red de Servicios sociales de las respectivas CCAA devengándose prestaciones económicas en supuestos tasados en los que por distintas razones la utilización de los servicios no es posible.

Esta apuesta sin condiciones por la Red pública de servicios, dejada en una posición marginal o subsidiaria a la PECEF, lo cual no está en absoluto acorde con las preferencias que de ordinario muestran las personas que se encuentran en situación de dependencia. La realidad muestra que, salvo en los supuestos en los que el dependiente carezca de capacidad para decidir, o nos encontremos en una situación de gran dependencia, la elección de la persona dependiente sobre el tipo de cuidados que desea, el lugar en que desea recibirlos, así como la modalidad de atención de su preferencia, se decanta por la prestación de cuidados en el entorno familiar.

En este sentido, tal y como expusimos en el capítulo anterior, llama la atención que en países en que la protección a la dependencia tiene cierta tradición, como en los países nórdicos, las acciones de los poderes públicos, que antes estaban concentradas en instituciones externas, se han reorientado con el fin de apoyar la asistencia en el hogar y en el ámbito familiar, *puesto que la atención en el hogar es un objetivo perseguido por las familias, los propios acianos y los planes de las autoridades* (Hellsten, *et al.*, 2004).

Con respecto a esta prestación, y a diferencia de lo que sucede respecto a las otras dos prestaciones económicas, la LAPAD no especifica el objetivo concreto que persigue. Sin embargo, en el caso de las prestaciones vinculadas al servicio, su finalidad no puede ser más que la de sufragar el coste de los servicios prefijado, y en la asistencia personal, la de contribuir al coste que suponga su contratación.

En efecto, en relación con la PECEF no existe una previsión legal que obligue a la persona en situación de dependencia a destinar esta prestación económica a una finalidad concreta; en consecuencia, parece que el beneficiario

puede disponer de la misma con entera libertad (González y Quintero, 2004; Cavas, 2007; y, Sánchez-Rodas, 2011).

Con respecto a la obligación de pagar las cotizaciones sociales, corresponde exclusivamente a la AGE que firma al efecto el oportuno convenio con la Seguridad Social. Se ha de destacar que la inclusión permitía al cuidador, no sólo encontrarse en una situación similar al alta, sino percibir en su día las prestaciones de jubilación, incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivada tanto de contingencias comunes como profesionales, quedando extramuros sólo la protección por incapacidad temporal y desempleo. Este hecho representaba un progreso en la protección social de la mujer, por una labor que hasta la fecha había quedado invisibilizada en el sistema de protección social (Durán, 2012).

Sin embargo, la reforma de 2012 (RD-Ley 20/2012) relega de nuevo a estas mujeres que sacrifican su vida, su tiempo y su trabajo al cuidado de sus padres, hijos o cónyuge, al haberse reducido drásticamente las medidas de apoyo que le había brindado la LAPAD, retornando al mundo de la invisibilidad en el que han permanecido durante demasiado tiempo.

De esta forma, con la reforma de 2012, se apuesta sin concesiones y matices por un sistema profesionalizado que, al día de hoy, carece de los medios materiales y personales suficientes para atender a las personas dependientes, cuando, a nuestro entender, lo deseable hubiera sido apostar por un sistema mixto de cuidados que combinara adecuadamente ambos sistemas de atención y apoyo a las personas dependientes (Molero, 2012). Tal y como vienen haciendo los países europeos más avanzados en esta política de protección social.

Esta transformación tan profunda en el modelo del sistema de cuidados y asistencia a la dependencia en España, al suponer una quiebra total con el modelo tradicional, pretende *utilizar a la norma jurídica como un mecanismo de cambio* ante la realidad social que considera inadecuada (Cavas, 2007). La instauración de un modelo de sistema de cuidados totalmente opuesto al imperante en nuestra tradición histórica va a tropezar con toda una serie de obstáculos que van a dificultar seriamente su efectiva implantación (Molero, 2009).

A este respecto, no se puede obviar que la persona dependiente susceptible de protección, precisamente por su situación de especial vulnerabilidad, y atendiendo al principio de libertad de elección por el afectado, va a valorar como ningún otro factor, en su atención y cuidado, la relación emocional y de afecto que le vincula a la persona que le atiende. Como se ha dicho con razón, la idea

principal no reside en atenuar las condiciones de la situación de dependiente, en paliar el deterioro psicofísico o la insuficiencia económica en cuanto tales, sino en propiciar una existencia autónoma (Sempere y Cavas, 2007).

Junto al principio de autonomía personal, que ha de presidir la aplicación de la dependencia, se halla otro principio básico de la LAPAD, cual es el de promover las condiciones para que las personas en dicha situación, de ser posible, *permanezcan en el entorno en el que desarrollan su vida* (art. 3.i LAPAD).⁵⁵ Ambas previsiones dan claramente a entender que, en la medida en que sea factible, la persona dependiente deberá permanecer en su domicilio, entorno o medio habitual.

Por tanto, se pone de manifiesto que, al día de hoy, la asistencia y cuidados de las personas dependientes debe descansar tanto en el sistema público y profesionalizado como en el sistema tradicional de cuidados familiar. Para tal efecto, la labor que desarrolla un cuidador informal o familiar requiere, además, de una protección social, del complemento o asistencia de las prestaciones de servicios que les permitirá desempeñar más adecuadamente su función de asistencia y apoyo. Asimismo, la atención por profesionales en la prestación de los distintos servicios debe ser complementada y supervisada por cuidadores familiares.

En este sentido, los órganos que elaboran el PIA deberán velar porque la persona cuidadora sea idónea para el cuidado de la persona dependiente. Por tanto, tenemos otro argumento para destacar la importancia de la gestión local de la Ley, en este caso en lo que a la elaboración local del PIA respecta por trabajadores sociales profundos conocedores de los beneficiarios y sus familias.

III.6. Procedimiento para el reconocimiento de prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia

Han transcurrido ocho años desde la entrada en vigor de la LAPAD y todas las CCAA, salvo alguna excepción, han regulado ya los procedimientos.⁵⁶ Pero

55. Siendo correlativamente, una de las funciones prioritarias de las prestaciones *facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible* (art. 13 LAPAD).

56. Cataluña no ha aprobado hasta la fecha una norma que regule de manera completa el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia. Guipúzcoa solo regula parcialmente el procedimiento con el Decreto Foral 25/2009, 21 de julio. Por lo demás, el resto de CCAA han aprobado las

los desarrollos normativos han sido desiguales, ya que las CCAA han adoptado formas y plazos diferentes en la tramitación y resolución de los expedientes, si bien en líneas generales se respetan los trámites y principios generales de la regulación contenida en la LAPAD y la Ley 30/1992 (en adelante, LRJPAC).⁵⁷

Lo cierto es que algunas CCAA han regulado un único procedimiento en el que quedan integradas la valoración de la situación de dependencia y el reconocimiento del derecho y la determinación del servicio o prestación que responde a la concreta situación del dependiente (es el caso de Navarra: Ley Foral 1/2011, 15 de febrero). En estos casos en una sola resolución se reconoce el derecho y se prescribe la concreta prestación o servicio.

No obstante, la gran mayoría de las CCAA han regulado dos procedimientos distintos, cada uno de los cuales finaliza con un acto administrativo recurrible. Así, en primer lugar, se tramita el obligado procedimiento de valoración y reconocimiento de la dependencia que tiene la persona solicitante, y después se inicia un segundo procedimiento que tiene por objeto la aprobación del PIA.

Estos trámites, que aparecen en todas las normas autonómicas, y que pueden exigir una o varias resoluciones administrativas son los siguientes: inicio del procedimiento con la correspondiente solicitud; resolución administrativa de reconocimiento de situación de dependencia, previa valoración; elaboración del PIA y consulta con el interesado; resolución sobre concesión de servicios o prestaciones que procedan.

III.6.1. Inicio del procedimiento

La gran mayoría de las CCAA atribuyen la competencia para resolver el procedimiento de la situación de dependencia a los servicios centrales de las Consejerías competentes en materia de servicios sociales o equivalentes (Madrid, Canarias, Cantabria, Aragón, Islas Baleares). En las CCAA pluriprovinciales las competencias son asumidas por los órganos periféricos, optando por una descentralización territorial con Delegaciones Provinciales, entre otras, las CCAA de Andalucía, Castilla-León y Galicia.

siguientes normas, entre ellas: Andalucía Decreto 168/2007, de 12 junio; Álava: Decreto Foral 39/2007, 24 de abril; Aragón: Orden 15 de mayo de 2007; Asturias: Decreto 68/2007;...

57. De 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

En otros casos se ha optado por diferentes fórmulas organizativas como organismos autónomos o entes públicos sometidos a derecho administrativo, como la Agencia de Navarra para la Dependencia o el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Mientras que en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla la competencia corresponde a la AGE a través de la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.⁵⁸

Por otra parte, frente a lo previsto en el artículo 12 de la LAPAD, distintas normas autonómicas prevén, con desigual alcance, la participación de las EE.LL. porque consideran que el protagonismo de los municipios es muy relativo. No obstante, aquí cabe indicar que, en la práctica, es el nivel que viene encausando mejor la gestión de los servicios de atención a la dependencia,⁵⁹ conforme a los datos analizados que serán contrastados en un apartado específico de este trabajo.

En este sentido, y conforme con Llano (2012:77), en algunos sectores existe la idea de que, en la práctica, las CCAA funcionan con mayor lentitud y desorganización en las que se ha centralizado todo el procedimiento, frente a otras que han optado por un modelo más descentralizado abierto a la participación y colaboración de las EE.LL., buscando con ello la mayor proximidad con el ciudadano y su entorno social, lo que a la postre favorece a las personas dependientes y/o familiares.

III.6.2. Fase de valoración de la situación de dependencia

Esta primera parte del proceso es más técnica y específica (Barrios, 2008), constituyendo la piedra angular de todo el procedimiento, ya que del resultado de valoración depende la declaración de dependencia de la persona y el reconocimiento del grado, así como, los servicios y prestaciones a los que tendrá derecho.

En esta fase de valoración y reconocimiento debe quedar plenamente garantizado el principio de igualdad de todos los ciudadanos, con independencia de la Comunidad Autónoma donde resida. Por ello, la regulación de la

58. En el País Vasco, todas las competencias de gestión de prestaciones de dependencia se atribuye a las Diputaciones Forales; en Álava la gestión se encomienda al Instituto Foral de Bienestar Social, Guipúzcoa al Departamento de Política Social y en Vizcaya al Departamento de Acción Social.

59. Conforme a la normativa de Navarra, Andalucía, Cataluña, Galicia, Cantabria,...

composición y funcionamiento de los Órganos de Valoración y el Baremo de Valoración (BVD, en adelante) constituye elementos clave para garantizar la igualdad.

La valoración y reconocimiento de la situación de dependencia habrá de clasificarse en alguno de los siguientes grados (art. 26.1 LAPAD):

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

III.6.3. Fase de reconocimiento del derecho a los servicios o prestaciones del SAAD

Una vez comunicada la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia a los servicios sociales comunitarios (a quienes la mayoría de las CCAA atribuyen dicha competencia,⁶⁰ por haber iniciado la tramitación del procedimiento), estos servicios elaborarán la propuesta de PIA correspondiente a la persona beneficiaria.

Por tanto, el PIA, como dispone el art. 29 LAPAD, es un acto administrativo que se produce en el marco del procedimiento para el reconocimiento de la

60. Como, por ejemplo, Andalucía; aunque en algunos casos se crea un órgano *ad hoc* que queda adscrito a la Consejería competente en materia de asuntos sociales (como en el caso de Canarias, Aragón o Murcia).

situación de dependencia y las prestaciones correspondiente, en el que los servicios sociales del sistema público determinarán las modalidades de intervención más adecuadas de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución que determina el grado de dependencia.

El diseño del PIA debe tener en cuenta no sólo el grado de dependencia sino también las circunstancias específicas de la persona y su entorno. Además, se prevé la participación del beneficiario (art. 29.1) o, en su caso, familia o entidades tutelares, a los que habrá de consultarse sobre la elección entre las alternativas propuestas. Así, requiere de la participación activa del interesado, quien deberá aportar la documentación necesaria que acredite las circunstancias familiares y personales. De esta forma, se da en la Ley un planteamiento pro-activo de intervención, pero sin que exista una libertad absoluta de elección (Mercader, 2007).

Al respecto se ha dicho que cada vez son más frecuentes los PIAS orientados únicamente hacia los recursos disponibles y no hacia los servicios necesarios demandados. De este modo, los servicios sociales proponen un único servicio, en ese caso la posibilidad de elección no tiene virtualidad práctica.

La resolución del PIA debe ser notificada al beneficiario o a sus representantes. En algunos casos se exige la obligación de comunicar la resolución PIA a los Servicios Municipales correspondientes a los efectos de su seguimiento y efectiva ejecución, sobre todo, cuando se trate de servicios o prestaciones a recibir en el domicilio [Valencia (art. 13 Decreto 18/2011, de 25 de febrero)]. En otras normas autonómicas el seguimiento y control del PIA se mantiene bajo el control autonómico, aunque se exige la colaboración de los servicios sociales comunitarios correspondientes al municipio de residencia de la persona en situación de dependencia.

En definitiva, a partir del análisis de la normativa que regula el procedimiento de elaboración, seguimiento y control del PIA, se puede apreciar cómo la LAPAD deja amplias competencias a las CCAA para que desarrollen su propia normativa. De tal forma, que unas CCAA tienen a centralizar todo este proceso en sus respectivos servicios comunitarios, mientras que otras descentralizan todo el este proceso, o algunas de sus partes, en los servicios sociales comunitarios de los entes locales, lo cual puede incidir en un alargamiento del mismo.

Por otro lado, el art. 29 LAPAD regula la posibilidad de revisar el PIA en tres supuestos, que quedan sin concretar: por un lado, a instancia del interesa-

do y de sus representantes legales, sin que la norma especifique las causas y circunstancias que pueden justificar esta iniciativa; también puede ser revisado de oficio (se remite la norma legal a la normativa autonómica para que se regule la forma y periodicidad para efectuarla), y, por último, por cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma.

Por último, en cuanto a la efectividad real del derecho a las prestaciones, el Real Decreto-Ley 20/2012,⁶¹ ha introducido nuevas reformas que inciden en la efectividad real del mismo. El Legislador justifica estas medidas en tres tipos de exigencias: derivadas de la sostenibilidad económica del SAAD, la situación económica por la que atraviesa la economía de nuestro país, y la necesidad de cumplimiento de los objetivos de déficit público.

Al respecto, el párrafo tercero de la Disposición final primera de la LAPAD se matiza para aclarar que el efecto retroactivo limitado se producirá *salvo cuando se trate de las prestaciones económicas previstas en el artículo 18 que quedarán sometidas a un plazo suspensivo máximo de dos años*, a contar, según proceda, desde la fecha de resolución de reconocimiento de prestaciones,⁶² y se interrumpirá en el momento en que el interesado empiece a percibir dicha prestación.

III.7. Desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia en España y por comunidad autónoma

En el presente epígrafe se analiza la evolución del grado de aplicación de la LAPAD en España desde sus inicios hasta la actualidad, poniendo de manifiesto las diferencias entre comunidades autónomas (CCAA) en lo que a su implementación respecta. Para ello, recurriremos a los diferentes documentos elaborados por la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (20018, 2015a, 2010b), así como a los datos estadísticos que genera el Sistema de Información del SAAD (SiSAAD).

61. De 13 de julio, de *Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad* (BOE 14 de julio de 2012).

62. O en caso de silencio administrativo, desde el transcurso del plazo máximo de seis meses desde la presentación de la solicitud.

III.7.1. Evolución de la aplicación de la Ley de Dependencia en España

Tal y como se recoge en la **Tabla III.2.**, el número de personas dependientes, con derecho a prestación en España, ha pasado de unos 443.000, en enero de 2009, a unos 1.281.000, en septiembre de 2018.

Tabla III.2. Evolución de las personas con derechos adquiridos y atendidas en miles (2009-2018)

	Enero 09	Enero 10	Enero 11	Enero 12	Enero 13	Dic. 14	Dic. 15	Dic. 16	Dic. 17	Sep. 18
Con derecho	443	738	889	1045	983	894	1180	1214	1264	1281
Atendidas	229	480	658	739	752	746	796	866	955	1006

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2018).

No obstante, como se puede observar, el número de personas, tanto con derecho a prestaciones como las que están realmente atendidas, va ascendiendo hasta 2012, año en el cual entra en vigor el Real Decreto Ley 20/2012,⁶³ que recorta el gasto en la dependencia como consecuencia de las políticas de ajuste del déficit impuestas desde Europa. Posteriormente, a partir del año 2015, estas cifras comienzan a crecer, como también se recoge en el **Gráfico III.1.**

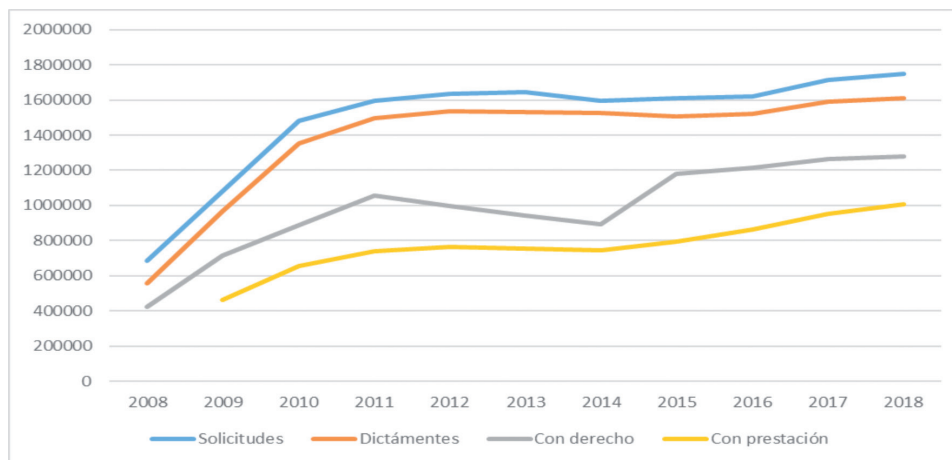
A su vez, en 2011 también entra en vigor el Decreto 20/2011, que restringe el acceso al Grado I. Todo ello hace que el número de dependientes atendidos se estabilice, durante unos años, entorno a los 750 000 y los que tienen derecho a prestación en los 870 000, siendo alrededor de 120 000 las personas desatendidas por el sistema.

En definitiva, toda esta evolución, experimentada durante la última década, por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), res-

63. Tal y como se recoge en Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015a), este Real Decreto impactó de lleno en la financiación del sistema, estrangulando a las comunidades autónomas, cuya capacidad de atención se ha mantenido entorno a los 750.000 personas atendidas.

pecto al número de solicitudes, personas con derecho a prestaciones y personas realmente atendidas, se puede observar en el **Gráfico III.1.**

Gráfico III.1. Evolución de solicitudes, dictámenes, personas con derecho y con prestación (2008-2018).



Fuente: elaboración propia a partir del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2018).

Tabla III.3. Evolución de solicitudes, dictámenes, personas con derecho y con prestación (2008-2018) (En miles)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Solicitudes	684	1082	1482	1597	1636	1644	1594	1610	1622	1711	1749
Dictámenes	554	965	1354	1494	1536	1530	1523	1504	1518	1591	1611
Con derecho	422	717	888	1053	996	944	893	1180	1213	1264	1280
Con prestación		463	654	741	764	753	745	796	865	954	1005

Fuente: elaboración propia a partir del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2018).

Así, puede observarse cómo el número de solicitudes, en el inicio de la aplicación de la LAPAD, comienza a crecer exponencialmente y, a partir de 2011, con la crisis, y porque ya se habían presentado la gran mayoría de solicitudes, ese crecimiento se modera. Sin embargo, puede apreciarse que, desde 2016, el ritmo de crecimiento de solicitudes registradas parece incrementarse levemente, ya que la población española sigue envejeciendo y, por tanto, necesita una mayor atención. A ello se une el hecho que, desde 2016, comienza a aplicarse el Grado I.

Respecto a la evolución de las atenciones recibidas o, lo que es lo mismo, al número de personas con Programas Individuales de Atención resueltos, en los que se les asigna prestaciones o servicios, cabe destacar como esta cifra se estanca a partir de 2012, al igual que ocurría con el número de personas con derecho a prestaciones. No obstante, también, como era de prever, con el paso de los años esa tasa de crecimiento se va ralentizando como consecuencia de la disminución del número de solicitudes. Sin embargo, a partir de 2015, una vez que se sale de la crisis, el número de personas atendidas comienza a aumentar a un ritmo superior al de solicitudes, dictámenes y personas con derecho a prestación.

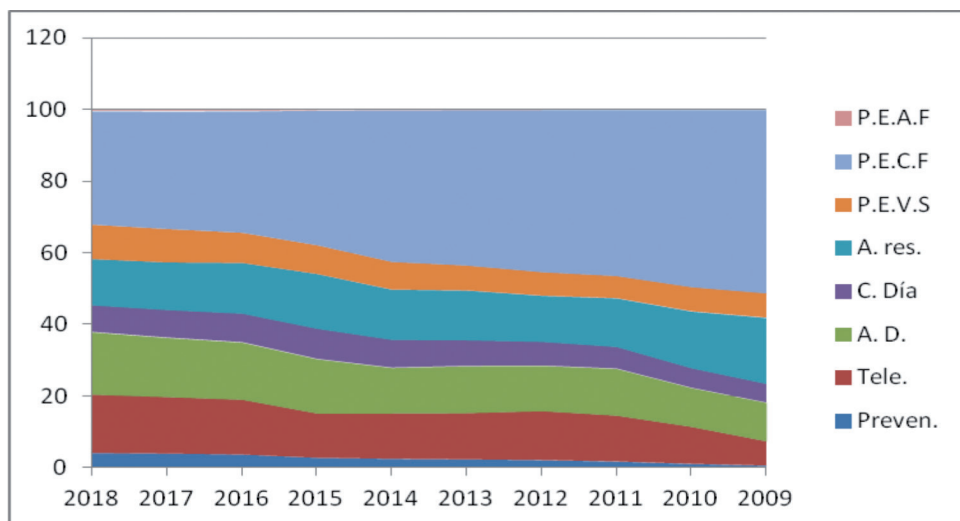
Por otro lado, en lo que respecta al tipo de prestaciones, en la **Tabla III.4.** recogemos cómo han evolucionado las prestaciones económicas y de servicios que se han venido ejecutando durante todos estos años. De esta forma, se puede apreciar cómo las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar son las que más importancia tienen dentro de catálogo ofertado por la LAPAD, con un 31,56% del total. No obstante, este porcentaje ha ido disminuyendo desde el 51,16% de 2009. En segundo lugar, se encuentra la Ayuda a Domicilio (17,41%), seguida de la Teleasistencia (16,34%) y de la asistencia en residencias (12,94%).

Tabla III.4. Evolución de las prestaciones económicas y servicios (2019-2018)

AÑOS	Preven.	Tele.	A. D.	C. Día	A. res.	P.E.V.S	P.E.C.F	P.E.A.F
2018	4,05	16,34	17,41	7,48	12,94	9,70	31,56	0,53
2017	3,91	15,81	16,53	7,72	13,34	9,39	32,72	0,56
2016	3,63	15,35	15,97	8,02	14,19	8,50	33,79	0,54
2015	2,74	12,39	15,17	8,46	15,29	8,10	37,57	0,27
2014	2,45	12,70	12,72	7,79	14,01	7,82	42,30	0,21
2013	2,30	12,93	13,11	7,20	13,90	7,03	43,39	0,14
2012	2,09	13,71	12,64	6,68	12,86	6,65	45,26	0,11
2011	1,71	12,82	13,08	6,07	13,57	6,28	46,38	0,09
2010	1,06	10,33	10,87	5,49	15,83	6,85	49,47	0,10
2009	0,57	6,79	10,77	5,25	18,40	6,93	51,16	0,13

Fuente: elaboración propia a partir del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2018).

Gráfico III.2. Evolución de las prestaciones económicas y servicios (2019-2018)



Fuente: elaboración propia a partir del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2018).

Por tanto, se puede decir que actualmente los servicios profesionales de atención a la dependencia son superiores a las Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar (PECEF) (68,44% frente al 31,56%), tal y como la legislación apunta entre los objetivos a cumplir.

Esta evolución, desde las Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar hacia los servicios profesionales se ha visto reflejada en un incremento sostenido en el número de altas a la Seguridad Social por parte de los profesionales de servicios sociales. Esto también ha hecho que la estimación de empleos directos asociados al SAAD pase de 92.713 en 2009 a 218.370 en 2017. Y que el número de empleos generados por millón de gasto público, pase de 32,5 a 36,1 (Asociación Estatal de Directores Gerentes en Servicios Sociales, 2018).

Tal y como reconoce el Observatorio para la Dependencia, esta dinámica de disminución de las prestaciones económicas ha podido venir incentivada por un cambio en la gestión de las CCAA, las cuales resultan penalizadas en su financiación si optan por no dar servicios debido a la modificación en los criterios de distribución de las aportaciones estatales (Nivel Mínimo). Como con-

secuencia de ello, a pesar de la crisis, las CCAA han apostado por incrementar o, al menos, mantener las prestaciones en servicios, a costa de no crecer en el número de atendidos (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015a: 24).

Por tanto, en este contexto de crisis y restricción presupuestaria, las CCAA han tendido a mantener las atenciones en servicios, intentar no incrementar o disminuir las PECEF, para evitar ser penalizado por la financiación estatal y abordar la atención de las personas con derecho que estaban en lista de espera.

Como conclusión sobre la implementación del sistema de la dependencia podría decirse que éste, después de más de 10 años de implementación, se viene atendiendo alrededor de unas 1.000.000 de personas, siendo 1.280.000 las que tienen reconocido el derecho de atención. De forma que aún existen unas 280.000 personas sin atención.

III.7.2. Evaluación de la aplicación y desarrollo de la Ley de Dependencia por CCAA

En el presente epígrafe se realiza un análisis sobre el grado de implementación de la LAPAD por CCAA con objeto de destacar las diferencias más importantes que se pueden llegar a detectar entre éstas, sobre todo en lo que a la gestión respecta. Para ello, seguiremos, fundamentalmente, el XVIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, titulado: «El examen sobre el territorio y aplicación de la escala» (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2018), así como el trabajo de Barroso González y Castro Vadillo (2010). No en vano, en este último trabajo, ya en 2010, se ponía de manifiesto el diferente grado de implantación que estaba teniendo la LAPAD en las diferentes regiones españolas.

En primer lugar, debe destacarse que se hace necesario analizar la aplicación de la LAPAD y, por tanto, la gestión de la dependencia en España, a nivel de comunidad autónoma pues, tal y como recogen Krüger y Jiménez (2012), en su aplicación existen grandes diferencias entre éstas, según lo cual, ya no podríamos hablar de un régimen de bienestar homogéneo español. De hecho, la LAPAD confiere a las CCAA unas competencias amplias en lo que a su aplicación y gestión respecta.

En este sentido, con objeto de analizar el grado de implantación de la LAPAD en las CCAA, el Observatorio de la Dependencia viene desarrollando una escala de valoración sobre la implementación y desarrollo de la Ley. Esta escala de valoración está conformada por 14 indicadores, los cuales tratan de medir diferentes aspectos de la aplicación de la LAPAD. A continuación, en la **Tabla III.7.**, recogemos los resultados que arroja el último informe sobre cada uno de estos indicadores, prestando especial atención al valor que toman cada uno de ellos en Andalucía. Previo a ello, se incluye la **Tabla III.6.**, en la que se definen y explican cada uno de esos 14 indicadores.

Tabla III.6. Indicadores de implantación de la Ley de Dependencia.

<p>Indicador 1. Personas beneficiarias sobre el total de la población (% de atendidos (PIA) sobre el total de la población). Puntúa positivamente la mayor carga de prestaciones económicas y de servicios que tienen las diferentes CCAA.</p>
<p>Indicador 2. Solicitudes sobre el total de la población potencialmente dependiente (% de solicitudes sobre el total de la población). Trata de puntuar positivamente la mayor carga de trabajo que tiene las CCAA con más solicitudes.</p>
<p>Indicador 3. Porcentaje de personas que no obtienen el grado sobre el total de personas dictaminadas.</p>
<p>Indicador 4. Personas con derecho pendiente de atención "limbo" (% de personas con derechos reconocidos sin prestación). Trata de puntuar positivamente a las CCAA que tienen menos personas esperando a ser atendidos, es decir, aquéllas que están en el "limbo".</p>
<p>Indicador 5. Equilibrio servicio/prestaciones económicas (% de personas con PECEF sobre el total de atendidos). Trata de puntuar positivamente a las CCAA donde priman los servicios profesionales.</p>
<p>Indicador 6. Integración efectiva en la red de servicios sociales básicos (1 para la integración, 0,5 para la integración parcial y 0 para la no integración). Valora positivamente la integración de la gestión de la LAPAD en los Servicios Sociales Comunitarios.</p>

<p>Indicador 7. Incremento anual de personas atendidas (% de crecimiento neto anual en personas atendidas). Trata de puntuar favorablemente a las CCAA que crecen anualmente, de una forma neta, en número de atendidos.</p>
<p>Indicador 8. Gasto público de dependencia por población potencialmente dependiente (Gasto público estimado por población potencialmente dependiente, descontado el copago). Trata de evaluar positivamente a las CCAA que hacen un mayor esfuerzo financiero a la hora de aplicar la LAPAD.</p>
<p>Indicador 9. Incremento o pérdida anual de expedientes de Grado III (Saldo neto anual en % de expedientes activo del Grado III). Trata de primar a las CCAA que hace un mayor esfuerzo a la hora de atender a los dependientes de Grado III.</p>
<p>Indicador 10. Transparencia y cuentas claras.</p>
<p>Indicador 11. Sistemas de información en tiempo real y modelo de seguimiento sistematizado (1 existe, 0,5 en implementación y 0 no existen). Trata de puntuar positivamente a las CCAA que tienen la información totalmente actualizada y disponible para ser consultada.</p>
<p>Indicador 12. Empleo generado por el Sistema de Dependencia en las CCAA.</p>
<p>Indicador 13. Ratio de prestaciones/personas beneficiarias en las CCAA.</p>
<p>Indicador 14. Ratio de servicios de proximidad/prestaciones económicas. Servicios de proximidad: SAD/Centro día/Teleasistencia/Ap</p>

Fuente: Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2018).

A continuación, en la **Tabla III.7.**, se recoge el valor máximo, mínimo y medio que toman estos indicadores, haciendo referencia a la comunidad autónoma en la que el valor es máximo y aquella en la que es mínimo. También se reseña el valor que toma cada uno de esos indicadores en Andalucía, con objeto de determinar la posición que ocupa respecto a las CCAA.

Tabla III.7. Valores de los indicadores de aplicación de la Ley de Dependencia para las Comunidades Autónomas.

INDICADOR	Max	CA	Min	CA	Med	And	Posición
1	13,2%	CyL	4,96%	Can	8,95%	11,49%	4 ^a
2	22,40%	And.	9,64%	Val.	16,00%	22,40%	1 ^a
3	9,3%	Murcia	30,6%	CyM.	20,6%	18,8%	6 ^a
4	1,4%	CyL	37,1%	Cat.	24,5%	31,8%	15 ^a
5	22,7%	Mad.	73,5%	Nav.	40,40%	36,0%	7 ^a
6	1	12 CCAA	0	5 CCAA		1	
7	25,6%	Nav.	-2,3%	Rio.	10,30%	6,9%	14 ^a
8	970,09	País Vasco	336,08	Can.	591,24	611,78	10 ^a
9	19,9%	Mad.	-3,1%	Cat.	3,00%	-1,2%	15 ^a
10	1	10 CCAA	0	6 CCAA		1	
11	1	2 CCAA	0	10 CCAA		0,5	
12	50,4	CyL.	19,7	Bal.	36,1	35,8	7 ^a
13	1,4%	La Rioja	1,04%	Can.	1,23%	1,29%	5 ^a
14	3,15%	Mad.	0,25	Bal.	1,22	2,16	4 ^a

Fuente: Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2018).

Por tanto, como se desprende de la tabla anterior, el grado de aplicación de la LAPAD varía significativamente entre CCAA. Así, por ejemplo, mientras que el porcentaje de solicitudes sobre la población potencialmente dependiente (Indicador 2) es del 22,40% en Andalucía, en la Comunidad Valenciana es de un 9,64%. Y, mientras que el porcentaje de personas que no obtienen el grado sobre el total de dictaminadas (Indicador 3) es de un 30,6% en Ceuta y Melilla, en Murcia desciende al 9,3%.

Por otro lado, mientras que el porcentaje de personas que reciben prestaciones económicas sobre el total de atendidos (Indicador 5) es del 73,5% en Navarra, en Madrid baja al 22,7%. Por su parte, mientras que el empleo directo generado por el SAAD por cada millón de Euros de gasto público (Indicador 12) es de 50,4 en Castilla y León, en Baleares es de tan sólo 19,7. Y mientras que el País Vasco destinó en 2017 970,09 € por población potencialmente dependiente (Indicador 8), Canaria destinó 336,08.

Por otro lado, a partir del análisis de los indicadores 6 y 11 se puede poner de manifiesto la existencia de dos modelos diferentes a la hora de gestionar la LAPAD por parte de las CCAA. Así, mientras que algunas CCAA han optado por integrar la gestión de la dependencia en los servicios sociales comunitarios o básicos (modelo descentralizado), otras han optado por centralizar la mayor parte del proceso de gestión en las propias comunidades autónomas (modelo centralizado). Así, en la **Tabla III.8.** recogemos el modelo por el que han optado las diferentes CCAA (Indicador 6).

Tabla III.8. Clasificación de las Comunidades Autónomas por modelos de gestión de la Ley de Dependencia.

CCAA	Indicador 6 Descentralización	Indicador 11 Inf. Tiem. Real y Segum.
Castilla y León	Sí	Sí
Andalucía	Sí	Transita
Galicia	Sí	Transita
Cantabria	Sí	Transita
Aragón	Sí	No
Baleares	Sí	Transita
Navarra	Sí	Transita
País Vasco	Sí	Sí
Murcia	Sí	No
Cataluña	Sí	No
Com. Madrid	No	No
Cast. Mancha	Sí	No
Extremadura	No	No
La Rioja	Sí	Transita
Canarias	No	No
C. Valenciana	Sí	No
Asturias	No	No
Ceuta y Melilla	No	No

Fuente: elaboración propia a partir del Observatorio de la Dependencia (2018).

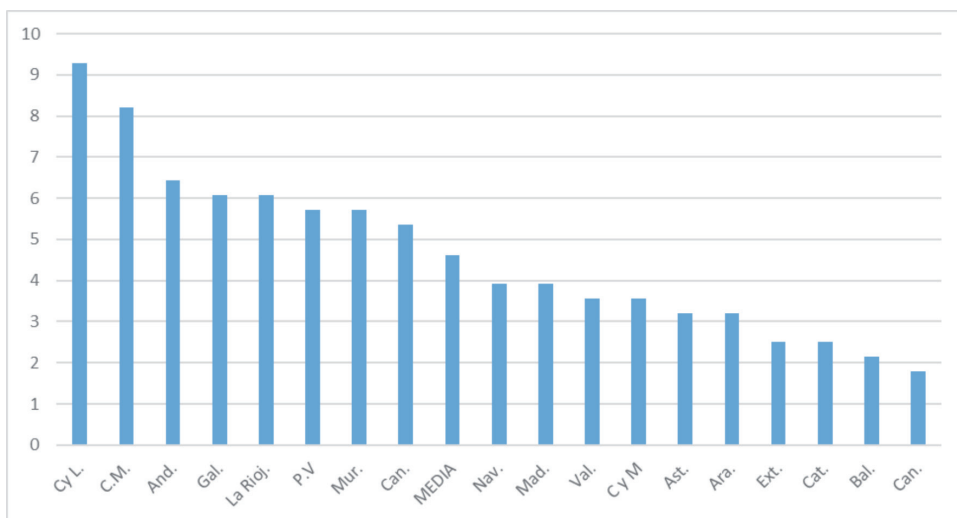
Como se observa en la Tabla anterior, la mayor parte de las regiones que optan por modelos más descentralizados (Indicador 6), basados en los servicios sociales comunitarios de los entes locales, tienen implementados, o la están en haciendo, procesos de información a tiempo real y procesos de seguimiento sistematizados.

Por otro lado, del análisis de las **Tablas III.7.** y **III.8.**, se puede observar cómo las CCAA que han optado por un modelo más descentralizado, el cual se aproxima, en mayor medida, al enfoque pluralista de gestión, presentan mayores avances en la aplicación de la LAPAD. Esta afirmación se pone de manifiesto en la **Gráfica III.3.**, en la que se recogen las puntuaciones totales, a través de un indicador sintético (sumatorio de los 14 indicadores, en base 10) que da el Observatorio de la Dependencia a cada una de las CCAA.

En efecto, las comunidades autónomas que no tienen integrada la gestión de la LAPAD en su red de servicios sociales comunitarios, obtienen unas puntuaciones inferiores a la media. Estas regiones son: Comunidad de Madrid, Ceuta y Melilla, Asturias, Extremadura y Canarias.

Por su parte, las comunidades autónomas que tienen plenamente integrada la gestión de la LAPAD y, a su vez, tienen totalmente desarrollados los procesos de información a tiempo real y seguimiento sistematizado del proceso, se encuentran en las primeras posiciones. En concreto, estas dos regiones son: Castilla La Mancha, en primera posición, y País Vasco, en sexto lugar.

Gráfico III.3. Grado de aplicación y desarrollo de la LAPAD por CCAA



Fuente: elaboración propia a partir de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2018).

Como se desprende del gráfico anterior, Andalucía se encuentra entre las comunidades autónomas que más han avanzado en la aplicación y desarrollo de la LAPAD, situándose, en lo que respecta a este indicador sintético, en tercer lugar. En este sentido, esta región, desde los inicios de la aplicación de la LAPAD, apuesta por un modelo de gestión descentralizado, basado en sus servicios sociales comunitarios.

No en vano, otros estudios, ya en 2010, ponían de manifiesto cómo son aquellas CCAA que tenían mejor integrada la atención de la dependencia en sus sistemas de servicios sociales comunitarios las que presentan mejores resultados, tales como: Andalucía, Castilla La Mancha y País Vasco (Martín Castro, 2010b: 185).

En definitiva, se puede concluir cómo, además de presentar distintos niveles de aplicación, las CCAA han optado por gestionar la LAPAD a través de diferentes modelos. Así, mientras que unas han optado por una gestión centralizada de la mayor parte del proceso, otras se han decantado por una gestión descentralizada de determinadas fases de ese proceso en sus respectivos entes

locales, a través de los servicios sociales comunitarios. En este sentido, podría decirse que las CCAA que siguen modelos más descentralizados han avanzado más en la aplicación y desarrollo de la LAPAD.

En este mismo sentido, Barriga Martín (2015) afirma que en la gestión de la LAPAD por parte de las CCAA se pueden identificar una gran disparidad de modelos. Estos modelos se sitúan entre dos extremos: a) un modelo integrado o descentralizado: en el que las entidades locales están integradas en el SAAD, realizando las siguientes tareas: información, tramitación, valoración PIAs, provisión de servicios de proximidad y seguimiento de casos; y b) un modelo desintegrado o centralizado, donde los entes locales, a través de sus servicios sociales comunitarios, se limitan a ser meros colaboradores del SAAD, al realizar tareas, fundamentalmente, administrativas: de información y recogida de solicitudes.

Así, en la investigación que elaboró la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP, 2011), también se ponía de manifiesto la gran variedad de modelos de gestión de la LAPAD, encontrándose desde las CCAA con una gestión más descentralizada (Castilla y León, Andalucía, Cataluña, etc.) a otras donde casi toda la gestión estaba centralizada (Madrid, Islas Canarias, Aragón, etc.), pasando por aquellas que estaban descentralizando parte del proceso (Islas Baleares).

Esta variedad en la gestión de la LAPAD se ponía de manifiesto en la existencia, o no, en los entes locales de los siguientes aspectos relacionados con su gestión y aplicación: registro de entrada, proceso de valoración, elaboración de PIAs, prestación de determinados servicios, seguimiento de casos o control de la satisfacción del usuario, entre otras.

Con el objetivo de profundizar en el modelo descentralizado, el cual se aproxima más al enfoque pluralista, en el siguiente epígrafe argumentamos la importancia de los servicios sociales comunitarios y, por tanto, de los entes locales, en la gestión de la LAPAD.

III.8. La gestión local de la Ley de Dependencia: el aporte de los servicios sociales comunitarios

III.8.1. El Sistema de Servicios Sociales: los servicios sociales comunitarios

El término de servicios sociales aparece por vez primera en España dentro del marco de la Seguridad Social de tipo contributivo, ya que estaban dirigidas a contribuyentes y familiares, siendo unas prestaciones de carácter complementarias, ya que las principales prestaciones eran las sanitarias y económicas.

Sin embargo, es a partir de 1978 cuando comienzan a desarrollarse los servicios sociales tal y como los entendemos hoy en día. De hecho, mientras que los países anglosajones entienden por servicios sociales todos los sistemas de protección social: sanitario, educativo, etc., en España se hace un uso restringido del mismo, utilizándolo sólo cuando se hace referencia a los servicios sociales personales.

El Sistema Público de Servicios Sociales se concibe como el conjunto de servicios y prestaciones que tienen como finalidad la promoción del desarrollo pleno y libre de la persona dentro de la sociedad, para la obtención de un mayor bienestar social y mejor calidad de vida, así como la prevención y eliminación de las causas que conducen a la marginación (Gallardo, 2006: 15).

Tal y como recoge Muñoz Luque (2009), los servicios sociales son uno de los cuatro pilares del bienestar social, junto con el sistema de pensiones, el sistema de salud y el sistema educativo. Un sistema con plenas competencias de las CCAA y gestión mayoritariamente de los entes locales. Por ello, nos encontramos con 17 modelos de desarrollos diferentes, que coinciden en las formas: las CCAA regulan y los municipios gestionan y soportan la mayor parte de la financiación.

Este Sistema de Servicios Sociales está constituido por un conjunto de prestaciones y servicios dirigidos a toda la población, con independencia de sus características sociales y, en su caso, a determinados grupos de población que presentan necesidades específicas. Está basado en los principios de globalidad, solidaridad, igualdad, normalización, planificación y coordinación (Gallardo, 2006).

De hecho, las nuevas leyes de servicios sociales de las CCAA coinciden en incluir el principio de universalización de los servicios sociales, contemplando el derecho subjetivo a estos servicios. No obstante, en la práctica, por motivos de recursos limitados, estos servicios se dirigen a unos colectivos concretos.

Así, el Sistema Público de Servicios Sociales tiene la siguiente estructura: por un lado, los *Servicios Sociales Comunitarios* (generales o básicos), que constituyen el nivel de atención básica de sistema y donde se gestiona las prestaciones básicas del mismo y; por otro, los *Servicios Sociales Especializados*: que constituyen el segundo nivel de atención del sistema, estando sus contenidos determinados por el colectivo de población o problemática atendida y por los planes de actuación que se diseñan para dar respuesta a necesidades sociales de carácter diverso.

A pesar de que los servicios sociales especializados dan respuesta ante los problemas sociales, tomando medidas en forma general o conjunta; sin embargo, los servicios sociales comunitarios detectan cualquier problemática social desde la atención individualizada o personal, asisten al sujeto en concreto en una situación social específica,⁶⁴ puesto que a dicha persona le asiste derechos que tienen que ver con multitud de circunstancias y contingencias que rodean al ser humano concreto en sus situaciones vitales.

Y que, en este caso, la persona que no pueden llevar una vida autónoma y, porque, dependen de la ayuda de una tercera persona en su vida diaria, se encuentra en la situación de dependencia, como así se ordena en la *Ley de Dependencia*, por tanto necesita de la protección social de la dependencia, en colaboración de las distintas administraciones públicas, y que en todo caso, corresponde a las CCAA determinar las atribuciones de los servicios sociales comunitarios.

Como contenido de los servicios sociales comunitarios, se recogen, entre ellos, que tienen como objeto promover el bienestar social básico de los ciudadanos; son el instrumento básico que permite el establecimiento de una política integral de Servicios Sociales, a partir de los cuales se diseñarán los programas orientados a la atención de todos los ciudadanos; son servicios de carácter global y polivalente; son el primer contacto del usuario con los servicios sociales; y su actuación está basada, tanto en la asistencia como en la prevención.

64. Los servicios sociales comunitarios, atienden de forma personal al sujeto, ya sea, como, hombre trabajador, joven, anciano, persona con discapacidad, persona en situación de dependencia, etc.

Y conforme con Gallardo (2006) a continuación se describen algunas de las principales características de los servicios sociales comunitarios:

- Suponen el primer nivel de atención de los servicios sociales.
- Se estructuran territorialmente según criterios de población.
- Universalización de algunas prestaciones/servicios.
- Están muy descentralizados.
- Base del diálogo social de la zona y para la planificación de los servicios sociales municipales.
- Necesitan de una evaluación permanente de las necesidades cambiantes de la población, así como una adecuación de los recursos.
- Generalismo de actuaciones.
- Tendencia al asistencialismo en la práctica; dinamizan y articulan la vida comunitaria para prevenir desigualdades.
- No existen demasiados protocolos de coordinación entre los diferentes servicios y niveles de servicios sociales, así como otros sistemas de protección social.

A su vez, consideramos conforme con Muñoz Luque (2009) que dicho sistema tiene las siguientes características:

- Haber sido desarrollado a partir de leyes con objetivos muy ambiguos y desmesurados, teniendo en cuenta la limitación de recursos de las CCAA.
- Sistema complejo, inequitativo y desigual, con una multiplicidad de actores que interactúan en su gestión y desarrollo.
- Sistema basado en el factor humano, en prestaciones intangibles y con una financiación económica insuficiente, lo que contribuye a su invisibilidad social.
- Responsabilidad pública, y producción y provisión mixta, con una importante presencia del tercer sector y una creciente influencia y posicionamiento del privado.
- A partir de la elaboración y aplicación de la LAPAD, podría decirse que vive un momento clave, en el que está en juego su consolidación como cuarto pilar del Estado de bienestar o su deterioro y sumisión por el SAAD.

Asimismo, entre las prestaciones que se suelen ofrecer ante las necesidades sociales consideradas como básicas se encuentran: la información y orientación; la ayuda a domicilio y otros apoyos a la unidad convivencial; el alojamiento alternativo; y, la prevención e inserción social, así como, el fomento de la solidaridad y cooperación social.

Sin embargo, ante los problemas actuales de los servicios sociales, en general, y en particular de los comunitarios, como son: el carácter generalista, la falta de recursos, la desigual implantación en el territorio español, la diversidad de leyes que lo regulan en España, etc., se suman otros, tales como: la creación de la LAPAD y del sistema que la desarrolla, el SAAD (descritos anteriormente), lo cual puede incidir en un mayor debilitamiento del Sistema Público de Servicios Sociales.

En este sentido, en el siguiente apartado se profundiza en el papel que pueden desempeñar los servicios sociales comunitarios a la hora de gestionar la LAPAD, así como las reformas que deberían hacer para adaptarse a las exigencias de la misma.

III.8.2. Los servicios sociales comunitarios en la Ley de Dependencia

La LAPAD representa en España un hito legislativo importante en materia de servicios sociales. De hecho, en su Preámbulo, plantea la complementariedad de los Sistemas de Servicios Sociales y del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Así, muchos autores como Gutiérrez Resa (2006: 103-104) piensan que la LAPAD brinda una oportunidad para aumentar y consolidar la complejidad existente de los servicios sociales comunitarios.

Sin embargo, tal y como recogen otros autores (García Giráldez y Roles Ríos, 2010), dado el carácter centralizador y universalista de la LAPAD, ésta también puede resultar una amenaza para el desarrollo de los servicios sociales comunitarios, llegándolos a debilitar aún más; sobre todo si tenemos en cuenta las dificultades que están teniendo para responder al encargo más claro y de mayor peso que ha recibido en los últimos años (Aguilar Hendrickson, 2014).

No obstante, como reconoce Gutiérrez Resa (2006: 103), y se demostró en el capítulo anterior, *en el ámbito de la Ley de la Dependencia, son los servicios sociales comunitarios públicos los que mejor pueden cumplir con la planificación y*

acción que se exigen para atender el proceso de información, evaluación compartida sobre niveles de discapacidad, asignación de recursos y seguimiento de los casos de las personas que la soliciten, lo cual se configura como un reto para el perfeccionamiento de los mismos.

A pesar de ello, dado el amplio nivel de competencias que adquieren las CCAA en la ordenación y gestión de la LAPAD, y de los servicios sociales, la importancia que las administraciones locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios, puedan adquirir en la gestión de la dependencia va a depender del modelo de gestión por el que opten cada una de las regiones, pudiendo ser éste más o menos descentralizado.

Así, por ejemplo, Madrid, como concluyen García Giráldez y Roles Ríos (2010), no considera importante ni subsidiaria a la red municipal de servicios sociales ya existente, utilizándola como elemento auxiliar en la tarea de recogida e instrucción de solicitudes. De tal forma, que no ha valorado una de las señas de identidad, y fortaleza, de los servicios sociales comunitarios, comentadas en el epígrafe anterior: la proximidad al ciudadano y su conocimiento del entorno.

Estas, y otras, ventajas, que aportan los servicios sociales comunitarios en la gestión de la LAPAD quedan recogidas en la **Tabla III.9.**, en la cual se resumen los impactos y consecuencias, positivas y negativas, que pueden tener cada uno de estos modelos de gestión.

Tabla III.9. Consecuencias de los modelos de gestión de la Ley de Dependencia

MODELO DESCENTRALIZADO		MODELO CENTRALIZADO	
Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Mayor cercanía, pertinencia y agilidad en las decisiones	Incremento costes: plantillas, complejidad, etc.	Sin compromiso para entes locales	No se aprovecha el conocimiento del contexto social, familiar, individual.
Un solo sistema de referencia para el ciudadano	Peligro deterioro otros servicios sociales por la saturación	Más sencillo para las CCAA, menos conflictos, etc.	PIAs descontextualizados
Posibilidad de desarrollo del sistema de atención primaria			Sin profesionales de referencia (desorientación)
			Enquistamiento marginal de la atención primaria

Fuente: elaboración propia a partir de Barriga Martín (2015).

Como se desprende de la Tabla anterior, el modelo descentralizado tiene el valor agregado que aportan los servicios sociales comunitarios, tales como: la cercanía, pertinencia y agilidad en las decisiones y el tener, por parte de los ciudadanos, un solo referente, lo cual redundaría en la prestación de unos servicios de mayor calidad o, lo que es lo mismo, más adaptados a las necesidades reales de los usuarios, dándole, por tanto, de una mayor eficacia a la gestión.

Por el contrario, el modelo de gestión centralizada, no tiene en cuenta ese valor añadido que, para los usuarios, pueden aportar los servicios sociales comunitarios. Así, los beneficios que se desprenden de este modelo son: una gestión más sencilla, en principio, menos burocrática y más coordinada, sin compromiso de financiación para los entes locales y, por tanto, unos costes de gestión más reducidos. Sin embargo, podría decirse que ninguno de estos

beneficios inciden sobre la calidad del servicio prestado al ciudadano, es decir, al dependiente y su familia; sino, más bien, sobre la administración pública, al suponer un ahorro de costes y una menor complejidad en la gestión de todo el proceso.

Por tanto, podría decirse que la LAPAD plantea un reto para los servicios sociales comunitarios, ya que son estos últimos sobre los que debería recaer el peso de la información, instrucción, tramitación y seguimiento de los recursos de proximidad asignados a las personas dependientes, según el modelo de gestión descentralizada (García Giráldez y Roles Ríos, 2010).

Tal y como se apuntó anteriormente, esta importancia también se pone de manifiesto en un estudio realizado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP, 2011) a partir una serie de conclusiones y evidencias que se recogen en el mismo, tales como: a) la importante implicación de los gobiernos locales intermedios en la aplicación de la LAPAD; b) la integración de la gestión de la LAPAD en el Sistema público de Servicios Sociales de la mayor parte de las CCAA; y c) el hecho de que en la mayoría de las entidades locales se haya ampliado el número de profesionales que trabajan en la LAPAD, reorganizándose la estructura del servicio.

Sin embargo, el estudio de la FEMP (2011) también arroja una serie de conclusiones que hace reflexionar sobre la necesidad de seguir avanzando en ese proceso de descentralización y adquisición de competencias en distintas partes de proceso de gestión de la LAPAD a favor de los servicios sociales comunitarios. Así, entre estas conclusiones se destaca el hecho de que los procedimientos estén muy protocolizados y marcados por las CCAA, dejando escaso margen de gestión a los entes locales.

Por otra parte, Rodríguez Rodríguez (2006) plantea la necesidad de una serie de cambios y reformas para que los servicios sociales puedan responder a las necesidades que demanda la LAPAD. Entre estos cambios se encuentran los siguientes:

- a) La red de recursos debe modificarse para favorecer la existencia de suficientes servicios de proximidad, que permitan hacer efectivo los lemas de *vida independiente y envejecer en casa*.
- b) El abordaje de las respuestas debe ser integral, es decir, centrada en la persona, lo cual hace necesario mejorar, perfeccionar y coordinar las medi-

das de carácter preventivo, la atención del sistema sanitario, la extensión de la asistencia geriátrica y reformas en la seguridad social.

- c) Además del desarrollo en cantidad, variedad y calidad de los recursos de atención que proporciona la LAPAD, se les debe dotar de flexibilidad para adaptarse a las necesidades de cada caso. También se considera necesario introducir programas y servicios dirigidos directamente a las familias.
- d) La necesidad de garantizar la continuidad de cuidados hace necesario establecer vías estables de coordinación del sistema sanitario y de los servicios sociales, desarrollándose la figura del gestor de caso o profesional de referencia.
- e) Adecuación de los dispositivos de atención social a un modelo racional de intervención fundamentado en la evidencia científica. Para ello se plantea, por ejemplo, que toda la red de recursos de atención se descentralice en entornos de proximidad, que las intervenciones sean siempre especializadas y que su gestión, al final de proceso, se realice por la administración local.
- f) Que se valore la conveniencia y oportunidad de elaborar una Ley estatal básica de Servicios Sociales, como vía óptima para asegurar el principio constitucional de igualdad para toda la ciudadanía, con independencia de su residencia, para asegurar la igualdad de sus prestaciones.

Muchos de estos cambios y mejoras dan respuesta a las necesidades que Gutiérrez Resa (2006) detectaba en los servicios sociales comunitarios de Aragón y Andalucía, haciendo referencia a la falta de identidad, a la sobrecarga de trabajo por parte de los trabajadores sociales, al exceso de burocracia, a la necesidad de trabajar con otro tipo de profesionales para el desempeño adecuado de sus funciones, lo cual hace necesario aumentar los niveles de coordinación, así como la necesidad de formación continua de los recursos humanos.

Sin embargo, a demás de estas necesidades, retos y posibles reformas estructurales a las que deberían hacer frente los servicios sociales comunitarios, en los últimos años, como consecuencia de la grave crisis económica, parecen vivir en un clima de frustración que afecta a todos sus actores, desde los profesionales hasta los usuarios.

En definitiva, con objeto de mejorar la eficacia de la gestión de la LAPAD, tal y como apuntan los diferentes estudios elaborados al respecto, se hace ne-

cesario profundizar en la gestión de la Ley a través de los servicios sociales comunitarios, para lo cual se debería llevar a cabo una serie de reformas en el Sistema Público de Servicios Sociales, algunas de las cuales han sido comentadas en este apartado.

En este sentido, con objeto de seguir avanzando en el enfoque pluralista de la gestión de la dependencia en España, se considera de suma importancia dar una mayor importancia a la gestión que realizan los servicios sociales comunitarios. No en vano, son éstos los que se encuentran en los territorios y, por tanto, disponen de un mayor conocimiento, tanto de la demanda y sus necesidades como de la oferta de recursos con la que cuentan esos territorios.

III.9. Conclusiones

Del análisis de la gestión de la dependencia en España a partir del análisis del desarrollo y aplicación de la Ley que la regula (LAPAD) desde 2007, se puede extraer las siguientes conclusiones:

- Antes de la LAPAD, el riesgo de la dependencia era abordado, en parte, por una gran diversidad de normativa dispersa, tanto estatal como autonómica. No obstante, muchos dependientes quedaban fuera, por uno u otro motivo, de todas estas regulaciones, lo cual hacía necesario la elaboración de una sola normativa que tratara la problemática de la dependencia desde un enfoque global e integral.
- Además de la dispersión normativa, la LAPAD surge como consecuencia de la conjunción de una serie de factores que impulsan la necesidad de regular el problema de la dependencia, entre los que destacan: su regulación en buena parte de los países europeos, así como la configuración de una serie de factores demográficos (envejecimiento), sociales (cambio de roles en la sociedad, reducida dimensión de la familia, etc.), culturales (pérdida de importancia de la familia), económicos (incorporación de la mujer al mercado laboral) y político-institucionales (académicos y otros grupos comenzaban a debatir sobre los problemas de la dependencia).
- La LAPAD, aprobada en 2006, supone para España la consolidación de un nuevo derecho social, el derecho de la dependencia, el cual viene a

reforzar el denominado cuarto pilar del Estado de bienestar, correspondiéndose éste con el Sistema Público de Servicios Sociales, que pasa a ser complementario del Sistema de Atención para la Autonomía de la Dependencia (SAAD). Ello se une al Sistema de Salud, al Sistema Educativo y a la Seguridad Social (pensiones).

- La LAPAD viene a centralizar en parte, la regulación y gestión del Sistema Público de Servicios Sociales, dotándole a las CCAA de un amplio nivel de competencias en lo que a regulación, gestión y financiación respecta.
- Por tanto, la implicación que tienen los entes locales en la gestión de la dependencia, a través de sus servicios sociales comunitarios, va a depender de las decisiones que tomen las diferentes CCAA en la aplicación y gestión de la LAPAD. En este sentido, podría decirse que mientras que unas CCAA le confieren un importante papel en buena parte del proceso (información, gestión de solicitudes, elaboración de PIA, evaluación y seguimiento), otras centralizan la mayor parte del mismo, quedando los entes locales sólo para realizar tareas puramente administrativas de información y recepción de las solicitudes.
- En parte, como consecuencia de ello, existen diferentes grados de desarrollo y aplicación de la LAPAD por CCAA. De forma que, según los datos y estudios realizados al respecto, las CCAA que muestran mayores niveles de desarrollo y aplicación son aquéllas que han optado por un modelo de gestión más descentralizado, siendo en estas CCAA en las que mejor se pone de manifiesto el enfoque pluralista de gestión de la LAPAD.
- La LAPAD prioriza la prestación de servicios profesionales, aún cuando su oferta es escasa y está desigualmente desarrollada en las diferentes CCAA. Sin embargo, la tendencia en Europa en la gestión de este riesgo social camina hacia una mayor atención en el entorno familiar, erigiéndose la familia en pieza angular en el tratamiento de los cuidados continuados del dependiente, sobre todo en el modelo nórdico. A su vez, la mayor parte de los modelos y países analizados, excepto determinados países del modelo continental, tienen descentralizados los procesos de gestión.

- Por consiguiente, en España, con objeto de asemejar la gestión de la dependencia a la mayor parte de los países de nuestro entorno, se considera necesario: profundizar en la descentralización de la gestión de la dependencia, dándole un mayor peso a los servicios sociales comunitarios; aumentar la red de recursos y servicios públicos, escasamente desarrollados en muchas CCAA; y, proponer una reforma en la Ley Básica de Servicios Sociales que tenga en cuenta los problemas derivados de la gestión de la dependencia y donde los servicios sociales comunitarios se conforme en pieza fundamental del denominado como cuarto pilar del Estado del bienestar, compuesto por el Sistema de Servicios Sociales complementándose con el SAAD; así como, complementar las prestaciones económicas con las prestaciones de servicios profesionales en el entorno del dependiente.

No obstante, con objeto de profundizar en la problemática de la gestión descentralizada de la dependencia en España, en el siguiente capítulo se analiza el caso de una de las CCAA que tiene más descentralizado el proceso y que mejores niveles de desarrollo de la LAPAD muestra: la comunidad de Andalucía.

Capítulo IV

Gestión de la dependencia en Andalucía. Especial referencia a la provincia de Huelva

IV.1. Introducción

En el presente capítulo se analiza la gestión de la LAPAD en la comunidad autónoma andaluza, haciendo especial referencia a la Provincia de Huelva, como caso de gestión descentralizada de la dependencia en España. El objetivo central del presente capítulo será determinar hasta qué punto se está aplicando el enfoque pluralista (descentralizado) a la gestión de la misma, sus beneficios y problemática, así como la comparación del desarrollo y aplicación de la LAPAD en Huelva respecto a Andalucía y España. En definitiva, los objetivos serán:

- Determinar y describir las competencias y funciones que ejercen cada uno de los diferentes agentes que están presentes en la gestión de la dependencia en Andalucía, general y en la provincia de Huelva, en particular, así como las interrelaciones que se establecen en cada uno de ellos. Para lo cual se analizará las diferentes fases del proceso y las competencias asignadas a cada uno de ellos en el mismo.
- Analizar, a partir del análisis de los datos proporcionados por el SiSAAD, cómo ha evolucionado la aplicación y desarrollo de la LAPAD en la región y la provincia, desde su implementación hasta la actualidad, con datos acumulados a octubre de 2018.
- Elaborar un mapa de la dependencia en el que se recoja la organización de la Provincia de Huelva en la gestión de este derecho social, relacionan-

do los diferentes agentes, públicos y privados, que participan en este proceso.

- Recoger los principales aspectos que determinan la gestión de la LAPAD (tipo de organización, problemática, ventajas, etc.) desde sus responsables, tanto de la administración regional como desde las administraciones locales: supramunicipal (Diputación Provincial de Huelva) y municipal (Ayuntamiento de Huelva).
- Poner en valor el papel que ejercen los servicios sociales comunitarios en la gestión de la LAPAD y acercarnos a la opinión que tienen los dependientes y sus familias, de una forma indirecta, recogiendo la opinión de los trabajadores sociales, tanto de la Agencia de la Dependencia, en su Delegación Territorial de Huelva, como de las administraciones locales: Diputación Provincial y Ayuntamiento de Huelva.

En definitiva, con la elaboración del presente capítulo se pretende abordar el análisis de la gestión de la dependencia en el ámbito local (Provincia de Huelva), haciendo especial referencia al papel que tienen las diferentes administraciones públicas, así como los dependientes y sus familias en todo este proceso.

IV.2. La gestión de la Ley de Dependencia en Andalucía. El caso de la provincia de Huelva

IV.2.1. Antecedentes a la Ley de Dependencia en Andalucía

El desarrollo de los Servicios Sociales en Andalucía ha seguido un proceso complejo; su desenvolvimiento ha estado vinculado al desarrollo de la Constitución y a la implicación de la propia Comunidad Autónoma. Sin embargo, lo que significó una expansión sin precedente del sistema fue la Ley de Servicios Sociales de Andalucía de 1988 (en lo sucesivo LSSA), que reconoce el derecho a los servicios sociales a todos los ciudadanos y efectúa su diseño organizativo en los servicios sociales comunitarios (SS.SS.CC.) y especializados.

La atención a la Dependencia en Andalucía empezó a tomar cuerpo con ocasión de la puesta en marcha del Programa *Andalucía en Familia*, tras la aprobación por parte del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía del Decre-

to 137/2002, de 30 de abril, sobre el Plan de apoyo a las familias andaluzas, así como sus sucesivas modificaciones y ampliaciones.

El Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (2002) supuso un importante impulso tanto de atención a los dependientes como a sus familias,⁶⁵ ya que impulsó la contratación de cuidadoras/es, constituyendo alguna de sus principales novedades. Con este programa se ofrecieron servicios a 6.216 andaluces en los 261 centros de servicios sociales de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social -CIBS (de aquel entonces), conforme al informe del Servicio de Inspección, Evaluación y Control de Centros de CIBS (marzo, 2005).

Entre los programas de *Andalucía en Familia*,⁶⁶ destacan dos programas: *Programa de estancia diurna y respiro familiar*. Con el primero, se garantiza una estancia mínima en los centros de 39 horas semanales, cinco días a la semana y once meses al año. Y, con el segundo, los centros asistenciales asumen temporalmente las tareas de cuidado a la persona dependiente por algún miembro de su familia.

Asimismo se dispusieron recursos sociales vinculados con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), importantes en la vida de las dependientes y de sus familias, como son: el *Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer* (2003-2006), para mayores de 65 años diagnosticados de Alzheimer; el *Programa de Control de Errantes*,⁶⁷ a fin de evitar la salida no controlada de residentes que sufren algún trastorno de desorientación de los centros; y el Servicio Andaluz de Teleasistencia.

El *Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad* en Andalucía (2003-2006) recogió un programa de *Apoyo a los cuidadoras/es informales* de dependientes en el hogar, el cual se una mayor capacidad para cumplir el objetivo protector y de generación de empleos de proximidad que contribuyen a la integración laboral. Todo esto ayudó a los cuidadores habituales a conciliar la vida

65. Su presupuesto en el 2005 sube un 40% y unas 400.000 familias andaluzas se beneficiaron ese año de una inversión, con 279 millones de euros, reservándose en dicho monto una partida importante para los dependientes. Entre los servicios que también destacan está el Programa de Respiro Familiar (sin límite de mínimo de edad: se extiende a menores de 16 años dependientes por discapacidad); así como el SAD gestionado por los SS.SS.CC. de las EE.LL. de Andalucía.

66. No obstante a ello, entre los programas desarrollados se encuentran: las Ayudas para la adecuación funcional de la vivienda para las personas mayores y con discapacidad; Comedor en los centros de Día de Personas Mayores; Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer; así como, también en el ámbito de Salud; Atención temprana para niños/as recién nacidos de 0 a 4 años, . . . ; y, Prestaciones vinculadas a un servicio.

67. A través de la Fundación Andaluza de Servicios Sociales, dependiente de la CIBS.

laboral y familiar. Tales medidas, han supuesto generación tanto riqueza como concreción de una política redistributiva de la renta para la región.

Anexo a todos estos programas se encuentran los planes anuales o plurianuales y proyectos estratégicos de ámbito local, donde las diputaciones provinciales (menos de 20 mil habitantes) y los ayuntamientos andaluces (más de 20 mil habitantes) han desarrollado prestaciones básicas de SS.SS.CC., presupuestados, y con memorias de evaluación, adecuando estructuras y programas a las sucesivas normativas.

IV.2.2. Análisis de los principales elementos de la normativa que desarrolla la Ley de dependencia en Andalucía. Especial aplicación a la Provincia de Huelva

Partiendo de la base del reconocimiento de derecho subjetivo establecido en LAPAD, entendemos que, aunque este derecho esté garantizado por el Ordenamiento Jurídico y amparado bajo la tutela judicial, la efectividad y eficacia real del mismo radicarán en el modelo organizativo y de gestión que se defina por cada Comunidad Autónoma. La LAPAD se refiere a modernización del sistema y no a su creación, marca la actuación de las CCAA, renovando y respetando lo realizado por éstas.

Competencias de la Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales

Para alcanzar el encaje competencial de la Comunidad de Andalucía (en lo sucesivo, CA) bajo el principio de cooperación interadministrativa (imprescindible para la articulación del SAAD), es crucial el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD (en adelante, CT) como órgano de encuentro del mismo. De este modo, se produce una gobernanza multinivel con el CT, los planes conjuntos y los convenios de colaboración bilaterales entre Estado y Comunidad Autónoma.⁶⁸

68. Dichos convenios bilaterales, pueden ser anuales o plurianuales. Es destacable en concreto el Convenio suscrito en febrero de 2007 entre MTAS, IMSERSO y la Junta de Andalucía donde se acuerda elevar el nivel mínimo para realizar programas cofinanciados con el Plan de Acción a favor de Dependientes.

Tal y como ha quedado recogido en el capítulo anterior, Andalucía adopta el modelo de gestión *descentralizado*, que: a) por una parte centraliza la responsabilidad de gran parte de los procesos a través de unidades y servicios territorializados, dependientes de la administración autonómica; y b) por otra cede a las corporaciones locales —SS.SS.CC— las competencias para la gestión y negociación del PIA, manteniendo la responsabilidad total sobre el Sistema; inspirada en el principio de cooperación interadministrativa, imprescindible para la articulación del SAAD.

El Consejo de Gobierno andaluz regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, así como a los órganos competentes para su valoración, con el Decreto 168/2007. Los Servicios Sociales son los órganos responsables de iniciar el expediente, tras la petición del solicitante, y encauzar el procedimiento para el reconocimiento de la dependencia.

Para ello, la Junta de Andalucía crea el Servicio de Información, Orientación, Valoración y Asesoramiento, lo que supone que el personal valorador de la Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, de la residencia del solicitante, sea el competente para comenzar e instruir el proceso, contando con la colaboración de los servicios sociales comunitarios. De este modo, se puede decir que este modelo descentralizado andaluz permite contribuir a:

- a) Fortalecer la coherencia del sistema, ya que el ciudadano cuenta con un referente profesional cercano, lo que además permite trabajar la prevención y la detección precoz de situaciones de dependencia.
- b) Reconocer a las corporaciones locales como la administración más cercana al ciudadano, con autonomía, experiencia y competencia, en la gestión de servicios sociales. Obviar el papel de los Servicios Sociales de atención primaria correspondientes al primer nivel local es una pérdida de visión, de orientación y de optimización de recursos que el sistema no puede permitirse.

Entre las funciones del CT se halla la de establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de servicios previstos en el Catálogo y la compatibilidad entre los mismos, que luego serán aprobados por el Gobierno me-

dante Real Decreto. La LAPAD es escueta sobre la compatibilidad entre los servicios del catálogo, dejando a las CCAA que lo regulen. En este caso, la normativa andaluza es exhaustiva a este respecto (Orden de 3 de agosto de 2007).

En concordancia con la LAPAD, el propio Estatuto de Autonomía⁶⁹ faculta en esta materia a la CA andaluza a (art. 61 del Estatuto) regular, ordenar y gestionar los servicios sociales, prestaciones técnicas y económicas con finalidad asistencial y complementaria de otros sistemas de protección pública. La LAPAD (art. 11) concreta dichas funciones, en lo que respecta a planificar, coordinar, gestionar medios y recursos, llevar registros, inspeccionar, evaluar e informar del SAAD al Estado.

A fin de coordinar las políticas para el desarrollo de la LAPAD en Andalucía se crea, en diciembre de 2008, la Secretaria General para la Atención a la Dependencia, dentro de la estructura de la *Consejería de Igualdad y Bienestar Social –CIBS-* y con nivel orgánico de viceconsejería. Su competencia es coordinar las actuaciones para la gestión del SAAD llevadas a cabo por la Secretaría General Técnica, y por las tres Direcciones Generales: la de Mayores, de Personas con Discapacidad y de Servicios Sociales e Inclusión.

En relación a las diferentes actuaciones del referido programa *Andalucía en Familia*, una vez conformado el SAAD, tras la aprobación de la LAPAD, buena parte de los servicios y prestaciones contemplados en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (2002) han pasado a formar parte del Catálogo de servicios del SAAD. De este modo, el catálogo del SAAD se prestará con la oferta de la Red de Servicios Sociales de la JA mediante centros y servicios públicos o privados concertados acreditados.⁷⁰

Precisamente, el servicio de Teleasistencia es ofrecido directamente por la CIPS, mientras que el resto de servicios y prestaciones económicas, a través de las Delegaciones Territoriales de Igualdad y Políticas Sociales respectivas, excepto el SAD que es exclusivamente gestionado por los SS.SS.CC.

La prestación del servicio de teleasistencia de la JA, está condicionado a que el beneficiario/a disponga de una línea telefónica; así como, que dicha persona tenga reconocida dicha prestación en su PIA y, dependiendo del grado de de-

69. Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

70. Servicio de Centro de Día y Noche, distinguiendo el Centro de Día para Mayores, el Centro de Día para menores de 65 años, el Centro de Día de atención especializada y el Centro de Noche; así como, el Servicio de Atención Residencial.

pendencia y sus capacidades, el servicio se presta a su cuidador o cuidadora. En todo caso, este servicio tiene por objeto facilitar la permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno en el que desarrollan su vida.⁷¹

La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (Agencia, en adelante)

La Junta de Andalucía, para mejorar la organización de los servicios sociales, en materia de dependencia, crea la *Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, como* agencia pública empresarial (con la Ley 1/2011).⁷² Esta Agencia se constituye como la Administración autonómica de la CIBS, competente en la gestión del SAAD, con sede institucional en la ciudad de Sevilla, sin perjuicio de disponer de otras sedes o estructuras administrativas de carácter territorial para el cumplimiento de sus funciones.

La Agencia es la Administración competente de la actual Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y, por tanto, se adscribe a cada una de las actuales Delegaciones Territoriales de esta consejería. De tal forma, que la Agencia tiene Delegaciones Territoriales en las ocho provincias andaluzas, descentralizando en éstas la mayor parte de los procesos de gestión de la LAPAD. De este modo, para realizar nuestro estudio empírico de caso sobre la gestión de esta Ley en Andalucía, nos centramos en analizar la gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva, ya que la gestión en el resto de provincias andaluzas sigue el mismo esquema.

Así, entre las funciones básicas de la Agencia se encuentran: a) aprobar la propuesta de resolución de reconocimiento de grado de la situación de dependencia; y b) aprobar la propuesta PIA y derecho a las prestaciones y servicios del catálogo SAAD.

71. En algunos casos como instrumento suficiente para mantener su autonomía personal, y en otros, como servicio complementario a otros recursos.

72. Ley 1/2011, de 17 de febrero. Luego, se aprueba los Estatutos de la Agencia mediante Decreto 101/2011, de 19 de abril, se extingue la Fundación Andaluza de Servicios Sociales y de la Fundación para la Atención a las Drogodependencias e incorporación Social.

Competencias de los Servicios Sociales Comunitarios en la gestión de la LAPAD

Otras de las características del sistema instaurado en Andalucía es su marcado carácter municipalista, propio del sistema público de servicios sociales andaluz, otorgando un destacado protagonismo al papel de los SS.SS.CC., como iniciadores del procedimiento y ponentes del PIA. La competencia de la gestión de los SS.SS.CC. corresponde, por Delegación de la Junta de Andalucía, a los municipios con población superior a los 20.000 habitantes y a las Diputaciones para los municipios con población inferior. En efecto, el Decreto 168/2007 dispone las siguientes funciones a los SS.SS.CC.: a) Las entidades locales de Andalucía participarán en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del sistema; asimismo, b) también recae iniciar la tramitación del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del SAAD, así como la elaboración de la propuesta de PIA.

Ello ha obligado a desarrollar renovados mecanismos de coordinación y protocolización entre los SS.SS.CC. y los órganos de la Junta de Andalucía, que se podían caracterizar de inéditos. Estos mecanismos parten de un procedimiento general formulado por el Decreto 168/2007, que en resumen se concreta en dos fases y trámites que serán abordados en el siguiente epígrafe.

Coordinación entre el Sistema de Salud y el de Servicios Sociales

La principal característica del SAAD en Andalucía es su vinculación al Sistema Público de Servicios Sociales. Sin embargo, no se ha optado por un modelo socio-sanitario, ya que la atención a la Dependencia conforma un subsistema del Sistema Público de Servicios Sociales, renunciándose a la instauración de un sistema socio-sanitario, al menos a corto plazo, como sí ha ocurrido con otras CCAA de España, como es el caso de Extremadura. Esto se debe a los siguientes factores:

- a) La coordinación entre los dispositivos del Sistema de Salud y el de Servicios Sociales en materia de dependencia podemos caracterizarla de frágil, centrado en simple intercambio de documentación para la valoración de

la dependencia, sin que se haya definido, hasta la fecha, una metodología común y una protocolización de los procedimientos de intervención entre los distintos profesionales y dispositivos.

- b) Ello no es óbice para que, a medio plazo, puedan definirse dispositivos en red, toda vez que el referido Decreto 168/2007 así lo contempla. De hecho, la disposición final primera del mismo, sobre a la coordinación sociosanitaria establece que, conforme a la LAPAD, las Consejerías competentes en materia de salud y de servicios sociales establezcan los procedimientos de coordinación entre el Sistema Público Social y Sanitario⁷³.
- c) No se ha previsto desarrollar un espacio común sociosanitario, de organización conjunta entre el Sistema de Salud y de Servicios Sociales, pues en la atención sociosanitaria no vale el distrito Sanitario o la Zona de Trabajo Social, siendo necesario para ello el establecimiento de un Distrito o Zona sociosanitaria y de un mapa autonómico de atención sociosanitaria.
- d) En Andalucía no se ha previsto, hasta la fecha, organizar un sistema de atención y CLD para personas en situación de dependencia, que garantice la continuidad asistencial, tanto para las personas institucionalizadas en centros de servicios sociales especializados, como las que permanecen en su hábitat habitual, potenciando, para ello, el uso de las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Coordinación entre la Agencia y los Servicios Sociales Comunitarios

Tal y como vamos a recoger en un epígrafe posterior, la coordinación entre la administración regional, representada por la Agencia de la Dependencia, y los entes locales, representados por sus respectivos servicios sociales comunitarios, se realiza a través de las Comisiones Provinciales de Coordinación de la Dependencia, en las cuales están representadas: a) la respectiva Delegación Territorial de la Agencia de la Dependencia en la provincia, b) el área de la dependencia de la diputación provincial (municipios de menos de 20.000 ha-

73. Así como los instrumentos que procedan para garantizar una efectiva atención a las personas en situación de dependencia, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11.1.c) de la LAPAD.

bitantes) y c) el área de la dependencia de los municipios con más de 20.000 habitantes de la provincia.

La provincia de Huelva fue una de las que primero constituyó esta comisión, la cual, en los primeros años de aplicación de la LAPAD, se reunía, al menos, dos o tres veces al mes. Actualmente se reúnen dos o tres meses al trimestre. Ello hace que la coordinación entre estas administraciones con competencia en la gestión de la dependencia a nivel provincial sea relativamente buena, salvo problemas puntuales de descoordinación, los cuales se manifestarán en las encuestas que se les pasó a los trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios.⁷⁴

IV.2.3. El proceso de gestión de la Ley de Dependencia en Andalucía y la Provincia de Huelva

Los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y de las prestaciones y servicios son mixtos, entre las dos administraciones, es decir, entre la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia de Andalucía (el Servicio de Valoración, Coordinación y Prestaciones Económicas), y los Servicios Sociales Comunitarios de los Entes Locales, existiendo dos actos administrativos. No obstante, desde el punto de vista procedimental estos dos actos se pueden unificar, hablándose así de un único procedimiento con dos fases, cuyos contenidos son los siguientes:

- a) En la primera fase se evalúa y reconoce un determinado grado de dependencia. Se inicia a instancia de las personas que pudiesen estar afectadas por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación. En este sentido, la persona interesada acude a la oficina de los servicios sociales comunitarios del municipio donde reside a informarse, por lo que a estos servicios sociales les corresponde ofrecer información, asesoramiento y gestionar la solicitud.

74. Según manifiestan los coordinadores de la gestión de la dependencia en la Agencia, la Diputación y el municipio al hilo de la entrevista en profundidad mantenida con cada uno de ellos. Las principales conclusiones de estas entrevistas se recogen en el epígrafe IV.4 del presente capítulo.

En esta primer parte del proceso se tendrá en cuenta los siguientes pasos: a) información e inicio (solicitud); b) instrucción (se piden documentos y se emiten informes, tanto del trabajador social del expediente, así como del enfermero de referencia —centro de salud—); c) valoración del grado; y d) emisión de la resolución del grado, en ambos casos, por la Agencia de la Dependencia en su delegación territorial.

- b) La segunda fase tiene como finalidad comunicar la asignación de aquellas prestaciones y servicios más idóneos a cada situación personal, estableciendo una serie de recursos concretados en el denominado PIA, elaborado por los servicios sociales comunitarios.

Por tanto, a los servicios sociales comunitarios les corresponde ofrecer información, asesoramiento, elaborar el informe social, dar trámite de audiencia⁷⁵ y emitir el PIA donde se prescriben los servicios y recursos más viables e idóneos para la atención a la persona dependiente disponibles según dictamen recogido en la Resolución de Grado de la persona. Esta resolución fija la fecha de efectividad de la prestación o servicio.

El mencionado Servicio de Valoración de la Agencia y los SS.SS.CC. en Andalucía tienen potestad para presentar una propuesta no vinculante —cada uno en el ámbito de sus competencias—, de forma que la resolución final, en ambos casos, corresponde a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. En el caso de la Provincia de Huelva corresponde al titular de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

La fase de seguimiento correrá a cargo de la Agencia del Servicio de Valoración, Coordinación y Prestaciones Económicas, para el seguimiento y control de la correcta aplicación del PIA y de los fondos públicos, en colaboración con los SS.SS.CC. correspondientes al municipio de residencia del usuario.

75. Antes de la emisión de esta resolución, la persona declarada en situación de dependencia o, en su caso, sus familias o representantes legales han sido consultados previamente a la aprobación del PIA, pudiendo, en su caso, elegir entre las alternativas propuestas (Orden 1 oct., 2007, de aplicación del SAAD en Andalucía).

IV.2.4. La participación de los diferentes agentes en la gestión de la Ley de Dependencia

Una vez recogidas las competencias y el proceso de gestión de la LAPAD en Andalucía y en la provincia de Huelva, en particular, en el presente apartado recogemos, a modo de resumen, la función o papel que desempeñan cada uno de los agentes (administraciones públicas, tejido empresarial, ciudadano, etc.) en las diferentes fases de todo este proceso. Estas funciones quedan recogidas en la **Tabla IV.1.**

Tabla IV.1. La participación de los agentes en la gestión de la Ley de Dependencia

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA					SECTOR INFORMAL	SECTOR EMPRESA	
AGENTES		AGE	ADM. REGIÓN AGENCIA: Valoración Coordinación Prestaciones Económicas	ADM. LOCAL: Servicios Sociales Comunitarios	ADM. REGIÓN SALUD: Centro del Distrito Sanitario	Dependiente Familia	Empresa Lucrativa y no lucrativa
FASES PROCESO	Inicio		De oficio	De oficio		Interesado	
	Información, Orientación y Asesoramiento						
	Expediente documentado						
	Informe tipo del centro distrito sanitario				Enfermero de enlace		
	Baremo Valoración	RD 174/2011	Servicio Valoración				

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA						SECTOR INFORMAL	SECTOR EMPRESA
FASE I	Resolución Grados	RD 174/2011	Agencia D 168/2007				
	Dependencia. Notificación Resolución Valoración		Firma el Delegado Territorial	Recibe notificación Resolución		Recibe notificación Resolución	
FASE II	Elaboran Informe social y dan trámite de audiencia					Consulta PIA; prestaciones y servicios	
	Propuesta PIA						
	Resolución PIA Comunicación PIA		Servicio de Coordinación	Recibe notificación: Aprobación PIA		Recibe notificación: Aprobación PIA	
	Prestaciones económicas	N.M.	Servicio de PE N. acordado y adicional			Cuidos no profesionales	

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA						SECTOR INFORMAL	SECTOR EMPRESA
FASE II	Prevención	N.M.	Agencia (cursos form. cuidadores)				
	Teleasistencia	N.M.	Servicios Centrales				
	SAD	N.M.				Copago Servicios	Provisión Servicios
	SAR	N.M.	Servicio de Coordinación			Copago Servicios	Provisión Servicios
	UED/Centro DIA UEN/ Centro Noche	N.M.	Servicio de Coordinación			Copago Servicios	Provisión Servicios
	Seguimiento y control		Agencia	SS.SS.CC.			Provisión Servicios

Siglas: AGE: Administración General del Estado; C.A.: Comunidad de Andalucía; NM: nivel mínimo; SAD: Servicio de ayuda a domicilio; SAR: Servicio de atención residencial; UED/UEN: unidad de estancia diurna/nocturna.

Fuente: elaboración propia a partir de la LAPAD, del Decreto 168/2007, de las entrevistas realizadas al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de la Delegación Territorial Huelva, a la Jefa de los Servicios Sociales Comunitarios de Bienestar Social de la Diputación de Huelva y, al Coordinador Municipal de la Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva.

Como se desprende de la tabla anterior, los diferentes agentes (públicos/privados, formales/informales) participan, de una forma complementaria, en las distintas etapas y fases del proceso de gestión de la dependencia en España, según la LAPAD. De tal forma, que esta participación se puede analizar siguiendo el modelo de gestión pluralista del bienestar, aplicada en este caso al riesgo social de la dependencia.

En este sentido, cabe destacar cómo los diferentes niveles de la administración pública (central, regional y local), sus diferentes departamentos (servicios sociales, salud y dependencia), el sector empresarial y los propios dependientes y familiares están todos implicados en diferentes fases de este proceso, participando e interactuando, en muchas de ellas, varios de estos agentes.

IV.2.5. La aplicación de la Ley de Dependencia en la Provincia de Huelva. Un análisis comparado con Andalucía y España

En el presente epígrafe se analizan los últimos datos, del año 2018, que muestran el grado de aplicación de la LAPAD en la Provincia de Huelva, realizando un análisis comparado respecto a los de Andalucía y España. Estos datos nos fueron proporcionados por la Delegación Territorial de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía en Huelva.

Solicitudes

Respecto a las solicitudes registradas, acumuladas a octubre de 2018, según se observa en la **Tabla IV.2.**, la Provincia de Huelva es el territorio que presenta un mayor volumen acumulado respecto a la población, con un 5,17%. Por detrás se encuentra Andalucía, con un 4,64%, siendo la tercera comunidad autónoma, en carga de trabajo, por detrás de Castilla y León (5,19%) y Extremadura (5,10%). Por su parte, la media nacional se sitúa en torno al 3,75% de solicitudes.

En este sentido, puede afirmarse como la carga de trabajo de los servicios sociales comunitarios de la provincia de Huelva, así como la Agencia de Servicios Sociales y de Dependencia de Andalucía, en su Delegación Territorial de Huelva, tienen una importante carga de trabajo en lo que al tratamiento y gestión de las solicitudes de la dependencia respecta; por encima de la media regional y nacional.

Tabla IV.2. Solicitudes registradas a octubre de 2018

TERRITORIO	N.º Solicitudes	% sobre pobl.
Huelva	26.820	5,17
Andalucía	388.687	4,64
España	1.749.647	3,75

Fuente: elaboración propia a partir de la Delegación Territorial de Huelva de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y del Instituto Nacional de Estadística (2018).

Solicitudes resueltas

Respecto a las solicitudes resueltas, se puede observar cómo la Provincia de Huelva se configura como el territorio donde, desde que comienza a ser aplicada la LAPAD, se han resuelto un mayor número de solicitudes en relación al tamaño de su población, con un 4,61%; situándose por encima de la media andaluza, con un 4,21% y española, con un 3,45%. De forma, que ese volumen de trabajo, apuntado anteriormente, en lo que a la gestión de la dependencia respecta, se vuelve a ratifica con el análisis de este indicador.

Tabla IV.3. Solicitudes resueltas por grados a octubre de 2018.

Territorio	Solicitudes iniciales	Solicitudes pendientes valoración	Resoluciones de grado					Personas derechos	Total resoluciones
			Grado III	Grado II	Grado I	Sin grado			
Huelva	26820	2287	5.414	9.679	5.077	3.764	20.170	23.934	
	-	-	26,84	47,99	25,17	18,66	3,89	4,61	
Andalucía	338687	66388	79.357	122.705	84.024	66.388	286.086	352.474	
	-	-	27,74	42,89	29,37	23,21	3,41	4,21	
España	1749674	138051	376.867	483.058	420.843	330.855	1.280.768	1.611.623	
	-	-	29,43	37,72	32,86	25,83	2,74	3,45	

Fuente: elaboración propia a partir de la Delegación Territorial de Huelva de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y del Instituto Nacional de Estadística (2018).

A su vez, cuando se analiza el número de personas con derecho a prestación, la Provincia de Huelva, con un 3,89% de su población, vuelve a situarse por encima de la media andaluza, con un 3,41% y de la nacional, con un 3,45%; lo cual indica una carga de trabajo superior a la media en lo que a la gestión de los recursos de la LAPAD, prestaciones económicas y servicios, respecta. De hecho, mientras que el porcentaje de personas que terminan no teniendo grado alguno es del 18,66% en la Provincia de Huelva, en Andalucía es del 23,21% y en España 25,83%.

En relación a los grados, como se desprende de la **Tabla IV.3.**, en la Provincia de Huelva el dependiente tiene un perfil similar a la media andaluza. Así, el porcentaje de personas con Grado III es del 26,84%, frente al 27,74% en Andalucía; el de Grado II del 47,99%, frente al 42,89% en Andalucía; siendo el 25,17% de Grado I, frente al 23,1% en Andalucía. Así, mientras que el porcentaje de personas con Grado III es similar, el de personas con Grados II y I es ligeramente superior en la Provincia de Huelva.

Recursos prestados

Por su parte, la clasificación de los recursos prestados por el sistema, entre servicios y prestaciones económicas, se recoge en la **Tabla IV.4.**

Tabla IV.4. Distribución de los recursos en prestaciones económicas y servicios

Territorio	Prestaciones servicios	PECEF	% Servicios
Huelva	15.212	5.319	74,09
Andalucía	190.892	70.211	73,11
España	853.416	393.616	68,44

Fuente: elaboración propia a partir de la Delegación Territorial de Huelva de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

Como se desprende de la tabla anterior, en la Provincia de Huelva, el porcentaje de servicios, respecto a las prestaciones económicas, con un 74,09% se sitúa por encima de las medias andaluza y nacional, con un 73,11% y 68,44%, respectivamente. Con ello, se puede observar cómo en la Provincia se tiende a cumplir, en mayor medida, uno de los objetivos que marca la LAPAD, consistente en la prestación de servicios frente a la asignación de prestaciones económicas, las cuales deben ser asignadas en casos excepcionales. Esto, además, pone de manifiesto que la Provincia de Huelva tiene una oferta de recursos, en forma de servicios, lo suficientemente diversa, como para atender casi al 75% de la demanda.

No obstante, según los objetivos que marca la LAPAD, y como pondremos de manifiesto en los siguientes epígrafes para el caso de la Provincia de Huelva, sigue siendo necesario avanzar en la diversificación e intensificación de esa oferta de servicios.

Tabla IV.5. Distribución de los tipos de recursos a octubre de 2018

Territorio	Prestaciones								
	SAR	SCD	SAD	PEVS	PEAP	PECEF	TA	SPAPD	TOTAL
Huelva	1.698	670	6.480	154	0	5.319	6.140	70	20.531
	8,27	3,26	31,56	0,75	0,00	25,91	29,91	0,34	100,00
Andalucía	24.182	13.796	65.097	3.713	9	70.211	82.284	1.811	261.103
	9,26	5,28	24,93	1,42	0,00	26,89	31,51	0,69	100,00
España	161.338	93.246	217.057	120.934	6.586	393.616	203.752	50.503	1.247032
	12,94	7,48	17,41	9,70	0,53	31,56	16,34	4,05	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la Delegación Territorial de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

En la **Tabla IV.5.** se recoge la distribución del tipo de recursos prestados por la Provincia de Huelva, respecto a Andalucía y España. Así, mientras que la Provincia está más avanzada que la media andaluza en lo que al Servicio de Ayuda a Domicilio respecta, con un 31,56%, frente a un 24,93% en la región andaluza, en lo que respecta a los servicios de residencias, centros días y noche, teleasistencia y prevención, se sitúa por debajo de la media. No obstante, a pesar de esas diferencias, la distribución de los distintos tipos de recursos tiende a ser similar.

Sin embargo, la distribución de recursos a nivel nacional es diferente. De forma que las residencias, centros días y noche, ayuda a domicilio y teleasistencia tienen a ser igual a este nivel. Ello hace que tanto las residencias como los centros días y noche tengan una mayor presencia a nivel nacional, mientras que la ayuda a domicilio y la teleasistencia adquiere mayor presencia en Andalucía y la Provincia de Huelva.

En este sentido, dado que las competencias en la gestión de la Ayuda a Domicilio corresponde a los servicios sociales comunitarios, puede concluirse como éstos, tanto en Andalucía, en general, como en la Provincia de Huelva, en particular, adquieren una mayor importancia en lo que a la gestión de la LAPAD respecta, sobre todo si tenemos en cuenta, como se ha apuntado en el capítulo anterior, que la gestión de esta Ley, en Andalucía, se encuentra descentralizada en los entes locales.

Ratio de prestaciones y limbo de la dependencia

En la siguiente tabla se recoge el número de prestaciones por persona beneficiaria, así como el porcentaje de personas con derecho a prestación que a fecha de octubre de 2018 aún no estaban siendo atendidas.

Tabla IV.6. Ratio de prestaciones, prestaciones por habitante y limbo a octubre de 2018

Territorio	Ratio prestaciones	Prestaciones por habitantes	Limbo de la dependencia	% Limbo
Huelva	1,32	3,96%	4.587	22,74%
Andalucía	1,30	3,12%	85.409	29,85%
España	1,24	2,67%	275.176	21,49%

Fuente: elaboración propia a partir de la Delegación Territorial de Huelva de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y del Instituto Nacional de Estadística (2018).

Según se desprende de la tabla anterior, tanto el ratio de prestaciones por persona beneficiaria, como el porcentaje de prestaciones por habitantes, es superior en la Provincia de Huelva, respecto a la media andaluza y nacional, lo cual pone de manifiesto el importante nivel de implementación y desarrollo de la LAPAD en la Provincia.

La conclusión anterior adquiere una mayor trascendencia si consideramos que el porcentaje de personas con derecho reconocido que aún no están siendo atendidas, el denominado como «limbo» de la dependencia, es mucho más bajo que la media andaluza, situándose en el 22,74%, frente al 29,85% de la media regional.

En definitiva, a partir del análisis comparativo de los datos de la aplicación de la LAPAD en la Provincia de Huelva, puede concluirse cómo ésta se encuentra en niveles de implementación parecidos a la media andaluza, si bien, los valores que toman la mayor parte de indicadores (solicitudes, resoluciones, número y tipo de prestaciones, «limbo» de la dependencia, etc.) son ligeramente superiores a la media regional, lo cual pone de manifiesto el importante grado de desarrollo alcanzado; sobre todo, si se tiene en cuenta que, tal y como quedó recogido en el Capítulo III, Andalucía se sitúa entre las primeras comunidades autónomas en lo que respecta a solicitudes tramitadas, valoraciones realizadas y PIAs resueltos.

Por tanto, puede destacarse el importante esfuerzo que, desde los comienzos de la aplicación de la LAPAD, se viene haciendo en la gestión de este derecho social en la Provincia de Huelva por todos los agentes que participan en dicha gestión, tanto en lo que respecta a la administración regional, en su delegación territorial, como a las administraciones locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios.

IV.3. El mapa de la dependencia en la provincia de Huelva

Una vez presentada la distribución de competencias y descrito el proceso de gestión de la LAPAD en Andalucía, aplicada al caso de Huelva, en el presente epígrafe recogemos la estructura organizativa de los diferentes agentes de la provincia involucrados, de una u otra forma, en esta gestión, haciendo mención a las diferentes administraciones públicas y a las empresas que prestan los diferentes servicios del catálogo.

IV.3.1. Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia. Delegación Territorial de Huelva

En la **Tabla IV.7.**, y en el **Gráfico IV.5.** se recoge el organigrama y organización de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva.

Tabla IV.7. Organización de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva

Nivel de admón. Pública	Demarcaciones Territoriales	Servicios y equipo integrante	Dirección/ contacto
Admón. Regional (Agencia de Servicios Sociales y de Dependencia de Andalucía)	Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Huelva). <i>Área de Bienestar Social:</i> Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía	VALORACIÓN: 2 abogados; 12 trabajadores sociales (TS) valoradoras administración dependencia. 7 administrativos/as.	Avenida de la Ría, N.º 8 (4º planta), C.P.: 21071. Edificio Insur. Huelva 959 034327.
		COORDINACIÓN: 19 TS-PIA Dependencia (administrativos y trabajadores/as sociales)	
		PRESTACIONES ECONÓMICIAS: 7 –Profesionales (generalmente administrativos).	

Fuente: elaboración propia a partir de información Delegación Territorial de Huelva de la Agencia de Servicios Sociales y de Dependencia de Andalucía.

Gráfico. IV.1. Organigrama de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva.



Fuente: elaboración propia a partir de la información de la Delegación Territorial de Huelva de la Agencia de Servicios Sociales y de Dependencia de Andalucía.

Tal y como se desprende de la tabla anterior, la organización de la Agencia, en su Delegación Territorial de Huelva, queda dividida en tres servicios: Valoración, Coordinación y Prestaciones Económicas, integrados, en su mayor parte, por trabajadores sociales (TS). En general, el número de trabajadores se sitúa en torno a los cuarenta.

Dentro de la Agencia, el Servicio de Valoración ejerce las funciones siguientes: la emisión del dictamen sobre el grado de dependencia con especificación de los cuidados requeridos por la persona; así como, la recopilación de información del estado de salud del solicitante y aplicación del baremo de valoración; se relaciona el informe tipo del Centro de Distrito Sanitario (elaborado por el enfermero de enlace) con el baremo de valoración; elabora la propuesta de resolución de grado de dependencia; pone en conocimiento los fundamentos de la

resolución al dependiente/familia, así como a los Servicios Sociales Comunitarios respectivos; y presta asistencia técnica y asesoramiento en los procedimientos contenciosos (cuenta con el área jurídica, a cargo de 2 abogados).

A su vez, los servicios de Coordinación y Prestaciones Económicas de la propia Agencia tienen entre sus actuaciones principales: aprobar la propuesta de resolución PIA; volcar dicha resolución en el programa informático Netge-fys, al cual tienen acceso las administraciones públicas competentes; c) poner en marcha los servicios de teleasistencia, servicio de atención residencia (SAR, en lo sucesivo);⁷⁶ UED (unidades de estancia diurna)- Centro de Día o UEN (unidad de estancia nocturna)- centro de Noche, así como la gestión de las prestaciones económicas (PE) en sus diferentes modalidades.

En lo que respecta, tanto al *Servicio de Valoración, Coordinación y Prestaciones Económicas*, corresponde la revisión de grado de dependencia y de la prestación reconocida, ya sea, a instancia del interesado, de sus representantes o de oficio. Y, por las circunstancias de mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia, o, por error de diagnóstico en aplicación del correspondiente baremo.

Por otro lado, las prestaciones podrán ser modificadas o extinguidas, en función de la situación personal del beneficiario, cuando se produzca una variación de los requisitos fijados para su reconocimiento, o por omisión de las obligaciones reguladas en la Ley (art. 30 de la LAPAD).

IV.3.2. El Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva⁷⁷

Para el caso de Huelva, los servicios sociales comunitarios, en los municipios de menos de 20.000 habitantes, son gestionados por el Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial, la cual cuenta con una Jefatura de Servicios Sociales, como instancias responsables de la Planificación, Gestión y Asesoramiento para el desarrollo de la LAPAD. Su organización se encuentra recogida en la **Tabla IV.8**.

76. Servicio de Coordinación tiene a su cargo la gestión y coordinación del servicio de residencia con plazas concertadas, de las empresas privadas debidamente acreditadas.

77. Este epígrafe ha sido elaborado a partir de las diferentes memorias anuales que elabora el Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2014, 2013, 2012).

Tabla IV.8. Organización del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva*

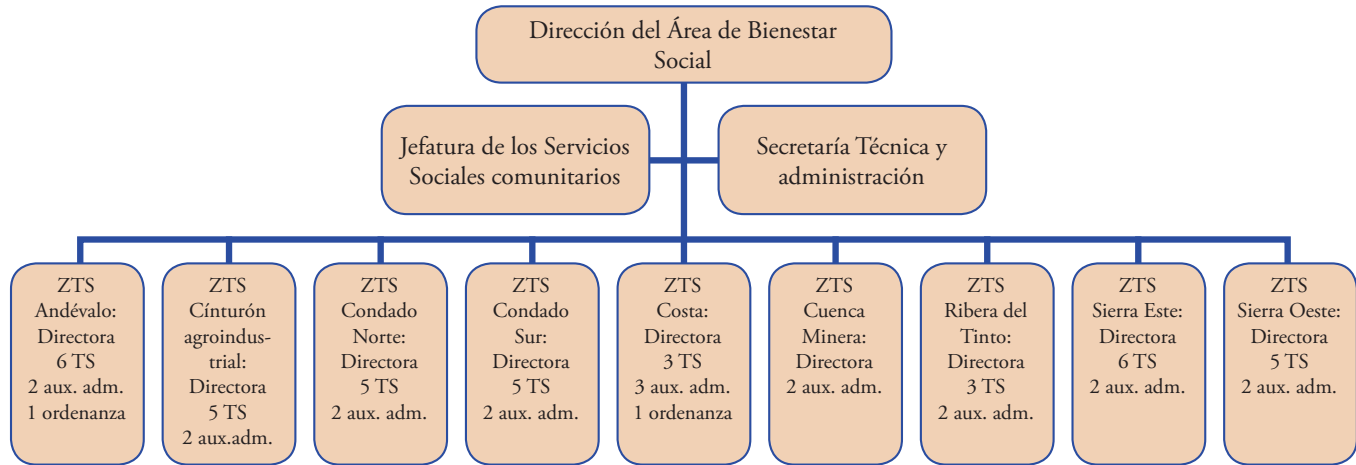
Nivel de admón. Pública	Demarcaciones Territoriales	Servicios y equipo integrante	Dirección/contacto
Admon Local Municipios < 20.000 hab.	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Andévalo</i>	- 1 Directora ZTS: 6 TS 4 Equipo Tratamiento Familiar ETF; 1 psicólogo; 1 educadora; 3 auxiliares; 1 ordenanza.	Avd. Constitución. 6. 21550.- Puebla de Guzmán. 959 389577
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Cinturón Agro.</i>	- 1 Directora ZTS: 5 TS; 3 ETF; 1 psicóloga; 2 educadores; 2 auxiliares	C/ Reyes Católicos, 37. 21500.- Gibraleón. 959301093 // 301165
Diputación Provincial de Huelva. <i>Área Bienestar Social. Servicios Sociales Comunitarios</i>	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Ribera del Tinto</i>	1 Directora ZTS: 4 TS; 3 ETF; 1 psicólogo; 2 educadoras; 2 auxiliares.	Plaza de la Soleá. 210610.- San Juan del Puerto. 959 667315
	Zona Trabajo Social (ZTS) Condado Norte	1 Directora ZTS: 5 TS; 3 ETF; 1 psicólogo; 2 educadores; 2 auxiliares.	C/ 28 de Febrero, 4. 21860.- Villalba del Alcor. 959 420932
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Condado Sur</i>	1 Directora ZTS: 5 TS,3 ETF 1 psicóloga; 2 educadores; 2 auxiliares.	C/ Fuente Nueva, 24. 21720.- Rociana del Condado. 959 417863

Nivel de admón. Pública	Demarcaciones Territoriales	Servicios y equipo integrante	Dirección/contacto
Admon Local Municipios < 20.000 hab. Diputación Provincial de Huelva. <i>Área Bienestar Social. Servicios Sociales Comunitarios</i>	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Costa</i>	1 Directora ZTS: 4 TS;3 ETF 1 psicólogo; 1 educadora 4 auxiliares; 1 ordenanza	Av. de la Profesionalidad S/N. 21450.- Cartaya. 959 390200.
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Cuenca Minera</i>	1 Directora ZTS: 5 TS;8 ETF 1 psicóloga; 1 educadora; 2 auxiliares	Av. De Andalucía S/N. 21660.- Minas de Rio Tinto. 959 592047.
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Sierra Este</i>	1 Directora ZTS: 6 TS;3 ETF 1 psicóloga; 1 educador 2 auxiliares	C/ Colmenitas S/N. 21200. Aracena. 959 126090 // 126255.
	Zona Trabajo Social (ZTS) <i>Sierra Oeste</i>	1 Directora ZTS: 5 TS;3 ETF 1 psicólogo; 1 educador; 2 auxiliares	C/ Carmen, 8. 21230.- Cortegana. 959 131199 // 131150.

* Ver distribución de la Zonas de Trabajo Social (ZTS) en el Mapa VI.1.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2011).

Gráfico IV.2. Organigrama del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva



Fuente: elaboración propia a partir de información del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2014).

Como se recoge en la tabla anterior, la Diputación Provincial de Huelva tiene las competencias de los servicios sociales comunitarios para aquellos municipios de la provincia con menos de 20.000 habitantes, los cuales son 73 en toda la provincia. De tal forma que todos, excepto los municipios de Huelva, Ayamonte, Lepe, Isla Cristina, Moguer y Almonte, son competencias de los servicios sociales comunitarios de la Diputación, integrados en su Área de Bienestar Social.

Estos Servicios Sociales Comunitarios, como se recoge en la **Tabla IV.8.** y en el **Mapa IV.1.**, se encuentran distribuidos en nueve equipos de Zonas de Trabajo Social (ZTS), conformadas, cada ZTS, por un Área de Dirección y una Unidad de Atención la Dependencia con 2, 3 o 4 trabajadores sociales, según los casos, para la atención a la dependencia. También cuenta con profesionales de psicología y educación, los cuales vienen prestando servicios a más de 30.000 personas usuarias. La distribución territorial de estas ZTS se recoge en el siguiente mapa de la provincia.

Mapa IV.1. Mapa Provincial de Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Huelva. 2015.



Fuente: Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva (2011).

Los servicios comunitarios tienen como objetivo ofrecer información y asesoramiento en el procedimiento del reconocimiento de la situación de dependencia y elaborar y realizar el seguimiento del PIA. Para ello, deberán llevar a cabo las siguientes actuaciones: a) atención desde el Servicio de Información y Asesoramiento para el inicio del procedimiento de reconocimiento del grado y nivel de dependencia; b) elaboración de informe social y del PIA de las personas en situación de dependencia; c) seguimiento técnico de las prestaciones y servicios prestados.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es competencia de la Diputación, el cual, previo a la LAPAD, ya se venía prestando como prestación básica de servicios sociales comunitarios. No obstante, al margen de acceder a este servicio por vía de prestación del catálogo del SAAD, también se

admite su acceso por la vía de Prestación básica de SS.SS.CC. (financiación de SS.SS.CC.).

Tal y como quedó recogido en el Capítulo III, todas las tareas que ofrece el Servicio de Ayuda a Domicilio tendrán un carácter subsidiario, destinadas a complementar las propias, capacidades del usuario o de las otras personas de su entorno inmediato, resaltando además el carácter educativo y preventivo de todas ellas.

En definitiva, el acceso al SAD como prestación del catálogo de dependencia (Resolución PIA), ha supuesto en la Diputación de Huelva grandes cambios y avances, conforme a los resultados sobre el análisis de la gestión y provisión de este servicio en las nueve ZTS de la Diputación. Así como también se evidencia la participación de la iniciativa privada empresarial en el SAD, y en ella, la del tercer sector, como principio inspirador de la LAPAD.

Por tanto, las Competencias de las Zonas de Trabajo Social de Servicios Sociales Comunitarios en la Atención a la Dependencia conforme al Informe del Área de Bienestar Social de los Servicios Sociales Comunitarios (2011) son:

En la *primera fase*: a) dar información y facilitar la solicitud a las personas interesadas; b) recepcionar la solicitud, revisarla y requerir documentos necesarios; c) comunicar a la persona por escrito el inicio del expediente, los trámites y los plazos; d) enviar documentación del expediente a la Agencia.

Y, en la segunda fase: e) recepcionar la resolución de grado, según los términos previstos por la LAPAD; f) estudio, valoración y propuesta de servicios y prestaciones para la persona en situación de dependencia; g) prescripción del recurso más acorde a sus necesidades, previa participación de la persona en situación de dependencia o sus representantes; h) emisión del informe social (previo borrador a través de la aplicación informática netgefys);⁷⁸ i) dar trámite de audiencia a las personas en situación de dependencia; j) elaboración del PIA; k) gestión de servicios y prestaciones; l) seguimiento y revisión con la Junta de Andalucía; m) una vez resuelto corresponden todas las funciones derivadas de la aplicación del recurso del SAD; n) las funciones indicadas en las Revisiones de Valoración del Grado, así como en las Revisiones del PIA y los trámites que de ello se deriva.

78. NETGEFYS: es la aplicación informática directamente relacionada con la aprobación del PIA. Contiene los Modelos de Informe Social, PIA y Trámite de Audiencia. Permite enviar telemáticamente los borradores de los PIA al Servicio de Valoración de la Agencia para su validación. Esta aplicación es de la Junta de Andalucía, ha ido mejorando con nuevas versiones pero aun muestra dificultades que es necesario mejorar.

Asimismo, del Informe global del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial, se desprende el sistema de información y recogida de datos, en el que actualmente conviven diferentes aplicaciones informáticas relacionadas, de una u otra forma, con la LAPAD. Estas aplicaciones son:

- a) SIUSS (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales):⁷⁹ Esta aplicación procede del Ministerio de Igualdad y Políticas Sociales y es anterior a la propia LAPAD.
- b) Netgefys: aplicación informática creada para gestionar exclusivamente los expedientes de la dependencia, a la que tienen acceso las diferentes administraciones públicas.
- c) Base de datos del SAD, propia de la Diputación y en constante revisión. Debe permitir el flujo constante de información entre empresas adjudicatarias del SAD y los Servicios Sociales Comunitarios, para el seguimiento del servicio y de su Reglamento, para la facturación con las propias empresas y la revisión del funcionamiento del Servicio, así como para la regularización ante la petición de datos de la Junta de Andalucía durante el seguimiento de los PIAs.
- d) Libros de Excel internos. Aún con las citadas bases de datos ha sido necesario configurar diferentes registros en Excel para atender necesidades de información específicas.
- e) Registros propios de cada Zona de Trabajo Social.
- f) Registros del SAD.

Respecto a *la coordinación de los servicios sociales comunitarios de la Diputación* con el resto de servicios sociales comunitarios de los restantes municipios de la provincia y con la Agencia de la Dependencia, cabe destacar los siguientes elementos:

- a) Internamente disponen de un Circuito Informativo para mantener al día a los profesionales que trabajan directamente con la población en Servi-

79. El S.I.U.S.S. es un soporte documental que permite recoger, de forma codificada, datos básicos de los/as usuarios/as e intervenciones profesionales y, obtener información estadística del perfil de usuarios de Servicios Sociales.

- cios Sociales Comunitarios de esta Entidad y de los Ayuntamientos con Convenio para el Servicio de Información y Orientación. Se emplean correos electrónicos informativos para una gestión eficaz de la información.
- b) Trimestralmente (y mensualmente el año pasado) forman parte activa de la Comisión creada en el SAIS de Huelva (Servicio de Acción e Inserción Social, 2007), para la coordinación entre el Departamento de Coordinación de la Dependencia y las corporaciones locales con competencias en Dependencia.
 - c) Reuniones mensuales con las Directoras de ZTS.
 - d) Se creó una Comisión Interna en Diputación para ordenar todas las instrucciones, normativas, sugerencias, etc., sobre Dependencia, que concluyó en el diseño de un esquema, en permanente revisión, que aglutina todo lo necesario para trabajar ordenadamente los procesos de atención a la Dependencia.
 - e) Fruto del trabajo de esa Comisión se ha diseñado un formato de actualización de información que condensa toda la información de dependencia actualizada (normativa, modelos, instrucciones técnicas, dudas y respuestas, etc.) que mensualmente se entrega a las Directoras para su traslado a profesionales de base. Esto incluye las actas de la Comisión Trimestral entre Corporaciones Locales de la Provincia y el Departamento de Coordinación de la Dependencia.
 - f) Desde la Delegación se remiten Resoluciones a las ZTSs e interesados. Además, se adelanta la entrega de estas Resoluciones con PIA de SAD, en mano todas las semanas, mediante la cual se envía previsiones *Semanales* de alta en el SAD a las ZTSs, lo que permite una gestión más eficaz de este Servicio.

IV.3.3. La Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva

La Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva es el órgano competente en la coordinación de la Dependencia de los Servicios Sociales Comunitarios en el municipio de Huelva, que, a su vez, se distribuye en seis Zonas de Trabajo Social (ZTS) o Centros sociales, los cuales quedan recogidos en la **Tabla VI.9.** y el **Mapa VI.2.**

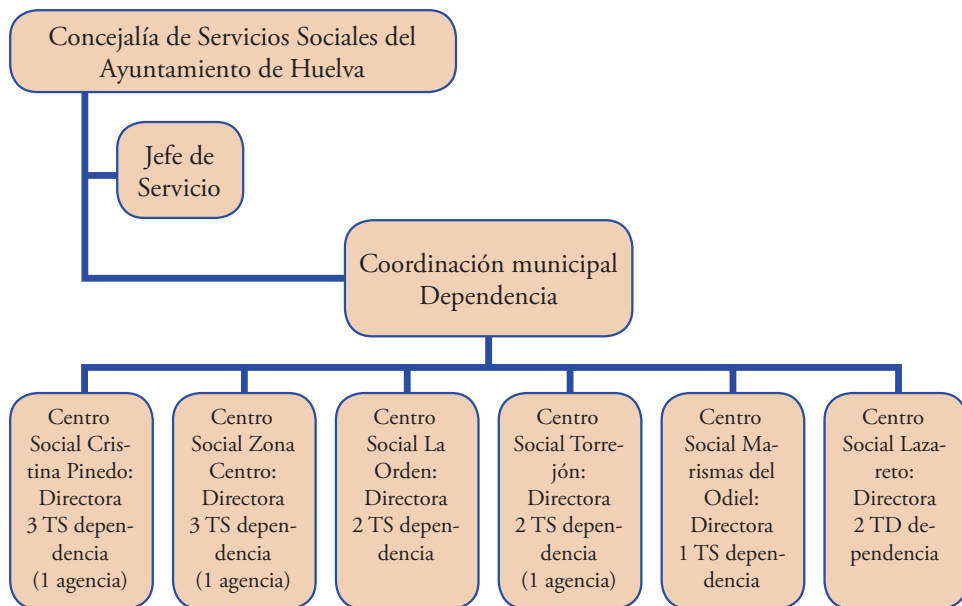
Tabla IV.9. Organización de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva*

Admon local Municipios > 20.000 hab. Ayuntamiento de Huelva. Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud**	Centro de Trabajo Social	Personal de la Dependencia	ubicación
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Cristina Pinedo</i>	3TS dependencia (1 de la Agencia). 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	Calle de las Hermandades, s/n. Teléfono: 959 220800
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Zona Centro</i>	3 TS dependencia (1 de la Agencia). 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	Paseo de la Independencia, 47. 959 210164.
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>La Orden</i>	2 TS dependencia 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	C/ San Bartolomé de la Torre. 959 15 24 75.
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Torrejón</i>	2 TS dependencia (1agencia) 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	Avda. de las Flores, s/n. 21005. 959 153315
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Marismas del Odiel</i>	1 TS dependencia 1 auxiliar administrativo. 1 conserje	C/ Paula Santiago s/n. (Urbanización Jardines del Odiel). 959 263019
	Centro de Trabajo Social (CTS): <i>Lazareto</i>	2 TS dependencia 1 auxiliar administrativo. 1 conserje.	C/ Alanís de la Sierra, s/n. Teléfono: 959 2702 47.

* Ver distribución territorial por Centros Sociales en el mapa n.º 2.

Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista al Coordinador Municipal de Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud. Ayuntamiento de Huelva.

Gráfico IV.3. Organigrama de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva



Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista realizada al Coordinador Municipal de la Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva. Coordinación Municipal de Dependencia.

Como apoyo específico para la aplicación de la LAPAD, la actual Agencia de Servicios Sociales y de la Dependencia tiene contratadas desde 2008 tres trabajadores sociales, que realizan un apoyo complementario a la gestión de expedientes de LAPAD en los servicios sociales comunitarios.

La distribución territorial en el municipio de Huelva de los servicios sociales comunitarios se puede observar en el mapa siguiente.

Mapa IV.2. Mapa sobre la distribución de los Centros Sociales de los Servicios Sociales Comunitarios de la Provincia de Huelva.



Fuente: Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva (2015).

Por tanto, como se desprende de los mapas anteriores, podría decirse que la gestión de la dependencia por parte de las entidades locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios, se encuentra distribuida en el territorio. De tal forma, que los profesionales y técnicos que trabajan en los mismos suelen ser profundos conocedores de los recursos, la cultura y costumbres, las familias, etc., de estos territorios donde trabajan.

Todo ello, debería ayudar a mejorar la calidad y rendimiento del trabajo que vienen desempeñando estos técnicos, al estar dicho trabajo directamente relacionado con todas esas características del territorio, tal y como se desprende de la entrevista realizada a los responsables de la dependencia de la Diputación y el municipio de Huelva, cuyas conclusiones serán comentadas en el siguiente epígrafe, así como en la encuesta dirigida a los trabajadores sociales.

Respecto a las competencias de los centros sociales, en función a las fases de procedimiento de la LAPAD (reconocimiento del derecho y de las prestaciones), éstas son:

Para la primera: a) informar sobre la Ley y el proceso para obtener derecho a servicios y/o prestaciones; y, b) recepcionar las solicitudes y documentación necesaria para iniciar el trámite de Valoración y remitir las solicitudes a la Agencia.

Y, para la *segunda:* c) realización del Informe Social, el Trámite de Audiencia y la Propuesta Individual de Atención (PIA), donde se contempla la aplicación de uno de los recursos recogidos en la LAPAD (servicios o prestaciones). A través de un sistema informático con servidores en la Agencia (Servicio de Coordinación y Prestaciones Económicas) se realiza la validación de las propuestas y se termina emitiendo una segunda resolución donde se reconoce un Servicio o Prestación; por último, d) sólo en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio, tienen también la competencia de ponerlo en marcha y realizar el seguimiento para su correcta aplicación.

IV.3.4. La gestión y prestación de los servicios del catálogo

Una vez analizada la organización de la gestión pública de la dependencia en la provincia y el municipio de Huelva, en la **Tabla IV.10.** se recogen las empresas que prestan los diferentes servicios del catálogo de la LAPAD en la provincia. En este sentido, se presenta el tipo de servicio/prestación, las entidades encargadas de gestionarlo y de prestarlo, así como el contacto de las entidades prestadoras del mismo.

Tabla IV.10. Mapa de la gestión y provisión de las prestaciones del catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Provincia de Huelva*

Servicio/ Prestación	Gestión/control	Provisión del servicio	Contacto (prestadora)
Teleasistencia	Agencia de Servicios Sociales y dependencia de Andalucía	Agencia de Servicios Sociales y dependencia de Andalucía (Centralizada para toda Andalucía)	Servicios Centrales - Avenida de Hytasa. n.º 14 41071. Sevilla. Tfno.: 955 048 770 - Fax: 955 048 909.
Ayuda a domicilio	Diputación Provincial de Huelva Municipios <20.000	CLECE, S.A. ZTS: Sierra Este Sierra Oeste	Fomento 12, Edificio Rent Gold, planta 1ª, Pol. I. PISA 41927. Mairena del Aljarafe. Sevilla
		DECONSA, S.A. ZTS: Condado Norte. Condado Sur	Polígono Industrial El Corchito, Parcela 41 21830 Bonares. Huelva.
		EDIA, S.L. ZTS: Andévalo. Cinturón Agro.; Costa	Gibraleón, 43. 21540. Villanueva de los Castillejos. Huelva
		S.C.A Ayuda Domicilio Moguer. ZTS: Cuenca Minera. Ribera del Tinto	Zenobia Camprubí, 22 21800. Moguer. Huelva.
	Exmo. Ayto. Huelva	SARQUAVITAE	La Placeta. Huelva

Servicio/ Prestación	Gestión/control	Provisión del servicio	Contacto (prestadora)
Centros de día y de noche	Agencia (Delegación Territorial de Huelva)	Centros mayores Ver ANEXO II	ANEXO II
		Centros atención especializada Ver ANEXO II	ANEXO II
Residencias	Agencia (Delegación Territorial de Huelva)	Residencias mayores Ver ANEXO II	ANEXO II
		Residencias discapacitados Ver ANEXO II	ANEXO II
Prestaciones económicas	Agencia (Delegación Territorial de Huelva)	Prestación Económica para cuidados en el entorno familiar	Huelva. Avenida de la Ría, N.º 8 (4º planta), C.P.: 21071. Edificio Insur.959 034327.
		Prestación Económica Vinculada a Servicio	
		Prestación Económica de Asistencia Personal	

* Excepto municipios de Ayamonte, Isla Cristina, Lepe y Almonte.

Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de la Delegación Territorial Huelva; a la Jefa de los Servicios Sociales Comunitarios del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva, y, al Coordinador Municipal de la Dependencia de la Concejalía de Servicios Sociales Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva.

Por tanto, a partir de la tabla anterior, desarrollada en el ANEXO II, se puede analizar la oferta empresarial que participa en la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva. No en vano, tal y como se ha comentado, los servicios sociales, en general, y los de la dependencia en particular, son de provisión mixta, en los cuales participa, tanto la iniciativa pública como la privada. De tal forma que, el análisis de la gestión de este tipo de derecho, tal y como venimos defendiendo en esta investigación, se debería hacer bajo el enfoque pluralista. En este sentido, se haría interesante profundizar en las características de este tejido empresarial, su problemática, la calidad del servicio, etc., lo cual no es objeto de estudio en el presente trabajo, quedando dicho objetivo para el desarrollo de futuras investigaciones.

IV.4. La gestión de la dependencia en la provincia de Huelva según sus responsables

IV.4.1. Objetivos y metodología de las entrevistas

Con objeto de obtener una primera aproximación a la problemática de la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva, y tener una mayor información para elaborar la encuesta semi-estructurada, dirigida a los trabajadores sociales, se realizó un primer análisis exploratorio, de tipo cualitativo, a partir de varias entrevistas a los responsables de la gestión de la dependencia de las tres administraciones públicas con competencia en la provincia: la Agencia de la Dependencia, en su Delegación Territorial de Huelva (administración regional), la Diputación Provincial de Huelva (administración supramunicipal) y el Ayuntamiento de Huelva (administración local). En concreto, los objetivos perseguidos con estas entrevistas fueron:

- Recoger las opiniones y comentarios de los responsables de la dependencia en aspectos tales como: problemáticas de la gestión, formas y mecanismos de funcionamiento en la provincia, papel e importancia de los servicios sociales comunitarios en esta gestión, etc.
- Recabar información y datos sobre las empresas prestadoras de los servicios del catálogo en la provincia, la organización y organigrama del servi-

cio de la dependencia de las tres administraciones públicas, así como datos sobre la aplicación de la LAPAD en la provincia, ya que a este nivel de desagregación no aparecen en el SiSAAD.

En definitiva, todo ello nos permitió: a) tener una primera aproximación a la gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva; b) confeccionar y diseñar la encuesta semi-estructurada, así como el proceso de encuestación, dirigido a los trabajadores sociales que gestionan la dependencia; y c) elaborar el mapa de la dependencia para la provincia de Huelva, presentado en el epígrafe anterior.

Respecto a la metodología seguida en cada una de las tres entrevistas, cabe indicar que éstas duraron entre una hora y hora y media. En ellas se siguió un guión marcado, en el que sólo se llevaban algunas preguntas abiertas, relacionadas con los objetivos anteriormente citados. No en vano, la finalidad era escuchar al entrevistado y que diera su opinión sobre estos aspectos, así como establecer un primer contacto con los mismos.

IV.4.2. Principales conclusiones de las entrevistas

A continuación se resumen las principales conclusiones que, sobre diferentes puntos relacionados con la gestión de la LAPAD en la provincia de Huelva, se extrajeron de las entrevistas llevadas a cabo con los responsables y coordinadores de la dependencia en las tres administraciones públicas de la Provincia de Huelva.

- En general, se ve a la LAPAD como una herramienta positiva que puede ayudar a consolidar los servicios sociales comunitarios, pues el servicio de la dependencia ya se venían prestando, de una forma u otra, a las familias, a través de estos servicios. En este sentido, lo que ha aportado la Ley es el derecho del ciudadano a exigir estos servicios. De tal forma que, tal y como se afirmó en estas entrevistas, la LAPAD ha puesto en valor a los servicios sociales comunitarios.
- No obstante, la LAPAD presenta una serie de trabas para su desarrollo, como son: el escaso desarrollo de los propios servicios sociales comunitarios, la burocratización y lentitud del proceso de gestión de la dependencia, sobre todo cuando participan diferentes administraciones públicas,

tal y como ocurre en Andalucía, en general y en la Provincia de Huelva, en particular. Esta carga de trabajo burocrático puede quitar tiempo para realizar el trabajo técnico en otros aspectos y competencias propias de los servicios sociales comunitarios.

- Otro problema de la LAPAD, al que se hizo referencia, relacionado con el anterior, es la necesidad de coordinación entre los diferentes agentes e instituciones que participan en la misma, lo cual, desde el punto de vista de los entrevistados, en la Provincia de Huelva se ha afrontado con un relativo éxito. No en vano, es esta provincia es la primera en crear la Comisión de Coordinación Provincial de la Dependencia, la cual, en los primeros años de aplicación de la LAPAD se reunía, como mínimo, 2 ó 3 veces al mes.

Actualmente se reúnen 1 o 2 meses al trimestre. Como se ha apuntado, la Provincia de Huelva fue donde primero se crea, para ser implementada, posteriormente, en otras provincias. Sin embargo, también se afirma que los servicios sociales comunitarios siempre han necesitado un importante nivel de coordinación con otras instituciones y que esto no es propio y característico de la LAPAD.

- Otra herramienta que permite la coordinación entre administraciones es la aplicación informática Netgefys, a partir de la cual se meten los datos de los expedientes. En esta aplicación se encuentra información relativa a todos los expedientes de los solicitantes, los cuales pueden ser visualizados por todos los agentes que intervienen en la gestión. Cabe destacar cómo son los servicios sociales comunitarios (trabajadores sociales) los que tienen potestad para introducir y cambiar datos y evaluaciones de los solicitantes en el sistema, lo cual hace que el nivel local adquiera especial importancia en la gestión del proceso.

Por su parte, los niveles superiores (coordinadores, administración regional, etc.) tienen capacidad para acceder a todos los expedientes y analizar la información. Sin embargo, no tienen esa capacidad para introducir y cambiar datos, lo cual hace que, mediante este sistema, se transfiera importancia a los niveles locales y se distribuyan y complementen competencias.

- Por otro lado, todos los responsables, fundamentalmente los de los entes locales (Diputación y Ayuntamiento), ponen de manifiesto el importante cambio que introdujo el RD Ley 20/2012 en la gestión de la LAPAD, el cual tuvo como consecuencia un parón en el desarrollo de la misma.

Así, entre los principales cambios introducidos destacan: el retraso en el proceso de implantación de la LAPAD para el Grado I, la disminución en el grado de intensidad de los servicios, la pérdida de cotización a la Seguridad Social para los cuidadores, familiares de los dependientes, la reducción de las cuantías recibidas y la delimitación de plazos. En definitiva, todo ello ha quedado plasmado en los datos de aplicación de la LAPAD, lo cuales, tanto para España como para Andalucía y Huelva, han sido comentado en éste y en el anterior capítulo.

- Todos los entrevistados se quejaron de la falta de personal y de la saturación de trabajo a la que tuvieron expuestos, sobre todo, en los primeros años de aplicación de la LAPAD. Actualmente, los servicios sociales comunitarios, sobre todo con la actual crisis económica, también siguen sobrecargados de trabajo, aunque en menor medida. Esta falta de recursos, como se ha apuntado anteriormente, repercute negativamente a la hora de desarrollar otras competencias y funciones, propias de los servicios sociales comunitarios.
- Como consecuencia de lo anterior, en los primeros años de aplicación de la LAPAD, se realizan muchas valoraciones, muchas veces sin la preparación y el personal adecuado para ello. A demás, apenas se llevan a cabo procesos de seguimiento, revisión e inspección de los casos. Actualmente, este proceso de revisión y seguimiento adquiere más importancia.
- Por último, los entrevistados nos facilitan determinada información (organización, organigrama y funcionamiento de sus respectivos servicios, empresas que prestan los servicios del catálogo, datos de la aplicación y desarrollo de la LAPAD, etc.), la cual nos permite elaborar el mapa de la dependencia de la provincia, así como la encuesta semi-estructurada y el diseño del proceso de encuestación.

En definitiva, las entrevistas realizadas nos permitieron tener una primera aproximación a las características del funcionamiento, problemática y situación actual de la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva. De hecho, muchas de las conclusiones, presentadas con anterioridad, fueron contrastadas y ratificadas a partir del análisis de la encuesta semi-estructurada que se les pasó a los trabajadores sociales que gestionan la dependencia en la provincia. Estas entrevistas nos permitieron enormemente avanzar y profundizar en nuestro estudio de caso sobre la gestión de la LAPAD en la provincia de Huelva.

IV.5. Los servicios sociales comunitarios y la gestión de la LAPAD en la provincia de Huelva según los trabajadores sociales

VI.5.1. Objetivo y metodología de la encuesta

Los objetivos que se pretenden cubrir con la elaboración de la encuesta dirigida a los trabajadores sociales que participan en la gestión de la LAPAD en la provincia de Huelva son los siguientes:

Conocer la realidad actual de la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva, destacando los principales problemas y ventajas que tiene una gestión descentralizada de la LAPAD a través de los servicios sociales comunitarios existentes en la provincia.

Poner de manifiesto las opiniones, sobre la aplicación y gestión de la LAPAD, del colectivo que tiene un contacto más directo tanto con los usuarios del sistema (dependientes/familias) como con las diferentes administraciones públicas que participan en su gestión, con el objetivo de poner de manifiesto la posición de los usuarios respecto a esta Ley.

Para ello, en 2016 se pasó una encuesta semi-estructurada a los trabajadores sociales de la Agencia de la Dependencia, en la Delegación Territorial de Huelva, de la Excm. Diputación Provincial de Huelva y del Excmo. Ayuntamiento de Huelva. De tal forma que, con ello, nos aseguramos que estén representadas las opiniones de los trabajadores de las tres administraciones públicas con competencias en la gestión de la LAPAD en la Provincia.

Dentro de este estudio se han quedado fuera los municipios, de más de 20.000 habitantes, de Ayamonte, Isla Cristina, Lepe, Moguer y Almonte, pues, como representante de la administración pública local para la Provincia de Huelva hemos optado por seleccionar el municipio de mayor número de habitantes, el cual, a su vez, se corresponde con la capital de la misma.

En la **Tabla IV.11.** recogemos el número total de trabajadores sociales de cada una de las administraciones públicas, comentadas anteriormente, así como el número de trabajadores que, finalmente, contestaron la encuesta y el porcentaje de cobertura de la misma:

Tabla IV.11. Representatividad de la encuesta semi-estructurada

Trabajadores sociales gestionado la LAPAD en la provincia	N.º respuestas	Índice de Cobertura
95	64	67%

Fuente: elaboración propia.

Como se recoge en la tabla anterior, la tasa de respuesta entre los trabajadores sociales de las diferentes instituciones fue elevada, lo cual se traduce en un índice de cobertura cercano al 70%. Ello nos muestra el importante nivel de representatividad de la encuesta y, por tanto, de las opiniones del grueso de trabajadores sociales que participan en la gestión de la dependencia en la Provincia de Huelva.

A partir de las respuestas, se realizará un análisis descriptivo-explicativo de las diferentes variables del cuestionario, con objeto de contrastar los objetivos anteriormente planteados. En este análisis se tendrá especialmente en cuenta el análisis comparativo de determinadas respuestas dadas por los trabajadores de las diferentes administraciones públicas implicadas en el estudio, sobre todo a la hora de evaluar el primer objetivo marcado en la encuesta: análisis de la gestión descentralizada. Ello nos permitirá poner de manifiesto las diferentes visiones que puedan tener los trabajadores de las diferentes administraciones públicas de la Provincia de Huelva: administración regional, provincial y local.

IV.5.2. Principales resultados del estudio

A continuación comentamos los principales resultados, según los diferentes objetivos y partes en que se divide la encuesta. Éstos son: a) análisis de la gestión descentralizada de la LAPAD, en la que se pone de manifiesto el papel de los servicios sociales comunitarios: sus ventajas y desventajas; y b) análisis del papel de los dependientes y familiares en la gestión de la LAPAD y principales problemáticas de la misma.

IV.5.2.1. Respecto a la gestión descentralizada de la *Ley de Dependencia*

Como se muestra en la **Tabla IV.12.**, la mayor parte de los trabajadores sociales que participan en la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva son mujeres, representando el 82,8% del total.

Tabla IV.12. Sexo del encuestado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	1	1,6	1,6	1,6
	Varón	10	15,6	15,6	17,2
	Mujer	53	82,8	82,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

A su vez, cabe destacar cómo el grueso de trabajadores sociales pertenece a la Diputación (45,3%) y al Ayuntamiento de Huelva (37,5), frente al 14,1% de la Junta, es decir, son trabajadores de los servicios sociales comunitarios, lo cual comienza a poner de manifiesto el importante papel que tienen las entidades locales en la gestión y aplicación de la LAPAD. En este caso, en lo que a la empleabilidad de recursos humanos respecta.

En cuanto al grado de conocimiento previo del trabajador social sobre el dependiente/familia, tal y como se desprende de la **Tabla IV.13.**, cabe destacar cómo los trabajadores de los servicios sociales comunitarios (Diputación y Ayuntamiento) tienen un mejor grado de conocimiento, dándole una puntuación media de 5,85 y 5,91, respectivamente, respecto a los trabajadores de la Agencia que asignan un valor de 3,86. Por tanto, puede concluirse que una de las ventajas que aporta la gestión de la LAPAD a través de los servicios sociales comunitarios, tal y como ya se ha apuntado, hace referencia al importante grado de conocimiento que tienen éstos del dependiente y sus familiares.

Tabla IV.13. Grado de conocimiento previo del dependiente/familia

Pues_Trab.		N.	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Ns/Nc	Cono_Previo	1	7	7	7,00	.
	N válido (según lista)	1				
Diputación	Cono_Previo	27	0	9	5,85	1,916
	N válido (según lista)	27				
Municipio	Cono_Previo	23	0	9	5,91	2,172
	N válido (según lista)	23				
Junta	Cono_Previo	7	0	9	3,86	3,132
	N válido (según lista)	7				

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, en la tabla siguiente se recoge cómo influye ese grado de conocimiento previo en la elaboración del PIA. De forma que, puede destacarse cómo la mayor parte de los encuestados, de las diferentes administraciones, coinciden en asignar una importancia elevada. No en vano, alrededor del 80% opinan que es bastante importante el conocimiento previo a la hora de elaborar el PIA.

Tabla IV.14. Influencia del conocimiento previo en la elaboración del PIA

Pues_Trab			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	Válidos	Poco	1	50,0	50,0	50,0
		Bastante	1	50,0	50,0	100,0
		Total	2	100,0	100,0	
Diputación	Válidos	Ns/Nc	1	3,4	3,4	3,4
		Poco	4	13,8	13,8	17,2
		Bastante	24	82,8	82,8	100,0
		Total	29	100,0	100,0	
Municipio	Válidos	Ns/Nc	1	4,2	4,2	4,2
		Nada	1	4,2	4,2	8,3
		Poco	2	8,3	8,3	16,7
		Bastante	20	83,3	83,3	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
Junta	Válidos	Ns/Nc	1	11,1	11,1	11,1
		Nada	1	11,1	11,1	22,2
		Bastante	7	77,8	77,8	100,0
		Total	9	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

En este sentido, no debe olvidarse que el Programa de Atención Individualizada (PIA) es el instrumento mediante el cual se adaptan los recursos disponibles, concedidos mediante la valoración previa, a las necesidades y circunstancia del dependiente y su familia. De tal forma que el grado de conocimiento previo puede ser un elemento muy importante a la hora de asegurar la eficacia y calidad de la LAPAD.

Teniendo en cuenta esta consideración, a continuación se pregunta por la importancia que puedan tener los servicios sociales comunitarios en ese grado de conocimiento y, por tanto, en la elaboración del PIA. En este sentido, de la **Tabla IV.15**, se desprende la importancia que se le asigna a los servicios sociales comunitarios en esta etapa del proceso, tanto por parte de los trabajadores de estos servicios sociales (alrededor del 85% consideran bastante la importancia de estos servicios) como de los de la administración regional (casi el 68%).

Tabla IV.15. Importancia de la elaboración del PIA a través de los servicios sociales comunitarios

Pues_Trab			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	Válidos	Bastante	2	100,0	100,0	100,0
Diputación	Válidos	Ns/Nc	2	6,9	6,9	6,9
		Poca	2	6,9	6,9	13,8
		Bastante	25	86,2	86,2	100,0
		Total	29	100,0	100,0	
Municipio	Válidos	Ns/Nc	1	4,2	4,2	4,2
		Nada	2	8,3	8,3	12,5
		Poca	1	4,2	4,2	16,7
		Bastante	20	83,3	83,3	100,0
		Total	24	100,0	100,0	

Pues_Trab		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Junta	Válidos	Ns/Nc	1	11,1	11,1	11,1
		Nada	1	11,1	11,1	22,2
		Poca	1	11,1	11,1	33,3
		Bastante	6	66,7	66,7	100,0
		Total	9	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Por tanto, como una de las principales conclusiones de este estudio, podría afirmarse cómo la descentralización de la gestión de la dependencia en los entes locales adquiere especial importancia a la hora de garantizar, en parte, el éxito del proceso. Las razones de esta importancia, así como de otras que puedan tener los servicios sociales comunitarios en la gestión de la LAPAD, aparecen recogidas en la siguiente tabla.

Tabla IV.16. Aporte de valor de los Servicios Sociales Comunitarios a la gestión de la Ley de Dependencia

Valor que aporta	N.º respuestas
Conocimiento del dependiente, la familia, etc., es decir, de las necesidades reales	59
Respuesta ágil y rápida a casos de urgencia, revisión, seguimiento, etc.	19
Respuesta a necesidades emocionales de escucha, confianza, etc. a la familia/dependiente	11
Experiencia y profesionalidad de los RR.HH de los SS.SS.CC	11

Valor que aporta	N.º respuestas
Trato integral de la persona, garantizando integración de recursos, revisión, continuidad, etc.	9
Conocimiento de los recursos del territorio, tanto del catálogo como de otros que puedan existir, intentando garantizar complementariedad	9
Los SS.SS.CC. son recursos de los que se nutre el SAAD	6
Facilita la información, orientación, presentación de solicitudes, valoración, etc., haciendo que el dependiente no se desplace	6
Facilitan los procesos de revisión y seguimiento técnico	6
Labor de coordinación y puerta de entrada al SAAD	4

Fuente: elaboración propia.

Como aporte de valor de los entes locales en la gestión de la dependencia destaca el importante grado de conocimiento que tienen del territorio, tanto del dependiente y su familia, en primer lugar (necesidades), como de los recursos que se localizan en el propio territorio (oferta), en quinto lugar. Ello, en definitiva, permite la elaboración de unos PIA's más adaptados al territorio y a las necesidades reales de los dependientes.

No obstante, también cabe destacar otros aportes que realizan los entes locales en la gestión de la LAPAD, tales como: la agilidad y respuesta rápida a cualquier tipo de demanda que tenga el ciudadano, la cercanía, confianza, etc. que le ofrece, dándole un trato integral, así como el hecho de que éste no tenga que desplazarse para realizar las diferentes gestiones.⁸⁰ También se destaca la experiencia y profesionalidad de los recursos humanos, los cuales ya venían trabajando, a través de los servicios sociales comunitarios, en estos temas, previa aplicación de la LAPAD.

80. No debe olvidarse que, en muchas ocasiones, nos encontramos ante un colectivo que sufre problemas de movilidad y tiene dificultades para desplazarse.

Sin embargo, también se les ha preguntado a los trabajadores sociales de las tres administraciones por los problemas o hándicap que puede tener la gestión de parte del proceso de la LAPAD por parte de los servicios sociales comunitarios. Las principales respuestas se recogen en la **Tabla IV.17**.

Tabla IV.17. Principales problemas de la gestión de la Ley de Dependencia a través de los Servicios Sociales Comunitarios

Problemática	N.º respuestas
Burocracia, más trabajo de gestión, lentitud, etc.	20
Falta de personal: saturación y dificultad para desarrollar otras tareas de los SS.SS.CC. sobre todo al principio de la LAPAD	20
Falta de coordinación entre las dos administraciones	9
Falta de financiación	6
Dificultades de gestión entre dos administraciones: diferente color político, dualidades en la gestión, falta de información, etc.	5
Confluencia de competencia y dependencia entre administraciones	4
Los diagnósticos pueden estar viciados por la cercanía (falta objetividad)	4
Falta de estabilidad laboral y de formación de los RRHH	3

Fuente: elaboración propia.

Como se desprende de la tabla anterior, el principal problema de la gestión descentralizada de la LAPAD, a través de los entes locales, viene dado por una mayor burocracia y lentitud del proceso, debiendo realizar los trabajadores sociales una mayor cantidad de tareas administrativas. A ello se le une, como consecuencia de lo anterior, la falta de personal y la saturación de trabajo; y, por tanto, la dificultad para desarrollar las otras muchas tareas que, diferentes a la

gestión de la dependencia, vienen desarrollando desde hace décadas los propios servicios sociales comunitarios.

Por otro lado, también destacan, como consecuencia de la participación de diferentes administraciones públicas en la gestión de la LAPAD, la falta de coordinación, la dualidad en la gestión, la confluencia de competencias, la falta de información y, el diferente «color político» que pueden llegar a tener ambas administraciones, lo cual añade complejidad a la gestión.

Por último, se destaca la falta de estabilidad laboral del personal, así como la formación del mismo. Todo ello, como consecuencia, de la necesidad de una mayor financiación, la cual aparece en quinto lugar.

En efecto, tal y como se recogió en el capítulo anterior, podría decirse que los problemas que genera una gestión descentralizada de la LAPAD vienen dados, fundamentalmente, por la mayor burocracia y complejidad del proceso, lo cual hace necesario una mayor asignación de recursos financieros, de personal e, incluso, puede ser, que de tiempos de gestión, pudiendo generar todo ello los típicos problemas que han sido reseñados por los principales implicados en el proceso de gestión a nivel regional y local.

Sin embargo, como también se apuntaba en el Capítulo III, los beneficios de los servicios sociales comunitarios en la LAPAD vienen dados por una mayor cercanía al territorio y conocimiento del mismo, lo cual redundará en una gestión más eficaz, y de mayor calidad, de la LAPAD.

Por otro lado, con objeto de profundizar en esa posible descoordinación, se les pregunta a los trabajadores dónde se localizan los principales problemas de coordinación entre los diferentes agentes que participan en el proceso de gestión de la LAPAD. Estos resultados aparecen recogidos en la siguiente tabla.

Tabla IV.18. Tipo de descoordinación entre agentes de la dependencia

Tipo descoordinación	Admón. Regional			Diputación			Ayuntamiento			Total		
	Ns/ Nc	Sí	No	Ns/ Nc	Sí	No	Ns/ Nc	Sí	No	Ns/ Nc	Sí	No
Regional-local	11,1	66,7	22,2	13,8	51,7	34,5	8,3	79,2	12,5	12,5	62,5	25,0
Admón.- empresa	11,1	22,2	66,7	13,8	24,1	62,1	8,3	16,7	75,0	12,5	20,3	67,2
Familia-empresa	11,1	44,4	44,4	13,8	27,6	58,6	8,3	25,0	66,7	12,5	28,1	59,4
Familia-Local	11,1	33,3	55,6	13,8	24,1	62,1	8,3	4,2	87,5	12,5	17,2	70,3
SS.SS-Sanidad	11,1	66,7	22,2	13,8	41,4	44,8	8,3	29,2	62,5	12,5	39,1	48,4
Familia-región	11,1	44,4	44,4	13,8	55,2	31,0	8,3	33,3	58,3	12,5	45,3	42,2

Fuente: elaboración propia.

Como se desprende de la tabla anterior, uno de los principales problemas de descoordinación, desde el punto de vista de los trabajadores de las tres administraciones públicas, lo encontramos en el tipo de relaciones que se establece entre la administración local y la regional. Así, el 62,5% del total opinan que existe ese problema, si bien éste toma mayor importancia en el Ayuntamiento de Huelva (79,2%) respecto a la Diputación (51,7%), lo cual podría ser debido al diferente color político que, hasta 2015, tenía el Ayuntamiento de Huelva respecto a la Junta de Andalucía.

Un segundo tipo de descoordinación, desde el punto de vista de las tres instituciones, se encuentra en las relaciones entre el dependiente y su familia y la administración regional, con un 45,3%. No obstante, en este caso, podría decirse que la opinión ya no es mayoritaria, sobre todo para los que trabajan en el Ayuntamiento (33,3%).

Sin embargo, para los que trabajan en Diputación, este porcentaje asciende al 55,2. No obstante, cabe indicar, que esas relaciones entre dependiente/

familia y administración regional, deben ser mínimas, ya que son los servicios sociales comunitarios los que deben establecer la mayor parte de relaciones (información, orientación, elaboración de PIAs, seguimiento, etc.) con los dependientes, pues son los profesionales de referencia para éstos.

Un tercer tipo de descoordinación, que adquiere especial importancia, sobre todo para los trabajadores de la administración regional (66,7%), es la que se establece entre el sistema de los servicios sociales y el sistema de salud. De hecho, en el proceso de gestión, a la hora de evaluar al dependiente, es a este nivel donde se debe dar, en mayor medida, esa coordinación. Sin embargo, como se ha apuntado anteriormente, aún no se ha creado un sistema socio-sanitario que mejore la atención integral del dependiente, lo cual incide en que este tipo de descoordinación se coloque en tercer lugar.

El resto de relaciones que se establecen entre los diferentes agentes que participan en la gestión de la dependencia adquieren menores dimensiones, por lo que se concluye la necesidad de mejorar y profundizar en el análisis de las relaciones que se establecen entre la administración local y regional, así como entre el sistema de servicios sociales y el sistema de salud, creando un sistema socio-sanitario que redunde en una atención integral, integrada y de continuidad para el dependiente.

Con el deseo de profundizar, aún más, en la importancia de la gestión descentralizada de la LAPAD, se pregunta si, ante mismos grados de dependencia y situaciones socio-económicas, existen diferencias entre PIAs de distintos territorios por razones, tales como: aspectos culturales, diversidad de recursos entre territorios, etc., con objeto de destacar las singularidades que puede tener cada territorio y, por tanto, la necesidad de una gestión descentralizada.

Así, tal y como se muestra en la **Tabla IV.19.**, los trabajadores de las tres administraciones, sobre todo los de la Agencia (66,7%), seguidos de los de Diputación (37,5%) y del municipio (34,5%), afirman que suelen darse estas diferencias. No obstante, hay que señalar que hubo un alto porcentaje de trabajadores que no respondieron a esta pregunta porque no la entendía muy bien o afirmaban que, como trabajaban en un mismo municipio, no tenían la perspectiva necesaria para apreciar estas diferencias.

De hecho, los trabajadores de la Agencia, e incluso los de Diputación, que trabajan en diferentes municipios y, por tanto, tienen mayores posibilidades de comparación, tuvieron un mayor porcentaje de respuestas. Así, como se obser-

va en la **Tabla IV.19.**, el porcentaje de «no respuesta» por parte de los trabajadores de la Agencia fue del 22,2% y de los de la Diputación del 34,5%, subiendo al 41,5% para los del municipio de Huelva.

Tabla IV.19. Grado de diferencias entre PIAs de distintos territorios

Pues_Trab			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	Válidos	No	1	50,0	50,0	50,0
		Suele ocurrir	1	50,0	50,0	100,0
		Total	2	100,0	100,0	
Diputación	Válidos	Ns/Nc	10	34,5	37,0	37,0
		No	4	13,8	14,8	51,9
		Rara vez	3	10,3	11,1	63,0
		Suele ocurrir	10	34,5	37,0	100,0
		Total	27	93,1	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	6,9		
	Total		29	100,0		
Municipio	Válidos	Ns/Nc	10	41,7	41,7	41,7
		Rara vez	5	20,8	20,8	62,5
		Suele ocurrir	9	37,5	37,5	100,0
		Total	24	100,0	100,0	

Pues_Trab		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Junta	Válidos	Ns/Nc	2	22,2	22,2
		Rara vez	1	11,1	11,1
		Suele ocurrir	6	66,7	66,7
		Total	9	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia.

Todo esto pone de manifiesto que las diferencias entre territorios inciden en el tipo de PIA que finalmente se elabora y resuelve, aún cuando las situaciones socio-económicas de los dependientes sean las mismas. De forma que, una vez más, a partir de ello, se podría poner en valor el importante aporte que pueden llegar a hacer los servicios sociales comunitarios a la hora de garantizar una gestión eficaz de la LAPAD. No en vano, como se apuntó anteriormente, estos trabajadores son profundos conocedores de las características de los territorios donde desarrollan su trabajo (recursos, necesidades de los dependientes y familiares, etc.). Esto es así, en la medida en que consiga adaptar mejor la oferta de la variedad de recursos existente en el territorio a las características y necesidades reales de los dependientes y las familias.

IV.5.2.2. Respecto al papel del dependiente y la familia en la *Ley de Dependencia*

Para acercarnos a este aspecto, se preguntó, en primer lugar, si el dependiente/familia, una vez que es valorado, tiene variedad de recursos para elegir, con objeto de poner de manifiesto hasta qué punto la Ley posibilita una adaptación a las necesidades del beneficiario.

Tabla IV.20. Variedad de elección del beneficiario una vez que es valorado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, siempre	9	14,1	14,1	14,1
	Sí, a veces	13	20,3	20,3	34,4
	Sí, aunque muy limitada	25	39,1	39,1	73,4
	Depende del grado	11	17,2	17,2	90,6
	No	6	9,4	9,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Así, tal y como se desprende de la tabla anterior, podemos decir que el dependiente, en principio, suele tener opciones para elegir, junto al trabajador social, el tipo de servicios o prestaciones que considere más idóneos, ya que sólo el 9,4% de los encuestados consideran que no. No obstante, también debe tenerse en cuenta que estas opciones son limitadas, tal y como afirman el 39,1% de los encuestados.

Para profundizar en este sentido, se pregunta sobre si existen desajustes entre lo que desea el beneficiario y lo que le propone el trabajador social a través del PIA. Así, el 79,7% contesta que «a veces», mientras que el 18,8% afirman que «suele pasar». Por consiguiente, puede afirmarse que, en determinadas situaciones, suelen darse ciertos desajustes entre los servicios o prestaciones que se le propone al beneficiario y los deseos del mismo.

Tabla IV.21. Desajustes entre deseos beneficiarios y propuesta PIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	1	1,6	1,6	1,6
	A veces	51	79,7	79,7	81,3
	Suele pasar	12	18,8	18,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se preguntó sobre si la propuesta del PIA, por parte de los propios trabajadores sociales, es finalmente aceptada por los dependientes. Así, como se recoge en la tabla siguiente, un importante número de trabajadores afirman que hay casos en los que, finalmente, los dependientes y/o familiares no llegan a aceptar la oferta de prestaciones o servicios que se les hace. De hecho, sólo un 14,1% afirma que la propuesta termina ejecutándose.

Por tanto, se considera sumamente necesario, de cara a mejorar la eficiencia y eficacia de la LAPAD, analizar detenidamente las causas que provoca este rechazo con el objetivo de minimizarlo en la medida de lo posible. No obstante, tal y como se ha apuntado anteriormente, algunas de las causas de rechazo podrían ser: el deseo del dependiente de disfrutar de una determinada prestación o servicios, o bien hacerlo en su domicilio habitual y no salir lejos de él, entre otras. De todas formas, se hace necesario analizar más detenidamente todos estos aspectos.

Tabla IV.22. Aceptación del PIA propuesto por el dependiente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	1	1,6	1,6	1,6
	Siempre	9	14,1	14,1	15,6
	Suele pasar	21	32,8	32,8	48,4
	Algunas veces no	33	51,6	51,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

A su vez, se pregunta si la LAPAD contribuye a dar respuesta a las necesidades reales del dependiente, obteniéndose los resultados que aparecen en la **Tabla IV.23**. En este caso puede decirse que la LAPAD, aún atendiendo a una buena parte de necesidades del dependiente, deja otras sin cubrir (85,9%). Ninguno de los encuestados considera que la LAPAD cubra todas las necesidades y alrededor del 11% considera que cubre pocas necesidades.

Tabla IV.23. Grado de cobertura de las necesidades del dependiente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	2	3,1	3,1	3,1
	Pocas	7	10,9	10,9	14,1
	Bastantes	55	85,9	85,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

A continuación se pregunta por 2 de las principales razones por las que el dependiente no llega a satisfacer todas sus necesidades, obteniéndose como principales razones, las recogidas en la siguiente tabla.

Tabla IV.24. Razones por las que no se cubren todas las necesidades del dependiente

Razones	N.º respuestas
Escasez y necesidad de recursos complementarios en la zona	34
Lenta resolución de las solicitudes que no llegan a tiempo para cubrir necesidades actuales	27
Baja intensidad en la aplicación del SAD	25
La familia sólo quiere PECEF	10
Altos niveles de exigencia de las familias: no aceptan la lejanía, prefieren atención en el entorno familiar, sólo quieren servicios de limpieza, PECEF, etc.	7
Adaptación de los servicios a necesidades específicas de menores, enfermos mentales, etc.	4
Muchos dependientes tienen necesidades de atención las 24 horas. No se contemplan necesidades distintas a la dependencia como: la soledad, etc.	4
Escasez de recursos económicos para hacer frente al copago	3
Las familias no siempre garantizan la adecuada atención al dependiente	3
Falta de recursos financieros	3

Fuente: elaboración propia.

Como se desprende de la tabla anterior, la escasez de recursos y necesidad de que estos sean complementarios se presenta como la principal razón para que no se satisfagan todas las necesidades del beneficiario. Muy relacionada con ésta se encuentra la baja intensidad del Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), que a parece en tercer lugar. Todas estas razones hacen referencia a la débil oferta de servicios, la cual está directamente relacionada, a su vez, con la falta de recursos financieros, razón que también se recoge entre las más citadas.

No obstante, a las anteriores razones se le une la lenta resolución de solicitudes, las cuales, cuando llegan, ya no se corresponden con las necesidades reales que tiene el dependiente en ese momento; bien porque el grado de dependencia ha podido evolucionar, sus condiciones socio-familiares son diferentes o bien, en otros casos, el dependiente ha fallecido.⁸¹

También aparece, en cuarto lugar, otro grupo de respuestas relacionadas con las expectativas y deseos de los dependientes y/o familiares, los cuales sólo tienen el deseo de recibir determinadas prestaciones o servicios (Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar (PECEF), servicios para limpieza, etc.) y/o que esos servicios sean recibidos en el entorno familiar. De forma, que si el PIA no se adapta a esas expectativas, algunas veces, terminan rechazando las prestaciones asignadas, taly como se recogió anteriormente.

Finalmente, también cabe señalar otras series de razones, tales como: que los recursos no están adaptados a las necesidades especiales de determinados colectivos (menores, enfermos mentales, etc.), la insuficiencia financiera del dependiente para hacer frente al copago, la necesidad del dependiente de ser atendido, prácticamente, las 24 horas o el hecho de que las familias no siempre garantizan una atención adecuada al dependiente.

En definitiva, todas éstas serían las principales razones que hacen que la LAPAD, es decir, la administración pública, no pueda cubrir, al 100%, todas las necesidades del beneficiario y, por tanto, hacer frente, por sí sola, al riesgo de la dependencia, lo cual fue argumentado en capítulos anteriores. No obstante, mientras que algunas de estas razones pueden ser minimizadas y eliminadas (recursos dirigidos a colectivos con necesidades especiales, complementariedad e intensidad de los recursos, burocracia y lentitud, mayor financiación, etc.)

81. Según se recoge en algunas respuestas del cuestionario, el tiempo de resolución del expediente puede llegar a los dos años.

otras no (exigencia de las familias, necesidad de cuidados de los dependientes las 24 horas, etc.), pues dependen de las necesidades y deseos del dependiente y/o la familia.

En este sentido, para detectar el peso e importancia que puedan tener cada uno de los agentes a la hora de hacer frente al riesgo de la dependencia, se le preguntó a los trabajadores sociales para que opinaran al respecto. Los resultados a esta pregunta aparecen recogidos en la **Tabla IV.25**.

Tabla IV.25. Responsabilidad de los agentes para hacer frente al riesgo de la dependencia

	N.	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Resp. dependiente	60	0	50	6,67	10,762
Resp. Familia	60	0	80	43,25	15,753
Resp. Admón.	60	15	100	39,33	16,531
Resp. sociedad	60	0	50	11,25	9,416
N válido (según lista)	60				

Fuente: elaboración propia.

De la Tabla anterior se desprende, tal y como se apuntaba en el marco teórico de la presente investigación, cómo, para el caso español, en general, y el onubense, en particular, la principal institución para afrontar el riesgo de la dependencia es la familia, con un peso del 43,25%, lo cual se identifica con las características propias del modelo de Estado de bienestar mediterráneo, así como con las características propias de este riesgo.

No obstante, muy de cerca, con un peso del 39,33%, se encuentra la administración pública, quedando muy por detrás la responsabilidad del propio dependiente (6,67%), cubierta a partir del servicio prestado por empresas capitalistas, y de la sociedad civil (11,25%), por empresas de la Economía Social (cooperativas, ONGs, empresas sociales, etc.), lo cual adquiere, según el Capítulo II, especial importancia en el modelo liberal.

Por tanto, podría decirse que, de un modelo mediterráneo, se está transitando a otro con características propias del modelo nórdico, donde la administración pública comienza a adquirir especial importancia, mientras que la esfera privada, característica del modelo liberal, queda relegada al último lugar a la hora de hacer frente a este riesgo.

Sin embargo, aún sabiendo los diferentes niveles de responsabilidad que adquieren todos los agentes a la hora de hacer frente al riesgo de la dependencia, debe apuntarse cómo todos ellos, en mayor o menor medida, asumen un determinado papel e importancia en su provisión. Este papel, tal y como se desprende del presente estudio, debería ser complementario, según el enfoque de gestión pluralista del Estado del bienestar, el cual considera la complementariedad de todos los agentes a la hora de proveer bienestar social.

Por otro lado, con el objeto de conocer el deseo real del dependiente y/o familia a la hora de recibir las prestaciones del catálogo, se pregunta por el lugar y la persona que desean les presten esos servicios. Los resultados a esta pregunta aparecen recogidos en la **Tabla IV.26**.

Tabla IV.26. Deseo de atención de los beneficiarios

		Porcentaje Grado III	Porcentaje Grado II	Porcentaje Grado I
Válidos	Ns/Nc	6,3	4,7	39,1
	Familiares	51,6	21,9	23,4
	Profesionales en domicilio	26,6	67,2	34,4
	Profesionales fuera domicilio	3,1	1,6	1,6
	Total	87,5	95,3	98,4
Perdidos	Sistema	12,5	4,7	1,6
Total		100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia.

A partir de la tabla anterior, se puede apreciar cómo, según las opiniones de los trabajadores sociales, que están en contacto directo con los dependientes y sus familias, un 51,6% opinan que los dependientes y/o familiares de Grado III quieren ser atendidos en su domicilio por los propios familiares, mientras que para los de Grado II la opinión mayoritaria, un 67,2%, es que se atiendan en el domicilio por profesionales.

Por su parte, las opiniones para los de Grado I están divididas entre ser atendidos en el propio domicilio por familiares (23,4%) y ser atendidos en el domicilio por profesionales (34,4%). A demás, a la hora de opinar sobre los de Grado I, hay un alto porcentaje que no responde (39,1%), como consecuencia de que hasta julio de 2015 no comenzaban a adquirir el derecho a recibir las prestaciones.

Sin embargo, lo que sucede, es decir, lo que dice la LAPAD y que realmente se hace, es justamente lo contrario, en el sentido de que los dependiente de Grado III, en mayor medida, reciben sus servicios en residencias, por profesionales, fuera de su propio domicilio, mientras que los de Grado II, en mayor medida, recibe atenciones de sus familiares en sus propios domicilios.

No obstante, la opinión mayoritaria de todos los encuestados es que, independientemente del grado, los dependientes y/o familiares desean ser atendidos en su entorno habitual, lo cual deberá ser respetado en la gestión de la LAPAD si se quiere garantizar la calidad y eficacia de su aplicación. No en vano, como se destacaba en el capítulo anterior, uno de los objetivos de la Ley es garantizar la atención del dependiente en su entorno habitual, en la medida de lo posible, así como el de hacer valer y respetar sus opiniones con el objetivo de garantizar su dignidad.

En este sentido, se hace necesario, tal y como vienen haciendo los países nórdicos en los últimos años, desarrollar prestaciones económicas y/o servicios que tiendan a mantener al dependiente en su domicilio habitual, pues, de otra forma, no se garantizará la eficacia de la LAPAD. Esta estrategia se ha puesto de manifiesto en el capítulo anterior a la hora de analizar las mejoras que se deben llevar a cabo en el Sistema de Servicios Sociales para que se adapte a la LAPAD. En este sentido, una de esas actuaciones hace referencia a la necesidad de mejorar la red pública de servicios del catálogo de la LAPAD en aquellos territorios donde prácticamente es inexistente.

Por último, se le pregunta a los trabajadores sociales por dos de los principales problemas de la gestión actual de la LAPAD. La jerarquización de estos problemas aparece en la siguiente **Tabla. IV.27**.

Tabla IV.27. Inconvenientes de la Ley de Dependencia.

Problemática	N.º respuestas
Procedimiento largo y lento	27
Falta de financiación y presupuesto	21
Incumplimiento de los plazos y de la Ley	18
Baja intensidad y falta de recursos y servicios	11
Muchos trámites, burocracia	9
Distintos colores políticos y muchos agentes participando: descoordinación, diferentes enfoques y puntos de vista, etc.	8
Carencia de recursos profesionales y falta de formación	7
No hay revisiones ni seguimiento de los casos	5
Algunas veces, no existe una información clara y directa al ciudadano	3

Fuente: elaboración propia.

Como se desprende de la tabla anterior, los principales problemas vienen dados porque el proceso es largo y lento, como consecuencia, entre otras, de la excesiva burocracia, el incumplimiento de plazos, la participación de varias administraciones y la posible descoordinación entre éstas en determinados momentos.

Por otra parte, la falta de financiación, que repercute en unos recursos presenciales y humanos deficitarios, también representan un hándicap para garantizar la calidad y eficacia de la LAPAD.

En definitiva, el primer grupo de inconvenientes parece que están más relacionados con la gestión descentralizada de la LAPAD (burocracia, lentitud,

descoordinación, etc.). Sin embargo, tal y como ha quedado demostrado, esta gestión descentralizada asegura unos niveles más altos en la eficacia a la hora de dar cumplimiento a los principales objetivos de la Ley, lo cual se pone de manifiesto a nivel nacional, tal y como se detalló en el Capítulo III.

Por todos estos motivos, se considera necesario profundizar en el análisis de la gestión descentralizada de la LAPAD, con objeto de diagnosticar y hacer frente a toda esta problemática que encierra una gestión más pluralista del riesgo social de la dependencia. De tal forma que, a partir de este diagnóstico, se puedan proponer algunas de las bases y actuaciones necesarias que hagan frente a estos problemas.

IV.6. Conclusiones del capítulo

Las conclusiones de este capítulo dedicado al análisis e implantación de la LAPAD en la provincia de Huelva pueden resumirse en las siguientes:

- Andalucía, tal y como se apuntaba en el capítulo anterior, tiene plenamente integrada la gestión de la dependencia en los entes locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios.
- Las funciones que realizan estos servicios sociales comunitarios en la gestión de la dependencia son las siguientes: a) informar sobre la Ley y el proceso para obtener el derecho a servicios y/o prestaciones; b) recepcionar las solicitudes y documentación necesaria para iniciar el trámite de valoración y remitir las solicitudes a la Agencia; c) realizar el Informe Social, el Trámite de Audiencia y la Propuesta Individual de Atención (PIA); y d) sólo en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio, tienen también la competencia de ponerlo en marcha y realizar el seguimiento para su correcta aplicación.
- Por tanto, cabe indicar el importante número de agentes, públicos y privados, que participan en este modelo de gestión, el cual, como consecuencia de ello, puede ser analizado según el enfoque pluralista, en el que la multiplicidad y complementariedad de los agentes en la provisión de bienestar adquiere especial protagonismo.
- Cabe destacar el importante nivel de territorialización o descentralización, tanto de la Agencia (administración regional), por provincia, como

de la Diputación provincial (administración supramunicipal), por Zona de Trabajo Social (ZTS), o del propio municipio de Huelva, por centros sociales, lo cual posibilita un mayor conocimiento del territorio.

- El elevado número de administraciones públicas que participan en la gestión de la dependencia en la provincia de Huelva, unido a la descentralización de éstas, hace necesario el establecimiento de diferentes instrumentos de coordinación, tanto intra-administrativa como Inter-administrativa, tales como: Comisión Interna de la Diputación, Comisión entre Diputación y el resto de municipios con competencia en dependencia, Comisión Provincial de Coordinación de la Dependencia, etc.
- Todo ello hace que concluyamos la existencia de un buen nivel de coordinación en la provincia, si bien esta coordinación se hace más débil entre los servicios sociales y el sistema de salud, lo cual deberá ser corregido si queremos transitar hacia una verdadera atención integral, es decir, sociosanitaria.
- En la gestión pública de la dependencia en la provincia de Huelva participan alrededor de 100 trabajadores sociales, la mayor parte de los cuales pertenecen a los servicios sociales comunitarios. A ello se le une el total de empleo generado por el importante número de empresas (centros de día y de noche, residencias y servicio de ayuda a domicilio) que prestan los servicios del catálogo en la provincia de Huelva. De tal forma, que ello permite calcular el número de empleos directos que genera la gestión de la dependencia en la provincia.
- Para el caso de Andalucía y de Huelva, en particular, la LAPAD ha venido consolidar y poner en valor el papel de los servicios sociales comunitarios, al reconocer un derecho universal subjetivo.
- La descentralización del proceso de gestión de la LAPAD, sobre todo de la fase de elaboración de PIA, en los servicios sociales comunitarios, adquiere especial importancia a la hora de garantizar la calidad y la eficacia de la gestión de la Ley. Ello es debido, fundamentalmente: al conocimiento de las necesidades reales del dependiente, de los recursos del entorno, así como a una respuesta ágil y rápida a los problemas de los usuarios, entre otros. De hecho, se demuestra que, en determinadas ocasiones suele haber diferencias entre PIAs de distintos territorios, aún

cuando el grado de valoración y las condiciones socioeconómicas son las mismas.

- Sin embargo, entre los principales problemas o inconvenientes que puede tener la descentralización del proceso de gestión de la LAPAD en los servicios sociales comunitarios, destacan: la burocracia y lentitud del proceso, la falta de coordinación, la falta de financiación y, en definitiva la mayor complejidad del mismo. No obstante, ello no debería repercutir sobre la calidad y eficacia, si bien, los trabajadores sociales pueden dejar de estar prestando otra serie de servicio como consecuencia de la sobrecarga administrativa de trabajo.
- El tipo de coordinación donde suele haber mayores problemas se da entre servicios sociales comunitarios y la Agencia. No en vano, es entre estos dos niveles donde se encuentra el grueso de las fases del proceso de la LAPAD, debiendo, por tanto, ser más intensa la coordinación entre los mismos. También aparece el problema de la coordinación entre la Agencia (servicios sociales) y el sistema de salud.

De tal forma que, es uno de los niveles de coordinación menos desarrollado, siendo necesario mejorarlo e intensificarlo con objeto de prestar una atención sociosanitaria integral y de continuidad a los beneficiarios del sistema.

- Respecto a la atención al dependiente, se concluye que éste tiene variedad, aunque limitada, de servicios donde elegir, si bien, en determinadas ocasiones, existen desajuste entre las opciones de prestaciones que se le proponen al dependiente y los deseos reales de éste.
- De tal forma que éste, a veces, suele rechazar el PIA, es decir, las prestaciones que se le propone. No en vano, se considera que la LAPAD no cubre todas las necesidades del dependiente, aunque sí gran parte de ellas, como consecuencia de: a) escasez y necesidad de recursos complementarios en la zona; b) lenta resolución de solicitudes que no llegan a tiempo para satisfacer las necesidades actuales del dependiente; c) baja intensidad de aplicación del SAD; d) el dependiente/familia tiene altos niveles de exigencia.
- El riesgo de la dependencia debe ser cubierto, de una forma complementaria, por el propio dependiente, a través de seguros privados, por la familia, la administración pública y la sociedad civil, si bien las esferas que

adquieren mayor importancia son la familia (43,25%) y la administración pública (39,33%). Esto pone de manifiesto que estamos ante un modelo de Estado de bienestar mediterráneo. Sin embargo, el haber convertido la dependencia como derecho subjetivo universal hace que la administración pública pase a jugar un importante papel. En este sentido, es necesario potenciar el papel de la sociedad civil y de la familia para hacer frente a las crisis económicas.

- En términos generales, el dependiente desea ser atendido en su domicilio por familiares (Grado I) o profesionales (Grado II), siendo residual la asistencia en residencias u otros centros, fuera de su domicilio habitual. Con ello, se pone de manifiesto nuevamente que estamos ante un modelo con características propias del Estado de bienestar mediterráneo. Por tanto, tal y como se viene haciendo en el modelo nórdico, para garantizar la calidad y eficacia de la LAPAD se deben desarrollar prestaciones económicas y servicios que mantengan, en la medida de lo posible, al dependiente en su propia residencia.
- Entre los principales problemas de la LAPAD se encuentran: la lentitud del procedimiento (burocracia, plazos, descoordinación, etc.) y la falta de financiación (intensidad de los recursos y profesionales). El primero de estos problemas parece estar más relacionado con la gestión descentralizada de la LAPAD. Sin embargo, tal y como se ha demostrado, este tipo de gestión tiende a favorecer la calidad y eficacia de aplicación de la Ley.

Capítulo V

Principales conclusiones de la investigación

V.1. Sobre la gestión de la dependencia en Europa

Por las características propias del derecho social de la dependencia, el modelo teórico sobre el que debería descansar el análisis de su gestión es sobre el pluralismo del bienestar. No en vano, la visión pluralista ha tenido una amplia aceptación, ya que en ella se destaca los principios para lograr una reactivación eficaz de la política social, dirigida a la descentralización de los poderes públicos, la participación de los ciudadanos, la gestión local y menos burocrática de los servicios de bienestar con la intervención de los actores privados.

Del análisis comparado de la gestión de la dependencia en Europa se observan diferencias entre países, las cuales se corresponden con las características del modelo de Estado del bienestar propio de cada uno de ellos. Estas características diferenciales se pueden observar en aspectos tales como: el papel de los diferentes agentes, la responsabilidad de la gestión, las políticas de apoyo al cuidador, el tipo de prestaciones, la financiación, los principios inspiradores, etc.

No obstante, cabe destacar cómo los diferentes países europeos convergen en la gestión de este derecho social, en aspectos tales como: a) la socialización del riesgo de la dependencia, llegando a configurarse como derecho social universal; b) la prioridad de las prestaciones económicas sobre los servicios, como consecuencia de la crisis; c) la libertad de elección de prestaciones por parte del dependiente; d) se prioriza la atención de los niveles más graves, como consecuencia de la crisis; e) la prestación de servicios por parte de la iniciativa privada; f) la gestión y provisión descentralizada de los servicios, mientras que la

planificación, legislación y financiación corresponde, en mayor medida, a los gobiernos centrales; g) la progresiva importancia de los cuidados comunitarios y los servicios sociales, con el propósito que el dependiente continúe residiendo en su entorno habitual, así como por motivos de calidad, preferencias y económicos; y h) la progresiva y complementaria importancia de los diferentes agentes en la provisión de la dependencia.

Todas estas características de la gestión de la dependencia, comunes en Europa, hacen que ésta pueda ser analizada bajo un enfoque pluralista del Estado del bienestar. No en vano, este enfoque también se caracteriza por: a) la participación de los diferentes agentes en el bienestar social, si bien el Estado debe garantizar los derechos sociales; b) la descentralización de la gestión; c) la participación del sector privado, de mercado y no mercado, así como la sociedad civil (dependiente, familia, etc.) etc. Características, todas ellas, que se encuentran presente en la mayor parte de modelos de gestión de la dependencia en Europa.

V.2. Sobre la gestión de la dependencia en España

El derecho social de la dependencia, con carácter universal, se instaura en España en 2006, con la aprobación de la Ley 39/2006 (LAPAD), como consecuencia de su regulación en buena parte de los países europeos, de factores demográficos (envejecimiento), socioculturales (cambio de roles en la sociedad, reducida dimensión de la familia, etc.), económicos (incorporación de la mujer al mercado laboral) y político-institucionales (académicos y otros grupos comenzaban a debatir sobre los problemas de la dependencia y la necesidad de cuidados socio-sanitarios).

La consolidación de un nuevo derecho social viene a reforzar el denominado cuarto pilar del Estado de bienestar, correspondiéndose éste con el Sistema Público de Servicios Sociales, que pasa a ser complementario del Sistema de Atención para la Autonomía de la Dependencia (SAAD). Ello se une al Sistema de Salud, al Sistema Educativo y a la Seguridad Social (pensiones).

La LAPAD, en línea con las tendencias de la gestión de este derecho en Europa, viene a centralizar, en parte, la regulación, financiación y gestión del Sistema Público de Servicios Sociales, dotándole a las comunidades autónomas

(CCAA) de un amplio nivel de competencias en lo que a regulación, gestión y financiación respecta.

Por su parte, la implicación que tienen los entes locales en la gestión de la dependencia, a través de sus servicios sociales comunitarios, va a depender de las decisiones que tomen las diferentes CCAA en la aplicación y gestión de la LAPAD. En este sentido, podría decirse que mientras que unas CCAA le confieren un importante papel en buena parte del proceso (información, gestión de solicitudes, elaboración de PIA, evaluación y seguimiento), otras centralizan la mayor parte del mismo, quedando los entes locales sólo para realizar tareas puramente administrativas de información y recepción de las solicitudes.

De forma que, concluimos que existen dos modelos de gestión de la dependencia claramente diferenciados en España: unos más centralizados y otros más descentralizados o integrados en los entes locales, a través de los servicios sociales comunitarios; si bien los primeros están transitando a éstos últimos.

Como consecuencia de ese importante nivel de competencia que tienen las CCAA en la gestión de la dependencia, existen diferentes grados de desarrollo y aplicación de este derecho social por regiones, en aspecto tales como: personas con derechos reconocidos en espera a ser atendidos, tipos de servicios prestados, presupuesto destinado a esta política social, etc.

Las CCAA que muestran mayores niveles de desarrollo y aplicación de la LAPAD son aquéllas que han optado por modelos de gestión más descentralizados, es decir, por aquellos modelos de gestión que más se aproximan al enfoque pluralista, bajo el cual deberían participar los diferentes niveles de las AA.PP., el tejido empresarial, los dependientes y, en su caso, las familias, destacando, por tanto, la importancia de la participación y de los territorios en este tipo de política social.

Como consecuencia de su escaso desarrollo, la LAPAD prioriza la prestación de servicios profesionales, aún cuando su oferta es escasa y está desigualmente distribuida en las diferentes CCAA. Sin embargo, la tendencia en Europa en la gestión de este riesgo social camina hacia una mayor atención en el entorno familiar, erigiéndose ésta en pieza angular en el tratamiento de los cuidados continuados del dependiente, sobre todo en el modelo nórdico. A su vez, tal y como ocurre en España, la mayor parte de los modelos y países analizados, excepto determinados países del modelo continental, tienen descentralizados los procesos de gestión.

Por tanto, considerando el modelo descentralizado, podría decirse que la gestión de la dependencia en España está convergiendo en los diferentes aspectos, comentados en el epígrafe anterior, en que lo vienen haciendo la mayor parte de los países europeos.

No obstante, España y sus CCAA, con objeto de converger en la gestión de la dependencia con la mayor parte de los países europeos y mejorar sus niveles de gestión, se considera necesario: a) profundizar en la descentralización de la gestión, dándole un mayor peso a los servicios sociales comunitarios, b) aumentar la red de recursos y servicios públicos, escasamente desarrollados en muchas CCAA; c) proponer una reforma en la Ley Básica de Servicios Sociales que tenga en cuenta los problemas derivados de la gestión y donde los servicios sociales comunitarios se conforme en pieza fundamental del denominado como cuarto pilar del Estado del bienestar, compuesto por el Sistema de Servicios Sociales complementado con el SAAD; d) complementar las prestaciones económicas con las prestaciones de servicios profesionales; e e) integrar los servicios sociales con los de salud con objeto de proporcionar unos cuidados integrales y de continuidad.

V.3. Sobre la gestión de la dependencia en Andalucía y Huelva

Andalucía tiene plenamente integrada la gestión de la dependencia en sus entes locales, a través de sus respectivos servicios sociales comunitarios, al optar por un modelo descentralizado, lo cual se asemeja más a un modelo de gestión pluralista, así como a los modelos de gestión local de la dependencia en la mayoría de los países europeos.

Destaca, por tanto, la diversidad de funciones que desempeñan los servicios sociales comunitarios en la gestión de la dependencia. Éstas son: a) informar sobre la Ley y el proceso para obtener el derecho; b) recepcionar las solicitudes y documentación necesaria para iniciar el trámite de Valoración y remitir las solicitudes a la Agencia; c) realizar el Informe Social, el Trámite de Audiencia y la Propuesta Individual de Atención (PIA); d) sólo en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio, tienen también la competencia de ponerlo en marcha y realizar el seguimiento para su correcta aplicación; y, por último, e) realizar el seguimiento, control y revisión de los casos.

Andalucía se configura como una de las CCAA en las que más se ha desarrollado la LAPAD, en indicadores como volumen de solicitudes atendidas, prestaciones concedidas, presupuesto invertido, variedad de prestaciones, descentralización del modelo, innovación, buenas prácticas, etc.

A su vez, en Huelva y Provincia, cabe destacar el importante crecimiento y volumen de solicitudes, respecto a la población, superiores a la media andaluza y española. Como consecuencia de ello, destaca el importante porcentaje de personas con derecho adquirido y que están siendo actualmente atendidas.

Respecto a las prestaciones y servicios del catálogo, destaca la importancia del SAD en la Provincia de Huelva, respecto a la media andaluza y nacional. En los restantes servicios del catálogo se sitúa ligeramente por debajo de la media andaluza.

El volumen de prestaciones y servicios sobre la población total es superior en Huelva respecto a la media andaluza y nacional, lo cual indica el esfuerzo que se viene haciendo en la gestión de la LAPAD.

Cabe destacar el importante nivel de territorialización o descentralización, tanto de la Agencia (administración regional que gestiona la dependencia), por provincia, como de la Diputación provincial (administración supramunicipal), por ZTS, o del propio municipio de Huelva, por centros sociales, lo cual posibilita un mayor conocimiento del territorio y, por tanto, una mayor descentralización.

Para el caso de Andalucía y de Huelva, en particular, la LAPAD ha venido a consolidar y poner en valor el papel de los servicios sociales comunitarios, al reconocer un derecho universal subjetivo y financiar un mínimo del mismo, tanto a nivel nacional como regional. Y, sobretodo, por la apuesta que ha hecho el gobierno andaluz a la hora de optar por un modelo de gestión descentralizada.

Al mismo tiempo, la descentralización de la gestión, sobre todo en la fase de elaboración de PIA (Programa Individual de Atención), adquiere especial importancia a la hora de garantizar la calidad y la eficacia de la gestión de la LAPAD. Ello es debido, fundamentalmente: al mayor conocimiento que se tiene de las necesidades reales del dependiente, de los recursos del entorno, así como la posibilidad de dar una respuesta ágil y rápida a los problemas de los usuarios, entre otros.

De hecho, se demuestra que, en determinadas ocasiones, suele haber diferencias entre PIAs de distintos territorios, aún cuando el grado de valoración y

las condiciones socioeconómicas son las mismas. Ello hace, aún más necesario, una gestión descentralizada que aporte profesionales y técnicos profundos conocedores de la oferta (servicios) y demanda (necesidades del dependiente) localizada en los diferentes territorios.

Sin embargo, entre los principales problemas que pueden darse en esa gestión descentralizada, destacan: la burocracia y lentitud del proceso, la falta de coordinación y financiación y, en definitiva, la mayor complejidad del mismo. No obstante, ello no debería repercutir sobre la calidad y eficacia, si bien, los trabajadores sociales pueden dejar de estar prestando otra serie de servicios sociales como consecuencia de la sobrecarga administrativa de trabajo, dejando, por tanto, de cumplir algunos de sus objetivos.

El tipo de coordinación donde suele haber mayores problemas se da entre servicios sociales comunitarios y la Agencia (nivel local y regional). No en vano, es entre estos dos niveles donde se encuentra el grueso de las fases del proceso de la LAPAD, debiendo, por tanto, ser aún más intensa la coordinación entre los mismos. También aparece el problema de la coordinación entre la Agencia (servicios sociales) y el sistema de salud. De tal forma que, es uno de los niveles de coordinación menos desarrollado, siendo necesario mejorarlo e intensificarlo con objeto de caminar hacia una atención socio-sanitaria integral y continuada a los beneficiarios del sistema.

Respecto a la atención al dependiente, se concluye que éste tiene variedad de elección, de ahí la participación de la sociedad en esta política social, una de las características del enfoque pluralista del bienestar. No obstante, esta posibilidad de elección de servicios es limitada, si bien, en determinadas ocasiones, existen desajuste entre las opciones de prestaciones que se le propone y los deseos reales de éste. Por ello, a veces, suele terminar rechazando el PIA, es decir, las prestaciones que se le propone. No en vano, se considera que la LAPAD no cubre todas las necesidades del dependiente, aunque sí gran parte de ellas, como consecuencia de: a) la escasez y necesidad de recursos complementarios en la zona; b) la lenta resolución de solicitudes, que no llegan a tiempo para satisfacer las necesidades actuales del dependiente; c) la baja intensidad de aplicación del SAD; y que d) el dependiente/familia tiene altos niveles de exigencia.

Se pone de manifiesto, nuevamente, que el riesgo de la dependencia debe ser analizado bajo un enfoque pluralista, ya que el estudio demuestra que la provisión de este riesgo debe ser cubierta, de una forma complementaria, por el pro-

pio dependiente, a través de seguros privados, por la familia, la administración pública y la sociedad civil, si bien las esferas que adquieren mayor importancia son la familia (43,25%) y la administración pública (39,33%). Esto se debe a dos factores: a) estamos ante un modelo de Estado de bienestar mediterráneo, donde la familia adquiere especial importancia; y b) en el riesgo de la dependencia, donde se le debe garantizar al dependiente vivir en su entorno habitual, la familia adquiere un papel especial.

Sin embargo, el haber convertido el riesgo de la dependencia como derecho subjetivo universal hace que la administración pública pase a jugar un importante papel como financiador y garante del mismo.

En este sentido, el dependiente desea ser atendido en su domicilio por familiares (Grado I) o profesionales (Grado II), siendo residual la asistencia en residencias u otros centros, fuera de su domicilio habitual. Con ello, se pone de manifiesto nuevamente que estamos ante un modelo con características propias del Estado de bienestar mediterráneo. Por tanto, tal y como se viene haciendo en el modelo nórdico, para garantizar la calidad y eficacia de la LAPAD se deben desarrollar prestaciones económicas y servicios que mantengan, en la medida de lo posible, al dependiente en su propia residencia.

Entre los principales problemas de la LAPAD se encuentran: la lentitud del procedimiento (burocracia, plazos, descoordinación, etc.) y la falta de financiación (intensidad de los recursos y profesionales). El primero de ellos parece estar más relacionado, en mayor medida, con la gestión descentralizada, si bien el problema de la financiación parece que también tiene relación con la lentitud.

Sin embargo, tal y como ha quedado demostrado para el caso de Andalucía, en general, y de Huelva, en particular, el modelo de gestión descentralizada tiende a favorecer la calidad y eficacia de la aplicación de este derecho social, lo cual hace necesario que se profundice en la mejora del mismo, tomando como referente, dadas las características propias de este derecho social (mantener al dependiente en su entorno habitual, cuidados continuados, importancia de la familia, provisión y prestación privada de los servicios, participación del dependiente/familia a la hora de elegir prestaciones, así como de prestar los servicios como cuidadores, etc.), el modelo de gestión pluralista del bienestar social.

Bibliografía

- Abrahamson, P. (1995): «Regímenes europeos del bienestar y políticas sociales europeas: ¿convergencia de solidaridades?», en S. Sarasa y L. Moreno (Compiladores), *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*, Madrid: CSIC/IESA/MAS.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (AEDGSS) (2009): *Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. III Dictamen*. Madrid. <http://www.directoresociales.com/>. (Consultado 07/09/2015).
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2015a): *XV Dictamen del Observatorio*, Observatorio de la Dependencia, en <http://www.directoresociales.com/2-uncategorised/19-observatorio-estatal-para-la-dependencia.html> (consultado, 12/10/2015).
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2015b): *El examen sobre el territorio y aplicación de la escala*, Observatorio de la Dependencia, en <http://www.directoresociales.com/2-uncategorised/19-observatorio-estatal-para-la-dependencia.html> (consultado, 12/10/2015).
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2018): *XVIII Dictamen del Observatorio. El examen sobre el territorio y aplicación de la escala*, Observatorio de la Dependencia, Observatorio de la Dependencia, en <http://www.directoresociales.com/2-uncategorised/19-observatorio-estatal-para-la-dependencia.html> (consultado, 20/11/2018).
- Banda Gallego, T. (1997): «El debate sobre la provisión pluralista de los servicios sociales» en *Revistas - Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, N. 5, Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Barriga Martín, L.A. (2015): «Distribución de competencia, cooperación y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno», *Mesa Redonda: Papel del Estado, las Comunidades Autónomas y los Gobiernos Locales en el desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia*, Diputación de Barcelona y Fundación Demacración y Gobierno Local, en <http://www>.

- diba.cat/documents/14465/17878/benestar-documentacio-j6-lapad-6-pdf.pdf (septiembre 2015).
- Bazo, M.T. (1990): *La sociedad anciana*, Madrid: CIS y Siglo XXI.
- Bazo, M. T., *et al.* (1996): «Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales». *Revista Española de Investigaciones Sociales (REIS)* 73, 43-56.
- Berzosa, C. y Fernández, T. (1993): «El sistema de bienestar en crisis», *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, Madrid. N.º 31/32. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social.
- Bettio, F., Simonazzi, A. y Villa, P. (2006): «Change in care regimens and female migration: the Care Drain in the Mediterranean», en *Journal of European Social Policy*, 16 (3): 271-285.
- Boloni, G. (2005). «The politics of the New Social Policies: providing coverage against new social risks in Mature Welfare». *Policy & Politics*, 33 (3).
- Bond, J. y Rodríguez Cabrero, G. (2007): «Health and dependency in later life». En J. Bond y S. Peace (Edited): *Ageing and Society*. London: Sage.
- Bond, J. (2009): «Dependencia, exclusión social y vejez en el Reino Unido», traducido por Rodríguez Escudero, B., en González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F.: *El Tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. 205-231. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Casado, D. y López, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- Casado, D. (2009): «Respuesta a la dependencia anteriores a la Ley sobre la misma», en Arriba González, A. y Moreno Fuentes, F. J.: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. 259-281. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Cavas Martínez, F. (2006): «Aspectos fundamentales de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», *Aranzadi Social n.º 13*.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). 2004. *Estudio n.º 2581, Barómetro de noviembre de 2004*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. (http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=4355). Consultado 12/09/2015.
- Colombo, F., Fujisawa, R.; Llena, A. y Pearson, M. (2009): «La necesidad creciente de trabajadores para cuidados de larga duración (CLD). ¿Qué están haciendo los países de la OCDE?». *Revista Economistas*, n.º 122. Madrid.
- Comas-Herrera, A., *et al.* (2006): «Future Long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom», en *Ageing & Society*, 26: 285-302. Cambridge University Press.
- Consejo de Europa (1998): *Recomendación del Comité de Ministros sobre Dependencia*, R (98) 9, de 18 de septiembre.
- Costas-Font, A. (1996): «Problemas económicos en las sociedades avanzadas», *Grandes Cuestiones de Economía*, n.º 7, Madrid. Fundación Argentaria.
- Costa-Font y Paxot (2003): «Long-term care for older people in Spain. En Comas-Herrera, A. y Wittenberg, R. (eds): *European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the*

- Employment and Social Affairs DG of the European Commission*, PSSRU Discussion Paper 1840, London School of Economics, London, 43–58.
- Daly, M. (2001): «Globalization and the Bismarckian Welfare Status». En R. Sukes, B. Palier y P. Prior (eds.): *Globalization and European Welfare Status*. Ed. Palgrave. Nueva York: 79-102.
- Daatland, S. O. (2001): «Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives», *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, pp. 16-20.
- Daatland, S. O. (2009): «Estrategias recientes en la protección de la dependencia en la bajo el modelo escandinavo del Estado de Bienestar», traducido por Rodríguez E. Beatriz., en González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F.C.: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. 147-162. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Daatland, S. O. y Lowenstein, A. (2005): «Intergenerational solidarity and the family welfare state balance», *European Journal of Ageing*, 2, pp. 174-182.
- De Gier, De Swaan, A. y Ooijens, M. (eds.) (2004): «*Dutch Welfare Reform in an Expanding Europe. The Neighbours*» view. Amsterdam, Het Spinhuis.
- De Gier, Erik (2009): «El Estado de Bienestar holandés y la dependencia», traducido por Rodríguez Escudero, B., en González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F.: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. 185-204, Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- De Lorenzo García, R. (2006): «Fundamentación constitucional y fortalezas/debilidades de la nueva ordenación legal de la dependencia, referencia a la discapacidad». *Revista de Trabajo y Asuntos Sociales*.
- De Paz Báñez, M. A. (2005): *La paradoja de la globalización*, Servicios de publicaciones de la Universidad de Huelva, Huelva.
- De Vicente Pachés, F. (2003): *Asistencia Social y Servicios Sociales. Régimen de distribución de competencias*, Madrid, Secretaría General del Senado.
- Dilnot, A.; Disney, R.; Johnson, P. y Whitehouse, E. (1994): *Pensions Policy in the UK. An Economic Analysis*. Londres, Institute for Fiscal Studies.
- Doyal, L. y Gough, I. (1994): *Teoría de las necesidades humanas*, Icaria, Barcelona.
- Durán Heras, M^a. A. (2012): *El trabajo no remunerado en la economía global*, Madrid, Fundación BBVA.
- European Commission (2009): *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*, Luxemburgo, Comisión Europea.
- Eurostat (2018): *Population and social conditions*. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal> (consultado 20/11/2018).
- Etxezarreta Etxarri y Bakaiko Azurmendi (2011): «La participación de la economía social en el ámbito de la dependencia: una aproximación teórica», *CIRIEC- España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 71:25-48.
- Federación Española de Municipios y Provincias FEMP (2011): *Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia: su repercusión en los Gobiernos Locales intermedios*, Comisión de

- Diputaciones, Cabildos y Consejos Insulares. Madrid. www.femp.es (consultado: marzo, 2015).
- Flora, P. (1993): «Los Estado de Bienestar y la Integración Europea», en Moreno, L. (comp.), *Intercambio social y desarrollo del bienestar*, Madrid: CSIC/IESA/MAS.
- Gallardo, M. C. (2006): *Manual de Servicios Sociales Comunitarios*, Síntesis, Madrid.
- García Giraldes, T. y Robles Ríos, P. (2010): «Los servicios sociales de atención primaria y la LAPAD: ¿relaciones de complementariedad o subsidiarias?». *Congreso REPS*, 30 septiembre – 1 octubre de 2010.
- García, M. M. (2004): *El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres*. Gaceta Sanitaria, Vol. 18 suplemento 2. Barcelona.
- García Rubio, M. A. (2009): «Los servicios (I): aspectos comunes de su régimen jurídico», en Roqueta Buj, R. (Coord.): *La situación de dependencia. Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo reglamentario, estatal y autonómico de la Ley de Dependencia*, Valencia, Tirant Lo Blanch.
- Giannakouris, K. (2008): «Ageing Characterises the Demographie. Perspectives of the European Societies». *Eurostat*, Statistics in Focus 72/2008.
- González Ortega, S. y Quintero Lima, M^a. G. (2004): *La Protección Social de las personas dependientes*, La Ley. Madrid.
- Gutiérrez Resa, A. (1999): «Estado de Bienestar y Tercer Sector», en Fernández García, T. y Garcés Ferrer, J. (coord.): *Crítica y futuro del Estado del Bienestar. Reflexiones desde la izquierda*, Tirant lo blanch. Valencia.
- Guzmán Gómez, E. (2005): *Resistencia, permanencia y cambio. Estrategias campesinas de vida en el poniente de Morelos*, Plaza y Valdés, Barcelona.
- Hellsten, K.; Kalliomaa-Puha, L.; Komu, M. y Sakslin, M. (2004): «Las diversas formas de protección de la dependencia en Finlandia», en González Ortega, S. y Quintero Lima, M^a. G. (Coords.): *Protección social de las personas dependientes*, Madrid (La Ley).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (1995a): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (1995b): *Cuidados en la vejez. Las personas mayores en España*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2002): *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2004a): *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2004b): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores*. Estudio 4.597, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005): *Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España. Diciembre 2004*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>). Consultado 12/09/2015.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO- CIS (2006): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores*. Estudio 2.647. IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2008). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. IMSERSO
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2018): *Sistema de Atención y Autonomía a la Dependencia*, en http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/index.htm. Consultado 16/11/2018.
- Instituto Nacional de Estadística (2018): www.ine.es (consultada el 15/11/2018).
- Jacobzone, S. (1999): «Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives», *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n.º 38, OECD Publ.
- Jacobzone, S. y Jenson, J. (2000): «Care Allowances for Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers», *OECD*, Paris.
- Johnson, N. (1987): *The Welfare State in Transition. The Theory and Practice of Welfare Pluralism*, Brighton. Wheatsheaf Books.
- Llano Sánchez, M. (2012): «Igualdad y diversidad en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las personas del sistema», 78-104; en Barrios Baudor, G.; Conde Marín, E.; Heras Hernández, M^a. M.; Molina González-Pumariega, R., y Molero Marañón (Coord): *Retos para una Implantación efectiva del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Ediciones Cinca. Madrid.
- Marbán Gallego, V. (2009): «La atención a la Dependencia», en Moreno, L (coord.): *Reformas de las políticas del bienestar en España* (pp. 207-238). Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Marbán Gallego, V. (2011): «Los actores sociales en el sistema de la dependencia español», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 29, Num. 1: 69-91.
- Marbán Gallego, V. (2012): «Actores sociales y desarrollo de la Ley de la Dependencia en España». *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, Vol.70, n.º 2, Mayo-Agosto, 375-398.
- Marbán Gallego, V. y Rodríguez, G. (2006): «El Estado de Bienestar y tercer sector social en España. El estado de la investigación social», *CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa*, n.º 56, pp. 117-139.
- Marbán Gallego, V., Montserrat Codorniú, Morán Aláez, y Rodríguez Cabrero (2012): *El sector de la discapacidad: realidad, necesidades y retos futuros. Análisis de la situación de la población con discapacidad y de las entidades del movimiento asociativo y aproximación a sus retos y necesidades en el horizonte del 2020*. Grupo Editorial Cinca, S.A. Madrid.
- Martín Castro, M^a. B. (2010): «Análisis y retos del Sistema de Autonomía a la Dependencia en Andalucía en el marco de la gobernanza multinivel», *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 163-187.
- Martínez Buján, R. (2010): *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*, Madrid: CSIC.

- Martínez Herrero, M^a. J. (2007): *Las Políticas Familiares en Europa. Una aproximación al Estado de Bienestar desde un enfoque de género*. Serie Tesis Doctorales. Universidad del País Vasco. Dirección para la Igualdad. País Vasco.
- Míngo Basail, M. L. (2008): «Atención a las personas en situación de dependencia: Derechos y Prestaciones Sociales». *Trabajo Social Hoy*, 53:7-37.
- Ministerio de Asuntos Sociales (1993): *Plan Gerontológico*. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.
- Molero Marañón, M^a. L. (2009): «El incipiente reconocimiento legal de los cuidadores informales». *Relaciones Laborales. Revista crítica de teoría y práctica*, nº1: 12- 13.
- Molina González-Pumariega, R. (2012): «Los Servicios Sociales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia tras seis años de funcionamiento», en Barrios Baudor, G.; Conde Marín, E.; Heras Hernández, M^a. M.; Llano Sánchez, M., y Molero Marañón (coord.): *Retos para una Implantación efectiva del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Ediciones Cinca. Madrid, 105-153.
- Molina, Sebastián (2007): *Poder y familia. Las élites locales del corregimiento de Chinchilla-Villena en el siglo del Barroco*, Universidad de Murcia, Murcia.
- Moreno, L. (1999): «La vía media española del régimen de Bienestar mediterráneo», en Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de trabajo 99-05. <http://www.iesam.csic.es/doctrab/dt-9905.htm> (24/04/2012).
- Moreno, L. (2006): «España y el bienestar mediterráneo», *I Seminario Internacional Políticas social y regímenes de bienestar en transición. Orígenes, conceptos y estrategias en países con desarrollo humano alto*. Universidad de Guadalajara (México). 11-13 Septiembre, 2006. Documento de Trabajo 06-10 de la Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). (<http://digital.csic.es/bitstream/10261/1669/1/dt-0610.pdf>). (Consultado, 13/09/2015).
- Muñoz de Bustillo, R. (1993): *Crisis y futuro del Estado del Bienestar*. Alianza Universidad, Madrid.
- Muñoz Luque, J. (2009): «Los servicios sociales de atención primaria en España», en Navarro, V. (dir.), *La situación social de España*, Fundación F. Largo Caballero, Madrid, 503-542.
- OECD (2005): *Long-term Care for Older People*, The OECD Health Project.
- OECD (2006): «Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?». Departamento de Economía de la OCDE Working Papers, núm. 477.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.
- Österle, August (2009): «Regímenes de bienestar europeos y el cuidado de larga duración», traducido por Esther Ortega, en Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F.: *El Tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*, Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, 35-60.
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, A., Aguilar, M.D., y Lázaro, P. (2004): «Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española». *Revista Esp. Salud Pública*, 78, 201-213.

- Pavolini, E. (2004): *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma.
- Pavolini, E. and Ranci, C. (2008): «Restructuring the Welfare State: reforms in longterm care in Western European countries». *Journal of European Social Policy*, volume 18, n.º 3.
- Pérez-Bueno, L. C. (dir.) (2004): *La protección de las situaciones de dependencia en España*, Comité español de Representantes de Personas con discapacidad (CERMI), Madrid.
- Pérez-Bueno, L. C. (2006): «La discapacidad y las situaciones de dependencia en cifras aproximación conceptual y estadística. Niveles actuales de protección y modelos europeos». *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Núm. 65.
- Puga, D. (2001): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010*. Madrid, Fundación Pfizer.
- Querejeta González, M. (2004): *Discapacidad / Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*, IMSERSO, Madrid.
- Rhodes, M. (2002): «Globalization and West European Welfare States: A critical Review of recent debates», *Journal of European Social Policy*, 6(4), 305-327.
- Rodríguez Cabrero, G. (1996): «Los límites del Estado de Bienestar y las tendencias en el desarrollo de la Reforma Social», en VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*, Fundación Argenteria, Madrid.
- Rodríguez Cabrero, G. (1999): *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- Rodríguez Cabrero, G. (2002): *Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro*, Universidad de Alcalá. Disponible en www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0214.pdf, (consultado 01/9/2015).
- Rodríguez Cabrero, G. (2004a): *El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Ed. Fundamentos. Madrid.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004b): «Protección social de la dependencia en España», *Documento de trabajo 44/2004*, Fundación Alternativas.
- Rodríguez Cabrero, G. (2006): «Una visión global del debate en política social en España a través de las reformas del período 1985-2002», en Rodríguez, G.: *Actores sociales y reformas del bienestar*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid. 15-51.
- Rodríguez Cabrero, G. (2007): «La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales», *Política y Sociedad*, Vol. 44. Núm. 2: 69-85.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1998): «El problema de la dependencia en las personas mayores», en *Documentación social*, n.º 112: 33-64. España.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2005): «La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales, en Casado (dir.), *Avances en bienestar basados en el conocimiento*, Madrid, Ed. CCS.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2006), «El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia». *Documento de trabajo 87/2006*, Fundación Alternativas.
- Rodríguez, P. y Sancho, M. T. (1995): «Vejez y familia: apuntes sobre una contribución desconocida», *Revista Infancia y Sociedad*, 1995 (29): 63-78.

- Sagardoy y Bengoechea, J. A. y López Cumbre, L.; López López, M^a. T. (coord.). (2005): «Políticas de familia y dependencia en el marco de la Seguridad Social», en *Familia y dependencia: nuevas necesidades, nuevas propuestas*, Ediciones Cinca, España.
- Salinas Ramos, F.; Osorio Bayter, L. y Albarrán Fernández, C. (2011b): «El sector público y la Economía Social en la atención a la dependencia», CIRIEC-España, *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 71:9-24.
- Sánchez-Rodas Navarro, C. (2011): «La inclusión de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia y de las que no pueden valerse por sí mismas en el ámbito de aplicación del Reglamento 883/2004», en AA.VV. (Sánchez-Rodas Navarro, Dir.): *Las prestaciones españolas por dependencia y el Derecho de la Unión*. Laborum, Murcia.
- Sarasa, S. (2009): «Long-Term Care: The persistence of familialism», en Guillén y León, M. (Ed.): *The Spanish Welfare State in European Context*. Ashgate Publishing.
- Sastre Ariza, S. (2001): «Hacia una teoría exigente de los derechos sociales». *Revista de Estudios Políticos (Nueva Época)*, 112:253-270.
- Schneider, U. y Reyes, C. (2007): Mixed blessings: long-term care benefits in Germany. En Urgenson, C y Yeandle, S. (eds.) Cash for care in developed welfare states. Houndmills: Plgrave MacMillan.
- Schulte, B. (2009): «Seguros sociales de cuidados de larga duración en Alemania», traducido por Fortin M. G., en Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, Fco. J.: *El Tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Cap. 7: 167-184. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Sempere Navarro, A. V. y Cavas, F. (2007): *Estudios de la Ley 39/2006 sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*. Ed. Arazandi. Madrid.
- Servicio de Atención a la Dependencia (2011): *Memoria 2011*. Diputación de Huelva. Página 2-27 Mimeo.
- Servicio de Atención a la Dependencia (2012): *Memoria 2012*. Diputación de Huelva. Página 2-41. Mimeo.
- Servicio de Atención a la Dependencia (2013): *Memoria 2013*. Diputación de Huelva. Página 1-22 Mimeo.
- Sotelsek, D. (2002): «Estado de Bienestar y Políticas Públicas», en VV.AA. *Apuntes sobre Bienestar social*; (39-67). Alcalá de Henares, Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Taylor-Gooby, P. (1991): *Social change, social welfare and social science*, Londres: Harvester-Wheatsheaf.
- Taylor-Gooby (2004): *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Torres López, J. (2006): *Desigualdad y crisis económica. El reparto de la tarta*. Editorial Sistema, Madrid.

Anexo I

Normativa estatal y autonómica

I.1. Normativa Estatal

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. «BOE» núm. 103, de 30 de abril de 1982. Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1982-9983.

Ley 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. *BOE* núm. 12, de 14 de enero de 1999, Jefatura del Estado. *Referencia:* BOE-A-1999-847.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *BOE* núm. 128, 29/05/2003. Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2003-10715.

Dictámenes del Consejo de Estado, Número de expediente: 336/2006. Referencia: 336/2006. TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Asunto: Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Fecha de Aprobación: 23/3/2006

Real Decreto 918/2006, de 28 de julio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a ayuntamientos para proyectos de acción social a favor de las personas mayores en situación de dependencia. «BOE» núm. 180, de 29 de julio de 2006, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Referencia:* BOE-A-2006-13750.

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006,

de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 42, de 18 de febrero de 2011.

Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. «BOE» núm. 168, de 14 de julio de 2012, páginas 50428 a 50518.

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 313, de 31 de diciembre de 2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Referencia:* BOE-A-2013-13811.

Ley 36/2014, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2015. BOE, núm. 315, de 30 de diciembre de 2014. Jefatura del Estado. *Referencia:* BOE-A-2014-13612.

Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE», viernes 1 de mayo.

Legislación consolidada: *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Jefatura del Estado.* «BOE» núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. *Referencia:* BOE-A-2006-21990. TEXTO CONSOLIDADO: Última modificación: 29 de julio de 2015.

1.2. Normativa Autonómica Andaluza

Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA Boletín número 29 de 12/4/1988. Presidencia.

Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Boletín número 52 de 04/05/2002. Consejería de la Presidencia.

Decreto 168/2007, de 12 de junio, regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía – BOJA. Boletín número 119 de 18/06/2007.

Ley 1/2011, de 17 de febrero, de reordenación del sector público de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA, número 36 de 21/02/2011. Presidencia.

Decreto 101/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Sevilla, 29 de abril 2011 BOJA núm. 83 Página núm. 89-100.

Anexo II

Prestaciones del catálogo del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la provincia de huelva: centros de día, residencias y centro ocupacionales

II.1. Centros de día

Centros de mayores: Unidades Estancias Diurnas Mayores

CENTROS	MUNICIPIO	PLAZAS CONCERTADAS
U.E.D. M ^a AUXILIADORA	PUNTA UMBRIA	2
U.E.D. LA VIÑA	LA PALMA CONDADO	6
U.E.D. ROCIO SANCHEZ	HUELVA	58
U.E.D. SAN JOSE	VILLALBA DEL ALCOR	20
U.E.D. ZUFRE	ZUFRE	4
U.E.D. MARÍA DE LA PAZ	NERVA	3
U.E.D. TERESA SOUSA	EL CAMPILLO	30
U.E.D. SIERRARACENA	ARACENA	6
U.E.D VIRGEN DE CLARINES	BEAS	8
U.E.D. JUVENTUD Y EXPER.	HUELVA	56

CENTROS	MUNICIPIO	PLAZAS CONCERTADAS
U.E.D. ALMORADUJ	GIBRALEON	20
U.E.D. AFALE	LEPE	15
U.E.D. ISLA CRISTINA	ISLA CRISTINA	10
U.E.D. SAN BARTOLOME	SAN BARTOLOME	10

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

Centros atención especializada: Unidades de Estancia Diurna Discapacidad

CENTROS	MUNICIPIO	PLAZAS CONCERTADAS
21 - 292 - EL MURTIGA	GALAROZA	12
21 - 290 - ASPAPRONIAS	HUELVA	20
21 - 291 - UNIDAD DE DÍA 'ASPACEHU'	HUELVA	20
21 - 723 - U.E.D. ANSARES	HUELVA	10
21 - 747 - UED JACARANDA	PALMA DEL CONDADO, LA	18
21 - 611 - EL ANDEVALO	PUEBLA DE GUZMÁN	12

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

II.2. Residencia de personas mayores y con discapacidad

Residencias de personas mayores

CENTROS	CENTRO - NOMBRE	ENTIDAD PROVINCIA	MUNICIPIO	ACREDIT.	PLAZAS CONCER-TADAS
CRM SANYRES ALJARAQUE*	SANYRES SUR, S.L.	Córdoba	Aljaraque	124	31
CRM MADRE DE DIOS	CONGREGACIÓN RELIGIOSA PEQUEÑA OBRA DIVINA PROVIDENCIA	Huelva	Almonte	106	91
CRM NÚÑEZ LIMON	ASOCIACIÓN VIRGEN DEL CARMEN DE TRIGUEROS	Huelva	Alosno	35	27
CRM MONTEJARA*	SAR RESIDENCIAL Y ASISTENCIAL, S.A.U.	Barcelona	Tharsis	130	87
CRM SIERRARACENA*	PUNTA GERIÁTRICO, S.L.	Sevilla	Aracena	48	43
CRM MUNICIPAL SAN JOSE	AYUNTAMIENTO DE ARROYOMOLINOS DE LEÓN	Huelva	Arroyomolinos de León	22	22
CRM LERDO DE TEJADA	FUNDACIÓN TEJADA DE LA SANTA CARIDAD DE AYAMONTE	Huelva	Ayamonte	129	101
CRM VIRGEN DE CLARINES	ASOCIACIÓN RESIDENCIA DE ANCIANOS "VIRGEN DE CLARINES"	Huelva	Beas	75	37

CENTROS	CENTRO - NOMBRE	ENTIDAD PROVINCIA	MUNICIPIO	ACREDIT.	PLAZAS CONCERTADAS
CRM STA. MARIA DE GRACIA	FUNDACIÓN SANTA MARIA DE GRACIA	Huelva	Calañas	31	30
CRM CARTAYA	CENTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES Y DEPENDIENTES DE CARTAYA, S.C.A. (coop.)	Huelva	Cartaya	78	68
CRM VIRGEN DEL AMPARO	FUNDACIÓN PIA AUTONOMA VIRGEN DEL AMPARO	Huelva	Cumbres Mayores	25	18
CRM BEATA SOR ANGELA DE LA CRUZ	FUNDACIÓN SOR ANGELA DE LA CRUZ DE ESCACENA DEL CAMPO	Huelva	Escacena del Campo	43	39
CRM CRISTO ROTO	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	Huelva	Gibraleón	29	20
CRM JESÚS DE NAZARET	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	Huelva	Gibraleón	75	45
CRM VIRGEN DEL PRADO	FUNDACIÓN HOGAR VIRGEN DEL PRADO DE HIGUERA DE LA SIERRA	Huelva	Higuera de la Sierra	49	45
CRM EL PINAR DE LA FUENTE*	GOLD ASISTA S.L.	Sevilla	Hinojos	49	20

CENTROS	CENTRO - NOMBRE	ENTIDAD PROVINCIA	MUNICIPIO	ACREDIT.	PLAZAS CONCERTADAS
CRM VIRGEN DEL ROCIO	ASOCIACIÓN ASISTENCIAL "SILOE"	Sevilla	Huelva	41	38
CRM MUNICIPAL PARA PERSONAS MAYORES DE ISLA CRISTINA	AYUNTAMIENTO DE ISLA CRISTINA	Huelva	Isla Cristina	43	40
CRM MUNICIPAL ZENOBIA CAMPRUBI	AYUNTAMIENTO DE MOGUER	Huelva	Moguer	40	37
CENTRO SOCIOSANITARIO MARIA DE LA PAZ	FUNDACIÓN DIAGRAM INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	Murcia	Nerva	109	101
CRM LA VIÑA*	CENTRO DE DEPENDENCIA LA VIÑA S.L.	Huelva	La Palma del Condado	81	6
CRM MUNICIPAL JUAN PABLO II	AYUNTAMIENTO DE PALOS DE LA FRONTERA	Huelva	Palos de la Frontera	40	30
CRM M ^a AUXILIADORA	FUNDACIÓN "MARIA AUXILIADORA"	Huelva	Punta Umbria	46	20
CRM SAN JOAQUIN Y ST. ANA	ASOCIACIÓN SAN JOAQUIN Y SANTA ANA	Huelva	San Juan Pto.	37	32
CRM SAN ANTONIO ABAD	ASOCIACIÓN VIRGEN DEL CARMEN DE TRIGUEROS	Huelva	Trigueros	49	33
CRM NODROMAR	RESIDENCIAL NODROMAR, SOCIEDAD LIMITADA	Huelva	Valverde del Camino	90	60

CENTROS	CENTRO - NOMBRE	ENTIDAD PROVINCIA	MUNICIPIO	ACREDIT.	PLAZAS CONCERTADAS
CRM SAN JOSE	ASOCIACIÓN SAN JOSÉ DE OBRAS BENEFICIOS SOCIALES DEL PATRONATO RAFAEL TENORIO	Huelva	Villalba	47	37
CRM EL PATRONATO	ASOCIACIÓN RESIDENCIA ANCIANOS EL PATRONATO	Huelva	Zalamea	24	20
CRM DR. BARTOLOMÉ GARCIA GLEZ. TORUÑO	DIAZ NARANJO SOCIEDAD LIMITADA	Huelva	Calañas (La Zarza)	49	44

* Centros Privados.

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

Residencias de personas con discapacidad

CENTROS	ENTIDAD- NOMBRE	MUNICIPIO	PLAZAS CONCERT.
37850 RA EL PASTORCITO	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPRODI	ALMONTE	31
37964 RGA EL PASTORCITO	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASPRODI	ALMONTE	37

CENTROS	ENTIDAD- NOMBRE	MUNICIPIO	PLAZAS CONCR.
38132 RACO PEDRO JESUS FLORES	ASOCIACIÓN PADRES Y PROTECTORES DE DISCAPACITADOS INTELECTUALES COMARCAL DE AYAMONTE APROSCA	AYAMONTE	18
37899 RGA BETSAIDA	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	BEAS	40
37901 BETSAIDA PSICODEFICIENTES	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEON	BEAS	10
66937 RACO MAESTRA ANTONIA LLANOS	ASOCIACIÓN PRO-DISMINUIDOS PSIQUICOS "MARIA AUXILIADORA"	BOLLULLOS PAR DEL CONDADO	14
38240 RACO NTRA SRA DE LOS MILAGROS	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSIQUICA DE LA CUENCA MININERA (ASPROMIN)	CAMPILLO, EL	27
41025 PSICODEFICIENTES NTRA SRA DE LA GRANADA	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSIQUICA DE LA CUENCA MINERA (ASPROMIN)	CAMPILLO, EL	20
37965 RGA NTRA SRA DE LOS MILAGROS	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA DE LA CUENCA MINERA (ASPROMIN)	CAMPILLO, EL	28
68844 RGA LA VIÑA-CHUCENA	CENTROS DE DEPENDENCIA LA VIÑA S.L.*	CHUCENA	85
37967 RGA CRISTO ROTO	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	GIBRALEÓN	23
38213 RACO CRISTO ROTO	ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN	GIBRALEÓN	37

CENTROS	ENTIDAD- NOMBRE	MUNICIPIO	PLAZAS CONCR.
57672 ASpaceHU	ASOCIACIÓN DE PARALÍTICOS CEREBRALES DE HUELVA "ASpaceHU"	HUELVA	20
90058 RESIDENCIA 'NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA'	ASOCIACIÓN DE PADRES PROTECTORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL	HUELVA	20
38179 RGA M ^a NAZARET	ASOCIACIÓN PROVINCIAL MINUSVÁLIDOS FÍSICOS "MARIA NAZARET"	HUELVA	28
46909 VT APAMYS	ASOCIACIÓN PROTECTORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL DE LA COMARCA ANDÉVALO (APAMYS)	VALVERDE DEL CAMINO	6
Siglas: RA: Residencia de Adultos; RGA: Personas gravemente afectadas por discapacidad intelectual; RACO: Residencia de Adultos con Terapia Ocupacional; VT: Vivienda Tutelada.			

* Centro Privado.

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

II.3. Centro ocupacionales

Entidad Titular Concerto	Centros	Localidad
Asoc. Familiares Y Amig. Def. Psicicos La Canariega	Doñana	Almonte
Asociación De Minusválidos De Aroche	Amar	Aroche

Entidad Titular Concerto	Centros	Localidad
Asoc.padres Pr.niños Ad. Discapacitados-Asprosa	C.o. Ntra. Sra. de las Angustias	Ayamonte
Asoc.prodismuinidos Psiquicos María Auxiliadora	Coprodís	Bollullos Par del Condado
Asoc. Protectora Minusv. Cuenca Minera-Aspromin	C.o. Ntra. Sra. de los Milagros	Campillo, El
Asociacion Paz Y Bien	El Murtiga	Galaroza
Aspapronias	Aspapronias	Huelva
Aspapronias	Virgen de la Cinta	Huelva
Asoc. Isleña para Defensa Minusvalidos-Asidem	C.o. Asidem	Isla Cristina
Ayuntamiento de Lepe	C.o. Islantilla	Lepe
Asociacion Paz y Bien	El Andevalo	Puebla de Guzmán
Mancomunidad 'Campiña-Andevalo'	C.o. Para Disc. psiquicos 'Campiña-Andevalo'	San Juan del Puerto
Asoc. Prot. Minusvalidos Psiquicos-Apamys	Apamys	Valverde del Camino

Fuente: elaboración propia extraída a partir de la entrevista realizada al Jefe del Servicio de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales de la Dependencia en Huelva.

Anexo III

Encuesta semiestructurada



1. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer		
2. Puesto de Trabajo	<input type="checkbox"/> Jefe/Coordinación Dependencia y/o SS.SS.CC	<input type="checkbox"/> Valoración Junta Andalucía	<input type="checkbox"/> Elaboración PIA Diputación	
	<input type="checkbox"/> Coordinador ZTS municipio	<input type="checkbox"/> Otras gestiones Junta Andalucía	<input type="checkbox"/> Director/a de Centro de servicios Sociales Comunitarios	
	<input type="checkbox"/> Coordinador ZTS Diputación	<input type="checkbox"/> Elaboración PIA municipio	<input type="checkbox"/> Otras gestiones municipio	
3. De 0 a 10, valore su grado de conocimiento previo de la situación personal, familiar, social y económica del dependiente/familia.				
4. ¿Cómo influye ese grado previo de conocimiento en la elaboración del PIA?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
5. En ese grado de conocimiento, ¿qué importancia tiene la gestión de la Ley de Dependencia a través de los SS.SS.CC. de las entidades locales?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Ns/Nc

6. Una vez que es valorado, el dependiente/familia suele tener variedad de servicios/prestaciones para elegir.	<input type="checkbox"/> Sí, siempre	<input type="checkbox"/> Sí, a veces	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí, aunque muy limitada	<input type="checkbox"/> Depende grado	<input type="checkbox"/> Ns/Nc

7. Existen desajustes entre lo que quiere el dependiente/familia y lo que le propone el/la Trabajador/a Social en el PIA	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Suele pasar	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

8. ¿La prescripción profesional suele ser aceptada finalmente por el/la dependiente o su familia?).	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Suele pasar	<input type="checkbox"/> Algunas veces no	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
---	----------------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------------

9. Señale con una X por quién, y dónde, el dependiente y/o su familia, según grados, desean recibir la atención:

	Por familiares en el domicilio	Por profesionales en el domicilio	Por profesionales fuera del domicilio
Grado III			
Grado II			
Grado I			

10. ¿Considera que esta Ley contribuye a dar respuesta a las necesidades reales del dependiente?	<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> pocas	<input type="checkbox"/> bastantes	<input type="checkbox"/> todas	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
--	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

11. Brevemente, indique un par de causas por las cuales no se llegan a satisfacer al 100% esas necesidades reales

1ª

2ª

12. Indique 3 aspectos que aporten valor a la gestión de la Ley a través de los SS.SS.CC de las entidades locales

1º

2º

3º

13. Indique 3 inconvenientes que pueda tener la gestión de la Ley a través de los SS.SS.CC de las entidades locales

1º

2º

3º

14. Ante un mismo grado de dependencia y circunstancias socioeconómicas similares, ¿existen diferencias entre PIAs de distintos territorios (ZTS) por razones culturales u otras?

No

Rara vez

Sí, suele ocurrir

Ns/Nc

15. ¿Existe algún tipo de descoordinación entre los agentes que participan en la Ley? (respuesta múltiple)	<input type="checkbox"/> Entre administración regional y local	<input type="checkbox"/> Entre dependiente/familia y administración local	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Entre administración y empresas	<input type="checkbox"/> Entre servicios sociales y sanitarios	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	<input type="checkbox"/> Entre dependiente/familia y empresas	<input type="checkbox"/> Entre dependiente/familia y administración regional	

16. Especifique en qué consiste el tipo de descoordinación que se da en mayor grado:

--

17. Sobre un 100%, distribuya el peso (responsabilidad) que, a su juicio, deberían tener los siguientes agentes a la hora de hacer frente al riesgo de la dependencia.

Dependiente a través de seguros privados (empresas)	Red familiar	Administración pública	Sociedad civil a través del fomento de asociaciones, Economía Social, etc.	Peso total
				100%

18. Identifique los 2 problemas principales con los que se encuentra actualmente la gestión de la Ley de la Dependencia

1º	
2º	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Abreviaturas

AA.PP. Art. Arts.	Administraciones Públicas. Artículo. Artículos.
BVD BOE	Baremo de Valoración. Boletín Oficial del Estado.
CEOE CEPYME CA Cap. CC.AA. CC.LL. CE CC.OO. CERMI CIBS CLD	Confederación Española de Organizaciones Empresariales. Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa. Comunidad andaluza. Capítulo. Comunidades Autónomas. Corporaciones Locales. Constitución Española. Comisiones Obreras. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Consejería de Igualdad y Bienestar Social Cuidados de larga duración.
D. D.E.S.C.	Derechos. Derechos Económicos, Sociales y Culturales

EDAD-2008 EE.LL. ETF EE.UU. EUROSTAT EVE	Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de 2008. Entidades Locales. Equipo Técnico Familiar. Estados Unidos de América. Oficina Estadística de la Unión Europea Escala de Valoración Específica para menores de tres años.
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias.
HC HE	Hipótesis central Hipótesis específicas o secundarias.
IMERSO INE	Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Instituto Nacional de Estadística.
JA	Junta de Andalucía.
LATINDEX	Sistema Regional de Información para las Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
LISMI LSSA LAPAD LBRL LRJPAC	Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
OC OE OIT ONG ONU OCDE	Objetivo central. Objetivos específicos. Organización Internacional del Trabajo. Organización no gubernamental. Organización de las Naciones Unidas. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.

<p>PIB IGM IIGM PECEF</p> <p>PEVS PIA</p>	<p>Producto Interior Bruto. Primera Guerra Mundial. Segunda Guerra Mundial. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Prestación económica vinculada al servicio. Programa Individual de Atención.</p>
<p>REDALYC</p> <p>RD RD-Ley</p>	<p>Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica Real Decreto. Real Decreto Ley.</p>
<p>SAD SAAD SIUSS SISAAD</p> <p>SS.SS.CC. SCOPUS</p> <p>SICAV SSCI</p>	<p>Servicio de ayuda a domicilio. Servicio para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales. Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Servicios Sociales Comunitarios. Base de datos de resúmenes y citas de la literatura revisada por pares: revistas científicas, libros y actas de congresos. Sociedad de inversión de capital variable. Índice de citas de productos de Thomson Reuters división de Ciencias Sociales.</p>
<p>TS TRLGSS</p>	<p>Trabajador/a social. Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido de 1994).</p>
<p>UE UNESCO</p> <p>UGT URSS</p>	<p>Unión Europea. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Unión General de Trabajadores. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.</p>
<p>v. gr.</p>	<p>Verbigracia.</p>
<p>ZTS</p>	<p>Zona de trabajo social.</p>

Índice de tablas, gráficas y mapas

Gráfico II.1. Evolución del Gastos en CLD por hab. en países europeos (2007-2016)	41
Gráfico III.1. Evolución de solicitudes, dictámenes, personas con derecho y con prestación (2008-2018).	101
Gráfico III.2. Evolución de las prestaciones económicas y servicios (2019-2018)	104
Gráfico III.3. Grado de aplicación y desarrollo de la LAPAD por CCAA	112
Gráfico. IV.1. Organigrama de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva.... ..	150
Gráfico IV.2. Organigrama del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva	154
Gráfico IV.3. Organigrama de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva	161
Mapa IV.1. Mapa Provincial de Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Huelva. 2015.	156
Mapa IV.2. Mapa sobre la distribución de los Centros Sociales de los Servicios Sociales Comunitarios de la Provincia de Huelva. ...	162

Tabla II.1. Gasto social en cuidados de larga duración en los países europeos (% s/PIB)	33
Tabla II.2. Gasto social en cuidados de larga duración en los países europeos por habitante... .. .	35
Tabla II.3. % Evolución de la población dependiente (1990-2017) (+65/15-64)	38
Tabla II.4. Provisión del CLD informal y formal para la Tercera Edad en Europa.	46
Tabla II.5. Síntesis de gestión de los CLD en los modelos de bienestar europeos.	48
Tabla III.1. La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.	74
Tabla III.2. Evolución de las personas con derechos adquiridos y atendidas en miles (2009-2018)	100
Tabla III.3. Evolución de solicitudes, dictámenes, personas con derecho y con prestación (2008-2018) (En miles)	101
Tabla III.4. Evolución de las prestaciones económicas y servicios (2019-2018)	103
Tabla III.6. Indicadores de implantación de la Ley de Dependencia. ...	106
Tabla III.7. Valores de los indicadores de aplicación de la Ley de Dependencia para las Comunidades Autónomas.	108
Tabla III.8. Clasificación de las Comunidades Autónomas por modelos de gestión de la Ley de Dependencia.	110
Tabla III.9. Consecuencias de los modelos de gestión de la Ley de Dependencia	119
Tabla IV.1. La participación de los agentes en la gestión de la Ley de Dependencia	137
Tabla IV.2. Solicitudes registradas a octubre de 2018	141

Tabla IV.3. Solicitudes resueltas por grados a octubre de 2018.	142
Tabla IV.4. Distribución de los recursos en prestaciones económicas y servicios	143
Tabla IV.5. Distribución de los tipos de recursos a octubre de 2018 ...	145
Tabla IV.6. Ratio de prestaciones, prestaciones por habitante y limbo a octubre de 2018	147
Tabla IV.7. Organización de la Agencia de la Dependencia en su Delegación Territorial de Huelva	149
Tabla IV.8. Organización del Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Huelva*	152
Tabla IV.9. Organización de la Concejalía de Servicios Sociales, Familia y Juventud del Ayuntamiento de Huelva*	160
Tabla IV.10. Mapa de la gestión y provisión de las prestaciones del catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Provincia de Huelva*	164
Tabla IV.11. Representatividad de la encuesta semi-estructurada	171
Tabla IV.12. Sexo del encuestado	172
Tabla IV.13. Grado de conocimiento previo del dependiente/familia ...	173
Tabla IV.14. Influencia del conocimiento previo en la elaboración del PIA... ..	174
Tabla IV.15. Importancia de la elaboración del PIA a través de los servicios sociales comunitarios	175
Tabla IV.16. Aporte de valor de los Servicios Sociales Comunitarios a la gestión de la Ley de Dependencia... ..	176
Tabla IV.17. Principales problemas de la gestión de la Ley de Dependencia a través de los Servicios Sociales Comunitarios	178
Tabla IV.18. Tipo de descoordinación entre agentes de la dependencia	180
Tabla IV.19. Grado de diferencias entre PIAs de distintos territorios ...	182

Tabla IV.20. Variedad de elección del beneficiario una vez que es valorado	184
Tabla IV.21. Desajustes entre deseos beneficiarios y propuesta PIA	185
Tabla IV.22. Aceptación del PIA propuesto por el dependiente	186
Tabla IV.23. Grado de cobertura de las necesidades del dependiente	186
Tabla IV.24. Razones por las que no se cubren todas las necesidades del dependiente	187
Tabla IV.25. Responsabilidad de los agentes para hacer frente al riesgo de la dependencia	189
Tabla IV.26. Deseo de atención de los beneficiarios	190
Tabla IV.27. Inconvenientes de la Ley de Dependencia.	192

un
i Universidad
Internacional
de Andalucía

A Pr
E de Estudios
Onubenses
La Rábida

mio 6

un
i Universidad
Internacional
de Andalucía

A

