

*Colección Estudios
Serie Dependencia*

EST

Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



IMSERSO

Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica

Colección Estudios
Serie Dependencia

N.º 12013

Directora del proyecto: Dolores Dizy Menéndez

Equipo investigador: Isabel de la Torre Prados (investigadora principal)
Olga Ruiz Cañete
Marta Fernández Moreno
Luis Ayuso Sánchez
Luciano Miguel García
Jesús Rogero García

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://www.060.es>

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:

Onoff imagen y comunicación

Primera edición, 2010

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

EDITA:

Ministerio de Sanidad y Política Social
Secretaría General de Política Social y Consumo
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración, s/n. - 28029 Madrid
Tel. 91 703 39 35 Fax 91 703 38 80
E-mail: publicaciones@imserso.es
<http://www.imserso.es>

NIPO: 841-10-049-X (En línea)
841-10-048-4 (CD-ROM)

ISBN: 978-84-8446-129-6 (CD-ROM)

D.L.: M-39188-2010

Maquetación e impresión: ARTEGRAF, S.A.

ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	11
1. Marco conceptual y normativo de referencia.....	17
1.1. Protección de la dependencia y familia. Principales modelos internacionales	19
1.1.1. Panorámica cuantitativa del nivel de gasto en protección de la dependencia.....	19
1.1.2. Elementos básicos de los distintos sistemas de protección de la dependencia, con especial referencia al tratamiento de la familia	26
1.2. La protección de la dependencia en la normativa española. Especial referencia al tratamiento de la familia	34
1.2.1. El desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia.....	39
1.3. El concepto legal de dependencia en España.....	47
1.3.1. Valoración de la situación de dependencia protegible. El Baremo	49
I. Anexo metodológico 1	55
2. Delimitación de la población objeto de estudio.....	67
2.1. La estructura demográfica en España	69
2.1.1. La población en España: características y estructura a 1 de enero de 2007	69
2.1.2. Estructura de la población en España por Comunidades Autónomas	72
2.1.3. Evolución de la Población en España. 2002-2008	76
2.1.4. Proyección de la población en España. 2007-2015.....	79
2.2. La población dependiente en España.....	82
2.2.1. La población dependiente en España según la <i>Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD-08)</i>	82
2.2.2. Población dependiente valorada por el SAAD. Cobertura y distribución territorial según grado y nivel de dependencia. Año 2008	97
2.2.3. Proyecciones de población dependiente en España en el horizonte del año 2020	101

3. Las principales aportaciones económicas de las personas dependientes y sus familias	109
3.1. Aportación económica del apoyo familiar.....	111
3.1.1. El cuidador en el entorno familiar: intensidad, frecuencia y valoración económica	111
3.1.2. La prestación económica para cuidados en el entorno familiar: condiciones de acceso, importe y beneficiarios	117
3.2. Aportación para adaptación del hogar y ayudas técnicas.....	118
3.2.1. Adaptación de la vivienda.....	123
3.2.2. Productos de apoyo (ayudas técnicas)	128
3.3. Aportación económica de los dependientes institucionalizados	139
3.3.1. Aportación económica de las personas mayores dependientes institucionalizadas	140
3.3.2. Servicios residenciales concedidos por el SAAD. Situación a noviembre de 2008...	141
4. Los principales recursos de las personas dependientes y sus familias.....	143
4.1. Prestaciones económicas (monetarias).....	145
4.1.1. Prestaciones económicas derivadas de situación de dependencia (SAAD)	153
4.1.2. Prestaciones económicas derivadas de discapacidad	159
4.2. Prestaciones en especie.....	162
4.2.1. Servicios sociales dirigidos a personas en situación de dependencia	163
4.2.2. Prestaciones del Sistema Sanitario dirigidas a personas con discapacidad y a personas en situación de dependencia	170
4.2.3. Recursos en materia educativa dirigidos a las personas con discapacidad y personas en situación de dependencia	176
4.2.4. Recursos dirigidos a la inserción laboral de las personas con discapacidad y personas en situación de dependencia	180
4.3. Bienes y derechos que componen el activo patrimonial	186
4.3.1. La disponibilidad de ahorro en España.....	189
4.3.2. La composición del activo patrimonial: bienes y derechos.....	196
4.3.3. El endeudamiento de las familias españolas	204
5. La fiscalidad de las personas dependientes y sus familias	209
5.1. Referencia internacional.....	211
5.2. La fiscalidad de los dependientes en España	215
5.2.1. Beneficios fiscales en el IRPF.....	217
5.2.2. Beneficios fiscales en el IVA.....	233
5.2.3. Beneficios fiscales en los impuestos patrimoniales.....	234
5.2.4. Beneficios fiscales en otros impuestos.....	237
5.3. Tributación en España: renta, consumo y patrimonio	237

5.3.1. Tributación de la renta	238
5.3.2. Tributación del consumo.....	243
5.3.3. Tributación patrimonial	244
5.3.4. Determinación de la capacidad económica del dependiente y su familia.....	244
6. La dependencia y los cuidadores familiares.....	249
6.1. La dimensión social de la dependencia percibida por las personas dependientes y los cuidadores principales	251
6.1.1. Las personas dependientes.....	251
6.1.2. Los cuidadores familiares.....	255
6.2. La dimensión económica de la dependencia percibida por las personas dependientes y sus cuidadores principales	260
6.2.1. La repercusión económica percibida por las personas dependientes.....	260
6.2.2. La repercusión económica de la dependencia según los cuidadores	263
6.3. Las ayudas públicas.....	265
6.3.1. Las ayudas públicas según las personas dependientes	266
6.3.2. Las ayudas públicas según los cuidadores.....	271
6.4. Otro tipo de ayudas a la dependencia.....	275
6.4.1. Los apoyos formales privados: los cuidadores contratados.....	275
6.4.2. Las asociaciones de apoyo a la dependencia.....	276
6.5. Expectativas de futuro	277
6.5.1. Las expectativas de las personas dependientes.....	277
6.5.2. Las expectativas de los cuidadores	278
7. El entorno próximo de la dependencia y las redes asociativas de apoyo	281
7.1. La función social de las asociaciones de apoyo a la dependencia y su presencia en la sociedad	283
7.1.1. Los asociados y los voluntarios.....	285
7.2. Principales objetivos y actividades de las asociaciones	287
7.2.1. Características de los servicios prestados por las asociaciones.....	289
7.2.2. Los ingresos y gastos de las asociaciones.....	290
7.3. La situación de las personas discapacitadas y sus familias. El apoyo económico de las asociaciones	291
7.3.1. La situación económica de las personas discapacitadas y sus familias	293
7.3.2. Tipologías de ayudas públicas según los ámbitos de la administración	293
7.3.3. Problemas detectados en la solicitud y en la gestión de ayudas	297
7.4. Las consecuencias del cuidado familiar.....	298

7.4.1. Los efectos del cuidado en la vida familiar	300
7.4.2. Los efectos económicos en la familia	301
7.4.3. Efectos sobre las relaciones sociales	302
7.5. El apoyo de las asociaciones a las familias cuidadoras.....	303
7.6. Las expectativas de futuro	305
8. El apoyo a la dependencia en las Comunidades Autónomas	307
8.1. La oferta de atención a la dependencia.....	309
8.1.1. Servicio de atención residencial	310
8.1.2. Los centros de día	312
8.1.3. La ayuda a domicilio y la ayuda económica al cuidador familiar	313
8.1.4. Las ayudas económicas para adaptación del hogar	314
8.2. Los contenidos de la atención al cuidador familiar	315
8.2.1. Andalucía: la retribución del cuidador familiar	316
8.2.2. Madrid: el cuidador como sujeto de una responsabilidad	316
8.2.3. Castilla y León: el cuidador como parte de una cobertura sistemática.....	317
8.2.4. Cataluña: el cuidador objeto de cuidado.....	318
8.3. La demanda de servicios de atención a la dependencia	318
8.3.1. La información de las ofertas de atención a la dependencia.....	319
8.3.2. La presencia de las asociaciones.....	320
8.3.3. La valoración de la demanda de atención.....	321
8.4. Tipificación de las orientaciones en la atención a la dependencia.....	323
II. Anexo metodológico 2.....	325
9. Conclusiones.....	337
10. Bibliografía	359

Presentación

La investigación social es una actividad que nos permite conocer la realidad y, como consecuencia de ello, modificarla en base al desarrollo y la calidad de vida del ser humano. Por tal motivo todos los países tratan de potenciarla.

España, en el año 2007, aprobó el VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica para el periodo 2008-2011, duplicando la financiación con respecto al plan anterior, en un intento de situarse en el grupo de países más avanzados en materia de ciencia y tecnología.

Un alto nivel en la I+D+i en todos los ámbitos traerá como consecuencia un fortalecimiento para el país, no sólo buscando la creación de productos o procesos que se diferencien positivamente de los de su competencia, sino que muchas de las actividades son potencialmente generadoras de avances sociales en forma de calidad de vida, mejora del medio ambiente y la salud.

El Imsero potencia y apoya la actividad investigadora a través de una convocatoria anual de Subvenciones, dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica para el periodo 2008-2011, a la que se presentan proyectos que se van a llevar a cabo tanto en el sector público como en el privado y en el que las Universidades tienen un papel significativo.

Además, a través de la convocatoria anual de los Premios Infanta Cristina se estimula la actividad investigadora en España y en los países Iberoamericanos. Muchos de los trabajos y proyectos premiados han pasado posteriormente a ser publicados y difundidos ampliamente en el sector de los servicios sociales.

Así pues, con el fin de que sean conocidos los trabajos subvencionados y los premios que se otorgan todos los años, algunos de ellos se incluyen en el Plan de Publicaciones del Estado, en la colección Estudios y en la de Manuales y Guías del Imsero. La presente publicación es un claro ejemplo de lo dicho anteriormente. Se trata de un trabajo importante por la aportación práctica e inmediata que aporta. Esperemos que sirva de transmisión de conocimientos, especialmente a los profesionales, en un área relevante y primordial como es la aplicación de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.

DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES

Introducción

El envejecimiento demográfico y los cambios socioeconómicos acaecidos en todos los países avanzados en las últimas décadas configuran a la dependencia como un riesgo social a atender dentro del ámbito de la protección social. Nuestro país no ha sido ajeno a esta preocupación: la aprobación 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) supone la implantación de un sistema nacional de protección a la dependencia (SAAD), que acerca a España a los niveles de atención existentes en los países desarrollados.

La familia se ha configurado en nuestro país como el principal y tradicional instrumento de apoyo en el cuidado de personas dependientes, de forma que el denominado *apoyo informal* representa más del 80% del cuidado a domicilio de este colectivo. Sin embargo, la incorporación de la mujer al mundo laboral y el aumento de la esperanza de vida, cuestionan continuar con el apoyo informal de carácter familiar.

La instauración de los nuevos derechos sociales de atención a la dependencia implica, por tanto, reestructurar y coordinar tanto las políticas públicas –de carácter social, financiero y fiscal– como las privadas, al objeto de facilitar a las familias la atención de sus dependientes. De hecho, la familia seguirá siendo la principal red protectora de cuidado a personas dependientes, situación acorde con los deseos manifestados por una gran mayoría de los españoles: a dos de cada tres mayores de 55 años les gustaría envejecer en su propia vivienda acompañados de sus familiares o con asistencia externa.

La presente investigación persigue, como objetivo prioritario, **profundizar en el conocimiento de la familia como instrumento esencial de atención a los dependientes y analizar las múltiples implicaciones que se derivan de este apoyo, desde una perspectiva multidisciplinar centrada en los enfoques sociológico y económico.**

La interpretación sociológica de la discapacidad, en cuanto situación que limita la autonomía personal y genera alguna forma de dependencia, considera este estado como *una forma de vida diferenciada de la normalidad cotidiana vigente*. Una diferencia que se manifiesta en múltiples consecuencias sociales: *aislamiento, indiferencia, barreras externas físicas, dificultades de comunicación, cambios en las relaciones familiares y de amistad, carga económica familiar con efectos directos e indirectos, adaptación del hogar y del medio de transporte*. En conjunto, estas diferencias son percibidas por las personas dependientes y por su entorno familiar como una situación de aislamiento social que se encuentra en gran parte mitigado por las ayudas proporcionadas por el sistema público –uno de los ejes fundamentales de la política social del actual modelo de Estado de Bienestar–, por el apoyo de las redes asociativas dedicadas a la atención a la dependencia y por la oferta de servicios desde el sector privado.

La discapacidad y la dependencia son consideradas, por tanto, como un problema social que afecta a un colectivo y a sus familias y que requiere una atención institucional, principalmente desde el sector público, tal como se contempla en la Ley de Dependencia 39/2006, pero también desde las entidades de apoyo a la dependencia, sean asociaciones o fundaciones, y desde la oferta de servicios del sector privado.

La importancia de las medidas institucionales existentes se pone de manifiesto al comprobar que un 80,5 % de los 2,8 millones de personas con discapacidades en las Actividades Básicas de la Vida Diaria reconoce recibir algún tipo de ayudas, reduciendo sensiblemente la severidad de sus limitaciones; incluso, a un 12,1% de estas personas dependientes les permite superarlas y disminuir el porcentaje de quienes tienen un grado total de discapacidad (EDAD-08).

No obstante, a pesar del sistema de ayudas y apoyos vigente, la conciencia de diferenciación social sigue existiendo entre las personas dependientes y su entorno próximo, en parte, porque más de un millón de personas afirman no recibir ningún tipo de ayuda para realizar las actividades relacionadas con su discapacidad, o tal vez, porque aún formando parte de los más de dos millones de personas discapacitadas que reciben asistencia, supervisión o cuidados personales y/o del casi millón y medio que reciben ayudas técnicas, persisten ciertos estereotipos y estigmatizaciones sociales en torno a la dependencia, cuya descripción y análisis centran el interés investigador de los expertos.

Por otra parte, los cuidadores/as familiares opinan mayoritariamente que la Administración debe participar mediante recursos de apoyo que complementen o equilibren la provisión del cuidado con la familia, pero, en ningún caso, ello significa que la sustituya.

En este contexto la presente investigación ofrece un análisis integral y multidisciplinar de la protección que recibe el colectivo de personas dependientes y sus familias, su aportación a la sociedad y la percepción que tiene este colectivo de dichos aspectos.

Desde el punto de vista económico, se persiguen cinco objetivos específicos: primero, desarrollar el marco conceptual y normativo en el que se desenvuelve la dependencia, con especial referencia a las distintas experiencias internacionales; segundo, delimitar la población dependiente en España; tercero, conocer y cuantificar el importe de las principales partidas de gasto de las personas dependientes y sus familias en España; cuarto, conocer y cuantificar sus principales rentas –monetarias y en especie– y sus activos patrimoniales; y, quinto, determinar la fiscalidad de los dependientes y estimar sus incentivos fiscales, al mismo tiempo que se abordan aspectos decisivos a la hora de determinar la verdadera capacidad económica del dependiente y su familia.

Desde la perspectiva sociológica, se ofrece un análisis de la situación de diferenciación social y sus consecuencias con relación a la dependencia, a través de las experiencias proporcionadas por las personas dependientes, los cuidadores familiares, los directivos y técnicos de las redes asociativas de apoyo a la dependencia, así como de los responsables y técnicos de las Comunidades Autónomas. La metodología utilizada es cualitativa, basada en la entrevista personal y en el grupo de discusión, es decir, en técnicas interpretativas que tratan de describir y descodificar el significado, no la frecuencia, de determinados fenómenos o situaciones. La elección de la metodología cualitativa es la más conveniente y adecuada, ya que en el objeto de estudio concurren tres características: una gran heterogeneidad de situaciones afectadas por la dependencia y de la aplicación de ayudas; los temas que se pretenden analizar son de respuesta compleja; y, la diversa repercusión que tiene la situación de dependencia en los ámbitos micro-sociales y macro-sociales, que sólo puede aflorar desde aquellos grupos de población especialmente afectados por la primera fase de aplicación de la Ley 39/2006.

En síntesis, con este proyecto se pretende aportar una visión global de las personas dependientes y sus familias desde el ámbito sociológico y económico que permita a todas las partes implicadas, y a la sociedad española en su conjunto, disponer de elementos que sean de utilidad y ayuden a afrontar la atención a las personas dependientes y a sus familias en el marco de las políticas de protección social.

Capítulo 1. Marco conceptual y normativo de referencia

1. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO DE REFERENCIA

1.1. PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y FAMILIA. PRINCIPALES MODELOS INTERNACIONALES

El envejecimiento demográfico y los cambios socioeconómicos a los que se enfrentan todos los países avanzados han determinado que se tome conciencia de la necesidad de abordar la atención de la dependencia como un riesgo social a atender desde el ámbito de la protección social, dada su importancia y el previsible aumento de la demanda que experimentarán los denominados *cuidados de larga duración (long-term care)* en el futuro inmediato. El reconocimiento de esta necesidad no implica un marco único y uniforme de atención, sino modelos diversos y diferenciados tanto en términos de prestaciones, como de fuentes de financiación o entidades responsables y suministradoras. Unos modelos que a su vez se enfrentan a un continuo proceso de cambio y reformulación. En los epígrafes que siguen se aborda un análisis comparado de estos aspectos.

1.1.1. Panorámica cuantitativa del nivel de gasto en protección de la dependencia

El análisis internacional de los distintos modelos de protección a la dependencia nos revela una amplia variedad de experiencias que se traduce en distintos niveles de gasto. Fruto evidente tanto de las distintas realidades de partida como de la diversidad de formas organizativas que se han adoptado en cada país. Si bien, la tendencia actual, especialmente en Europa, se orienta a sistemas de protección universal o casi universal, para toda la población, mediante modelos públicos y con una regulación específica.

Tanto la Unión Europea (UE)¹ como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)² han realizado distintas estimaciones del nivel de gasto en dependencia, las más recientes referidas únicamente al gasto público. Cada fuente obtiene resultados distintos por país fruto de una metodología y año de referencia distintos (2004 y 2005, respectivamente). Sin embargo, en ambos casos se llega a tres conclusiones básicas comunes:

- Los niveles de gasto abarcan un amplio espectro, comprendido entre un mínimo del 0,1% del PIB –Polonia, México y Turquía– y un máximo en torno al 3% –Finlandia, Islandia y Suecia–.
- La media se sitúa en ambos casos en un nivel cercano al 1% y se produce una tendencia a la convergencia en el nivel de gasto público en dependencia dentro de un intervalo más estrecho (ente el 0,5% y el 1,6%) en el que se sitúan una amplia mayoría de países.

1) European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2006).

2) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2006).

- En concreto, España se sitúa, en ambas fuentes, en los niveles más bajos de la muestra, siempre por debajo de la media.

Ambos estudios hacen una previsión de la evolución del gasto público en dependencia hasta el año 2050. En ellas se estima que el gasto público en dependencia al menos se duplicará y ascenderá en 2050 al 1,5% del PIB (Unión Europea) y al 2,4%-3,3% (OCDE) en esa fecha³. Lo que pone de manifiesto la clara expansión de esta categoría del gasto público y la necesidad de establecer estrategias comunes para afrontar los cambios que se vislumbran en la atención de la dependencia considerándolo un nuevo riesgo a cubrir por los sistemas de protección social, asegurando una provisión casi universal, asequible y de alta calidad.

A partir de los datos publicados a nivel europeo por Eurostat⁴ y siguiendo una metodología específica de imputación⁵ se presenta en la Tabla 1.1. el gasto total en dependencia, desagregado en función de su carácter social⁶ o sanitario⁷, y ordenado por países de menor a mayor nivel de gasto total.

TABLA 1.1.
Gasto total en dependencia (en % PIB). Año 2004

	Gasto total (A+B)	Gasto social (A)	Gasto sanitario (B)
Chipre	0,44	0,35	0,09
Polonia	0,73	0,34	0,39
Lituania	0,80	0,40	0,40
Estonia	0,83	0,71	0,12
Portugal	1,01	0,88	0,13
República Checa	1,04	0,80	0,24
España	1,06	0,51	0,55
Estados Unidos	1,88	0,90	0,98
Eslovenia	2,14	1,01	1,13
MEDIA TOTAL	2,29	1,20	1,09
Francia	2,31	0,98	1,33
Países Bajos	2,42	1,18	1,24
Luxemburgo	2,55	1,04	1,51
Japón	2,62	0,90	1,72
Alemania	3,24	1,27	1,97
Suiza	3,88	1,59	2,29

3) El envejecimiento demográfico y el cambio socio-económico se constituyen como los principales factores que impulsan el aumento de esta categoría del gasto público y, muy especialmente, el aumento de la esperanza de vida combinado con la mayor incidencia de la invalidez y la dependencia en los tramos de edad más avanzada.

4) *Social Protection Expenditure and receipts* y *Health expenditure data*.

5) Ver anexo metodológico.

6) Integra fundamentalmente el gasto público y aquél en el que no existe contraprestación directa del dependiente por la atención recibida.

7) Integra el gasto público y privado.

TABLA 1.1. (continuación)

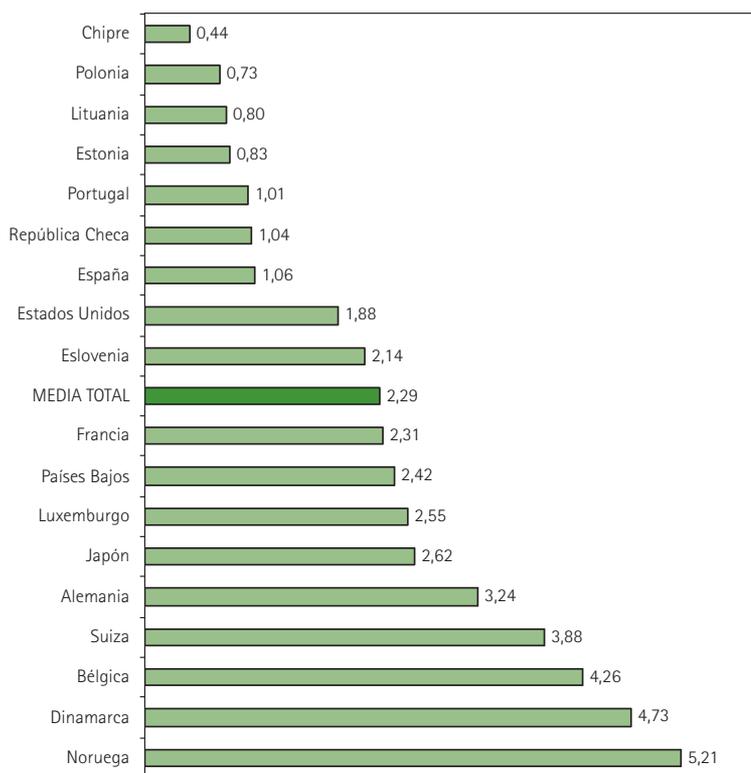
	Gasto total (A+B)	Gasto social (A)	Gasto sanitario (B)
Bélgica	4,26	2,89	1,37
Dinamarca	4,73	2,90	1,83
Noruega	5,21	2,89	2,32

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat. El gasto social para Estados Unidos y Japón se ha tomado de OCDE (2006).

A partir de la información contenida en la Tabla 1.1. y el Gráfico 1.1. se puede apreciar que, como media, el gasto total en dependencia para los países de referencia se sitúa en torno al 2,3%. Esta media es resultado de un amplio espectro que se extiende desde un nivel mínimo del 0,4% (Chipre) a un nivel máximo del 5,2% (Noruega).

GRÁFICO 1.1.

Gasto total en dependencia (en % PIB). Año 2004



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat.

Dentro de este colectivo, podemos distinguir 3 grandes grupos de países atendiendo a su nivel respecto al valor medio:

- Un primer grupo integrado por los países que se sitúan en torno a la media⁸, ya sea ligeramente por encima (Francia, Países Bajos, Luxemburgo y Japón) o por debajo (Estados Unidos y Eslovenia).
- Un segundo grupo compuesto por aquellos que se sitúan claramente por debajo de la media⁹. En el que se sitúan España, la República Checa y Portugal con valores ligeramente superiores al 1% y Estonia, Lituania, Polonia y Chipre por debajo de ese 1%.
- Finalmente, los que se sitúan muy por encima de la media, como es el caso de Alemania o Suiza que la superan en más de un punto porcentual (con valores por encima del 3%) y Bélgica, Dinamarca y Noruega que la duplican (esta última supera el 5%).

En el Gráfico 1.2. se refleja la composición, social o sanitaria, del gasto total en dependencia.

El análisis del desglose entre el gasto social y el gasto sanitario en dependencia (ver Tabla 1.1. y Gráficos 1.2. y 1.3.) refleja que no existe un claro predominio de uno sobre otro. Muy al contrario, podemos agrupar los países entre aquellos en los que el gasto social en dependencia supera ampliamente al sanitario, frente a aquellos en los que se da la circunstancia contraria y otro grupo (entre los que se encuentra España) en los que ambos obtienen un valor similar.

Chipre, Estonia, Portugal, República Checa, Bélgica y Dinamarca constituyen ejemplos del primer caso, con un gasto social en dependencia muy por encima del sanitario. Mientras que Suiza, Alemania, Francia, Japón y Luxemburgo se sitúan en el polo opuesto, con una preponderancia del gasto sanitario.

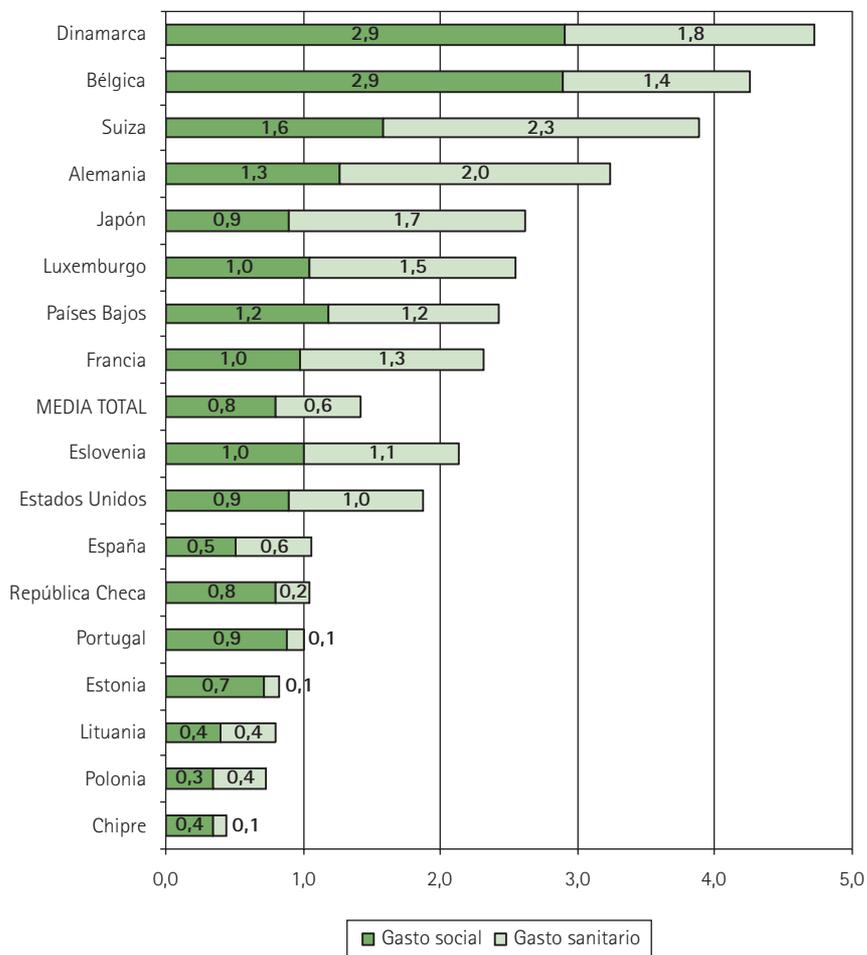
Con peso prácticamente igual de ambos componentes del gasto en dependencia nos encontramos a Polonia, Lituania, España, Estados Unidos, Eslovenia y Países Bajos.

8) (+)/(-) un 20% del valor medio.

9) Mitad del valor medio o inferior.

GRÁFICO 1.2.

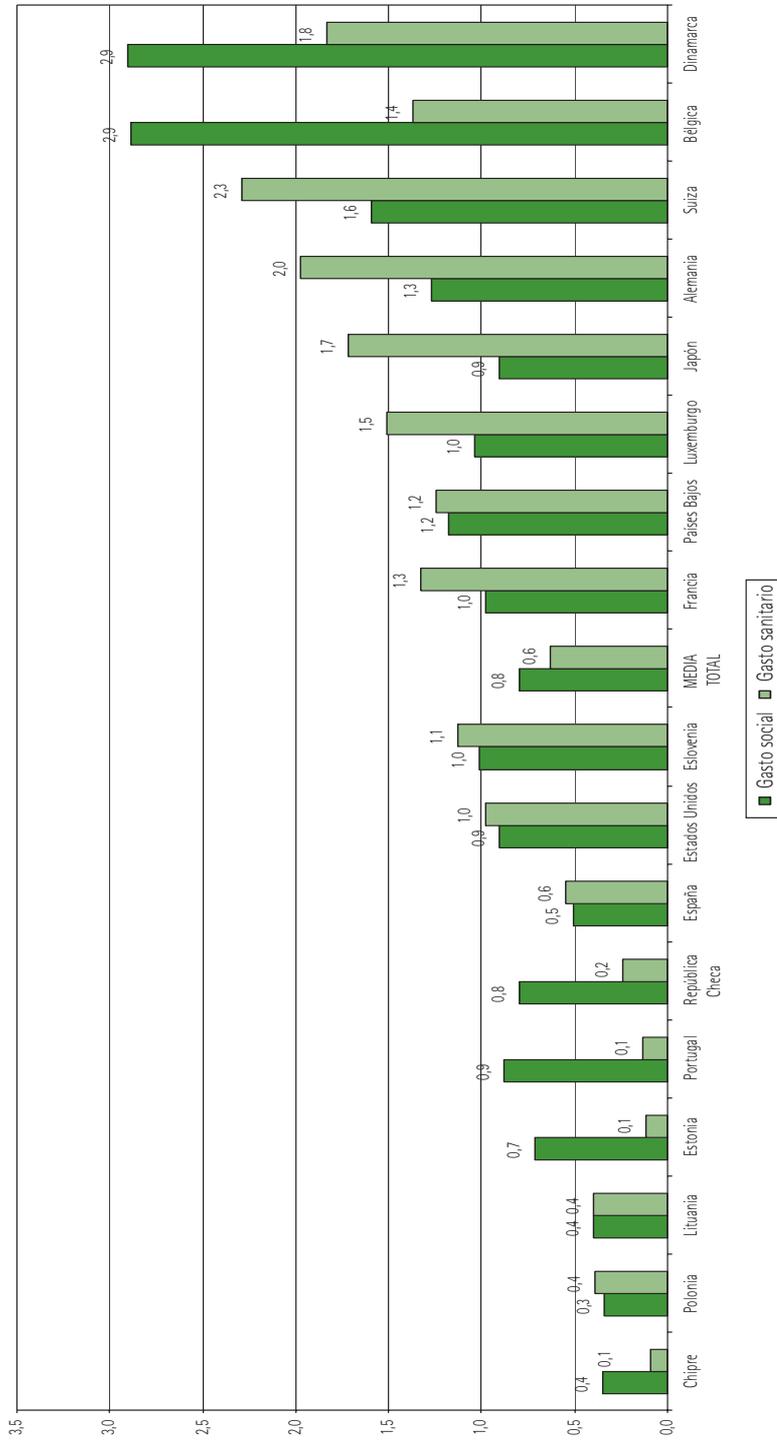
Gasto social y sanitario en dependencia (en % PIB). Año 2004



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat.

GRÁFICO 1.3.

Gasto social y sanitario en dependencia (en % PIB). Año 2004



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat.

En términos generales, el mayor peso de un componente sobre otro no se explica por el nivel total de gasto en dependencia, muy al contrario, no se puede identificar un mayor predominio del gasto sanitario en aquellos países con un mayor gasto total en dependencia o viceversa. Lo que sí se observa es que el gasto social tiende a predominar en los dos extremos del espectro (los de menor nivel de gasto total en dependencia y los de mayor nivel), mientras que el gasto sanitario predomina en los países con un nivel medio-alto de gasto total en dependencia. La mayor parte de estos últimos con un sistema de protección a la dependencia que se configura como un seguro público obligatorio, tal y como veremos en el apartado siguiente.

Para obtener información desglosada del gasto total en dependencia con distintos criterios (público/privado y a domicilio/institucional) hay que remitirse a otras fuentes¹⁰.

Los datos contenidos en dichas fuentes nos informan de un predominio del gasto público sobre el gasto privado, puesto que el primero absorbe, como media, casi el 80% del gasto total, aunque con importantes divergencias entre países: muy alto en los países nórdicos (como Suecia y Noruega), con fuertes sistemas públicos de protección a la dependencia; y sensiblemente inferior en países como Estados Unidos o Reino Unido, con una protección a la dependencia de carácter asistencial. En este sentido, destaca la escasa proporción que representa el gasto público en España, que se sitúa en el nivel más bajo, apenas un 26% del gasto total.

En la distribución del gasto total, atendiendo a si cubre atención a domicilio o institucional, es ésta última categoría de gasto la que absorbe la mayor parte del mismo. Si bien en volumen de personas atendidas en domicilio es superior. Se observa una tendencia general, especialmente en los sistemas de carácter universal, a estabilizar y, en la medida de lo posible, reducir el número de personas que reciben cuidados a nivel institucional y favorecer la atención en domicilio (considerando así mejor los deseos del dependiente, maximizando su independencia y como mecanismo para reducir el uso de hospitales e instituciones de cuidados de larga duración).

En casi todos los países se prestan servicios a través de un mercado competitivo con proveedores tanto públicos como privados (lucrativos o no lucrativos). El peso que representa en ese mercado cada colectivo (público/privado) varía, si bien incluso aquellos países con tradición de proveedores públicos, casi en exclusiva, han ido evolucionando hacia una prestación privada en clara expansión, como es el caso de los países nórdicos.

La sostenibilidad financiera de los sistemas de protección de la dependencia constituye una de las preocupaciones básicas de los responsables políticos y fuente de controversia y debate de cara a su reforma. Prácticamente todos los países se enfrentan a la necesidad de resolver el problema de cómo atender unos costes crecientes con unos ingresos que no han seguido el mismo ritmo de aumento. Ello ha dado lugar al diseño de estrategias y reformas que se han dirigido simultáneamente a aumentar los ingresos y a contener, limitar o reducir los gastos.

10) OCDE (2005) y otros.

1.1.2. Elementos básicos de los distintos sistemas de protección a la dependencia, con especial referencia al tratamiento de la familia

En este epígrafe procedemos, en primer lugar, a describir brevemente los elementos básicos que configuran los distintos sistemas de protección a la dependencia en países de referencia, tanto del ámbito de la Unión Europea como de la OCDE. A continuación, dedicaremos especial atención a aquellos aspectos que afectan a la familia del dependiente, en concreto, el tratamiento que recibe el cuidado informal en los distintos países.

1.1.2.a. Principales modelos de protección de la dependencia en países desarrollados

A nivel internacional, la atención de la dependencia no se afronta con una estrategia unívoca, por el contrario existen múltiples formas de cubrir el riesgo de dependencia. No obstante, pueden distinguirse tres modelos básicos de protección que pasamos a sintetizar a continuación:

- **Modelo de seguro público obligatorio** (Alemania, Luxemburgo, Francia o Japón).

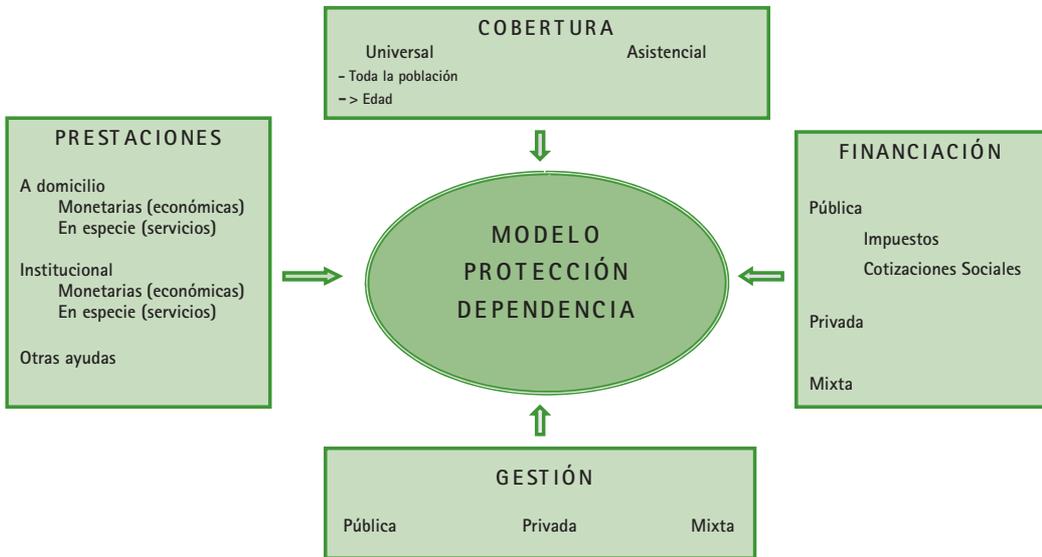
La dependencia se considera como un riesgo de aseguramiento obligatorio. Por ello, se introduce un seguro específico de cuidados a las personas dependientes, habitualmente como un pilar más de la Seguridad Social, con medios propios de financiación (cotizaciones sociales o impuestos) y prestaciones específicas. Suele abarcar a todos los grupos de edad, si bien en algunos casos se limita a los que superan una edad determinada (40/60 años).

- **Modelo de cobertura pública universal** (Europa del norte –Noruega, Finlandia, Suecia–, Dinamarca y Holanda).

La dependencia se contempla como un riesgo colectivo a proteger, se delimita como un derecho universal, cubierto por la colectividad, pero sin una regulación específica. Por ello, se cubre públicamente, con cargo a los presupuestos públicos (se financian mediante los impuestos generales) y con prestaciones mediante servicios de proximidad. En estos sistemas no existe prueba de recursos, salvo para definir copagos que, cuando existen, son mínimos.

- **Modelo de cobertura asistencial (asistencia social)** (Reino Unido, Europa mediterránea –Grecia, Italia Portugal–, Estados Unidos).

La opción de cobertura asistencial plantea el apoyo público a este riesgo como un elemento reservado primordialmente a las personas más pobres, de forma que sólo se cubre a los que se sitúan por debajo de una determinada capacidad económica (rentas y/o patrimonio). Y se financian con cargo a los impuestos generales. La utilización, en el caso asistencial, de esta prueba de medios/recursos ("means-tested") se puede plantear a través de distintos elementos (activos, rentas o ambos, y considerando activos o rentas excluidas). Las prestaciones suelen estar vinculadas a discapacidad, enfermedad, vejez o dificultades sociales.



Esta esquemática y sintética agrupación de los distintos países en tres modelos básicos de acción protectora no permite hacer referencia a las importantes diferencias de fondo y de matiz que existen entre los países relacionados en cada modelo, en los que habitualmente se da una mezcla de las distintas características (caso de Holanda, España o Australia) a la vez que se contemplan, como en Estados Unidos, otros aspectos como el fomento del seguro privado de dependencia¹¹.

1.1.2.b. La familia en los distintos modelos de protección de la dependencia

El análisis del tratamiento que recibe la familia dentro de cada modelo protector ha de ceñirse necesariamente por la forma en que se aborda el cuidado informal en cada uno de ellos.

Aunque cada país adopta una definición distinta de cuidado informal que no siempre coincide, sí se puede establecer una distinción básica entre cuidado formal e informal.

El cuidado informal se identifica con el cuidado proporcionado por esposas/parejas, otros miembros del hogar y otros familiares, amigos, vecinos y personas que tienen una relación social con la persona a la que atienden y voluntarios (ligados habitualmente a entidades de caridad o religiosas). Un requisito básico para que se considere como cuidado informal es que éste no se retribuya como si fuera un servicio comprado en el mercado. Si bien esto no excluye la posibilidad de que el cuidador informal reciba transferencias de renta condicionadas a sus cuidados e, incluso, algunos pagos informales de la persona a la que atiende¹².

11) Para una referencia más amplia ver Dizy, D., Ruiz, O. y Fernández, M. (2006), capítulo primero, pp. 56 a 132.

12) Concepto recogido en OCDE (2005).

Por el contrario, el cuidado formal es el que se presta por un profesional a cambio de una retribución y en virtud de una relación contractual.

El tratamiento que recibe el cuidado informal en los distintos sistemas de dependencia es muy importante, puesto que este tipo de apoyo constituye, en todos los países, la forma predominante a través de la cual se prestan cuidados a los dependientes (fundamentalmente la familia); y, además, los cambios económico-sociales que se vislumbran plantean una seria duda sobre su disponibilidad en el futuro.

Simultáneamente, se trata de un cuidado no profesionalizado al que no se atribuye ningún coste económico, cuando en realidad implica un "coste invisible" (tanto en forma de carga para los cuidadores como para el conjunto de la sociedad¹³).

El enfoque adoptado por cada sistema protector suele estar muy relacionado con la responsabilidad que tiene la familia, dentro de cada sociedad, de atender y cuidar a sus ancianos, incluso desde una perspectiva legal. En este sentido, existen países como Estados Unidos donde la responsabilidad de atenderles recae, en primer lugar y prioritariamente, en la familia; sólo en segundo término, como último resorte y cuando no existen recursos, se contempla al sector público como responsable de atenderles. También en Reino Unido ha existido una obligación legal de atenderles (que ha sido suprimida). En otros países, como Alemania, no existe dicha obligación familiar. Y, finalmente, existe una tercera categoría que lo contempla como una responsabilidad social y del Estado (sería el caso de Japón). En términos generales, se puede afirmar que a mayor responsabilidad de la familia en el cuidado de sus mayores, mayor incentivo al cuidado informal.

A nivel internacional el tratamiento del cuidado informal puede sintetizarse en dos niveles diferentes. La de aquellos sistemas que lo incentivan, con mayor o menor intensidad, frente a los que no lo hacen, tal y como se esquematiza en la Tabla 1.2.

Dentro de los países que incentivan el cuidado informal, el incentivo más amplio se establece mediante el pago monetario al cuidador informal unido a otro tipo de prestaciones (seguro de pensiones, seguro de accidentes de trabajo, períodos de respiro, cursos de formación...), como es el caso de Alemania, Finlandia, Reino Unido y Estados Unidos. El apoyo más restringido se limita a prestaciones específicas (no monetarias) como las ya mencionadas de seguros (de pensiones o accidentes laborales), formación, períodos de respiro o ventajitas fiscales (es el caso de Francia y Luxemburgo).

13) La estimación de este "coste invisible" se ha acometido a través de distintas metodologías por los organismos internacionales y los estudiosos del tema. Entre ellas podemos destacar, a modo ilustrativo, la realizada para Reino Unido por la Universidad de Leeds. En ella, el valor del cuidado informal se ha estimado que ascendía en 2006 a 87.000 millones de £, lo que implica un aumento del 52% respecto al año 2002 y supone un gasto superior al total del sistema sanitario (82.000 millones de £) y cuadruplicar el gasto social total realizado por las entidades locales. También resulta significativa la publicada por la Oficina Presupuestaria del Congreso en Estados Unidos, referida a 2004. La estimación del coste del cuidado informal era de 76,5 miles de mills. de \$ y representaba el 36% del coste total de atención la dependencia, constituyendo la principal partida de dicho coste.

TABLA 1.2.
Tratamiento del cuidado informal

INCENTIVADO
- Pagos monetarios
- Prestaciones específicas (no monetarias)
NO INCENTIVADO

El pago monetario al cuidador informal se puede arbitrar a través de dos vías: permitiendo al dependiente que retribuya con las ayudas monetarias que recibe del sistema a sus cuidadores informales (Alemania, Luxemburgo, Estados Unidos o Reino Unido); o bien realizando un pago directo al cuidador informal, como en Reino Unido o Finlandia.

Estos importes monetarios destinados al cuidado informal se caracterizan, en primer lugar, por no retribuir plenamente el trabajo realizado (el importe se sitúa muy por debajo del salario mínimo, suele ser inferior al que se entrega para el cuidado formal¹⁴ e inferior incluso a las ayudas que reciben otros colectivos) y, en segundo lugar (sólo en algunos países) por limitarse a personas con bajos recursos.

14) Alemania nos ofrece un buen ejemplo de esta realidad, puesto que el importe de las ayudas monetarias para el cuidado a domicilio (que son las que habitualmente se utilizan para retribuir al cuidador informal) se sitúan en torno al 50% del importe percibido si esas ayudas se prestan en especie (cuidado formal), tal y como puede apreciarse en la tabla siguiente:

Año 2008	Dependencia baja Nivel I	Dependencia media Nivel II	Dependencia alta Nivel III
Cuidado a domicilio: ayudas monetarias	215 €	420 €	675 €
ayudas en especie	420 €	980 €	1.470 €

La reforma de 2008 ha introducido, entre 2008 y 2012, un aumento gradual de las cuantías cada dos años. Este aumento es de 10 €/mes en el caso ayudas monetarias (cualquiera que sea el nivel de dependencia), y entre 20 €/mes y 60 €/mes en el caso de ayudas en especie (dependiendo del nivel de dependencia).

Simultáneamente, el importe que se obtiene para pagar a la persona que se encarga de atender al dependiente, durante el período de respiro/relevo del cuidador (4 semanas al año), asciende a cuantías inferiores si lo atiende un familiar próximo frente a si lo hace otra persona. Tal y como puede apreciarse en la siguiente tabla esas diferencias se sitúan entre una séptima parte y la mitad:

Año 2008	Dependencia baja Nivel I	Dependencia media Nivel II	Dependencia alta Nivel III
Cuidado de respiro/relevo: por familiares próximos	215 € *	420 € *	675 € *
por otras personas	1.470 €	1.470 €	1.470 €

Entre los países que no incentivan el cuidado informal se encuentra Japón, que no ofrece ningún incentivo al cuidado informal. Aunque recientemente en este país se ha introducido una pequeña ayuda para familias sin recursos y no cubiertas por el sistema público.

En esta línea, de favorecer el cuidado formal, pueden situarse también aquellas medidas que o bien sólo permiten utilizar las ayudas monetarias a dependientes para contratar a un cuidador profesional (no para la familia como cuidadora), como es el caso de algunos municipios en Reino Unido; o bien aquellas que restringen los incentivos fiscales que se conceden a las ayudas monetarias al dependiente solo si con estas se contrata un trabajador y no si se entrega a un familiar, como en Francia.

Esta variedad de formas de aproximarse al apoyo del cuidado informal responden a visiones distintas sobre la oportunidad de estimular el cuidado informal frente a la de sustituirlo por el cuidado formal y profesionalizado. Así, los partidarios de realizar asignaciones monetarias a los cuidadores informales intentan que éstos (fundamentalmente mujeres) reduzcan sus horas de trabajo para ayudar a cuidar de sus dependientes y señalan que estas ayudas permiten reconocer y recompensar la contribución que realizan las familias cuidadoras, evitan el cuidado de escasa calidad ofrecido por extraños, aumentan la capacidad de elección de los dependientes y permiten ahorros (bajo el supuesto de que las ayudas monetarias a familiares se establecen por debajo del coste de los servicios)¹⁵.

Frente a estos argumentos, los que no son partidarios de este tipo de ayudas subrayan que suponen una prolongación de los patrones opresivos de cuidados, en concreto el de las mujeres cuidadoras (esposa/hija/nuera) y las aleja de animarse a participar en el mercado laboral, favorecen un cuidado poco profesional y de baja calidad (el de la familia), no se fomenta la demanda de servicios y, por lo tanto, el aumento de proveedores, y, finalmente, puede implicar mayores costes porque la demanda de servicios puede ser menor que la de pagos monetarios (que son los que se utilizan para retribuir al cuidador informal). Estos últimos argumentos fueron los que prevalecieron al implantar en el año 2000 el sistema de cuidados de larga duración en Japón que constituye el mejor ejemplo de la ausencia de apoyo al cuidado informal.

La tendencia que se vislumbra en la actualidad, a nivel internacional, parece apuntar hacia la búsqueda de un adecuado equilibrio entre el cuidado formal e informal. En concreto, un factor clave en las orientaciones futuras de políticas públicas en la atención de la dependencia pasa por asegurar que el cuidado informal continúa jugando un importante papel en el cuidado de las personas dependientes. En este sentido, las políticas públicas han de ofrecer incentivos a los familiares para que puedan atender a sus dependientes. Estos incentivos se concretan en una mejora de las condiciones de trabajo y el

*Si el cuidador informal justifica y prueba documentalmente que ha incurrido en una serie gastos (pérdida de rentas, gastos de viaje, etc.) se le reembolsarán hasta un importe máximo de 1.470 €.

También la reforma de 2008 ha introducido una actualización de estas cuantías, cada dos años (en 2010 y 2012) que asciende a un aumento de 10 €/mes en el caso de familiares próximos (para todos los niveles de dependencia) y de 40 € en el caso de otras personas (para todos los niveles de dependencia).

15) Estas políticas de incentivo al cuidado informal acentuarían el problema de la reintegración al mercado laboral del cuidador informal, puesto que en su mayoría son mujeres de 50 años o más, que cuando cese la actividad de cuidado difícilmente podrán volver al trabajo, si lo abandonaron.

reconocimiento oficial de los cuidadores informales en los sistemas de seguridad social. En esta dirección se han movido países como Finlandia, con varias décadas de implantación del sistema de atención de la dependencia y un modelo en el que se favorecía el cuidado formal y profesionalizado, puesto que la tendencia actual se orienta a favorecer el cuidado informal¹⁶. En la misma línea, se encuentran otros países, como Reino Unido, que va ampliando progresivamente las ventajas al cuidado informal y su remuneración; Irlanda que ha reforzado las ayudas a cuidadores; o Austria que ha establecido un nuevo seguro de pensiones para cuidadores informales de carácter voluntario.

A modo ilustrativo se recogen en la Tabla 1.3. las prestaciones que recibe el cuidador informal en distintos países de referencia.

TABLA 1.3.
Prestaciones al cuidador informal

	Pago monetario (€/mes)	Seguro Pensión	Seguro Acc. laboral	Vacaciones/Respiro	Formac. gratuita	Otras
ALEMANIA	√ ¹⁷ 215 -675	√ ¹⁸	√	√ 4 sem./año ¹⁹	√	√ Asesoramiento Bajas laborales ²⁰
ESPAÑA	√ ²¹ 328-507	√	√	√	√	√ Asesoramiento Empleo flexible y bajas laborales ²²

16) La Ley de apoyo al cuidado informal (937/2005) que entró en vigor en 2006, supone un refuerzo a ese tipo de cuidado. La ley establece una retribución mínima, tiempos de retiro y condiciones específicas en un contrato firmado entre el cuidador y el municipio.

17) Se trata de las ayudas monetarias para el cuidado a domicilio que pueden emplearse para pagar al cuidador informal. A partir de la reforma aprobada en 2008, se establece un aumento gradual, de 10 €/mes cada dos años, entre 2008 y 2012.

18) Para tener derecho a este seguro de pensiones el cuidador no puede trabajar en absoluto o no trabajar más de 30 horas semanales. La cuantía de las cotizaciones, que se actualizan anualmente, depende del grado de impedimento de la persona a la que se cuida y, por lo tanto, del tiempo que el cuidador tiene que dedicar a su asistencia (como mínimo 14 horas/semana). En 2008, las cotizaciones se calculaban sobre un salario que oscilaba entre el 26,6% y el 80% del salario de referencia y suponían entre 132 €/mes y 396 €/mes. El número de cuidadores asegurados en el sistema obligatorio ascendía a 454.000 en 2007 (más del 90% mujeres) y viene experimentando un retroceso continuo desde que alcanzó su nivel máximo (575.000) en 1997.

19) Incluye una ayuda máxima de 1.470 € durante esas cuatro semanas para remunerar a la persona que atienda en ese período al dependiente (si no es atendida por un familiar próximo) y entre 215 y 675 € (si se trata de un familiar próximo), sólo si se justifican y documentan los gastos se admiten reembolsos hasta los 1.470 €. Estos importes también se han sometido a un aumento gradual tras la reforma de 2008 (ver nota 14).

TABLA 1.3. (continuación)

	Pago monetario (€/mes)	Seguro Pensión	Seguro Acc. laboral	Vacaciones/Respiro	Formac. gratuita	Otras
FINLANDIA	√ ²³ 317-1.200	√	√	√ 5 sem./año ²⁴	√	√ Servicios de apoyo Permiso para atención urgente
FRANCIA					√	√ Asesoramiento
LUXEMBURGO	√ ²⁵ 1.050	√ ²⁶		√ 3 sem./año	√	√ Asesoramiento
REINO UNIDO	√ ²⁷ 253	√ ²⁸		√	√	√ Asesoramiento Empleo ²⁹ flexible y bajas laborales ³⁰ Exenciones fiscales ³¹

20) La reforma de 2008 introduce una mejora para los cuidadores informales al permitirles abandonar su trabajo hasta 10 días para cuidar de sus familiares y hasta 6 meses (no remunerados) manteniendo su puesto de trabajo. Se exonera de esta obligación a las empresas con 15 empleados o menos. La cobertura de seguros (pensiones, salud...) se mantiene en este período.

21) Se establece como prestación económica excepcional (si no se pueden prestar otras modalidades de atención) y bajo el cumplimiento de determinados requisitos, entre otros, de convivencia y habitabilidad, que se establezca en el Plan de Atención y darse de alta en la Seguridad Social. Además, el Estado aporta 154 euros en concepto de cotización a la Seguridad Social y formación.

22) Se tiene derecho a reducir la jornada entre un octavo y la mitad por cuidado de personas con discapacidad y la posibilidad de fraccionar el período de excedencia no retribuida (dos años) para el cuidado de familiares dependientes (para funcionarios de la Administración Central se amplía a 3 años).

23) En 2008 la ayuda mínima para los cuidadores informales, que firman un acuerdo con el municipio, era de 317,22 € al mes (no tiene límite máximo y está sometida a impuestos). Si han dejado de trabajar para cuidar de su familiar, durante un período transitorio y crítico de necesidad de cuidados, recibirán más de 630 € al mes. Las cuantías difieren bastante entre municipios (desde el mínimo hasta superar los 1.200 € al mes), el promedio se situó en 2006 en torno a 416 € al mes.

24) Tiene derecho a 3 días al mes si la naturaleza del cuidado es especialmente intensa durante un determinado período. El municipio se encarga del cuidado del dependiente durante ese tiempo de respiro.

25) Se recoge el importe máximo de las prestaciones en metálico (262,5 €/semana) que son las que pueden utilizarse para retribuir al cuidador informal.

26) Durante el período en el que presten asistencia a la persona dependiente se asimila el cuidado al dependiente a una actividad profesional y las cotizaciones sociales corren a cargo del seguro de dependencia. El cuidador informal no puede tener otro seguro personal.

27) Se denomina *Carer's Allowance* y está destinada a personas que cumplan tres requisitos: bajo nivel de renta (inferior a 95€ (119€) por semana, descontados una serie de gastos), cuidar durante 35 horas o más, por semana, de una persona

TABLA 1.3. (continuación)

	Pago monetario (€/mes)	Seguro Pensión	Seguro Acc. laboral	Vacaciones/Respiro	Formac. gratuita	Otras
ESTADOS UNIDOS	√ ³²			√	√	√ Asesoramiento Bajas laborales ³³ Exenciones fiscales ³⁴
JAPÓN	√ ³⁵					√ Asesoramiento Permiso laboral para cuidado

de 65 años o más que recibe, a su vez, un ayuda por discapacidad/dependencia. En 2008, se reciben 50,55€ (63 €) a la semana y el dependiente puede añadir más si lo desea. Este importe puede utilizarse para pagar a familiares y está sometido a impuestos.

28) Reconocida a los cuidadores que perciben la *Carer's Allowance*. Si ésta no se percibe el cuidador puede solicitar un Seguro para Protección de Responsabilidades.

29) Unos asesores aconsejan al cuidador sobre cómo mantenerse en contacto con el mercado laboral y la mejor forma de combinar su tarea de cuidado y trabajo, priorizando como objetivo el hecho de que el cuidador no renuncie a su trabajo.

30) Se puede solicitar, una vez al año, una flexibilización en las condiciones laborales (horario de entrada/salida, trabajo a tiempo parcial, tele-trabajo, trabajo en casa) para los cuidadores que están empleados y han trabajado al menos 26 semanas en la empresa. También se tiene derecho a un período "razonable" de licencia laboral (remunerada o no, a discreción del empleador) para resolver emergencias relacionadas con la atención de un dependiente (interrupción o ruptura del plan de cuidados, enfermedad,...).

31) Descuentos en los impuestos municipales (sobre inmuebles) de hasta el 50%.

32) Se contempla sólo en algunos programas específicos (*Consumer-directed care programme - Cash and Counseling*). El importe varía entre los distintos programas y Estados.

33) No remuneradas hasta 12 semanas en empresas con al menos 50 empleados. Sólo algunos Estados, como California, han regulado bajas remuneradas (el 55% del salario semanal), hasta 6 semanas.

34) Entre estos incentivos fiscales se encuentra la posibilidad de deducir en el impuesto sobre la renta los gastos en atención de dependientes que conviven con el cuidador, con ciertos límites (si la persona mayor dependiente obtiene una renta inferior al mínimo exento, 3.500\$ en 2008, y si el cuidador asume más del 50% de sus gastos totales), también se pueden deducir los gastos médicos en sus dependientes (si sus gastos médicos superan el 7,5% de sus ingresos brutos ajustados y deduciendo la cantidad en que superen ese porcentaje).

35) Ayuda a Familias que cuidan de sus mayores (*Allowance for Families Caring for Elderly*) que cumplan tres condiciones: familias con baja renta, que atienden dependientes con las necesidades de cuidado más elevadas y que no reciben apoyo del seguro público. Las autoridades locales que lo deseen pueden establecer este tipo de ayuda, que se financia por los municipios con ayuda del Gobierno Central. Esta ayuda es muy reducida (inferior a 70 €/mensuales) y tiene escasa importancia dentro del sistema.

1.2. LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA NORMATIVA ESPAÑOLA. ESPECIAL REFERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA FAMILIA

La protección a personas en situación de dependencia en España es competencia de las administraciones territoriales (autonómicas y locales). Hasta el año 2007 la normativa reguladora de la protección de personas dependientes era exclusivamente autonómica y local dando lugar a importantes diferencias territoriales en la acción protectora, derivadas de la falta de un criterio uniforme de valoración de la dependencia así como de la inexistencia de un catálogo de prestaciones mínimas y requisitos comunes de acceso a las mismas. En este contexto 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**, supone la implantación de un sistema nacional de protección de la dependencia (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia-SAAD) que acerca a España a los niveles de atención de los países europeos más avanzados. Esta Ley constituye el marco normativo básico y de referencia nacional de protección de las personas dependientes en España y se delimita en torno a siete ejes fundamentales.

En **primer lugar**, se configura la atención a las personas en situación de dependencia como el cuarto pilar del Estado del Bienestar (junto a los sistemas de salud, educativo y de pensiones) dentro de la Red de Servicios Sociales y con financiación a cargo de los presupuestos públicos.

En **segundo lugar**, se fundamenta, entre otros, en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad del Sistema, reafirma el carácter público de las prestaciones que se derivan del mismo, y configura el acceso al Sistema como un derecho subjetivo de todos los ciudadanos españoles.

En **tercer lugar**, se contemplan tres niveles de protección. Un primer nivel, mínimo, establecido por la Administración General del Estado (AGE) y financiado con cargo a sus Presupuestos Generales; un segundo nivel (que incrementa el anterior) acordado entre la AGE y cada Comunidad Autónoma mediante Convenio y financiado, en la misma cuantía, por ambas partes; y un tercer nivel, adicional, a establecer a discreción de cada Comunidad Autónoma y financiado íntegramente por ella.

En **cuarto lugar**, se prioriza la prestación de servicios (prevención, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y noche y residenciales) frente a las prestaciones económicas. Y dentro de éstas, la prestación a cuidadores informales se contempla como una prestación de carácter extraordinario que sólo se realiza cuando el resto de prestaciones no son factibles.

En **quinto lugar** la red de atención a dependientes está constituida por un conjunto de centros y servicios, tanto públicos como privados (con y sin ánimo de lucro) debidamente acreditados y concertados.

En **sexto lugar**, se establece la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. Así dispone que el Sistema responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración Central (como regulador de las condiciones básicas del Sistema y garante del nivel mínimo de protección), las Comunidades Autónomas (como administración con competencias exclusivas en la materia y, por ello, principal responsable y gestora del Sistema) y la participación de las Corporaciones Locales (dentro de su ámbito competencial).

Como instrumento de cooperación y coordinación para la articulación del Sistema se crea el *Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* en el que participan todos los niveles de la Administración (Administración Central, Comunidades Autónomas y Entidades Locales).

También se constituye, como órgano consultivo, el *Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (con la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales, además de las Administraciones Públicas) y se reconoce la participación de otros órganos consultivos como el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

Y, **finalmente**, se introduce la participación económica de los beneficiarios en la financiación de los servicios que reciben en función de su capacidad económica (en términos de renta y patrimonio). Este copago por los servicios recibidos será progresivo y para el cálculo de su importe también se tendrá en cuenta el servicio que se presta y el coste del mismo.

Si pasamos al análisis concreto de la Ley podemos destacar los siguientes aspectos básicos del Sistema:

1. Titulares de los derechos reconocidos en la Ley (Título Preliminar. Artículo 5)

Los españoles que se encuentren en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos y residan en territorio español (un mínimo de cinco años, dos de los cuales deben ser inmediatamente anteriores a la presentación solicitud).

2. Valoración y reconocimiento de la dependencia (Título I. Capítulos III y IV. Arts. 26 a 31)

- El **procedimiento** para el reconocimiento de la situación de dependencia se inicia a instancia de los ciudadanos. Éstos serán evaluados por los órganos que designen las Comunidades Autónomas que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir (Programa Individual de Atención-PIA). El reconocimiento del derecho será expedido por la Comunidad Autónoma correspondiente y tendrá validez en todo el Estado.
- La **situación de dependencia** se clasifica en tres grados: Grado I. (Dependencia moderada), Grado II. (Dependencia severa) y Grado III. (Gran dependencia). Cada uno de ellos con dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.
- El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determina mediante la aplicación de **un único baremo** en todo el Estado español (acordado por el Consejo Territorial del Sistema y aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto 504/2007, de 20 de abril). Aunque con él se pretenden resolver los desequilibrios territoriales entre Comunidades Autónomas que existen actualmente, los elementos de flexibilidad introducidos en el Sistema pueden mantener e incluso acentuar el problema.

3. Prestaciones del Sistema y sus cuantías (Título I. Capítulo II. Arts. 13 a 25)

- En términos generales el Sistema se configura como **una red de utilización pública** que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados –éstos últimos concertados y debidamente acreditados–.
- La protección de la dependencia dentro del Sistema se estructura en tres niveles:
 - Primer nivel: Nivel mínimo, establecido, garantizado y financiado por la Administración General del Estado (AGE). Dicho nivel mínimo se garantiza mediante la fijación de una cantidad económica, que aporta la AGE por cada uno de los dependientes reconocidos, según su grado y nivel de dependencia. Una cantidad que se actualizará cada año.
 - Segundo nivel: Nivel acordado entre la AGE y cada Comunidad Autónoma mediante Convenio, que incrementa el nivel anterior, y se financia por ambas Administraciones conjuntamente (siempre que la Comunidad aporte cada año una cuantía igual a la de la AGE en su territorio).
 - Tercer nivel: Nivel adicional a establecer, discrecionalmente, por cada Comunidad Autónoma y financiado por ella.
- El Sistema comprende tanto **prestaciones en servicios como de naturaleza económica**. Si bien prioriza los servicios en la medida en que las prestaciones económicas se contemplan de forma excepcional, sólo cuando no se puede prestar el servicio por la Red o cuando el beneficiario es atendido por su entorno familiar.
- El **Catálogo de servicios** incluye las siguientes prestaciones:
 1. Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.
 2. Servicio de Teleasistencia.
 3. Servicio de Ayuda a domicilio.
 4. Servicio de Centro de Día y de Noche.
 5. Servicio de Atención Residencial.
- Existen tres tipos de **prestaciones económicas**:

1. *Prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio.*

Prestación de carácter personal y periódico, sólo podrá recibirse cuando no se disponga del servicio público o privado-concertado que requiera el beneficiario y estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio. La cuantía de la prestación económica estará en relación con el grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario.

2. *Prestación económica por cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.*

De forma excepcional, el beneficiario podrá optar por ser atendido en su entorno familiar, y su cuidador recibirá la correspondiente compensación económica. Para ello, deben darse las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda y, además, debe establecerlo el Programa Individual de Atención. Además, el cuidador familiar debe darse de alta en la Seguridad Social. El apoyo a cuidadores no profesionales contempla su incorporación a programas de información, formación, y periodos de descanso.

3. *Prestación económica de asistencia personal.*

Se restringe a las personas con gran dependencia, con independencia de su edad, y para contratar una asistencia personalizada, durante un número de horas, que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al trabajo y el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

- Tanto los servicios y su intensidad como la cuantía de las prestaciones económicas por grado y nivel de dependencia, han sido objeto de desarrollo reglamentario.
- Existen **otras ayudas económicas** que no figuran como prestaciones económicas en sentido estricto dentro de la Ley. Dichas ayudas son las siguientes:
 - *Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal* (Disposición adicional tercera). A través de acuerdos entre las Administraciones Públicas y bajo la forma de subvención para ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria, y para facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.
 - *Beneficios fiscales* a la contratación, por los beneficiarios, de instrumentos privados de cobertura de la dependencia que faciliten el copago (Disposición adicional séptima).

4. Calendario de implantación de la Ley (Disposición final primera)

El desarrollo del Sistema será gradual y progresivo, con el fin de acompasar el reconocimiento de derechos a la creación de la infraestructura necesaria para poder prestar los servicios. Su implantación se inició el 1 de enero de 2007 (con la cobertura del Grado III. Gran Dependencia, niveles 2 y 1) y culminará en el año 2015, de acuerdo con el siguiente calendario de implantación y cobertura (Tabla 1.4.):

Transcurridos los tres primeros años de puesta en marcha del Sistema, está previsto realizar una evaluación de sus resultados, proponiendo, si se estima conveniente, modificaciones en la implantación del Sistema.

TABLA 1.4.
Calendario de implantación del SAAD, 2007-2015

Cobertura grados y niveles Dependencia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Grado III. Gran Dependencia	GIII								
N2	N2	N2	N2	N2	N2	N2	N2	N2	N2
N1	N1	N1	N1	N1	N1	N1	N1	N1	N1
Grado II. Dependencia Severa		GII							
N2		N2							
N1			N1						
Grado I. Dependencia Moderada					GI	GI	GI	GI	GI
N2					N2	N2	N2	N2	N2
N1							N1	N1	N1

5. Financiación del Sistema y aportación de los beneficiarios (Título I. Capítulo V)

El Sistema se financia a través de dos fuentes de recursos:

- En primer lugar, se financiará mediante las aportaciones de los **Presupuestos públicos**: de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas.
- Las Administraciones Públicas invertirán más de 25.000 millones de euros para la total puesta en marcha del Sistema, prevista para 2015. En concreto, la Administración General del Estado se ha comprometido a aportar una cantidad superior a los 12.638 millones de euros (cantidad similar a la que aportarán las Comunidades Autónomas). En el año 2007 la aportación del Estado vía Presupuestos al SAAD fue de 400 millones de euros y para el ejercicio 2008 la aportación estatal será de 871 millones de euros. Dicha aportación se destinará tanto al nivel mínimo del Sistema, que asume íntegramente la AGE, como al nivel acordado con las Comunidades Autónomas, cuya financiación asumen conjuntamente la AGE y las CC.AA.
- Con ello se pretende que el gasto en dependencia alcance en España el 1% del PIB (nivel actual de la media europea).
- En segundo lugar, **los beneficiarios** participarán en la financiación del sistema. Para dicha aportación se tendrán en cuenta:

- Su capacidad económica personal (en atención a la renta y el patrimonio). En la consideración del patrimonio se tendrá en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta.
- Dicha capacidad económica también se tiene en cuenta en la determinación de las cuantías de las prestaciones económicas –mediante coeficientes reductores–.
- El tipo y coste del servicio que se presta al beneficiario. Distinguiendo entre los servicios asistenciales y los de manutención y hoteleros.

Los criterios para la aportación de los beneficiarios están pendientes de desarrollo reglamentario. No obstante, ningún dependiente dejará de recibir atención por falta de recursos.

6. Calidad y eficacia del Sistema (Título II)

La Ley establece una serie de medidas para garantizar la calidad y la eficacia del Sistema entre las que se encuentran criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema, estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo regulado en la Ley, calidad en el empleo, formación básica y permanente de los cuidadores (profesionales o no) y un sistema de información.

1.2.1. El desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Los aspectos de la Ley de Dependencia desarrollados hasta el momento son los siguientes:

1. Aprobación del **baremo de valoración** de grados y niveles de dependencia y escala de valoración específica de los menores de tres años.
2. Estimación de la **población dependiente protegible** (todos los grados) y de la población dependiente a cubrir en el año 2007 (Grado III, Nivel 1 y 2) y en el año 2008 (Grado III, nivel 1 y 2; Grado II- Nivel 2).
3. Determinación del **primer nivel de protección**: nivel mínimo de protección del SAAD garantizado por la Administración General del Estado (AGE) para los ejercicios de 2007 y 2008.
4. Determinación del **segundo nivel de protección**: nivel acordado entre la AGE y las Comunidades Autónomas mediante convenios. Ejercicios 2007 y 2008.
5. Determinación de las **cuantías máximas correspondientes a las prestaciones económicas** contempladas en la Ley: prestación vinculada al servicio; prestación para cuidados en el entorno familiar y prestación de asistencia personal. Ejercicios 2007 y 2008.
6. Determinación de los **servicios y prestaciones que corresponden a los Grados III y II de dependencia** y los **criterios para determinar la intensidad de protección de los mismos**.

7. Determinación de la **condición de cuidador no profesional** y regulación del **sistema de seguridad social** correspondiente a los **cuidadores no profesionales** de personas dependientes, que reciben prestación económica.
8. **Regulación de la hipoteca inversa y el seguro privado de dependencia**, como instrumentos privados de cobertura de la situación de dependencia.
9. Establecimiento del **sistema de información del SAAD** y creación del correspondiente fichero de datos.
10. **Evaluación y seguimiento del SAAD.**
11. Acuerdo sobre **criterios comunes de acreditación** para garantizar la calidad en los centros y servicios del SAAD.
12. Acuerdo sobre determinación de la **capacidad económica del beneficiario y criterios de copago.**

En las siguientes tablas se resume el contenido y avance de los diferentes aspectos de la Ley desarrollados y se especifica la normativa reguladora de los mismos:

ASPECTOS DESARROLLADOS DE LA LEY 39/2006 DE DEPENDENCIA Y NORMATIVA REGULADORA

1. BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

RD 504/2007, de 20 de abril: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/rd5042007.pdf>

Corrección de errores del RD 504/2007: <http://www.imtersomayores.csic.es/senileg/registro.jsp?id=3442>

RESOLUCIÓN de 23 de mayo de 2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/res23may2007valoracion.pdf>

Grado	Definición	Nivel	Puntos IVD
G.III: Gran Dependencia	Necesidad de ayuda y apoyo indispensable continuo para realizar varias ABV varias veces al día por pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial o necesidad de apoyo generalizado para la autonomía personal.	N2 N1	90-100 75-89
G.II: Dependencia Severa	Necesidad de ayuda para realizar varias ABV dos o tres veces al día, pero no requiere apoyo permanente de un cuidador ni tiene necesidad de apoyo extenso para la autonomía personal.	N2 N1	65-74 50-64
G.I: Dependencia Moderada	Necesidad de ayuda para realizar varias ABV al menos una vez al día o tiene necesidad de ayuda intermitente o limitado para la autonomía personal.	N2 N1	40-49 25-39
Dependencia ligera o autonomía: sin grados.			-25

2. POBLACIÓN DEPENDIENTE PROTEGIBLE Y COBERTURA 2007 y 2008

RESOLUCIÓN de 23 de mayo de 2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/res23may2007marcoacord.pdf>

RESOLUCIÓN DE 8 DE AGOSTO DE 2008: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/res20080808rcreditos.pdf>

	Total	<65 años	65-79 años	80 y más años
Población Dependiente protegible 2007	1.173.764	306.557	373.929	493.278
Población Dependiente protegible a cubrir 2007 (Grado III)	205.915	31.500	47.730	126.685
Grado III. N2	73.093	11.181	16.943	44.969
Grado III. N1	132.821	20.318	30.787	87.716
Población Dependiente valorada y protegible a cubrir 2008*	287.540			
Grado III	249.672			
GIII-N2	148.799			
GIII-N1°	100.873			
Grado II-N2	37.868			

*Valoraciones a 30 de junio de 2008.

3. NIVEL MÍNIMO DE PROTECCIÓN GARANTIZADO POR LA AGE. 2007 y 2008

RD 614/2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/rd6142007.pdf>

RD 179/2008: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/rd1792008.pdf>

Grado y nivel de Dependencia cubierto	2007 (€/mes/beneficiario)	2008 (€/mes/beneficiario)
Grado III-N2	250	258,75
Grado III-N1	170	175,95
Grado II-N2	---	100,00

4. NIVEL DE PROTECCIÓN ACORDADO AGE-CC.AA. 2007 y 2008

RD 614/2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/rd6142007.pdf>

RESOLUCIÓN DE 8 DE AGOSTO DE 2008: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/res20080808rcreditos.pdf>

Grado y nivel de Dependencia cubierto 2007	Aportación máxima AGE 2007 (€/mes/beneficiario)	Aportación máxima CC.AA. 2007 (€/mes/beneficiario)
Grado III-N2	507	507
Grado III-N1	387	387
Grado y nivel de Dependencia cubierto 2007	Aportación máxima AGE 2007 (€/mes/beneficiario)	Aportación máxima CC.AA. 2007 (€/mes/beneficiario)
Grado III (N2 y N1) + Grado II-N2	241.019.460	241.019.460

5. CUANTÍAS MÁXIMAS DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS. 2007 y 2008

RD 727/2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/rd7272007.pdf>

RD 179/2008: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/rd1792008.pdf>

	P.E. Vinculada al servicio (€/mes/beneficiario)		P.E. para cuidados en el entorno familiar* (€/mes/beneficiario)		P.E. de asistencia personal (€/mes/beneficiario)	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Grado III-N2	780	811,98	487	660,89	780	811,98
Grado III-N1	585	608,98	390	559,92	585	608,98
Grado II-N2	---	450,00	---	482,29	---	---

*Incluye 153,93 euros en concepto de cotización a la Seguridad Social y formación a cargo del Estado.

6. SERVICIOS Y PRESTACIONES CORRESPONDIENTES A LOS GRADOS III Y II DE DEPENDENCIA Y CRITERIOS DE DETERMINACIÓN DE LA INTENSIDAD DE PROTECCIÓN

RD 727/2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/rd7272007.pdf>

Servicios y Prestaciones	Criterio para determinar la intensidad de protección	Grado III N1 N2	Grado II N1 N2
SERVICIOS:	1. La intensidad se adecuará a las necesidades personales de promoción de la autonomía, a la infraestructura de los recursos existentes y a las normas autonómicas y locales correspondientes.	1.X	1.X
1. De prevención y promoción de la autonomía personal	2. Teleasistencia: se prestará a personas dependientes conforme al PIA* y en las condiciones establecidas en la CC.AA. o Administración competente.	2.X 3.X 4.X 5.X 6.X	2.X 3.X 4.X 5.X 6.X
2. Teleasistencia	3. Servicio de Ayuda a Domicilio (Horas/mes/beneficiario): se establecerá la intensidad en función del PIA, en intervalos según grado y nivel de dependencia:		
3. Ayuda a Domicilio	Grado III-N2: Entre 70-90 (horas/mes)		
	Grado III-N1: Entre 55-70 (horas/mes)		
	Grado II-N2: Entre 40-55 (horas/mes)	7.X	7.X
	Grado II-N1: Entre 30-40 (horas/mes)	8.X	8.X
4. Centro de Día	4 y 5 Centros de Día y Noche: la intensidad se determinará en función de los servicios del centro que precisa la persona dependiente de acuerdo con su PIA.	9.X	---
5. Centro de Noche			
6. Atención Residencial	6.1. A. Residencial permanente: la intensidad se determinará en función de los servicios del centro que precisa la persona dependiente de acuerdo con su PIA.		
6.1. Permanente			
6.2. Estancia temporal	6.2. Estancia temporal: la intensidad se determina en función de las plazas disponibles del SAAD en cada CC.AA. y del número de personas atendidas mediante cuidados en el entorno familiar.		

Servicios y Prestaciones	Criterio para determinar la intensidad de protección	Grado III N1 N2	Grado II N1 N2
PRESTACIONES ECONÓMICAS: 7. Vinculada al servicio 8. Para cuidados en el entorno familiar 9. De asistencia personal	Incompatibilidades: Servicio de Atención Residencial permanente es incompatible con el Servicio de Telasistencia, Ayuda a Domicilio y Centro de Noche.		

*PIA: Plan Individual de Atención.

7. DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE CUIDADOR NO PROFESIONAL Y REGULACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

RD 615/2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/rd6152007.pdf>

ORDEN TAS/2632/2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/omtas26322007.pdf>

Requisitos para adquirir la condición de cuidador no profesional de persona dependiente-carácter excepcional	Sistema de Seguridad Social
<ul style="list-style-type: none"> - Ser cónyuge o pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta tercer grado de parentesco. - Residir en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino como mínimo un durante un período previo de un año anterior. - Debe existir impedimento o dificultad de otras modalidades de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Régimen General de la Seguridad Social mediante suscripción de Convenio Especial. - Base mensual de cotización (B): Tope mínimo establecido en el Régimen General (criterio general). - Tipo de cotización: el vigente en cada momento (t). - Cuota resultante (C): $C = (B^*) \cdot \text{coeficiente reductor}$ (0,77 para 2007). - Cotización por Formación Profesional: 0,2% de la Base (B). - Pago de la cuota y de la acción formativa: a cargo de la AGE.

8. REGULACIÓN DE LAS HIPOTECAS INVERSAS Y SEGURO PRIVADO DE DEPENDENCIA

LEY 41/2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/ley412007hipsdep.pdf>

Hipoteca Inversa	Seguro Privado de Dependencia
<ul style="list-style-type: none"> - Es un préstamo garantizado mediante hipoteca sobre un bien inmueble. - El bien inmueble debe constituir la vivienda habitual del solicitante. - El solicitante debe ser una persona de 65 o más años o persona valorada como Gran dependiente o Dependiente severo. 	<ul style="list-style-type: none"> - La finalidad es atender total o parcialmente directa o indirectamente a la persona dependiente mediante la prestación estipulada en el contrato. - El seguro puede articularse como: <ul style="list-style-type: none"> - Contrato de seguro mediante póliza individual o colectiva. - Plan de Pensiones privado, que contemple expresamente esta contingencia.

9. CREACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SAAD: SISAAD

ORDEN TAS/1459/2007: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/omtas14592007.pdf>

- Objetivo del SISAAD: mantenimiento y gestión de la información relativa a los beneficiarios del SAAD y a la red de centros, servicios y prestadores profesionales.
- Creación del fichero de datos personales: *Sistema de Información del SAAD, SISAAD*.
- Utilidad de los ficheros: gestión económico-financiera y presupuestaria; Servicios Sociales; Función estadística pública; Procedimiento administrativo y Recursos Humanos.
- Acceso al SISAAD:
 - Personal encargado de introducir la información: mediante certificado digital.
 - Ciudadanos: a través de la web: <http://saad.mtas.es>

10. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SAAD

ORDEN ESD/1984/2008 DE 4 DE JULIO: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/omesd19842008.pdf>

- Creación de la *Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*.
- Funciones: elaboración de informes técnicos sobre el funcionamiento del SAAD y formalización de propuestas a fin de mejorar su calidad y eficacia.
- Composición de la Comisión: la Comisión de carácter consultivo estará presidida por la Subsecretaría de Educación, P:Social y Deporte; coordinada por el Secretario General Técnico del Mº de Educación, P:Social y Deporte e integrado por diez miembros funcionarios en servicio activo de los distintos departamentos ministeriales.

11. CRITERIOS COMUNES DE ACREDITACIÓN

RESOLUCIÓN 2 DE DICIEMBRE DE 2008: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/resacuerdosaadacreditacion.pdf>

Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD sobre requisitos comunes de acreditación para garantizar la calidad en los centros y servicios del SAAD:

- *Requisitos de calidad en los recursos materiales.*
- *Requisitos de capacitación y cualificación de los profesionales:*
 - a) Directores/as de centros: titulación universitaria y formación complementaria en el ámbito de atención a la dependencia.
 - b) Cuidadores, gerocultores y categorías similares: cualificación en atención sociosanitaria a dependientes en instituciones sociales.
 - c) Asistentes personales a grandes dependientes: cualificación en atención sociosanitaria a dependientes y de atención a personas en domicilio.

En el año 2011 el 35% de las categorías profesionales mencionadas deberán estar cualificadas y en 2015 el 100%.

- *Requisitos de número de profesionales:* se establecen unos ratios de trabajadores por número de beneficiarios atendidos, que varían en función del tipo de recurso y grado de dependencia.
- *Requisitos de accesibilidad de los centros y su entorno para personas dependientes.*

12. DETERMINACIÓN DE CAPACIDAD DE PAGO Y CRITERIOS DE COPAGO PARA EL BENEFICIARIO

RESOLUCIÓN 2 DE DICIEMBRE DE 2008: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/resacuerdosaadcopago.pdf>

Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD:

- Determinación de la *capacidad económica* del beneficiario: renta (ingresos de trabajo + ingreso de capital) + a% del patrimonio neto. Siendo a%=5% para beneficiarios >65 años; 3% para beneficiarios entre 35 y 65 años y 1% para beneficiarios <35 años.
- La vivienda habitual sólo se computará cuando el beneficiario perciba el servicio de atención residencial o prestación económica vinculada al servicio y no tenga personas a su cargo que residan en dicha vivienda.
- Determinación de los *criterios mínimos comunes de copago* en el coste de los servicios y cuantía económica a percibir:

a) Participación en el coste de los servicios del catálogo:

En los servicios de atención residencial el copago varía entre el 70% y el 90% del indicador de referencia (tarifa concertada) en función de la capacidad económica.

En el resto de los servicios el copago varía entre el 10% y 65% del indicador de referencia (tipo de servicio e intensidad para el SAD y tarifa concertada para plaza en centro de día). En el caso de servicios asistenciales en domicilio si la capacidad económica del beneficiario \leq al IPREM no participa en el coste del servicio.

b) Participación en el coste de las prestaciones económicas:

Si la capacidad económica del beneficiario \leq al IPREM se otorga el 100% de la cuantía de la prestación.

Si la capacidad económica del beneficiario > IPREM las CC.AA. o Administraciones competentes establecerán los índices de reducción garantizando el 40% de la prestación económica vinculada al servicio y de asistencia personal y el 75% de la prestación para cuidados en el entorno familiar.

- Las personas dependientes que estuvieran recibiendo servicios o prestaciones anteriormente a la entrada en vigor de la nueva normativa reguladora mantendrán el régimen de participación anterior salvo que la nueva regulación fuese más favorable.
- Las CC.AA. o Administraciones competentes podrán regular condiciones más ventajosas que los mínimos establecidos.

ESTADÍSTICAS DEL SISAAD. Situación a noviembre de 2008

1. SOLICITANTES	641.485	100%
Perfil solicitante:		
Hombre	209.229	32,6%
Mujer	398.320	62,1%
SE*	33.936	5,3%
0-3 años	3.331	0,5%
4-18 años	16.774	2,6%
19-30 años	18.610	2,9%
31-45 años	32.318	5,0%
46-55 años	22.062	3,5%
55-65 años	33.836	5,3%
66-80 años	176.982	27,6%
81 y +	335.581	52,3%
SE*	2.021	0,3%
Valoraciones	545.884	85,1%
Dictámenes	515.672	80,4%
2. DICTÁMENES	515.672	100%
Grado III	332.091	64,4%
N2	187.164	36,3%
N1	144.937	28,1%
Grado II	113.009	21,9%
N2	65.323	12,7%
N1	47.686	9,2%
Grado I	51.736	10,0%
N2	25.063	4,8%
N1	26.673	5,2%
Sin Grado	18.836	3,7%
3. PRESTACIONES RECONOCIDAS (Número)	397.414	100%
46		
Prevenición dependencia y promoción. Autonomía personal	140	0,0%
Telasistencia	8.192	2,1%
SAD	27.520	6,9%
Centros de Día/Noche	10.909	2,7%
At. Residencial	54.238	13,6%
P.E. Vinculada al servicio	10.879	2,7%
P.E. Cuidadores familiares	91.243	22,9%
P.E. Asistencia Personal	158	0,0%
Prestaciones sin especificar	194.135	48,9%

4. CUIDADORES NO PROFESIONALES-CONVENIOS RESUELTOS

Nº total	36.153	100%
Perfil: sexo y edad		
Hombres	1.840	5,1%
Mujeres	34.313	94,9%
<50 años	16.890	46,7%
51-55 años	6.210	17,2%
56-60 años	6.000	16,6%
>60 años	7.053	19,5%

SE*: sin especificar. Fuente: www.saad.mtas.es

1.3. EL CONCEPTO LEGAL DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

El concepto de dependencia y su procedimiento de valoración constituye uno de los aspectos nucleares del Sistema, puesto que determina cuál es la población protegible y con qué criterios se va a determinar el nivel de dependencia dentro de la misma. Por ello, estos aspectos requieren un análisis detallado.

El Consejo de Europa³⁶ delimita el concepto de dependencia en los siguientes términos: *un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la **falta o la pérdida de autonomía física, psíquica 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.*

La definición del Consejo de Europa se ha tomado como referencia en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia). En el Artículo 2 se define la Dependencia como *el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razón derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la **falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial**, precisan de la atención de otra u otras personas o **ayudas importantes para realizar las 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.*

Ambas definiciones coinciden en que la situación de dependencia lleva asociada una pérdida de autonomía por la existencia de una limitación física, psíquica o mental y la necesidad de una ayuda importante para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

La Ley en su definición de dependencia añade algunos aspectos como la pérdida de autonomía sensorial y especifica la necesidad de apoyos para la autonomía personal en el caso de los discapacitados intelectuales o enfermos mentales.

36) Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativo a la dependencia.

En definitiva, los elementos que configuran el concepto legal de dependencia o dependencia protegible en España, contenidos en la Ley, son los siguientes:

1. La situación de dependencia debe tener carácter **permanente**.
2. La dependencia viene motivada por una **pérdida de autonomía**.
3. La dependencia viene asociada a la **edad avanzada, enfermedad o discapacidad**.
4. La dependencia implica **necesidad importante de ayuda**.
5. La dependencia se genera por la dificultad de realizar **Actividades Básicas de la Vida Diaria** o por la necesidad de apoyo para la **autonomía personal**.

En el mismo Artículo 2 de la Ley de Dependencia se concretan una serie de conceptos, entre otros el de Autonomía y Actividades Básicas de la Vida Diaria. Por **Autonomía** se entiende *la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)* entendiendo por éstas *las tareas más elementales de la persona que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas*.

La aplicación del concepto legal de dependencia lleva implícito un criterio de exclusión puesto que no toda persona con pérdida de autonomía y necesidad de ayuda es considerada como dependiente protegible por el SAAD. Como hemos señalado la pérdida de autonomía debe estar relacionada con las ABVD que delimita la Ley, debe ser un estado permanente y la necesidad de ayuda debe ser importante. En este sentido el concepto legal de dependencia admite diferentes grados de dependencia en función del número de ABVD para las que la persona dependiente necesita ayuda importante para realizarlas y de la intensidad de ayuda requerida. El Artículo 26 de la Ley clasifica las situaciones de dependencia según los siguientes grados:

- **Grado I. Dependencia Moderada:** la persona necesita **ayuda al menos una vez al día** para realizar varias ABVD o de manera intermitente o limitada para su autonomía personal.
- **Grado II. Dependencia Severa:** la persona necesita **ayuda dos o tres veces al día** para realizar varias ABVD o tiene necesidad de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III. Gran Dependencia:** la persona necesita **ayuda varias veces al día** para realizar varias ABVD y necesita apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidad de apoyo generalizado para su autonomía personal.

A su vez dentro de cada grado se clasifican a las personas dependientes en dos niveles (N2 y N1) en función de la intensidad de cuidado requerido y la autonomía personal.

1.3.1. Valoración de la situación de dependencia protegible. El Baremo

El Artículo 27 de la Ley de Dependencia establece que la valoración del grado y nivel de dependencia se determinará mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial del SAAD.

El baremo de valoración de la dependencia (BVD) toma como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) adoptada por la Organización Mundial de la Salud, teniendo los objetivos y funciones recogidos en la Tabla 1.5.

TABLA 1.5.
Aspectos Generales del Baremo de Valoración de la Dependencia

Objetivos del Baremo (BVD)	Funciones del Baremo (BVD)
<ul style="list-style-type: none">- Valorar la capacidad de la persona para llevar acabo por sí misma las ABVD.- Valorar la necesidad de apoyo y supervisión para realizar las ABVD por personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.	<ul style="list-style-type: none">- Establecer criterios objetivos de valoración del grado de autonomía.- Establecer criterios objetivos de su capacidad para realizar distintas ABVD.- Establecer los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia.- Establecer el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas.

Fuente: Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

Para llevar a cabo la valoración de la dependencia se tendrán en cuenta los informes de salud y el entorno en el que vive la persona valorada así como las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas. El baremo de valoración fue aprobado por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, distinguiendo tres tipos de baremos en función del tipo de dependiente y la edad del mismo:

- **Baremo general de valoración de la dependencia:** aplicable a personas dependientes mayores de tres años que no presenten discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.
- **Baremo específico de valoración de la dependencia:** aplicable a personas dependientes mayores de tres años que presenten discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.
- **Escala de valoración específica** de dependencia para personas **menores de tres años (EVE):** aplicable a personas entre cero y tres años cuya situación de dependencia venga originada por condiciones de salud de carácter crónico, prolongado o de larga duración.

1.3.1.a. Baremo general y específico de dependencia (BVD)

La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional cualificado. En caso de personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, el cuestionario se aplicará en forma de entrevista en presencia de la persona a valorar y la persona que conozca debidamente la situación del dependiente.

El baremo considera once actividades básicas de la vida diaria (ABVD), cada una de las cuales se subdivide en una serie de tareas, valorando el nivel de desempeño de las tareas, los problemas en el desempeño de las tareas y el grado de apoyo de otra persona en las tareas, de acuerdo con los siguientes criterios (Tabla 1.6.):

TABLA 1.6.

Criterios de valoración en la realización de tareas del Baremo de Valoración de la Dependencia

Nivel de desempeño de tareas	<ul style="list-style-type: none"> - SI: Es capaz de realizar la tarea sin apoyo de otra persona. - NO: Necesita apoyo de otra persona. - NA: <i>No aplicable.</i>
Problemas en el desempeño de tareas	<ul style="list-style-type: none"> - F: No ejecuta físicamente la tarea. - C*: No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación. - I*: No muestra iniciativa para la realización de la tarea.
Grados de apoyo de otra persona en las tareas	<ul style="list-style-type: none"> - SP: Supervisión/ Preparación. - FP: Asistencia física parcial. - FM: Asistencia física máxima. - ES: Asistencia especial.

Fuente: elaboración propia a partir de Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

*Sólo aplicable a personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

Cada actividad/tarea tiene un peso en función de la edad de la persona valorada, distinguiendo cuatro grupos de edad, y según se trate del baremo general o específico para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva. La necesidad de apoyo de otra persona se pondera asignando un coeficiente que varía entre 0,90 y 1,00 según grado de apoyo (Tabla 1.7.).

TABLA 1.7.

Tablas General y Específica de Pesos de Actividades Básicas de la Vida Diaria consideradas en el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)

TABLA GENERAL DE PESOS ABVD				
ABVD	Grupo de Edad			
	3-6 años	7-10 años	11-17 años	18 y + años
COMER Y BEBER	29,1	19,3	19,3	17,8
REGULACIÓN MICCIÓN/ DEFECACIÓN	24,2	16,1	16,1	14,8
LAVARSE	14,5	9,6	9,6	8,8
OTROS CUIDADOS CORPORALES	NA	3,2	3,2	2,9
VESTIRSE	NA	12,9	12,9	11,9
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA	3,2	3,2	2,9
TRANSFERENCIAS CORPORALES	12,0	8,0	8,0	7,4
DEPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	20,2	13,4	13,4	12,3
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA	14,3	14,3	13,2
TAREAS DOMÉSTICAS	NA	NA	NA	8,0
TOMAR DECISIONES	NA	NA	NA	NA

TABLA ESPECÍFICA DE PESOS ABVD*				
ABVD	Grupo de Edad			
	3-6 años	7-10 años	11-17 años	18 y + años
COMER Y BEBER	18,3	10,9	10,9	10,0
REGULACIÓN MICCIÓN/ DEFECACIÓN	12,8	7,6	7,6	7,0
LAVARSE	14,7	8,7	8,7	8,0
OTROS CUIDADOS CORPORALES	NA	2,2	2,2	2,0
VESTIRSE	NA	12,6	12,6	11,6
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA	12,0	12,0	11,0
TRANSFERENCIAS CORPORALES	3,7	2,2	2,2	2,0
DEPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	22,2	13,2	13,2	12,1
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA	14,0	14,0	12,9
TAREAS DOMÉSTICAS	NA	NA	NA	8,0
TOMAR DECISIONES	28,3	16,7	16,7	15,4

Fuente: Real Decreto 504/200, de 20 de abril.

NA: No aplicable. *Aplicable a personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas que puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

El peso que se obtiene para los grupos de edad de 7 a 10 años y de 11 a 17 años es el mismo para cada actividad considerada, sin embargo es necesaria la diferenciación puesto que el peso que se adjudica para las tareas consideradas dentro de cada actividad no coincide en todos los casos. Por ejemplo dentro de la actividad *Otros Cuidados Corporales* se consideran las siguientes tareas: peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo y lavarse los dientes. El peso asignado a esta Actividad para los grupos de 7-10

y 11-17 años es de 9,6 en ambos casos (ver Tabla 1.7.), sin embargo el peso en cada una de las tareas es diferente, en el caso de la tarea peinarse se asigna un peso 0,33 al grupo de 7-10 años y 0,30 al grupo de 11-17 años; en la tarea cortarse las uñas no es aplicable en el grupo de 7-10 años (NA) y para el grupo de 11-17 años es de 0,15; lavarse el pelo tiene una ponderación de 0,33 y 0,25 respectivamente y lavarse los dientes de 0,34 y 0,30 respectivamente³⁷.

TABLA 1.8.

Tabla de Coeficientes de Grados de Apoyo para realizar las ABVD del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)

Grado de Apoyo	Coefficiente
Supervisión/Preparación	0,90
Asistencia Física Parcial	0,90
Asistencia Física Parcial	0,95
Asistencia Especial	1,00

Fuente: Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

La puntuación final que obtiene la persona evaluada es el resultado de sumar los pesos obtenidos en las actividades y tareas ponderadas por el peso según grado de apoyo necesario, cuando exista tal necesidad (Tabla 1.8.). Finalmente, en función de la puntuación total obtenida, la persona dependiente se valora según los siguientes grados y niveles (Tabla 1.9.):

TABLA 1.9.

Grados y niveles de dependencia según puntuación obtenida en el BVD

GRADOS DE DEPENDENCIA (BVD)	NIVEL 2	NIVEL 1
Grado III. Gran Dependencia	90-100	75-89
Grado II. Dependencia Severa	65-74	50-64
Grado I. Dependencia Moderada	40-49	25-39
Sin Grado: Dependencia ligera o autonomía	< 25	

Fuente: Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

37) Ver RD 504/2007, de 20 de abril (pág 17.667) y CORRECCIÓN DE ERRORES del RD 504/2007 (BOE 18 de mayo de 2007-pág. 21.355).

1.3.1.b. Escala de valoración específica de dependencia para personas menores de tres años (EVE)

La Escala de Valoración Específica, EVE, es el instrumento de valoración de dependencia en personas de cero a tres años. La valoración se realiza teniendo en cuenta los informes sobre salud de la personas y entorno en el que viva, de forma que el diagnóstico de una enfermedad no resulta un criterio de valoración en sí mismo. La valoración debe responder a criterios homogéneos y se realizará mediante la observación directa de un profesional, formado en EVE, remitiéndose a la comparación con el funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad sin la condición de salud por la que se solicita valoración.

La valoración de la dependencia se realiza mediante la observación del funcionamiento de determinadas **Variables de Desarrollo** y **Variables de Necesidad de Apoyo en Salud**, agrupadas en las siguientes funciones y actividades (Tabla 1.10.):

TABLA 1.10.
Variables, Funciones y Actividades consideradas en la EVE

VARIABLES DE DESARROLLO	VARIABLES DE NECESIDAD DE APOYO EN SALUD
Actividad motriz Actividad Adaptativa	Peso al nacimiento Medidas de soporte para funciones vitales: alimentación; respiración; función renal y urinaria; función antiálgica y función inmunológica. Medidas para la movilidad: fijación vertebral externa; fijación pelvipédica; fijación de la cintura pélvica; tracción esquelética continua; prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior; casco protector; vendaje corporal; protección lumínica permanente y procesador de implante coclear.

Fuente: Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

A su vez dentro de las actividades motriz y adaptativa de las Variables de Desarrollo se consideran distintas actividades de movilidad y adaptación, valorando su evolución en función de la edad mediante una puntuación de 1 a 3. Respecto a las Variables de Necesidad de Apoyo en Salud también se valoran mediante puntuación de 1 a 3 considerando los siguientes tramos de edad: el Peso al nacimiento se valora hasta los 6 meses; las Medidas de soporte para funciones vitales se valoran hasta los 36 meses y las Medidas para la movilidad se valoran desde los 6 meses hasta los 36 meses.

La determinación del grado de dependencia de la persona de cero a tres años valorada se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en la aplicación de la EVE, de acuerdo con la siguiente tabla de puntuación (Tabla 1.11.):

TABLA 1.11.

Grado de dependencia según puntuación obtenida en la EVE

PUNTUACIÓN TOTAL		GRADO DE DEPENDENCIA
DESARROLLO	SALUD	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
1	3	3
0	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	2	2
0	2	2
1	1	1
1	0	1
0	1	1

Fuente: Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

I. Anexo Metodológico 1

I. ANEXO METODOLÓGICO. APARTADO 1.1.

1.1. GASTO SOCIAL EN DEPENDENCIA

1.1.1. Delimitación conceptual y ámbito de estudio

El principal instrumento para llevar a cabo el análisis comparativo del gasto social en dependencia en los países de la Unión Europea es el Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (SEEPROS), elaborado por la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat). El SEEPROS ofrece datos anuales armonizados sobre gastos de protección social y su financiación en los países de la Unión Europea, países que forman parte en el Acuerdo sobre Espacio Económico Europeo (Noruega, Islandia y Liechtenstein) y Confederación Suiza. El actual Sistema se rige por la Metodología revisada en 1996¹.

El concepto de **Protección Social** que adopta el SEEPROS incluye *todas aquellas intervenciones de organismos públicos o privados destinados a aligerar la carga económica que representa para los hogares y particulares una serie de riesgos o necesidades previamente determinadas, siempre que no exista una contrapartida simultánea y recíproca por parte del beneficiario.*

La delimitación conceptual de protección social es un aspecto de indudable importancia puesto que determina qué actividades se imputan y qué instituciones se consideran. En este sentido cabe realizar las siguientes matizaciones a la definición de protección social que adopta el SEEPROS:

- La intervención, pública o privada, se entiende en sentido amplio y abarca la provisión de la prestación, su financiación y los costes administrativos de gestión.
- Las prestaciones sociales, en términos generales, se limitan a prestaciones económicas (monetarias), reembolso de gastos y bienes y servicios directamente suministrados (prestaciones en especie).
- La delimitación de la intervención a organismos públicos o privados excluye del ámbito de la protección social del SEEPROS, la intervención informal prestada por familias, amigos o vecinos aun cuando el objetivo sea proteger las necesidades o riesgos incluidos en el SEEPROS. Sí se incluyen, sin embargo, las Instituciones Privadas sin Fin de Lucro que dirijan su actividad a cubrir las necesidades o riesgos definidos.

En el caso de España las instituciones de protección social que se incluyen en el SEEPROS son las siguientes:

- Sistema de la Seguridad Social
- Sistema Nacional de Salud
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales

1) European Commission–Eurostat *ESSPROS Manual 1996*. (<http://www.eurostat.ec.europa.eu>)

- Mutualidades de Funcionarios y de Previsión Social
- Servicio Público de Empleo Estatal (INEM) Administración Central
- Administraciones Territoriales
- Instituciones Privadas sin Fin de Lucro (IPSFL)
- Organización Nacional de Ciegos (ONCE)
- Los riesgos o necesidades susceptibles de cobertura, definidos por el SEEPROS como **Funciones de Protección Social**, son las siguientes:
 - Enfermedad-Atención Sanitaria
 - Invalidez
 - Vejez
 - Supervivencia
 - Familia-Hijos
 - Desempleo
 - Vivienda
 - Exclusión Social no clasificada en otra parte
- La condición de que no exista una contrapartida simultánea y recíproca por parte del beneficiario excluye del ámbito de la protección social, definida por el SEEPROS, cualquier iniciativa privada que beneficie de forma individual al asegurado (por ejemplo contratación individual de seguros con compañías privadas). Para que la intervención pueda ser incluida en el ámbito de la protección social del SEEPROS debe basarse en el principio de solidaridad y/o dirigirse a determinados colectivos de población (por ejemplo seguros ofrecidos por Mutuas profesionales, sistemas voluntarios regulados por el Estado como los fondos de pensiones a funcionarios y contratados por el sector público).

1.1.2. Imputación del gasto social en dependencia en el SEEPROS. Desarrollo metodológico

El SEEPROS no contempla la cobertura del riesgo o necesidades derivadas de la situación de dependencia de forma diferenciada como función de protección social. Las prestaciones sociales (de atención social y sociosanitarias) dirigidas a personas en situación de dependencia se encuentran incluidas en las funciones de Vejez, Invalidez y Enfermedad-Atención Sanitaria. La asistencia sanitaria correspondiente se incluye en la función Enfermedad-Atención Sanitaria, sin que sea posible, por el momento, separar qué parte del gasto sanitario corresponde a personas en situación de dependencia.

Por lo tanto la imputación del gasto social en dependencia, de forma diferenciada, en cada uno de los países comunitarios requiere la elaboración de una metodología que pasamos a exponer a continuación.

La imputación del gasto en Dependencia en los países comunitarios se ha llevado a cabo considerando los siguientes criterios:

1. Se toma como referencia metodológica el SEEPROS.
2. El ámbito de estudio comprende los países de la Unión Europea (UE25), países que forman parte en el Acuerdo sobre Espacio Económico Europeo: Noruega, Islandia y Liechtenstein (EEA) y Confederación Suiza (CS).
3. Se define la función Dependencia como el conjunto de prestaciones (económicas y en especie) dirigidas a personas que sufren una pérdida de independencia para la realización de las tareas cotidianas así como una reducción de la participación social.
4. A partir de la información facilitada por Eurostat², diferenciamos entre prestaciones de atención social y prestaciones sociosanitarias. A su vez dentro de las primeras, la información disponible nos permite distinguir entre prestaciones de atención social dirigidas a personas mayores y prestaciones dirigidas a personas en edad activa³, distinguiendo, para estos grupos de edad, entre prestaciones sin condición de recursos y prestaciones bajo condición de recursos. En la siguiente tabla se resume la información que se aporta, para cada país y su desglose:

2) *Social Protection expenditure and receipts 1996-2004*. Eurostat.

3) Las prestaciones que se incluyen en la función Invalidez, se dirigen a población en edad activa, por tanto las prestaciones de dependencia que se recogen en la misma se vinculan, con carácter general, a la población en edad activa en situación de dependencia. Respecto a la protección social de dependientes y discapacitados menores se recoge, según el SEEPROS, en la función Familia-Hijos junto a las asignaciones familiares no existiendo criterios que permitan su diferenciación.

TABLA 1.1.2.

Delimitación del gasto en dependencia según el SEEPROS

<u>GASTO TOTAL EN DEPENDENCIA (A+B)</u>	<u>FUNCIÓN SEEPROS</u>
<u>A. GASTO SOCIOSANITARIO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA</u>	F. Enfermedad-A. Sanitaria
<u>B. GASTO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (B.1+ B.2)</u>	F. Vejez + F. Invalidez
B.1. Gasto de atención social a personas mayores dependientes	Función Vejez
<ul style="list-style-type: none"> - Prestaciones sin condición de recursos: <ul style="list-style-type: none"> Económicas: Subsidio de asistencia (<i>care allowance</i>) En Especie: Atención Residencial Ayuda a Domicilio - Prestaciones bajo condición de recursos mínimos: en especie (no existe desglose por tipo de prestación). 	
B.2. Gasto de atención social a personas en edad activa dependientes	Función Invalidez
<ul style="list-style-type: none"> - Prestaciones sin condición de recursos: <ul style="list-style-type: none"> Económicas: Subsidio de asistencia (<i>care allowance</i>) En Especie: Atención Residencial Ayuda a Domicilio Rehabilitación 	
Prestaciones bajo condición de recursos mínimos: en especie (no existe desglose por tipo de prestación).	

5. De acuerdo con los criterios del SEEPROS quedan excluidos de la función Dependencia los siguientes conceptos:
- Contratación de seguros privados cuyo objetivo sea la obtención de beneficios de forma individual.
 - Prestaciones de dependencia ofrecidas por el sector privado (personas físicas o jurídicas) a precios de mercado. No se incluye por tanto ni la aportación empresarial privada a precios de mercado, ni la contratación de cuidadores formales e informales (servicio doméstico) a precio de mercado. Sí se incluye la aportación empresarial privada concertada con la Administración Pública.
 - La ayuda informal a cargo de cuidadores familiares, amigos o vecinos.

1.1.3. Funciones SEEPROS que incluyen prestaciones dirigidas a personas dependientes e imputación del gasto

Función Enfermedad–Atención Sanitaria

Dentro de esta función las cantidades asignadas en la rúbrica *Prestaciones sin condición de recursos –en Especie – Otras Prestaciones en Especie*, incluyen la ayuda (no sanitaria) prestada a personas enfermas o accidentadas que tienen dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Se trata de ayudas dentro del hogar o de transporte. El gasto que incluye este epígrafe se imputa como **gasto socio-sanitario** en domicilio dirigido a personas dependientes. En tanto que no es posible separar qué parte corresponde a personas mayores y qué parte al resto de dependientes se imputa en el gasto total, sin diferenciar por grupo de edad.

Función Vejez

Dentro de esta función se incluyen las prestaciones de atención social a personas mayores dependientes, en las siguientes rúbricas:

- *Prestaciones sin condición de recursos – Económica – Subsidio para Cuidados (care allowance).*
- *Prestaciones sin condición de recursos – en Especie:*
 - Atención Residencial (*Accommodation*)
 - Ayuda a Domicilio (*Assistance in carrying out daily tasks*)
- *Prestaciones bajo condición de recursos mínimos–en Especie:* se incluyen los mismos conceptos que en el epígrafe anterior (A. Residencial y Ayuda a Domicilio) pero su asignación se condiciona a no sobrepasar un techo de ingresos. Tiene carácter asistencial. No aparece desglosado por tipo de servicio.

La suma de todas estas prestaciones constituyen el **gasto social en dependencia de personas mayores**.

Función Invalidez

Dentro de esta función se incluyen las prestaciones de atención social a personas en edad activa dependientes, en las siguientes rúbricas:

- *Prestaciones sin condición de recursos –Económica–Subsidio para Cuidados (care allowance).*
- *Prestaciones sin condición de recursos –en Especie:*
 - Atención Residencial (*Accommodation*)

Ayuda a Domicilio (*Assistance in carrying out daily tasks*)

Rehabilitación (no sanitaria)

- *Prestaciones bajo condición de recursos mínimos-en Especie*: se incluyen los mismos conceptos que en el epígrafe anterior (A. Residencial, Ayuda a Domicilio y Rehabilitación) pero su asignación se condiciona a no sobrepasar un techo de ingresos. Tiene carácter asistencial. No aparece desglosado por tipo de servicio.

La suma de todas estas prestaciones constituyen el **gasto social en dependencia de personas en edad activa**.

No se ha considerado como gasto social en dependencia el conjunto de bienes y servicios relacionados con actividades culturales y de ocio dirigidas a personas mayores y personas incapacitadas, así como las bonificaciones en precio y tarifas en determinados servicios por razón de edad y discapacidad. Estas prestaciones incluidas en las Funciones de Vejez e Invalidez bajo el título *Prestaciones sin condición de recursos -en Especie- Otras Prestaciones en Especie*, no están vinculados a la necesidad de ayuda en la realización de actividades cotidianas ni representan ayuda de asistencia social o sociosanitaria, si bien bajo la consideración de un concepto más amplio de protección de la dependencia podrían ser incluidos.

1.2. GASTO SANITARIO EN DEPENDENCIA

1.2.1. Delimitación conceptual y ámbito de estudio

La fuente estadística utilizada para llevar a cabo el análisis comparativo del gasto sanitario en dependencia en los países de la Unión Europea es el *Health Care Expenditure Data*, elaborada por la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat).

A modo de resumen los aspectos metodológicos básicos de dicha fuente son los siguientes:

- Los países tratados en esta fuente estadística son UE-27 (excluyendo Austria, Grecia, Finlandia, Hungría, Irlanda, Italia, Latvia, Malta, Suecia, Eslovaquia y Reino Unido), Noruega, Suiza, Japón y Estados Unidos.
- Se recogen los gastos totales en salud, tanto públicos como privados, referidos a los años 2003 y 2004, siguiendo la metodología del Sistema de Cuentas de Salud (*System of Health Accounts* (SHA)) y la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (International Classification for the Health Accounts (ICHA)) elaboradas por la OCDE.
- Los gastos sanitarios⁴ se clasifican atendiendo a tres criterios fundamentales: la función del gasto (servicios curativos y de rehabilitación, servicios en cuidados de larga duración, servicios

4) Se contabilizan únicamente gastos sanitarios (médicos, paramédicos o de enfermería). No se incluyen los gastos sociales.

auxiliares, productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, productos farmacéuticos y otros productos médicos no duraderos, servicios preventivos y de salud pública,...), el proveedor (hospitales, médicos generales...) y el agente financiador (seguridad social, compañía privada de seguros, hogares,...).

- El gasto se presenta en términos absolutos (millones de euros), porcentaje sobre el PIB, gasto por habitante y en porcentaje sobre el gasto sanitario total. Los datos se recogen a partir de un cuestionario común y de distintos tipos de fuentes estadísticas. Por lo que la comparación entre distintos países ha de realizarse con cautela. Entre las limitaciones más destacables se encuentra la de que algunos países no están en condiciones de abarcar a todos los proveedores sanitarios, en concreto, la inclusión de los proveedores privados se presenta particularmente difícil; o no pueden cubrir todos los agentes financiadores o todas las funciones con el nivel de desagregación solicitado por Eurostat⁵.
- Entre los distintos agregados básicos se ofrece información de los gastos sanitarios en dependencia/cuidados de larga duración (*long term care*) de carácter corriente. Estos gastos se obtienen como resultado de agregar dos funciones muy distintas:
 - servicios de atención de larga duración (*services on long-term nursing care*), función específicamente sanitaria (nuclear/fundamental/básica)⁶;
 - administración y suministro de servicios sociales en especie para ayudar a enfermos o discapacitados (*administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment*) que se considera como una función relacionada con la salud⁷.

En la Tabla 1.2.1. se presentan de forma sintética las distintas funciones que se distinguen dentro de los servicios sanitarios, tanto las específicamente sanitarias como aquellas que se clasifican como relacionadas con la salud, y se identifican las que se agregan para obtener los gastos sanitarios en dependencia.

5) Las fichas del contenido y limitaciones por país aún no están disponibles.

6) Entre estas funciones se encuentran la de promover la salud y prevenir las enfermedades, curar enfermedades y reducir la mortalidad prematura, el cuidado de las personas afectadas por enfermedades crónicas, los cuidados paliativos...

7) Dentro de estas funciones relacionadas se consideran, entre otras, la formación bruta de capital, la formación del personal sanitario, la investigación y desarrollo en materia de salud, salud ambiental...

TABLA 1.2.1.

Delimitación del gasto sanitario en cuidados de larga duración, por funciones, a partir del gasto total en salud (incluyendo funciones relacionadas con la salud), según el SHA

GASTO SANITARIO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN		(HC.3 + HC.R.6)
GASTOS SANITARIOS TOTALES		
Gastos sanitarios corrientes		
Servicios curativos y de rehabilitación		HC.1, HC.2
Servicios de atención de larga duración		HC.3
Servicios auxiliares de atención de la salud		HC.4
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios		HC.5
Productos farmacéuticos y otros ptos. médicos no duraderos		HC.5.1
Dispositivos terapéuticos y otros ptos. médicos duraderos		HC.5.2
Servicios de prevención y de salud pública		HC.6
Administración sanitaria y seguros sanitarios		HC.7
Gastos sanitarios de capital		
Formación bruta de capital		HC.R.1
PARTIDAS PRO MEMORIA (Otras funciones relacionadas con la salud)		
Educación y formación del personal sanitario		HC.R.2
Investigación y desarrollo en salud		HC.R.3
Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable		HC.R.4
Salud ambiental		HC.R.5
Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas		HC.R.6
Administración y provisión de beneficios monetarios relacionados con el estado de salud		HC.R.7

1.2.2. Detalle metodológico del contenido de los funciones sanitarias consideradas como gasto en dependencia (cuidados de larga duración)

1.2.1.a. Servicios de atención de larga duración (HC.3)

La atención de larga duración a pacientes constituyen una mezcla de cuidados médicos (incluidos los de enfermería) y servicios sociales. Sólo los primeros se incluyen en el gasto sanitario bajo la metodología SHA.

Estos servicios se prestan a pacientes internados que precisan asistencia continua por impedimentos crónicos y pérdida de la independencia en actividades de la vida diaria y se desagregan en tres subniveles que comprenden los siguientes servicios:

1. Atención de larga duración hospitalaria⁸ (HC.3.1). Estos servicios se prestan en instituciones o en establecimientos públicos.

Esta partida incluye los cuidados sanitarios de larga duración a los pacientes ancianos con dependencia (incluso los servicios que reciban por internamiento temporal los prestados en residencias de la tercera edad siempre que se presten por personal especializado y que la atención médica sea un componente importante del cuidado). Si estos servicios se prestan en combinación con otros servicios de carácter social, estos últimos deben registrarse por separado, puesto que no deben contabilizarse como parte de los gastos sanitarios.

También incluye cuidados paliativos (cuidados médicos, paramédicos y de enfermería para los enfermos terminales, incluido el asesoramiento a sus familias). Estos cuidados suelen darse en residencias para ancianos (*nursing homes*) o instituciones especializadas similares.

Y, finalmente, comprende también el cuidado a enfermos mentales y drogodependientes, siempre que la necesidad de la atención se deba a trastornos psiquiátricos crónicos y recurrentes⁹.

2. Atención de larga duración en hospitalización de día¹⁰ (HC.3.2). Esta atención se presta en instituciones o establecimientos públicos e incluye los servicios sanitarios en hospitalización de día que perciben los pacientes ancianos con dependencia.
3. Atención de larga duración a domicilio¹¹ (HC.3.3). Esta partida sólo incluye la atención médica y paramédica (enfermería) prestada a los pacientes dependientes en su domicilio. Es habitual que este tipo de atención domiciliaria incluya servicios sociales, tales como ayuda para realizar las tareas domésticas, comidas a domicilio, etc. Estos servicios deben registrarse por separado y no incluirse como gastos sanitarios.

1.2.1.b. *Administración y suministro de servicios sociales en especie para enfermos y discapacitados (HC.R.6)*

Esta partida incluye aquellos servicios sociales en especie (no médicos) para las personas enfermas y discapacitadas. El objetivo fundamental de este servicio es ayudar a la rehabilitación o la reinserción social y profesional de personas con problemas de salud y limitaciones o discapacidades funcionales. Incluye la educación de niños convalecientes en cama, la educación especial para discapacitados, la terapia ocupacional, la rehabilitación profesional y el empleo protegido.

8) La atención hospitalaria es la que se presta a pacientes hospitalizados para recibir tratamiento o asistencia y que pasan al menos una noche en un hospital u otra institución que proporcione este tipo de atención.

9) Definidos en la lista ICD-9-CM, código 94.

10) La hospitalización de día comprende los servicios médicos y paramédicos que se brindan a pacientes que ingresan oficialmente para recibir diagnóstico, tratamiento u otro tipo de atenciones, con la intención de darlos de alta el mismo día.

11) Abarca los servicios médicos y paramédicos que se prestan al paciente en su domicilio y excluye el consumo de productos médicos (productos farmacéuticos y otros productos médicos) dispensados a los pacientes externos como parte del consumo privado de los hogares. Sí incluye la diálisis domiciliaria y los servicios telemáticos y similares.

Obsérvese que, en algunos casos, las prestaciones sanitarias en especie, dentro de los sistemas de protección social, están estrechamente relacionadas con estas prestaciones sociales para ayudar a enfermos y discapacitados.

1.2.3. La difusa frontera entre la atención sanitaria y los servicios sociales en la atención de la dependencia (cuidados de larga duración)

Constituye un lugar común, en el análisis de los cuidados de larga duración, la dificultad (imposibilidad) de trazar una línea clara y definida entre la atención de carácter sanitario y la atención de carácter social.

Con frecuencia, la frontera entre los gastos sanitarios y sociales en la atención de la dependencia ha de establecerse en virtud de cuál es el componente que domina dentro del servicio prestado.

La metodología del SHA establece las siguientes reglas generales de atribución entre servicios sanitarios y sociales:

- En el caso de cuidado institucional (internamiento) se considera cuidado sanitario si es necesario el internamiento de la persona para garantizar su salud o cuando el cuidado sanitario resulta más eficiente en un entorno institucionalizado.
- En otras formas de cuidado, en las que el componente médico es importante pero no dominante (menos de la mitad del coste total) habría que separar y estimar el cuidado sanitario mediante los inputs sanitarios utilizados, tanto el factor trabajo como los productos médicos suministrados, para uso final o intermedio¹². En estos casos los servicios de alojamiento que se presten en el centro/institución deben excluirse de los servicios sanitarios.
- En el mismo sentido, deben ser excluidos de los servicios sanitarios aquellos programas de rehabilitación u ocupacionales que pretendan la readaptación/inserción social y profesional. Las sesiones terapéuticas en balnearios con fines, fundamentalmente, médicos y curativos deben separarse de las que tienen una finalidad meramente recreativa o rehabilitadora en este tipo de establecimientos.

12) Como primera aproximación se utiliza sólo el input laboral de los profesionales sanitarios que desempeñan funciones médicas.

Capítulo 2. Delimitación de la población objeto de estudio

2. DELIMITACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

2.1. LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN ESPAÑA

2.1.1. La población en España: características y estructura a 1 de enero de 2007¹

Según los datos del Padrón municipal a uno de enero de 2007 en España se encuentran empadronadas 45.200.737 personas. El 90% (40.681.183) son de nacionalidad española y el 10% restante (4.519.554) son extranjeros. Asimismo un 49,4% son varones frente al 50,6% de mujeres. Por grupos de edad, la población más joven (0-15 años) representa el 15,3% de la población total; la población en edad activa (16-64 años) supone el 68% y la población mayor (65 y más años) representa un 16,7%, siendo los más mayores (80 y más años) el 4,5% de la población total.

TABLA 2.1.

Población en España, según sexo, edad y nacionalidad. Enero 2007

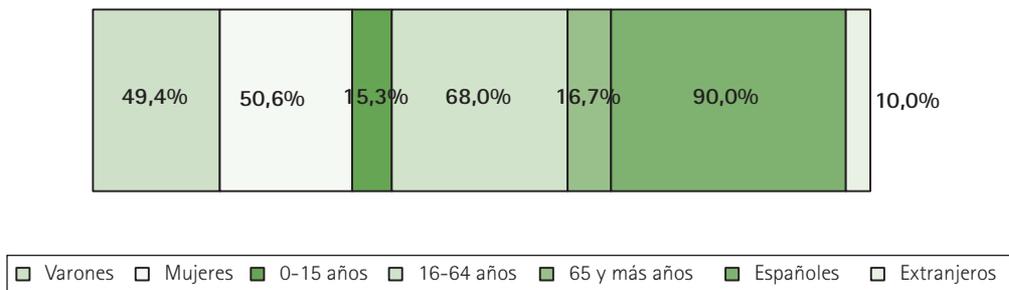
	Pob. Total	0-15 años	16-64 años	65 y más años
AMBOS SEXOS				
Total España	45.200.737	6.927.730	30.741.181	7.531.826
Españoles	40.681.183	6.247.911	27.124.289	7.308.983
Extranjeros	4.519.554	679.819	3.616.892	222.843
VARONES				
Total España	22.339.962	3.563.259	15.586.735	3.189.968
Españoles	19.944.277	3.212.431	13.655.112	3.076.734
Extranjeros	2.395.685	350.828	1.931.623	113.234
MUJERES				
Total España	22.860.775	3.364.471	15.154.446	4.341.858
Españoles	20.736.906	3.035.480	13.469.177	4.232.249
Extranjeros	2.123.869	328.991	1.685.269	109.609

Fuente: elaboración propia a partir de *Explotación estadística del Padrón municipal a 1 de enero de 2007* (www.ine.es).

1) Aunque existen datos provisionales a 1 de enero de 2008 al cierre de este capítulo, su nivel de agregación no permite el análisis detallado que se desarrolla en este epígrafe, lo que justifica la referencia a 1 de enero de 2007.

GRÁFICO 2.1.

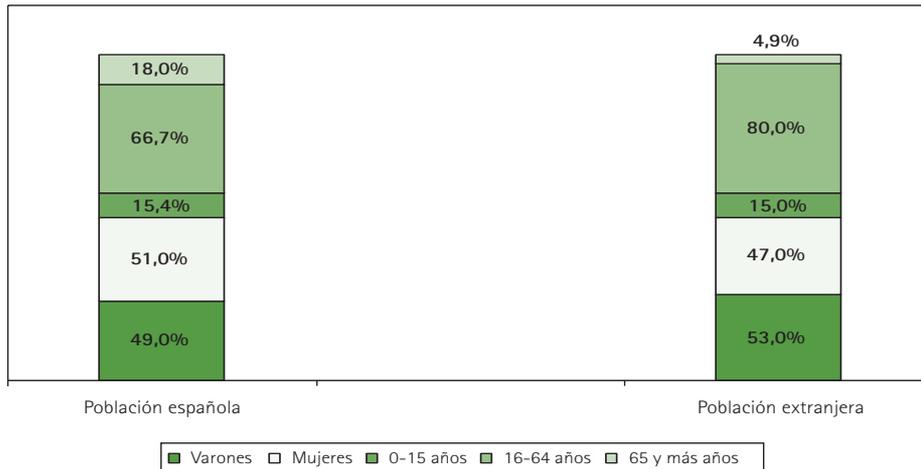
Estructura de la población en España, según nacionalidad, edad y sexo. Enero 2007



Si distinguimos entre población española y población extranjera, la estructura por sexo y edad difiere. En el caso de la población española se aprecia un ligero predominio del porcentaje de mujeres (51%) respecto al de varones, siendo justamente al contrario cuando se trata de población extranjera ya que los varones extranjeros representan el 53% de la población extranjera frente al 47% de mujeres extranjeras.

GRÁFICO 2.2.

Estructura de la población española y extranjera en España, según edad y sexo. Enero 2007



Estas diferencias se acentúan cuando analizamos la estructura de la población según grupo de edad. En el caso de nacionales españoles el 15,4% son menores de 16 años, casi el mismo porcentaje de extranjeros menores de 16 años (15%); el 66,7% son españoles en edad activa (16-64 años), frente al 80% de los extranjeros en edad activa; los mayores (65 y más años) representan el 18% de la población española y menos del 5% de los extranjeros. Esta estructura demográfica caracteriza a España como país receptor de inmigración económica y reagrupación familiar.

La población de 65 y más años en España era de 7.531.826 personas, a 1 de enero de 2007, siendo el 97% población española frente al 3% de mayores extranjeros. La mitad de la población mayor tiene entre 65 y 74 años; el 37,3% entre 75 y 84 años y un 11,8% 85 y más años.

TABLA 2.2.

Población mayor en España, según sexo y grupo de edad. Enero 2007

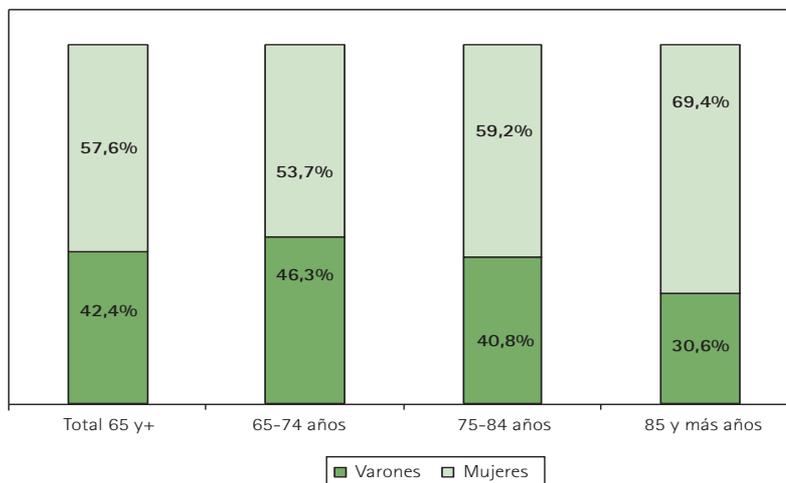
	Total 65 y +	65-74 años	75-84 años	85 y más años
	100%	50,9%	37,3%	11,8%
Ambos sexos	7.531.826	3.833.217	2.813.128	885.481
Varones	3.189.968	1.772.940	1.146.456	270.572
Mujeres	4.341.858	2.060.277	1.666.672	614.909

Fuente: elaboración propia a partir de *Explotación estadística del Padrón municipal a 1 de enero de 2007* (www.ine.es).

La proporción de mujeres mayores (57,6%) supera en 15,2 puntos porcentuales a la de varones mayores (42,4%). La feminización de la población mayor en España se acentúa a medida que la edad avanza, de forma que el porcentaje de mujeres de 85 y más años es 2,3 veces mayor que el de hombres, representando el 69,4% de la población mayor.

GRÁFICO 2.3.

Estructura de la población mayor en España, según grupo de edad y sexo. Enero 2007



2.1.2. Estructura de la población en España por Comunidades Autónomas

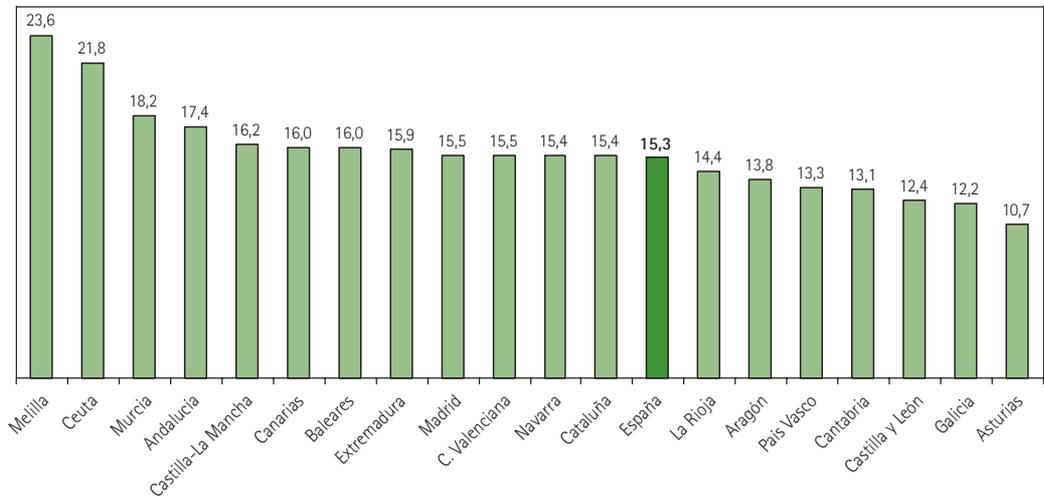
En los siguientes gráficos aparece recogida la estructura por grupo de edad de la población de cada una de las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, así como su comparación respecto a la media a nivel nacional.

En este sentido podemos agrupar las distintas regiones españolas de acuerdo con las siguientes características demográficas:

- Las Comunidades Autónomas con mayor proporción de población joven (0-15 años) son: Ciudades Autónomas de **Ceuta y Melilla**, **Canarias y Baleares**, **Murcia**, **Andalucía y Castilla-La Mancha**. En todas ellas la participación de la población más joven supera la media nacional (15,3%) oscilando entre un 23,6% correspondiente a Melilla y el 16% correspondiente a las Islas Canarias y Baleares.

GRÁFICO 2.4.

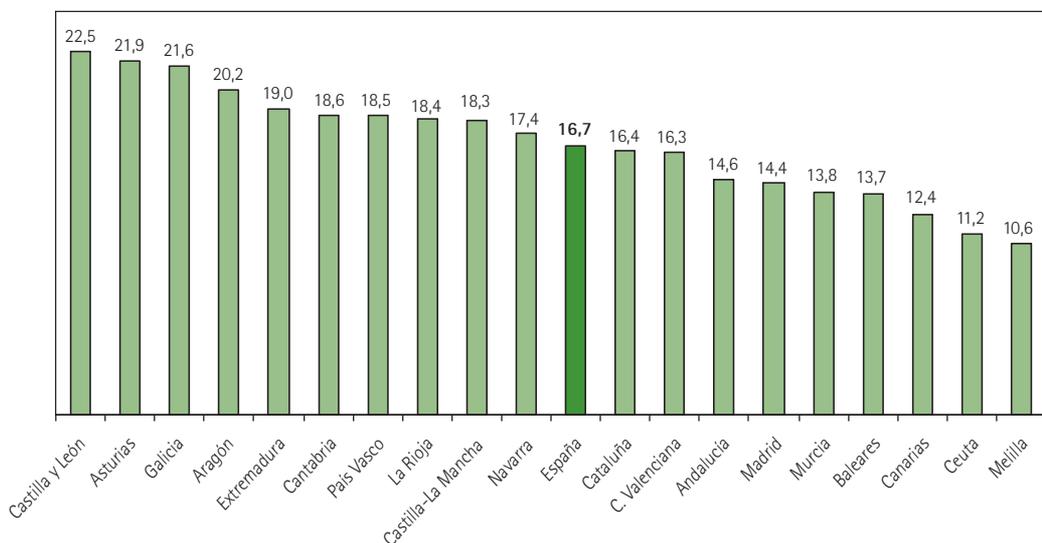
Porcentaje de población de 0 a 15 años, por Comunidades Autónomas. Enero 2007



Asimismo todas estas Comunidades, excepto Castilla-La Mancha, se caracterizan por tener un porcentaje de población mayor (65 y más años) muy por debajo de la media nacional (16,7%), entre el 10,6% y el 14,6% de la población total de estas regiones (Gráfico 2.5.).

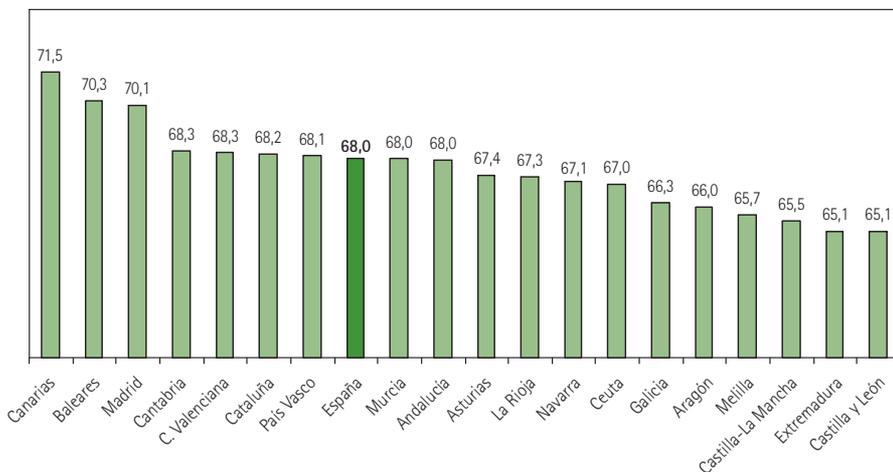
GRÁFICO 2.5.

Porcentaje de población de 65 y más años, por Comunidades Autónomas. Enero 2007

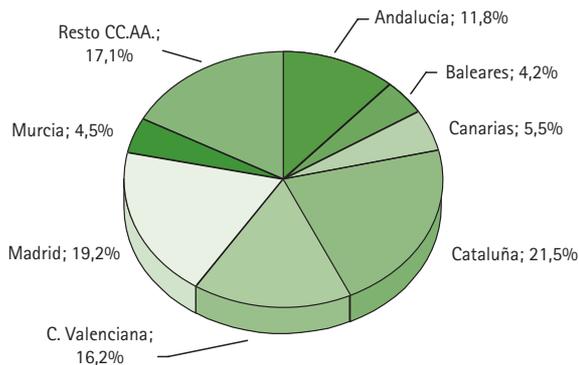


- En cuanto al peso de la población en edad activa (16-64 años) en estas comunidades, cabe decir que excepto Canarias y Baleares donde la proporción de población activa (71,5% y 70,3%) es la más alta de España y supera ampliamente la media nacional (68%), el resto de las mismas (Ceuta, Melilla, Murcia, Andalucía y Castilla-La Mancha) tienen una proporción de población en edad activa en torno a la media (como es el caso de Murcia y Andalucía con un 68%) y por debajo de la media nacional (Ceuta un 67%; Melilla y Castilla-La Mancha por debajo del 66%) –Gráfico 2.6.–.

Además de **Canarias y Baleares**, la **Comunidad de Madrid** tiene una proporción de población en edad activa que también supera el 70% del conjunto de su población, situándose 2 puntos por encima de la media nacional (68%). Asimismo **Cantabria**, **C. Valenciana**, **Cataluña** y **País Vasco** son Comunidades en las que el peso de la población en edad activa supera ligeramente el 68% de media nacional, (Gráfico 2.6.).

GRÁFICO 2.6.**Porcentaje de población de 16 a 64 años, por Comunidades Autónomas. Enero 2007**

Si observamos la distribución territorial de población extranjera (Gráfico 2.7.) vemos que más de la mitad de la misma, el 57%, está asentada en las Comunidades de Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana, donde el porcentaje de población en edad activa es más alto que la media nacional.

GRÁFICO 2.7.**Distribución de población extranjera en España, según Comunidad Autónoma. Enero 2007**

Murcia y Andalucía, cuya población en edad activa representa el 68%, están al mismo nivel que la media nacional, absorben el 16,3% de la población extranjera y Canarias y Baleares un 9,7%. En estas comunidades, si bien existe inmigración económica (en edad activa) sobre todo en Murcia y parte de Andalucía. Sin embargo, el peso de los jubilados extranjeros es muy alto en comunidades como Canarias, Andalucía, Baleares y también en la Comunidad Valenciana².

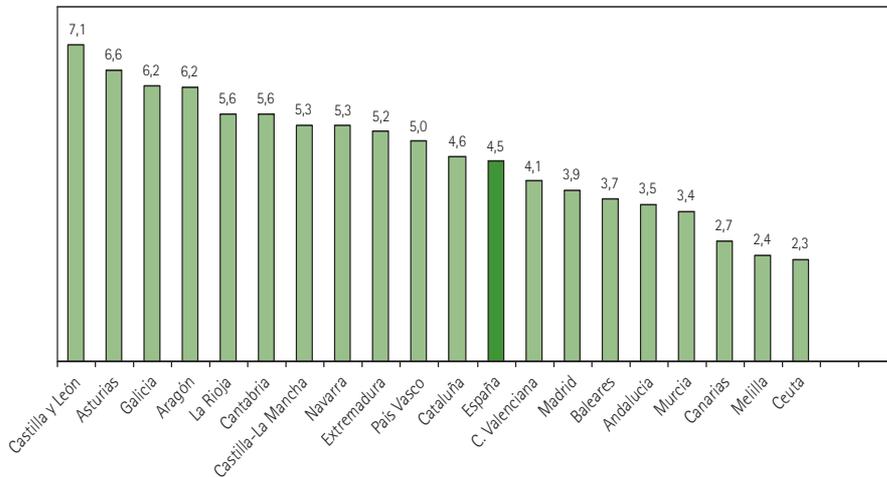
- Las Comunidades Autónomas con una estructura demográfica más envejecida son **Castilla y León, Asturias, Galicia y Aragón**, con un porcentaje de población de 65 y más años superior al 20% de la población total, más de tres puntos por encima de la media nacional (16,7%). También se sitúan por encima de la media nacional las Comunidades de **Extremadura, Cantabria, País Vasco, La Rioja, Castilla-La Mancha y Navarra**, con un porcentaje de población mayor entre el 19% y el 17,4%, (Gráfico 2.5).

De este grupo de Comunidades Autónomas veíamos que Castilla-La Mancha era de las regiones con un porcentaje de población joven por encima de la media nacional y sin embargo con un bajo porcentaje de población en edad activa. Cantabria y País Vasco, sin embargo, se situaban entre las Comunidades con menor porcentaje de población joven pero con un porcentaje de población en edad activa del 68,3% y 68,1% respectivamente, unas décimas por encima de la media nacional.

El resto de Comunidades Autónomas de este grupo, **Castilla y León, Asturias, Galicia, Aragón, Extremadura, Navarra y La Rioja** constituyen las regiones más envejecidas no sólo por tener una proporción más alta que la media de población mayor y una proporción más baja que la media de población joven y población en edad activa, sino también porque el porcentaje de población muy mayor (80 y más años) supera ampliamente la media nacional (4,5%) llegando a representar el 7,1% de la población total en Castilla y León, más del 6% en Asturias, Galicia y Aragón y en Extremadura, Navarra y la Rioja entre el 5,6 y 5,3% de la población total (Gráfico 2.8).

GRÁFICO 2.8.

Porcentaje de población de 80 y más años, por Comunidades Autónomas. Enero 2007



2) Un análisis detallado de este aspecto puede consultarse en el Estudio *Estado actual y análisis prospectivo sobre la personas mayores y las personas dependientes en España procedentes de la Unión Europea* (IMSERSO-Alboma 2000 S.L (www.seg-social.es/imserso))

2.1.3. Evolución de la población en España. 2002–2008

La evolución de la población en España que se recoge en Tabla 2.3. se basa en las *Estimaciones de población* realizadas por el INE para el período 2002-2008³. La población en España aumentó en casi 720.000 personas más cada año, correspondiendo un aumento medio anual de más de 100.000 menores de 0 a 15 años; las personas en edad activa aumentaron en más de 500.000 más cada año y los mayores lo hicieron en casi 95.000 más cada año.

TABLA 2.3.

Evolución de la población de España. Estimaciones Enero 2002–Enero 2008

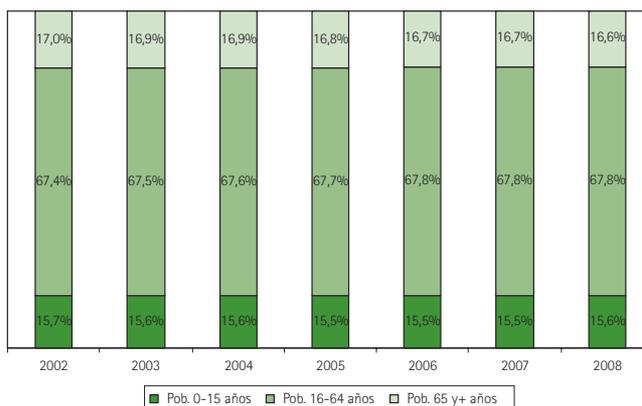
Nº de Personas	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Población Total	40.964.244	41.663.702	42.345.342	43.038.035	43.758.250	44.474.631	45.283.259
Pob. 0-15 años	6.414.627	6.496.833	6.594.268	6.680.263	6.781.266	6.896.922	7.055.787
Pob. 16-64 años	27.598.911	28.122.949	28.607.266	29.129.381	29.668.529	30.170.292	30.707.164
Pob. 65 y+ años	6.950.706	7.043.920	7.143.808	7.228.391	7.308.455	7.407.417	7.520.308

Fuente: elaboración propia a partir de Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del Censo de 2001 (www.ine.es).

La evolución de la estructura por edades de la población, entre el año 2002 y 2008 (Gráfico 2.9.) muestra una pérdida del peso de la población de 65 y más años en el conjunto de la población de cuatro décimas (-0,4 puntos porcentuales) a costa de la población en edad activa cuyo peso en el conjunto de la población aumenta en cuatro décimas, pasando de representar el 67,4% en 2002 a representar el 67,8% de la población en 2008, según la citada fuente. La población más joven, de 0 a 15 años, mantiene prácticamente su porcentaje en un 15,6% de la población total.

GRÁFICO 2.9.

Evolución de la estructura de población en España. Estimaciones 2002–2008



3) Las *Estimaciones de Población Actual* son consideradas como la mejor y más actualizada estimación estadística de la población actual residente en España ya que reflejan de la mejor forma posible los cambios provocados, fundamentalmente

Como consecuencia de esta evolución estimada de la población en España, la evolución de la **tasa de dependencia**⁴ se ha reducido en un punto porcentual entre el año 2002 y 2008 pasando del 48,4% al 47,5%. Esta tasa se puede descomponer según grupo de edad (0-15 años; 65 y más años). Como puede observarse en la siguiente tabla su distribución es bastante uniforme, de forma que para el último año del período estimado, 2008, la tasa de dependencia de la población mayor es del 24,5% lo que significa que por cada cuatro personas en edad activa (16-64 años) hay casi una persona mayor (65 y más años - pasivo). Asimismo la tasa de dependencia de la población joven (0-15 años) se sitúa en un 23% para el 2008.

TABLA 2.4.

Evolución de la Tasa de Dependencia de la población en España. Estimaciones 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008- 2002 (p.p)
Tasa								
Dependencia. Total	48,4%	48,1%	48,0%	47,7%	47,5%	47,4%	47,5%	-1,0
Tasa Dependencia 0-15	23,2%	23,1%	23,1%	22,9%	22,9%	22,9%	23,0%	-0,3
Tasa Dependencia 65 y+	25,2%	25,0%	25,0%	24,8%	24,6%	24,6%	24,5%	-0,7
Nº Activos/Nº pasivos	4,0	4,0	4,0	4,0	4,1	4,1	4,1	

Fuente: elaboración propia a partir de Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del Censo de 2001 (www.ine.es).

El crecimiento de la población en España durante el periodo de estudio viene explicado en un 76% por el aumento de población extranjera frente al 24% que se explica por el aumento de la población española (Tabla 2.5.). La serie que se recoge en la Tabla 2.5. se basa en las series de población del Padrón, cuyo último dato se refiere a 2007, y no en las estimaciones, ya que para estas últimas no aparece la población según nacionalidad lo que nos impide medir la incidencia demográfica de la inmigración en España.

Como puede observarse en la citada tabla, la población extranjera aumentó su participación en 5,3 puntos porcentuales entre 2002 y 2007 pasando de representar el 4,7% de la población en 2002 a representar el 10% en 2007. Por grupo de edad, son los extranjeros en edad activa (16-64 años) los que registran un mayor aumento en su participación pasando del 3,8% al 8% y explicando casi el 80% del aumento en la participación de la población extranjera en España entre 2002 y 2007.

por la fuerte entrada de población extranjera, en el crecimiento poblacional. La población de partida se obtiene básicamente del Censo de Población y Viviendas de 2001.

4) La tasa de dependencia se define como la relación entre población de 0-15 años más población de 65 y más años y población en edad activa (16 a 64 años).

TABLA 2.5.

Evolución de la población en España, según nacionalidad y grupo de edad. 2002-2007

Nº de Personas	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007-2002
Población Total	41.837.888	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	3.362.849
Pob. 0-15 años	6.367.677	6.497.543	6.571.054	6.719.131	6.825.177	6.927.730	560.053
Pob. 16-64 años	28.300.776	28.942.901	29.325.621	30.057.132	30.399.395	30.741.181	2.440.405
Pob. 65 y+ años	7.169.435	7.276.620	7.301.009	7.332.267	7.484.392	7.531.826	362.391

Nº de Personas	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007-2002
Pob. española	39.859.941	40.052.896	40.163.358	40.377.920	40.564.798	40.681.183	821.242
Pob. 0-15 años	6.090.543	6.108.527	6.100.073	6.154.390	6.208.542	6.247.911	157.368
Pob. 16-64 años	26.730.757	26.823.339	26.910.287	27.070.598	27.075.030	27.124.289	393.532
Pob. 65 y+ años	7.038.641	7.121.030	7.152.998	7.152.932	7.281.226	7.308.983	270.342

Nº de Personas	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007-2002
Pob. extranjera	1.977.947	2.664.168	3.034.326	3.730.610	4.144.166	4.519.554	2.541.607
Pob. 0-15 años	277.134	389.016	470.981	564.741	616.635	679.819	402.685
Pob. 16-64 años	1.570.019	2.119.562	2.415.334	2.986.534	3.324.365	3.616.892	2.046.873
Pob. 65 y+ años	130.794	155.590	148.011	179.335	203.166	222.843	92.049

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007-2002
%Pob. extranjera	4,7%	6,2%	7,0%	8,5%	9,3%	10,0%	5,3
Pob. 0-15 años	0,7%	0,9%	1,1%	1,3%	1,4%	1,5%	0,8
Pob. 16-64 años	3,8%	5,0%	5,6%	6,8%	7,4%	8,0%	4,2
Pob. 65 y+ años	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%	0,2

Índice de crecimiento de la población en España, según nacionalidad y grupo de edad			
	Población Total	Pob. española	Pob. extranjera
Pob. Total	1,08	1,02	2,28
Pob. 0-15 años	1,09	1,03	2,45
Pob. 16-64 años	1,09	1,01	2,30
Pob. 65 y+ años	1,05	1,04	1,70

Fuente: elaboración propia a partir de *Principales series de Población*. (www.ine.es).

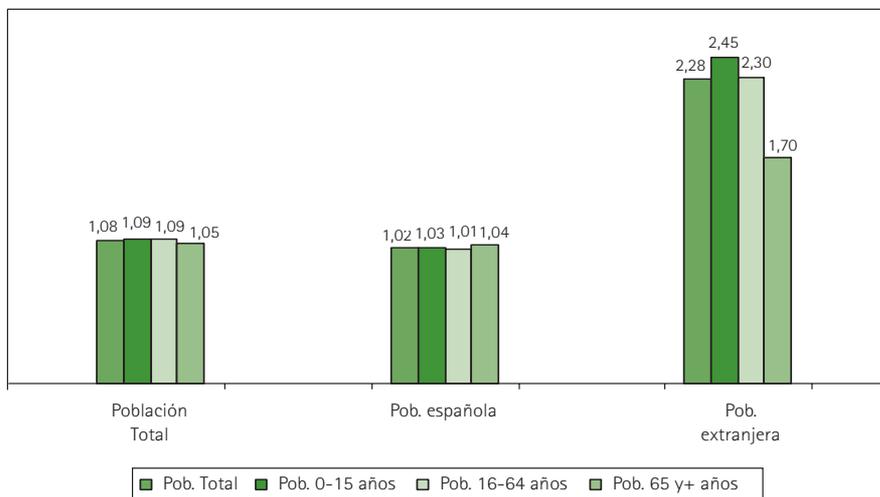
Asimismo y como se pone de manifiesto en la Tabla 2.5. y en el Gráfico 2.10., el índice de crecimiento de la población extranjera en España (2,28) fue más del doble que el índice de crecimiento de la población española (1,02).

Todos los grupos de edad de la población extranjera crecieron a un mayor ritmo que el correspondiente a los grupos de edad de población española. Destaca el aumento de los extranjeros de 0 a 15 años (con un índice de crecimiento de 2,45 frente al 1,03 de los españoles de 0-15 años), consecuencia del fenómeno de reagrupación familiar y la mayor tasa de fecundidad de determinadas nacionalidades

asentadas en nuestro país. El índice de crecimiento de la población en edad activa extranjera fue más del doble que el correspondiente a la población en edad activa española (2,30 frente a 1,01). Incluso la población de 65 y más años extranjera tuvo un índice de crecimiento 0,65 décimas por encima del índice de crecimiento de población mayor española. Este hecho refleja que España sigue siendo un lugar preferente para los jubilados extranjeros.

GRÁFICO 2.10.

Índice de crecimiento de la población en España, según nacionalidad y grupo de edad. 2002-2007



2.1.4. Proyección de la población en España. 2007-2015

Según las *Proyecciones de población a corto plazo* elaboradas por el INE⁵, la población en España aumentará un 12% entre el año 2007 y 2015, lo que significa que habrá 5.370.106 personas más empadronadas en España. Más de la mitad del aumento previsto en la población se traduce en aumento de la población en edad activa (16-64 años); la cuarta parte de dicho incremento será del grupo de población más joven (0-15 años) y el 21% restante se explica por el aumento previsto en la población mayor (65 y más años).

5) Las proyecciones de población a corto plazo que elabora el INE tienen como objetivo proporcionar, anualmente, una previsión actualizada de la población residente en España. Las proyecciones a corto plazo se elaboran aplicando el *método de componentes* y parte de la Estimación de población a 1 de enero del año corriente (en este caso 2007). Estas proyecciones a corto plazo permiten tener en cuenta la evolución más reciente de factores económicos y sociales en los que se desarrolla la evolución de la población. (*Metodología- Proyecciones de población a corto plazo* www.ine.es)

TABLA 2.6.

Proyección de la población en España 2007-2015. Escenario central

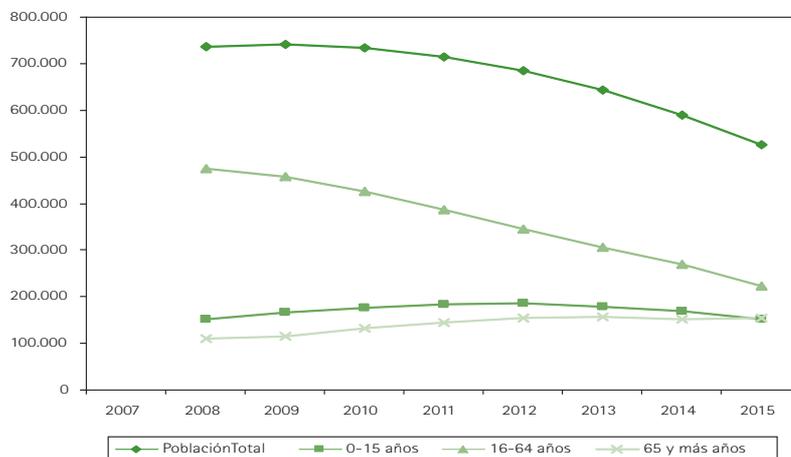
	Población Total	0-15 años	16-64 años	65 y más años
2007	44.474.631	6.896.922	30.170.292	7.407.417
2008	45.212.206	7.049.155	30.644.969	7.518.082
2009	45.952.934	7.215.639	31.103.556	7.633.739
2010	46.685.986	7.392.572	31.528.082	7.765.332
2011	47.400.474	7.576.112	31.914.755	7.909.607
2012	48.085.227	7.761.391	32.260.267	8.063.569
2013	48.728.228	7.941.194	32.565.672	8.221.362
2014	49.318.673	8.110.644	32.833.793	8.374.236
2015	49.844.737	8.261.212	33.055.839	8.527.686
Estructura de la población en España. 2007-2015				
	Población Total	0-15 años	16-64 años	65 y más años
2007	100,0%	15,5%	67,8%	16,7%
2008	100,0%	15,6%	67,8%	16,6%
2009	100,0%	15,7%	67,7%	16,6%
2010	100,0%	15,8%	67,5%	16,6%
2011	100,0%	16,0%	67,3%	16,7%
2012	100,0%	16,1%	67,1%	16,8%
2013	100,0%	16,3%	66,8%	16,9%
2014	100,0%	16,4%	66,6%	17,0%
2015	100,0%	16,6%	66,3%	17,1%
2015-2007(%)	12,1%	19,8%	9,6%	15,1%
2015-2007	5.370.106	1.364.290	2.885.547	1.120.269
	100,0%	25,4%	53,7%	20,9%

Fuente: elaboración propia a partir de *Proyecciones de población a corto plazo*. (www.ine.es).

En el Gráfico 2.11. se refleja el incremento anual de la población total y por grupos de edad en el horizonte temporal del 2015. Como podemos observar en el mismo, se aprecia una desaceleración en el ritmo de crecimiento de la población en España a partir del año 2010, motivada fundamentalmente por el menor ritmo de crecimiento anual de la población de 16 a 64 años (en edad activa) desde el año 2009 y de la población de 0 a 15 años desde el año 2013. Sin embargo en la población mayor (65 y más años) se observa un ritmo de crecimiento anual ascendente, aunque el aumento del número de personas mayores entre 2007 y 2015 sea menor en este grupo de edad que en los otros.

GRÁFICO 2.11.

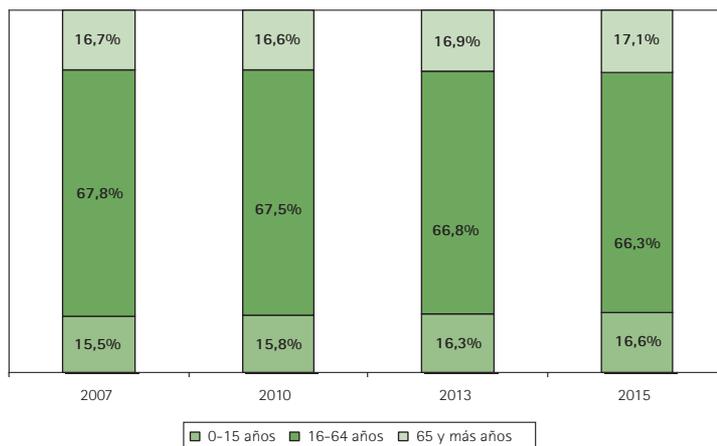
Incremento anual de la población total en España y por grupo de edad. 2007-2015 Escenario central



La evolución prevista en la población incidirá en la estructura por grupo de edad (Tabla 2.6. y Gráfico 2.12.), de forma que para el grupo de 16 a 64 años (en edad activa) se reduce su participación en el conjunto de la población perdiendo 1,52 puntos porcentuales entre 2007 y 2015, a costa fundamentalmente del aumento de la participación de población más joven (0- 15 años) en 1,07 puntos porcentuales y también de la población mayor cuya participación en el conjunto de la población aumentará en 0,45 puntos porcentuales.

GRÁFICO 2.12.

Proyección estructural de la población 2007-2015. Escenario central



Dentro del período de proyección 2007-2015 se observa cómo a partir del año 2010, en el que el ritmo de crecimiento de la población de 16 a 64 años se desacelera (Gráfico 2.11.), se produce el cambio en la estructura de la población que hemos comentado.

2.2. LA POBLACIÓN DEPENDIENTE EN ESPAÑA

2.2.1. La población dependiente en España según la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD-08)*

La población objeto de estudio es la población que se encuentra en situación de dependencia en España. Para determinar cuantitativamente la población objeto de estudio se lleva a cabo una explotación de la nueva *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD-08)*⁶. Esta Encuesta forma parte de las Encuestas sobre Discapacidades (1986, 1999 y 2008) cuyo objetivo es dar respuesta a la demanda de información sobre la discapacidad a las Administraciones Públicas, usuarios y organizaciones no gubernamentales.

La nueva Encuesta EDAD-08, ha sido realizada por el INE en colaboración con el M^o de Educación, Política Social y Deporte (Discapacidad e IMSERSO), Fundación ONCE, Cermi y FEAPS. La finalidad principal de la EDAD-08 es proporcionar una base estadística que informe al Sistema Para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) sobre las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía. La EDAD-08 presenta dos novedades respecto a las anteriores encuestas sobre discapacidad (1986 y 1999). La primera es la incorporación de la discapacidad en población institucionalizada (no residente en Hogares) y la segunda es la adaptación a las condiciones sociales y demográficas actuales y utilización de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la explotación de los siguientes aspectos de la EDAD-08:

- a) Población con discapacidad: Hogares y Centros.
- b) Población de 6 y más años con dificultades para realizar ABVD (Dependientes).
- c) Distribución territorial de la población dependiente.

2.2.1.a. *Población con discapacidad: Hogares y Centros*

Según los datos de la EDAD-08, en España hay más de cuatro millones de personas que presentan alguna discapacidad o limitación, la mayoría (93,5%) residen en sus hogares (3,8 millones) y representan el 8,5% de la población total.

6) www.ine.es (04 de noviembre de 2008).

TABLA 2.7.

Personas con alguna discapacidad o limitación en España. 2008

	Miles	Hogares		
	Total Hogares	0-5 años	6-64 años	65 y más años
Ambos sexos	3.847,9	60,4	1.560,1	2.227,4
Varones	1.547,3	36,4	754,2	756,7
Mujeres	2.300,6	24,0	805,9	1.470,7
	Miles	Centros		
	Total Centros	0-5 años	6-64 años	65 y más años
Ambos sexos	269,4	-----	46,9	222,5
Varones	93,7	-----	29,0	64,7
Mujeres	175,7	-----	17,9	157,8
	Miles	Total Hogares y centros		
	TOTAL	0-5 años	6-64 años	65 y más años
Ambos sexos	4.117,3	60,4	1.607,0	2.449,9
Varones	1.641,0	36,4	783,2	821,4
Mujeres	2.476,3	24,0	823,8	1.628,5

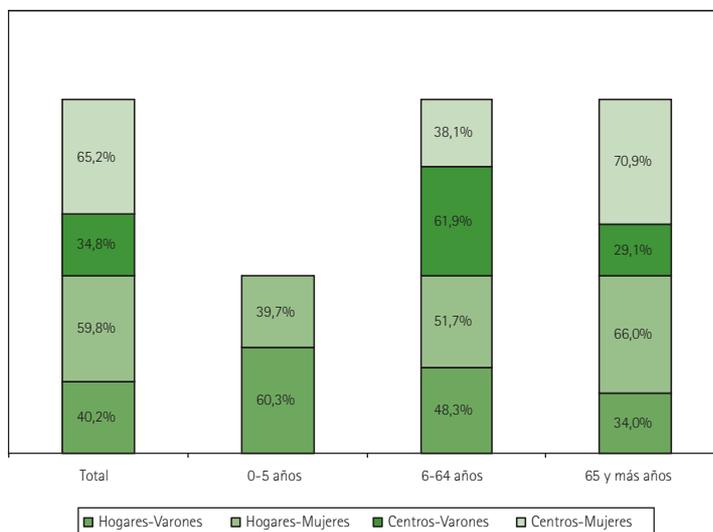
Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

Como puede observarse en la Tabla 2.7. el número de personas con discapacidad es mayor a medida que aumenta la edad, representando el grupo de 65 y más años el 57,8% de los discapacitados que viven en sus hogares y el 82,5% de los que se encuentran institucionalizados (Gráfico 2.13.).

La distribución de la discapacidad según sexo muestra una mayor proporción de mujeres tanto en hogares como en centros representando en los primeros el 59,8% y aumentando hasta el 65,2% el porcentaje de mujeres discapacitadas en centros. Sin embargo, si observamos la distribución por sexo en los distintos grupos de edad, vemos que para los grupos de edad de 0 a 5 años en hogares y de 6 a 64 años en centros los varones discapacitados representan el 61%. En el caso de varones discapacitados entre 6 y 64 años que viven en sus hogares dicho porcentaje baja hasta el 48,3%. Respecto a las edades más avanzadas, 65 y más años, el predominio de mujeres que padecen discapacidad aumenta hasta porcentajes del 66% en hogares y 70,9% en centros.

GRÁFICO 2.13.

Distribución de la discapacidad en hogares y Centros, según grupo de edad. 2008



En definitiva a la vista de los datos podemos decir que la discapacidad es más frecuente en personas mayores y en mujeres.

Las personas de 6 y más años con discapacidad que están institucionalizadas (269.411) representan el 6,6% del total de personas de 6 y más años con discapacidad. Como ya hemos indicado anteriormente la mayoría tiene 65 y más años (222.500) lo que explica el fuerte peso de los centros residenciales para mayores, donde reside el 80,3% de la población de 6 y más años con discapacidad, frente al 13,3% que lo hace en centros para personas con discapacidad y el 6,4% restante en hospitales psiquiátricos y geriátricos. A su vez la distribución en dichos centros según edad muestra un predominio del grupo de 6 a 64 años en los centros para discapacitados y del grupo de 65 y más años en centros residenciales para mayores, donde el 72,7% de los residentes discapacitados tienen 80 y más años (Tabla 2.8.)

TABLA 2.8.

Personas de 6 y más años con discapacidad que residen en Centros, según tipo de centro. Año 2008

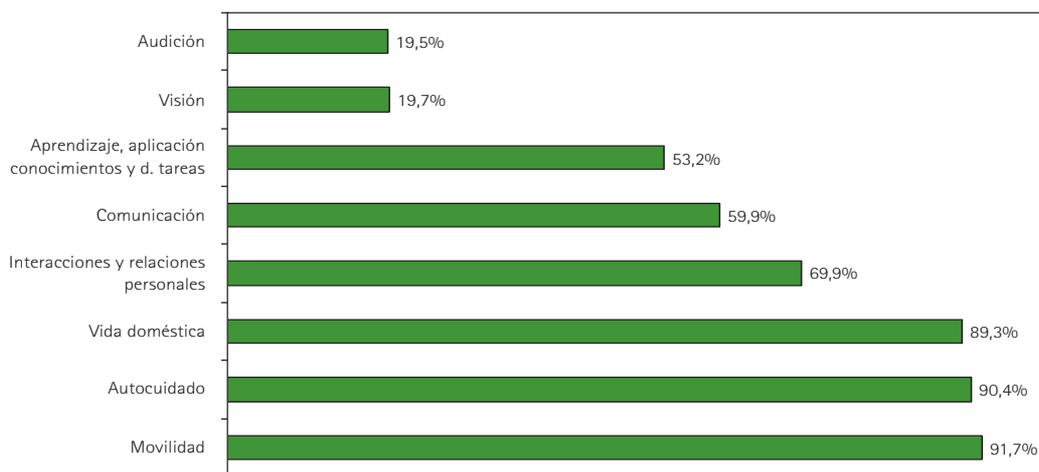
Tipo de Centro. Nº de personas en centros	Total	6-64 años	64-79 años	80 y más años
Centros residenciales para mayores	216.350	8.147,6	50.847,0	157.355,4
Centros para personas con discapacidad	35.957	31.551,1	3.689,3	716,2
Hospitales psiquiátricos y geriátricos	17.105	7.190,2	4.991,3	4.923,4
Total	269.412	46.889	59.528	162.995
Centros residenciales para mayores	80,3%	17,4%	85,4%	96,5%
Centros para personas con discapacidad	13,3%	67,3%	6,2%	0,4%
Hospitales psiquiátricos y geriátricos	6,3%	15,3%	8,4%	3,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Centros residenciales para mayores	100,0%	3,8%	23,5%	72,7%
Centros para personas con discapacidad	100,0%	87,7%	10,3%	2,0%
Hospitales psiquiátricos y geriátricos	100,0%	42,0%	29,2%	28,8%
Total	100,0%	17,4%	22,1%	60,5%

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

Asimismo las personas de 6 y más años con discapacidad que residen en centros se caracterizan por presentar, prácticamente la totalidad, discapacidad en los siguientes grupos: Movilidad, Autocuidado y Vida doméstica afectando al 90% o más de los residentes. Asimismo un 69,9% presenta discapacidad en Interacciones y relaciones personales; el 60% tiene dificultades en la comunicación y más de la mitad en tareas de Aprendizaje y Conocimiento. En los grupos de Audición y Visión tan sólo el 20% presenta discapacidad (Gráfico 2.14.).

GRÁFICO 2.14.

Distribución de personas de 6 y más años discapacitadas que residen en centros, según grupo de discapacidad. 2008



*Una misma persona puede presentar discapacidad en varios grupos.

A modo de resumen y a la vista de los datos analizados, podemos destacar que las personas de 6 y más años que presentan discapacidad y residen en centros (residenciales para mayores; para discapacitados y hospitales psiquiátricos y geriátricos) son en su mayoría personas de 65 y más años, institucionalizadas prácticamente la totalidad (93,6%) en residencias para personas mayores –tan sólo el 4,5% se encuentran ingresados en hospitales y un 1,9% en centros para discapacitados–. Los grupos de discapacidad que presentan de forma mayoritaria son propios de las personas mayores discapacitadas, estando relacionados con problemas de movilidad, autocuidado, vida doméstica y de carácter cognitivo.

Otro aspecto a analizar que contempla la EDAD-08 es **el peso de las ayudas a discapacitados y tipo de ayudas que reciben** (Tabla 2.9. y Gráfico 2.15.). Del total de personas que presentan discapacidad en España (3,8 millones de personas) el 55% reciben cuidados personales (2,1 millones de personas), de las cuales 1,2 millones son mujeres y 377.700 varones. Por grupo de edad se aprecia una concentración en personas discapacitadas comprendidas entre 45 y 64 años (34,3%) y el grupo de edad de 65 y más años que representa el 20% de discapacitados que reciben cuidados personales. Otra de las características es que la mayoría de los cuidadores (61,3%) conviven con la persona discapacitada.

TABLA 2.9.

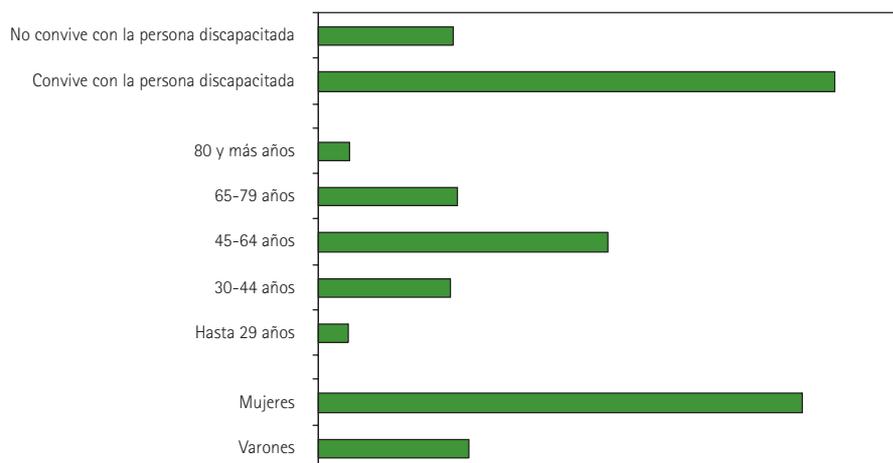
Personas discapacitadas que reciben cuidados personales según sexo, edad y lugar de residencia del cuidador. 2008

	Miles de Personas	%/Total
Total discapacitados que reciben cuidados	2.121,3	100%
Sexo y edad		
Varones	377,7	17,8%
Mujeres	1.218,4	57,4%
No consta	525,2	24,8%
Hasta 29 años	74,6	3,5%
30-44 años	332,1	15,7%
45-64 años	728,3	34,3%
65-79 años	350,9	16,5%
80 y más años	78,4	3,7%
No consta	557,0	26,3%
Lugar de residencia del cuidador		
Convive con la persona discapacitada	1.301,3	61,3%
No convive con la persona discapacitada	340,4	16,0%
No consta	479,6	22,6%

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

GRÁFICO 2.15.

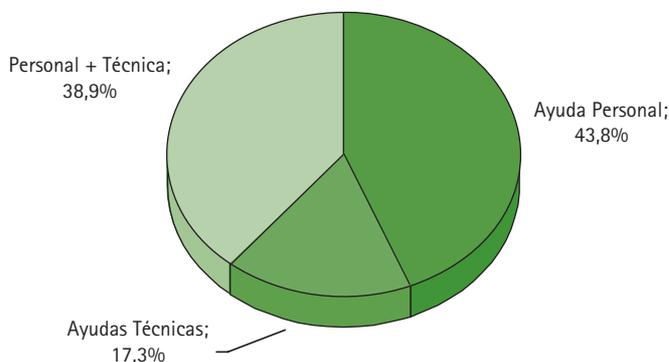
Distribución de las personas discapacitadas que reciben cuidados personales según lugar de residencia, edad y sexo. 2008



En cuanto al tipo de ayuda que reciben las personas con discapacidad, un total de 1,1 millones de discapacitados de 6 y más años reciben ayuda personal; de las ayudas técnicas se benefician 439.400 discapacitados de 6 y más años y 984.900 reciben ambos tipos de ayuda (Tabla 2.10. y Gráfico 2.16.).

GRÁFICO 2.16.

Distribución de las personas discapacitadas de 6 y más años según tipo de ayuda. 2008



La distribución de las ayudas por sexo muestra un mayor número de mujeres respecto a los varones que reciben ayudas, para los tres tipos de ayudas contempladas, si bien en el caso de ayudas técnicas prácticamente la distribución según sexo es al 50%. Por grupo de edad, sin embargo no existe una distribución que siga el mismo patrón para los tres tipos de ayuda, observándose una distribución bastante uniforme en el caso de ayuda personal con un ligero predominio del grupo de 6 a 64 años: en cuanto a las ayudas técnicas se dirigen por igual a discapacitados de 6 a 64 años y de 65 a 79 años, siendo menos los beneficiarios de 80 y más años. Finalmente en la distribución de personas con discapacidad que recibe ambos tipos de ayuda existe un mayor número de los más mayores (80 y más años) respecto a los otros grupos de edad (Tabla 2.10.).

TABLA 2.10.

Personas de 6 y más años según tipo de ayuda que reciben por sexo y edad. 2008

Tipo de ayuda	Ayuda Personal	Ayudas Técnicas	Ayudas Personal+Técnicas
Ambos sexos	1.108,9	439,4	984,9
Varones	383,3	204,8	328,0
Mujeres	725,6	234,6	656,9
6-64 años	464,4	171,1	225,5
65-79 años	326,0	173,3	320,2
80 y más años	318,5	95,0	439,2

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

2.2.1.b. Población de 6 y más años con dificultades para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)⁷: Dependientes

Según la EDAD-08 en España 2,8 millones de personas de 6 y más años⁸ presentan alguna discapacidad para realizar las ABVD, cifra que representa el 74% de las personas de 6 y más años con discapacidad (Tabla 2.11.). Casi un 50% presentan discapacidad total para realizar ABVD, la cuarta parte presenta discapacidad severa y un 19% discapacidad moderada para realizar ABVD (Gráfico 2.17.).

TABLA 2.11.
Personas de 6 y más años con alguna discapacidad para ABVD, según grado de severidad por sexo y edad. 2008

Miles de Personas	Total	D. Moderada	D. Severa	D. Total	No consta
Total					
Ambos sexos	2.803,7	543,6	718,0	1.385,0	157,1
Varones	974,8	207,0	239,7	464,9	63,2
Mujeres	1.828,9	336,6	478,3	920,1	93,9
6-64 años					
Ambos sexos	1.023,3	275,4	303,9	391,0	53,0
Varones	444,1	116,5	116,3	184,6	26,7
Mujeres	579,2	158,9	187,6	206,4	26,3
65 y más años					
Ambos sexos	1.780,4	268,2	414,1	994,0	104,1
Varones	530,7	90,5	123,4	280,3	36,5
Mujeres	1.249,7	177,7	290,7	713,7	67,6
Nº total personas de 6 y más años con discapacidad que viven en hogares					
3.787,5					

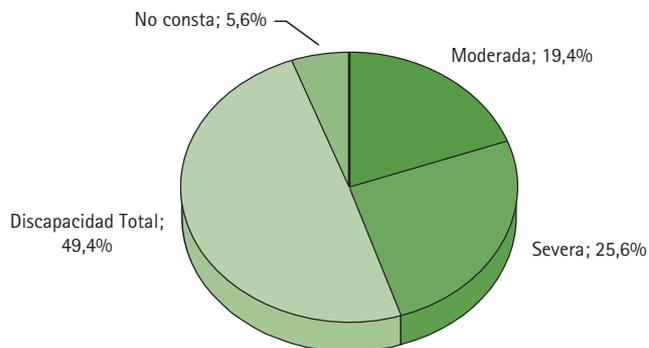
Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

7) La EDAD-08 incluye las siguientes actividades básicas de la vida diaria (ABVD): 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), Realizar tareas sencillas.

8) Las cifras referidas a población con discapacidad para ABVD se refieren a población que reside en sus hogares. No se incluye en el análisis las personas con limitaciones en ABVD institucionalizadas, puesto que no lo contempla la Encuesta.

GRÁFICO 2.17.

Distribución de la discapacidad para ABVD según grado de severidad. 2008

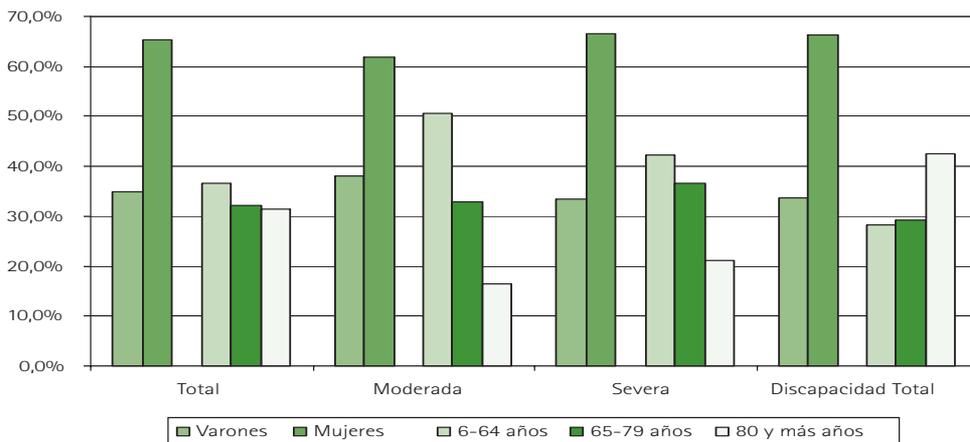


La distribución de la discapacidad para realizar ABVD por sexo muestra una mayor incidencia en las mujeres para todos los grados de severidad. Casi dos terceras partes de los discapacitados de 6 y más años con limitaciones para ABVD son mujeres (Tabla 2.11. y Gráfico 2.18.).

Por grupo de edad, se observa un predominio de discapacitados de 80 y más años en el grado de discapacidad total y para los grados de discapacidad moderada y severa predomina el grupo de 6 a 64 años.

GRÁFICO 2.18.

Distribución de la discapacidad para ABVD según grado de severidad por edad y sexo. 2008



Otro de los aspectos que se aborda es el relativo al número de discapacidades que presentan las personas de 6 y más años con limitaciones en las ABVD. Como podemos observar en el Gráfico

2.19., más de la mitad de los discapacitados para ABVD tiene menos de 6 discapacidades (el 30% entre 1 y 2 y el 27% entre 3 y 5); un 20% tiene entre 6 y 9 discapacidades; el 12,2% entre 10 y 13 y un 10% presenta el máximo número de discapacidades –entre 14 y 18–.

GRÁFICO 2.19.

Distribución de la discapacidad para ABVD según número de discapacidades. 2008

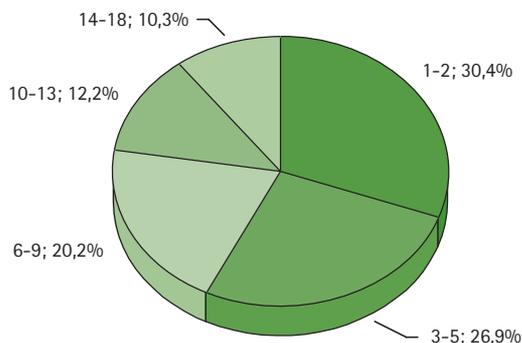


TABLA 2.12.

Personas de 6 y más años con alguna discapacidad para ABVD, según grado de severidad por número de discapacidades y sexo. 2008

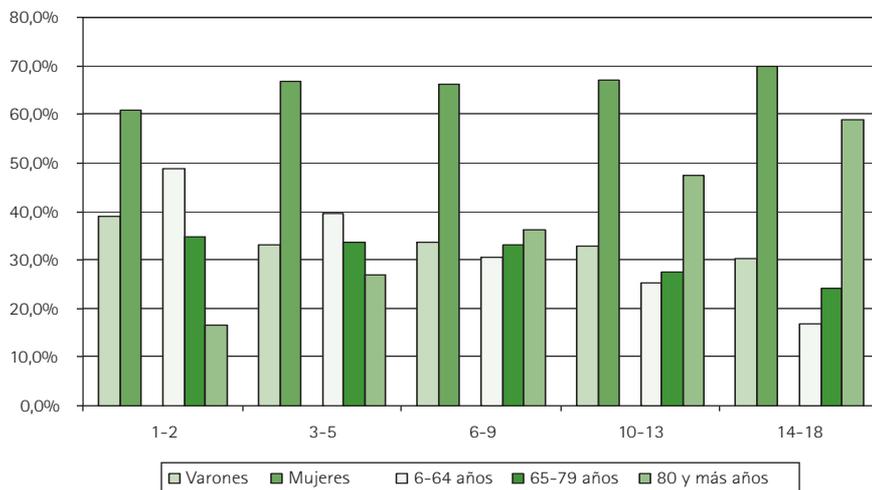
Miles de Personas	Total	D. Moderada	D. Severa	D. Total	No consta
Ambos sexos	2.803,5	543,7	717,8	1.384,9	157,1
1-2	851,7	371,1	274,3	144,4	61,9
3-5	753,3	136,0	264,3	314,4	38,6
6-9	566,7	31,2	130,9	374,8	29,8
10-13	342,2	4,6	37,2	285,0	15,4
14-18	289,6	0,8	11,1	266,3	11,4
Varones	974,8	207,1	239,6	464,9	63,2
1-2	333,1	152,9	103,0	51,5	25,7
3-5	250,3	44,4	81,7	110,5	13,7
6-9	191,2	8,8	41,6	127,6	13,2
10-13	112,8	0,9	10,5	94,3	7,1
14-18	87,4	0,1	2,8	81,0	3,5
Mujeres	1.828,7	336,6	478,2	920,0	93,9
1-2	518,6	218,2	171,3	92,9	36,2
3-5	503,0	91,6	182,6	203,9	24,9
6-9	375,5	22,4	89,3	247,2	16,6
10-13	229,4	3,7	26,7	190,7	8,3
14-18	202,2	0,7	8,3	185,3	7,9

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

El número de discapacidades que presentan las personas con limitaciones para ABVD es mayor en las mujeres y de forma muy significativa en el grupo máximo de discapacidades donde casi el 70% de las mujeres presenta entre 14 y 18 discapacidades frente al 30,2% de varones (Tabla 2.12. y Gráfico 2.20.)

GRÁFICO 2.20.

Distribución de la discapacidad para ABVD según N° de discapacidades por edad y sexo. 2008



Asimismo por grupo de edad, son los discapacitados para ABVD de 80 y más años los que presentan el mayor número de discapacidades. A partir de 6 discapacidades el grupo de más edad es predominante. En los grupos de 1 a 2 discapacidades y de 3 a 5 predominan los discapacitados para ABVD de 6 a 64 años (Gráfico 2.20. y Tabla 2.13.).

TABLA 2.13.

Personas de 6 y más años con alguna discapacidad para ABVD, según grado de severidad por número de discapacidades y edad. 2008

Miles de Personas	Total	D. Moderada	D. Severa	D. Total	No consta
6-64 años	1.023,0	275,2	303,9	390,9	53,0
1-2	416,0	194,8	131,9	64,0	25,3
3-5	297,9	64,7	114,1	106,3	12,8
6-9	173,9	13,2	47,0	104,4	9,3
10-13	86,3	2,1	9,2	71,1	3,9
14-18	48,9	0,4	1,7	45,1	1,7
65-79 años	899,5	179,1	262,8	405,4	52,2
1-2	295,4	126,8	98,5	46,8	23,3
3-5	253,3	41,1	96,5	100,5	15,2
6-9	187,0	9,7	50,3	118,1	8,9
10-13	93,8	1,3	13,4	75,8	3,3
14-18	70,0	0,2	4,1	64,2	1,5
80 y más años	880,7	89,1	151,1	588,5	52,0
1-2	140,3	49,5	43,9	33,5	13,4
3-5	202,2	30,1	53,8	107,6	10,7
6-9	205,8	8,3	33,6	152,4	11,5
10-13	162,0	1,1	14,6	138,1	8,2
14-18	170,4	0,1	5,2	156,9	8,2

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

Uno de los aspectos que permite analizar la EDAD-08 es la incidencia de la ayuda en la discapacidad para realizar ABVD. El 80% de los discapacitados de 6 y más años con limitaciones en las ABVD reciben ayuda o asistencia.

Como podemos observar en la Tabla 2.14. y Gráfico 2.21. la discapacidad en ABVD se reduce en su conjunto y para ambos sexos, grupos de edad y número de discapacidades. La mayor reducción se produce en el número de discapacitados en ABVD con discapacidad total que pasan de 1,4 millones de personas a 696.600 personas cuando reciben ayuda. Asimismo la reducción en el número de discapacitados en ABVD cuando recibe ayuda es mayor en las mujeres que en los varones y más pronunciada en el grupo de 6 a 64 años que en los grupos de más edad. Finalmente, según número de discapacidades, se observa una reducción significativa en aquellos discapacitados en ABVD con 1-2 discapacidades que pasan de representar el 30,3% del total al 22%, sin embargo se mantienen prácticamente los mismos porcentajes para los otros grupos de discapacidades.

GRÁFICO 2.21.

Comparación de discapacidad para ABVD sin ayuda y con ayuda. 2008

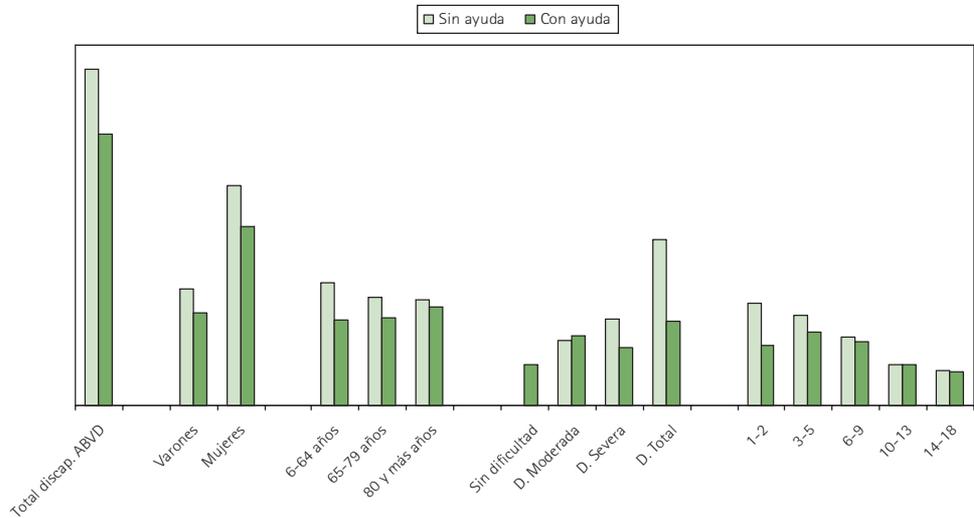


TABLA 2.14.

Personas de 6 y más años con alguna discapacidad para ABVD, sin ayuda y con ayuda, por grado, edad, sexo y nº de discapacidades. 2008

Miles de Personas	Sin ayuda	Con ayuda
Total discapitados para ABVD	2.803,0	2.258,3
Sexo y edad		
Varones	974,8	767,7
Mujeres	1.828,0	1.492,7
6-64 años	1.023,1	714,0
65-79 años	899,5	728,7
80 y más años	880,8	815,6
Grado de severidad		
Sin dificultad	-----	339,0
D. Moderada	543,5	583,9
D. Severa	718,0	477,2
D. Total	1.384,9	696,6
Nº de discapacidades		
1-2	851,7	497,7
3-5	753,4	611,6
6-9	566,8	528,2
10-13	342,2	337,8
14-18	289,4	283

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

2.2.1.c. Distribución territorial de la población dependiente

TABLA 2.15.

Personas de 6 y más años con discapacidad para ABVD según grado de severidad por Comunidad Autónoma. 2008

Ámbito Territorial	Total	D. Moderada	D. Severa	D. Total	No consta
Andalucía	551,9	108,6	154,3	267,3	21,7
Aragón	80,8	18,2	23,9	36,9	1,8
Asturias	78,1	11,6	19,6	40,8	6,1
Baleares	51,5	9,9	9,3	29,3	3,0
Canarias	99,7	22,1	25,3	52,1	0,2
Cantabria	28,0	5,0	6,3	16,6	0,1
Castilla y León	179,0	45,1	46,6	79,0	8,3
Castilla-La Mancha	132,2	24,8	33,4	66,0	8,0
Cataluña	392,9	64,9	110,2	171,6	46,2
C.Valenciana	330,3	64,3	70,7	183,8	11,5
Extremadura	78,7	13,0	22,4	41,4	1,9
Galicia	228,9	29,9	58,8	133,9	6,3
Madrid	294,5	74,4	66,4	120,3	33,4
Murcia	96,1	18,0	24,2	53,9	0,0
Navarra	30,6	5,5	6,5	18,2	0,4
País Vasco	125,7	23,0	34,8	60,1	7,8
La Rioja	14,3	2,6	3,2	8,0	0,5
Ceuta	4,8	0,9	0,6	3,3	0,0
Melilla	5,8	1,8	1,5	2,5	0,0
Total Nacional	2.803,8	543,6	718,0	1.385,0	157,2

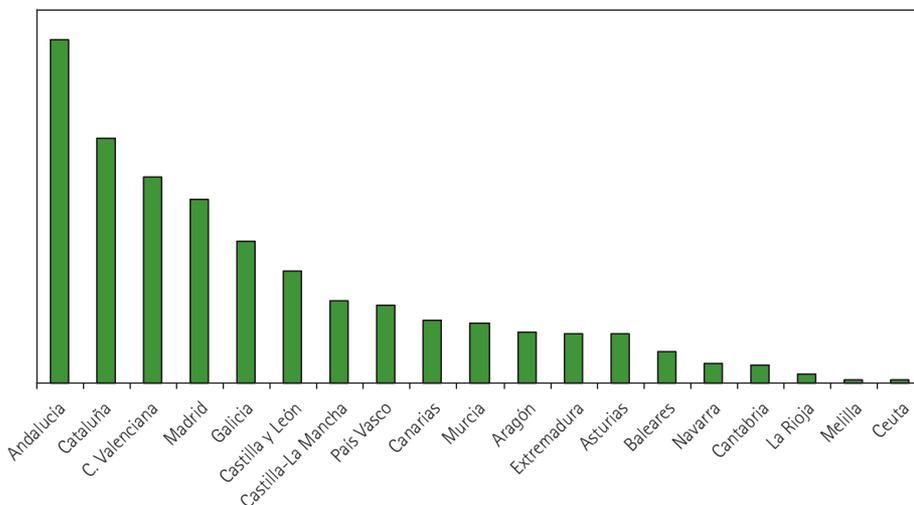
Ámbito Territorial	Total	D. Moderada	D. Severa	D. Total	No consta
Andalucía	19,7%	20,0%	21,5%	19,3%	13,8%
Aragón	2,9%	3,3%	3,3%	2,7%	1,1%
Asturias	2,8%	2,1%	2,7%	2,9%	3,9%
Baleares	1,8%	1,8%	1,3%	2,1%	1,9%
Canarias	3,6%	4,1%	3,5%	3,8%	0,1%
Cantabria	1,0%	0,9%	0,9%	1,2%	0,1%
Castilla y León	6,4%	8,3%	6,5%	5,7%	5,3%
Castilla-La Mancha	4,7%	4,6%	4,7%	4,8%	5,1%
Cataluña	14,0%	11,9%	15,3%	12,4%	29,4%
C.Valenciana	11,8%	11,8%	9,8%	13,3%	7,3%
Extremadura	2,8%	2,4%	3,1%	3,0%	1,2%
Galicia	8,2%	5,5%	8,2%	9,7%	4,0%
Madrid	10,5%	13,7%	9,2%	8,7%	21,2%
Murcia	3,4%	3,3%	3,4%	3,9%	0,0%
Navarra	1,1%	1,0%	0,9%	1,3%	0,3%
País Vasco	4,5%	4,2%	4,8%	4,3%	5,0%
La Rioja	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%	0,3%
Ceuta	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,0%
Melilla	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%
Total Nacional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

En la Tabla 2.15. y Gráfico 2.22. se recoge la distribución territorial de la discapacidad de 6 y más años para la realización de ABVD. Como puede observarse existe una fuerte concentración territorial de la discapacidad para ABVD, puesto que el 70,5% se encuentra en seis comunidades autónomas: Andalucía, Castilla-León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid. Por grado de severidad se observa la misma concentración territorial para los tres grados considerados.

GRÁFICO 2.22.

Personas de 6 y más años con discapacidad para ABVD por Comunidad Autónoma. 2008



En la Tabla 2.16. se recoge la posición relativa de las comunidades autónomas en la distribución de la discapacidad para ABVD según grado de severidad, respecto a la distribución a nivel nacional. Aquellas comunidades en las que la proporción de discapacitados moderados para ABVD se sitúa por encima de la media nacional (19,4%) tienen una proporción de discapacitados severos por debajo de la media nacional (25,6%) como en el caso de Canarias, Madrid, C. Valenciana o de discapacidad total (49,4%) como en el caso de Andalucía, Aragón, Castilla y León, Melilla y Madrid.

Otro aspecto a destacar es la concentración de la discapacidad total para ABVD en Ceuta, Navarra y Cantabria que tan sólo representan un 2,3% del conjunto de discapacitados para ABVD. Asimismo en Galicia el 84,2% de los discapacitados para ABVD son severos (25,7%) o presentan discapacidad total (58,5%) y Madrid se sitúa como la Comunidad con un porcentaje de discapacidad total para ABVD más baja, con un 40,8%, 8,6 puntos por debajo de la media nacional.

TABLA 2.16.

Posición relativa de las Comunidades Autónomas según grado de severidad. 2008

Ámbito Territorial	D. Moderada	Ámbito Territorial	D. Severa	Ámbito Territorial	D. Total
Melilla	31,0%	Aragón	29,6%	Ceuta	68,8%
Madrid	25,3%	Extremadura	28,5%	Navarra	59,5%
Castilla y León	25,2%	Cataluña	28,0%	Cantabria	59,3%
Aragón	22,5%	Andalucía	28,0%	Galicia	58,5%
Canarias	22,2%	Pais Vasco	27,7%	Baleares	56,9%
Andalucía	19,7%	Castilla y León	26,0%	Murcia	56,1%
C. Valenciana	19,5%	Melilla	25,9%	La Rioja	55,9%
Total Nacional	19,4%	Galicia	25,7%	C. Valenciana	55,6%
Baleares	19,2%	Total Nacional	25,6%	Extremadura	52,6%
Castilla-La Mancha	18,8%	Canarias	25,4%	Canarias	52,3%
Ceuta	18,8%	Castilla-La Mancha	25,3%	Asturias	52,2%
Murcia	18,7%	Murcia	25,2%	Castilla-La Mancha	49,9%
Pais Vasco	18,3%	Asturias	25,1%	Total Nacional	49,4%
La Rioja	18,2%	Madrid	22,5%	Andalucía	48,4%
Navarra	18,0%	Cantabria	22,5%	Pais Vasco	47,8%
Cantabria	17,9%	La Rioja	22,4%	Aragón	45,7%
Extremadura	16,5%	C. Valenciana	21,4%	Castilla y León	44,1%
Cataluña	16,5%	Navarra	21,2%	Cataluña	43,7%
Asturias	14,9%	Baleares	18,1%	Melilla	43,1%
Galicia	13,1%	Ceuta	12,5%	Madrid	40,8%

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD-08 (www.ine.es).

2.2.2. Población dependiente valorada por el SAAD⁹. Cobertura y distribución territorial según grado y nivel de dependencia. Año 2008

Para el año 2008, de acuerdo con el calendario de implantación del SAAD, corresponde otorgar las prestaciones de dependencia a aquellas personas que hayan sido valoradas como Grandes dependientes con nivel 2 o nivel 1 (cobertura 2007) y Dependientes severos en el nivel 2.

Los datos disponibles, referentes a noviembre de 2008, indican un total de solicitudes de 641.485 de las cuales el 85% han sido valoradas. Del total de valoraciones (545.884), se han realizado dictámenes en el 94,5% de los casos, resultando un total de beneficiarios con derecho a prestación de 397.414 personas en situación de dependencia correspondientes al Grado III y Grado II-Nivel 2, cifra que representa el 61,9% de las valoraciones y el 77% de los dictámenes (Tabla 2.17.).

9) SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

TABLA 2.17.

Datos globales del SAAD. Población dependiente Noviembre 2008

Ámbito Territorial	Solicitudes	Valoraciones	Dictámenes	Beneficiarios*
Andalucía	206.344	167.633	153.222	109.208
Aragón	25.430	22.149	22.556	16.561
Asturias	22.418	18.644	14.544	11.458
Baleares	15.125	10.907	8.020	5.782
Canarias	18.185	12.869	8.431	6.636
Cantabria	12.008	11.668	11.685	7.592
Castilla y León	30.195	30.067	30.067	22.665
Castilla-La Mancha	40.610	34.610	30.532	22.444
Cataluña	80.108	77.440	77.519	62.622
C. Valenciana	34.145	28.951	28.951	25.417
Extremadura	22.736	16.673	13.057	8.999
Galicia	48.455	37.381	38.614	30.026
Madrid	21.093	21.080	21.080	18.868
Murcia	16.147	16.146	16.146	16.146
Navarra	17.426	10.042	11.299	5.462
País Vasco	21.641	21.631	21.631	21.631
La Rioja	7.245	6.082	6.291	4.811
Ceuta y Melilla	2.174	1.911	2.027	1.086
TOTAL	641.485	545.884	515.672	397.414

Fuente: (www.saad.mtas.es) IMSERSO Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

*Beneficiarios según cobertura 2008: GIII(N2+N1)+GII(N2)

Respecto de la distribución de los dictámenes según grado y nivel de dependencia, prácticamente la totalidad, un 96,3% han sido valorados como dependientes (496.836) y en su mayoría (64,4%) grandes dependientes (332.091). El 36,3% de los dictámenes corresponden a grandes dependientes de Nivel 2 (187.154). Los dependientes severos (113.009) representan el 21,9% de los dictámenes y los moderados el 10% (51.736) –Tabla 2.18.–.

TABLA 2.18.

Distribución de dictámenes según grado y nivel de dependencia. Noviembre 2008

Ámbito Territorial	Dictámenes		Grado III			Grado II			Grado I			Total Grados	Sin Grado
			GIII-N2	GIII-N1	GIII-N1	GII-N2	GII-N1	GII-N1	GI-N2	GI-N1	GI-N1		
Andalucía	153.222	91.002	54.581	36.421	36.421	18.206	18.480	18.480	8.511	9.567	9.567	145.766	7.456
Aragón	22.556	14.265	7.537	6.728	6.728	2.296	2.336	2.336	1.226	1.330	1.330	21.453	1.103
Asturias	14.544	9.947	5.927	4.020	4.020	1.511	1.015	1.015	639	802	802	13.914	630
Baleares	8.020	4.784	2.335	2.449	2.449	1.862	998	864	989	527	462	7.635	385
Canarias	8.431	5.759	3.847	1.912	1.912	1.427	877	550	785	499	286	7.971	460
Cantabria	11.685	6.178	3.691	2.487	2.487	2.676	1.414	1.262	1.720	859	861	10.574	1.111
Castilla y León	30.067	19.159	11.130	8.029	8.029	6.351	3.506	2.845	3.493	1.943	1.550	29.003	1.064
Castilla-La Mancha	30.532	18.974	9.718	9.256	9.256	6.712	3.470	3.242	3.609	1.646	1.963	29.295	1.237
Cataluña	77.519	54.322	28.556	25.766	25.766	15.271	8.300	6.971	6.227	3.005	3.222	75.820	1.699
C. Valenciana	28.951	21.842	11.494	10.348	10.348	4.870	3.575	1.295	1.430	641	789	28.142	809
Extremadura	13.057	7.645	4.208	3.437	3.437	2.673	1.354	1.319	1.732	811	921	12.050	1.007
Galicia	38.614	25.386	14.874	10.512	10.512	8.047	4.640	3.407	3.788	1.785	2.003	37.221	1.393
Madrid	21.080	12.587	7.766	4.821	4.821	7.066	6.281	785	1.427	1.051	376	21.080	0
Murcia	16.146	13.295	7.601	5.694	5.694	2.851	2.851	0	0	0	0	16.146	0
Navarra	11.299	4.034	2.179	1.855	1.855	3.875	1.428	2.447	3.390	1.407	1.983	11.299	0
País Vasco	21.631	18.007	8.690	9.317	9.317	3.624	3.624	0	0	0	0	21.631	0
La Rioja	6.291	4.079	2.629	1.450	1.450	1.332	732	600	621	308	313	6.032	259
Ceuta y Melilla	2.027	826	391	435	435	528	260	268	450	205	245	1.804	223
TOTAL	515.672	332.091	187.154	144.937	144.937	113.009	65.323	47.686	51.736	25.063	26.673	496.836	18.836
%/TOTAL	100%	64,4%	36,3%	28,1%	28,1%	21,9%	12,7%	9,2%	10,0%	4,9%	5,2%	96,3%	3,7%
%/Total Grados		66,8%				22,7%			10,4%			100,0%	

Fuente: (www.saad.mtas.es) IMSERSO Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

Del total de beneficiarios, el 47% se encuentran en la situación más extrema de dependencia (gran dependiente, nivel 2) es decir, necesitan ayuda permanente de otra persona para realizar las AVD y tienen una puntuación entre 90-100 según el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Más de la tercera parte (36,5%) son grandes dependientes de nivel 1, cuya puntuación en el BVD oscila entre 75 y 89 puntos. El 16% restante son dependientes severos de nivel 2, es decir se trata de personas que, aunque requieren asistencia para la realización de las AVD, no necesitan apoyo permanente del cuidador ni apoyo extenso para la autonomía personal, siendo su puntuación en el BVD de 65 a 74 puntos (Gráfico 2.23. y Tabla 2.19.).

GRÁFICO 2.23.

Distribución de beneficiarios del SAAD según grado y nivel de dependencia. Noviembre 2008

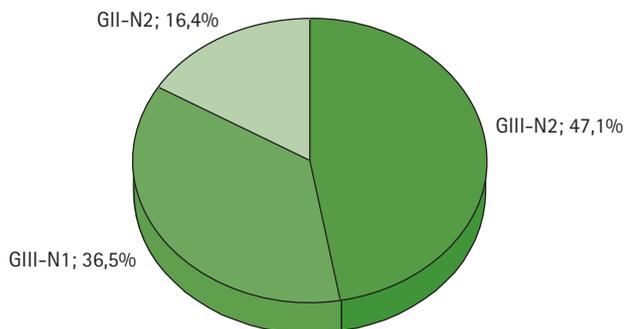


TABLA 2.19.

Distribución de beneficiarios según grado y nivel de dependencia. Noviembre 2008

	Beneficiarios*	GIII-N2	GIII-N1	GII-N2
Ámbito Territorial				
Andalucía	109.208	54.581	36.421	18.206
Aragón	16.561	7.537	6.728	2.296
Asturias	11.458	5.927	4.020	1.511
Baleares	5.782	2.335	2.449	998
Canarias	6.636	3.847	1.912	877
Cantabria	7.592	3.691	2.487	1.414
Castilla y León	22.665	11.130	8.029	3.506
Castilla-La Mancha	22.444	9.718	9.256	3.470
Cataluña	62.622	28.556	25.766	8.300
C. Valenciana	25.417	11.494	10.348	3.575
Extremadura	8.999	4.208	3.437	1.354
Galicia	30.026	14.874	10.512	4.640
Madrid	18.868	7.766	4.821	6.281
Murcia	16.146	7.601	5.694	2.851
Navarra	5.462	2.179	1.855	1.428
País Vasco	21.631	8.690	9.317	3.624
La Rioja	4.811	2.629	1.450	732
Ceuta y Melilla	1.086	391	435	260
TOTAL	397.414	187.154	144.937	65.323
	100,0%	47,1%	36,5%	16,4%

Fuente: (www.saad.mtas.es) IMSERSO Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

*Beneficiarios según cobertura 2008: GIII(N2+N1)+GII(N2)

2.2.3. Proyecciones de población dependiente en España en el horizonte del año 2020

Las proyecciones de población dependiente en España que hemos considerado son las elaboradas en el *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*¹⁰. Respecto a las mismas debemos puntualizar las siguientes premisas:

- Las proyecciones parten de la hipótesis de reducción paulatina de la prevalencia de las situaciones de dependencia, motivada por el mayor desarrollo de hábitos saludables y actuaciones preventivas que deriven en una mayor esperanza de vida libre de discapacidad/dependencia.

10) IMSERSO (2004).

- Las proyecciones fueron elaboradas en el año 2004, anterior a la aprobación de la Ley de Dependencia (Ley 39/2006) y en este sentido no se contemplan los dependientes menores de seis años al tomar como base la EDDDES 1999. En la medida que la Ley incluye toda la población que sea valorada como dependiente, sin excluir ningún grupo de edad, el campo de aplicación definido en las proyecciones está subestimado.
- Las proyecciones parten del año 2005.

TABLA 2.20.

Proyección de población dependiente protegible, según grado y grupo de edad y población discapacitada. España 2005–2020

	Dependencia Protegible				Discapacidad
	Total Dependientes	Grado III Gran Dependencia	Grado II Dep. Severa	Grado I Dep. Moderada	
2005	1.125.191	194.508	370.603	560.080	1.657.400
2010	1.246.429	223.457	420.336	602.636	1.771.540
2015	1.373.248	252.345	472.461	648.442	1.891.951
2020	1.496.226	277.884	521.065	697.277	2.008.336

	Dependencia Protegible			
	Total Dependientes	6 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años
2005	1.125.190	298.639	373.424	453.127
2010	1.246.428	314.660	372.335	559.433
2015	1.373.248	326.838	371.893	674.517
2020	1.496.227	339.623	406.162	750.442

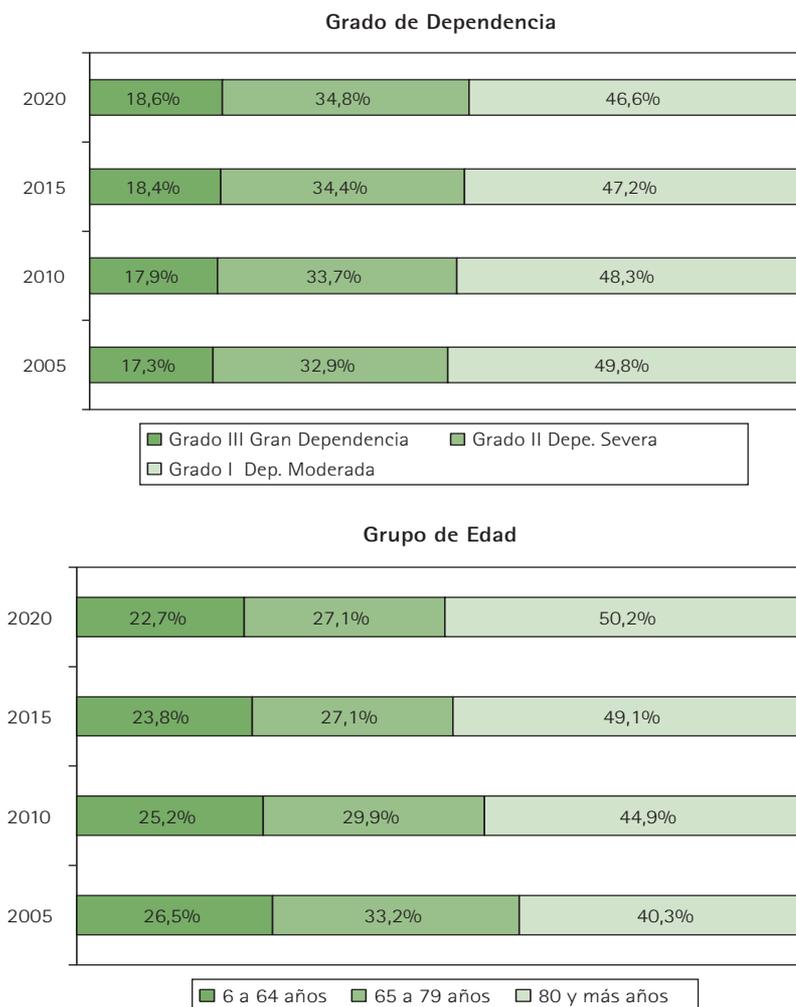
Fuente: (IMSERSO) *Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia en España*- Cap. I.

Según las proyecciones reflejadas en la Tabla 2.20., en el año 2005 la población en situación de dependencia protegible en España era de 1.125.191, un 2,7% de la población de 6 y más años. En el año 2020 se estima una población dependiente con derecho a protección por el SAAD de 1.496.226, lo que significa que cada año la población dependiente protegible aumentará en casi 25.000 personas más. Por su parte la población con discapacidad moderada para ABV o discapacidad para AIV, no protegible como población dependiente a través del SAAD, representa el 3,9% de la población de 6 y más años en 2005 con 1.657.400 personas estimadas. Según las proyecciones se estima un aumento de más de 23.000 personas cada año hasta el 2020, con discapacidad no protegible por el SAAD.

La distribución de población dependiente protegible, según grado y grupo de edad, pone de manifiesto un mayor peso de la dependencia moderada y de la dependencia en los más mayores (80 y más años). Como media del período 2005–2020, las personas en situación de dependencia moderada representan el 48% de la población dependiente total y los mayores de 80 años dependientes suponen el 46% del total de persona en situación de dependencia (Gráfico 2.24.).

GRÁFICO 2.24.

Estructura de la población dependiente protegible, según grado de dependencia y grupo de edad. España 2005-2020



Las proyecciones en el horizonte temporal del 2020 mantienen la estructura comentada, sin embargo se prevé un aumento del peso de la gran dependencia y dependencia severa, en 1,3 y 1,9 puntos porcentuales respectivamente, a costa de una pérdida de peso de la dependencia moderada de 3,2 puntos porcentuales. Asimismo se estima un importante aumento del peso específico de los dependientes de 80 y más años, en 9,9 puntos porcentuales, pasando de representar el 40,3% de la población dependiente protegible en 2005 a representar más de la mitad (50,2%) de la misma en 2020. Este crecimiento del peso de los dependientes más mayores se verá contrarrestado por la pérdida de peso de los dependientes

de 6 a 64 años, en 3,8 puntos porcentuales pero sobretodo de los dependientes de 65 a 79 años que pasarán de representar el 33,2% de la población dependiente protegible en 2005 a representar el 27,1% en 2020, con una pérdida de 6,1 puntos porcentuales (Gráfico 2.24).

En la Tabla 2.21. se recoge la evolución prevista de la población dependiente, en términos de índices de evolución. Entre el año 2005 y 2020 el número de personas dependientes protegibles por el SAAD aumentará un 33% (índice: 133). Este crecimiento se producirá con mayor incidencia en los primeros años de implantación del SAAD, entre 2005 y 2010 se estima un aumento de la población dependiente del 11% (índice: 111), entre 2015 y 2010 aumentará un 10% y al final del período 2020-2015 el aumento previsto será del 9%.

TABLA 2.21.
Proyección de población dependiente protegible, según grado y grupo de edad.
Índices de evolución. España 2005-2020

	Dependencia Protegible			
	Total Dependientes	Grado III Gran Dependencia	Grado II Dep. Severa	Grado I Dep. Moderada
2020-2005	133	143	141	124
2010-2005	111	115	113	108
2015-2010	110	113	112	108
2020-2015	109	110	110	108

	Total Dependientes	6 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años
	2020-2005	133	114	109
2010-2005	111	105	100	123
2015-2010	110	104	100	121
2020-2015	109	104	109	111

Fuente: elaboración propia a partir de *Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia en España*- Cap. I. (IMSERSO).

Por grado de dependencia, las proyecciones nos indican un mayor crecimiento de la población en situación de gran dependencia respecto a los dependientes severos y moderados. El número de personas con gran dependencia aumentará un 43% (índice 143) entre 2005 y 2020, siendo del 15% durante los primeros cinco años (2010-2005), del 13% entre 2015 y 2010 y del 10% entre 2015 y 2020. Los dependientes severos aumentarán un 2% menos que los grandes dependientes (41%), sin embargo a lo largo del período esta diferencia se reduce de forma que en los últimos cinco años (2015-2020) los grandes dependientes y los dependientes severos aumentarán en la misma proporción, un 10%

(índice 110). Los dependientes moderados aumentarán un 24% entre 2005 y 2020, casi la mitad que el crecimiento previsto en los grandes dependientes, estimándose un crecimiento del 8% en cada uno de subperíodos considerados (Tabla 2.21.).

En cuanto a la proyección de población dependiente protegible, según grupo de edad, como puede observarse en la Tabla 2.21., son los dependientes más mayores (80 y más años) para los que se estima un mayor crecimiento (66%) que duplica el aumento previsto en el conjunto de la población de dependientes protegible (33%). Asimismo se prevé que el mayor crecimiento de dependientes de 80 y más años se produzca entre 2005 y 2010 (23%) y 2010 y 2015 (21%). Los dependientes de 0 a 64 años aumentarán un 14%, aproximadamente un 4% en cada subperíodo y los dependientes comprendidos entre 65 y 79 años no aumentarán entre 2005 y 2015 y al final del período (2015-2020) aumentarán en un 9%.

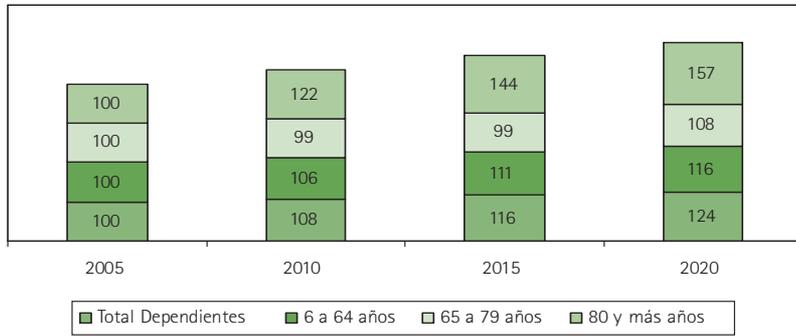
Como podemos observar en los siguientes gráficos¹¹, en los que se ha calculado el índice de evolución base 2005, de la población dependientes por grado y grupo de edad, el crecimiento estimado en la población dependiente protegible en el horizonte del 2020 se explica fundamentalmente por el aumento en el número de personas de 80 y más años en situación de dependencia severa (71%) y gran dependencia (68%) –Gráfico 2.25.–.

11) Los gráficos se ha elaborado a partir de la información contenido en la Tabla 2.22.

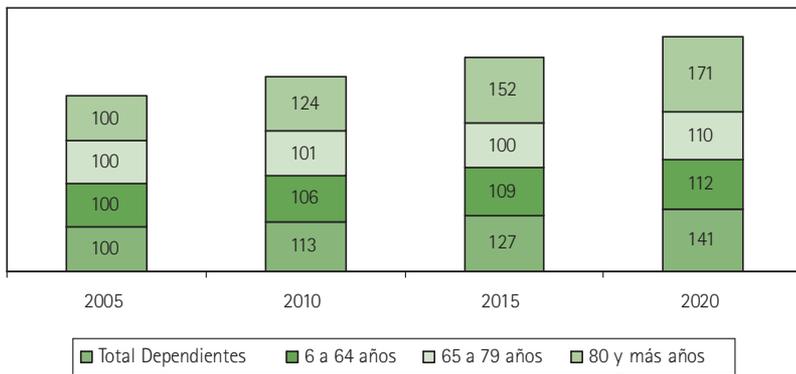
GRÁFICO 2.25.

Proyección de la población dependiente protegible, según grado de dependencia y grupo de edad. Índice de evolución -Base 2005. España 2005-2020

Grado I. D. Moderada



Grado II. D. Severa



Grado III. Gran Dependencia



TABLA 2.22.

Proyección de la población dependiente protegible por grado de dependencia y población discapacitada por grupo de edad. España 2005-2020

AÑO 2005					
Edad (años)	Dependencia Protegible				Discapacidad
	Total Dependientes	Grado III Gran Dependencia	Grado II Dep. Severa	Grado I Dep. Moderada	
6 a 64	298.639	31.174	78.498	188.967	595.996
65 a 79	373.424	47.300	110.090	216.034	610.641
80 y más	453.127	116.034	182.015	155.078	450.763
Total	1.125.190	194.508	370.603	560.079	1.657.400

AÑO 2010					
Edad (años)	Dependencia Protegible				Discapacidad
	Total Dependientes	Grado III Gran Dependencia	Grado II Dep. Severa	Grado I Dep. Moderada	
6 a 64	314.660	31.652	82.956	200.052	623.310
65 a 79	372.335	47.655	110.841	213.839	605.083
80 y más	559.433	144.149	226.539	188.745	543.147
Total	1.246.428	223.456	420.336	602.636	1.771.540

AÑO 2015					
Edad (años)	Dependencia Protegible				Discapacidad
	Total Dependientes	Grado III Gran Dependencia	Grado II Dep. Severa	Grado I Dep. Moderada	
6 a 64	326.838	31.594	85.555	209.689	648.581
65 a 79	371.893	46.586	110.470	214.837	608.275
80 y más	674.517	174.165	276.436	223.916	635.095
Total	1.373.248	252.345	472.461	648.442	1.891.951

AÑO 2020					
Edad (años)	Dependencia Protegible				Discapacidad
	Total Dependientes	Grado III Gran Dependencia	Grado II Dep. Severa	Grado I Dep. Moderada	
6 a 64	339.623	31.473	88.208	219.942	676.020
65 a 79	406.162	51.256	120.885	234.021	661.657
80 y más	750.442	195.156	311.971	243.315	670.659
Total	1.496.227	277.885	521.064	697.278	2.008.336

Capítulo 3. Las principales aportaciones económicas de las personas dependientes y sus familias

3. LAS PRINCIPALES APORTACIONES ECONÓMICAS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS

La atención a personas en situación de dependencia se realiza en el ámbito familiar o en instituciones residenciales. Para la promoción de la autonomía personal y prevención de una mayor dependencia resulta necesario disponer de determinadas ayudas técnicas o realizar adaptaciones en el hogar cuando residen en su propio domicilio. El objetivo de este capítulo es estimar la aportación económica que representa la persona dependiente en tanto que demanda y consume una serie de cuidados. Cuando el cuidado reside en el ámbito familiar, la aportación económica consiste en valorar económicamente (monetizar) el tiempo de dedicación del cuidador; cuando el cuidado se realiza en una institución o se traduce en la necesidad de ayudas técnicas y adaptaciones en vivienda, la aportación económica se identifica con el gasto que se genera en el consumo de la ayuda correspondiente.

La importancia de esta dimensión de la dependencia, para el dependiente y su familia, se pone claramente de manifiesto en el informe sociológico de este estudio. El trabajo de campo realizado en el mismo pone claramente de manifiesto que las personas dependientes se perciben como una carga económica negativa para la propia familia como consecuencia de los gastos especiales que se derivan de su atención, tanto cuando describen su situación actual como al relatar sus expectativas de futuro, puesto que la incertidumbre económica se presenta como una de sus mayores preocupaciones.

3.1. APORTACIÓN ECONÓMICA DEL APOYO FAMILIAR

El cuidado en el entorno familiar a personas en situación de dependencia puede ser prestado por cuidadores profesional a través del Servicio de Ayuda a Domicilio o por cuidadores no profesionales que a su vez pueden ser los propios familiares o cuidadores contratados no profesionales. En este epígrafe se estima la aportación económica del cuidado no profesional (familiar o contratada). Para ello se tiene en cuenta el importe de las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar que contempla la Ley de Dependencia y se estima el número de cuidadores no profesionales (familiares y contratados).

3.1.1. El cuidador en el entorno familiar: intensidad, frecuencia y valoración económica

La valoración económica del cuidado no profesional en el entorno familiar se ha estimado para los dos posibles supuestos:

- a) Cuando el cuidado lo realiza un familiar.
- b) Cuando el cuidado lo realiza un cuidador contratado no profesional (servicio doméstico) a cargo de la familia o persona dependiente.

La **metodología** utilizada para estimar la valoración económica del cuidado en el entorno familiar se basa en aplicar un coste de sustitución al número de horas dedicadas al cuidado de la persona dependiente por

el total de cuidadores estimados¹. El coste de sustitución representa la remuneración que se paga cuando la actividad del cuidado a domicilio de personas dependientes la realiza un cuidador profesional.

Por lo tanto la estimación de la valoración económica se basa en la estimación de cuatro variables: número de cuidadores no profesionales; intensidad, frecuencia de dedicación y coste de sustitución.

1. **Número de cuidadores no profesionales.** Para la estimación de este parámetro se han utilizado cuatro fuentes en las que se facilita información sobre determinados aspectos de la ayuda personal a personas discapacitadas o personas adultas.

La referencia más actual es la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008* (EDAD-08) que nos informa sobre el número de personas discapacitadas que reciben cuidados personales y el número de personas de 6 y más años discapacitadas que reciben ayuda según el tipo de ayuda (asistencia personal, ayudas técnicas o ambas). Esta encuesta, en tanto que los resultados disponibles son un avance, no nos informa sobre la relación entre el cuidador y la persona discapacitada que recibe ayuda.

La segunda fuente es la *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999* (EDDES-99) que nos informa sobre el número de personas de 6 y más años con alguna discapacidad que recibe ayuda de asistencia personal². Para esta encuesta, algo desfasada en el tiempo, sí existe información sobre la relación del cuidador con la persona discapacitada a la que ayuda a efectos de estimar el número de cuidadores familiares.

La tercera fuente utilizada es la *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003* (EET), elaborada por el INE, que nos informa sobre el porcentaje de personas que ayudan a adultos miembros del hogar, resultando un porcentaje del 3,5%, muy similar al que se obtiene de la EDDES-99³ (3,4%).

Finalmente la cuarta fuente es la *información estadística del SAAD*, elaborada por el IMSERSO, que nos informa sobre el número de prestaciones económicas para cuidados familiares concedidas a noviembre de 2008 (91.243).

La estimación del número de cuidadores no profesionales se realiza a partir de la información sobre personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal según la relación que facilita la EDDES-99, extrapolando los resultados a los datos de la EDAD-08 y restando el número de cuidadores familiares remunerados por el SAAD.

1) Este método es habitualmente utilizado por el Instituto Nacional de Estadística (ver *Valoración económica del servicio doméstico en 2003; Las atenciones recibidas por los niños; Una cuenta satélite de los hogares en España*).

2) La valoración económica se ha estimado para el conjunto de personas con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal, por lo tanto abarca un ámbito mayor que el de población dependiente protegible por el SAAD. Asimismo en la valoración económica estimada no se han considerado los menores de seis años dependientes ya que no se incluyen en el ámbito de estudio de la EDDES-99 y sin embargo, sí están incluidos en el SAAD. La existencia de información sobre beneficiarios del SAAD es todavía muy limitada para poder utilizarla como base de la valoración económica.

3) Si bien en la EET se limita sólo a personas adultas, mientras que la EDDES considera un ámbito mayor (6 y más años) y la EET nos informa sobre cuidadores mientras que la EDDES-99 nos informa sobre discapacitados cuidados.

En el caso de los cuidadores familiares se toma como base el número de personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal por sus familiares (cónyuge, hijo/a, hermano/a, padre o madre u otros parientes) según la EDDES-99: 1.279.392 personas, cifra que representa el 76,59% del total de personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal (1.670.450). Este porcentaje lo extrapolamos al número de personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal según la EDAD-08: 2.093.800⁴, resultando 1.603.641 personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal por sus familiares en 2008. Para calcular el valor económico de los familiares cuidadores no remunerados, restamos el número de prestaciones económicas para cuidados familiares concedidas por el SAAD en 2008: 91.243⁵ resultando un **número de cuidadores familiares estimado de 1.512.398 en 2008**.

En el caso de los cuidadores no profesionales contratados para el cuidado de la persona discapacitada en su domicilio, tomamos como indicador el número de personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal de *empleados* según la EDDES-99: 112.693, cifra que representa el 6,75% del total de personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal (1.670.450). Para calcular el número de cuidadores no profesionales contratados en 2008 extrapolamos dicho porcentaje al número de personas de 6 y más años con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal según la EDAD-08: 2.093.800 resultando **141.332 cuidadores no profesionales contratados**.

El número total de **cuidadores en el entorno familiar (familiares y contratados no profesionales)** se estima en **1.653.730 para el año 2008**, cifra que representa el 58,9% de la población discapacitada de 6 y más años en hogares según la EDAD (2.803.500).

2. **Intensidad: número medio de horas dedicadas al cuidado de dependientes en el entorno familiar.** Se trata en este punto de calcular el número total de horas trabajadas por el total de cuidadores estimados, en cómputo anual. Para ello necesitamos saber la intensidad media, entendida como número medio de horas de cuidado al dependiente (diario o semanal) y frecuencia media de cuidado (número de días al año o número de semana anuales). Una vez que tenemos la intensidad de cuidado en cómputo anual (resultado de multiplicar intensidad por frecuencia media) se multiplica por el número de cuidadores estimados, obteniendo así el número total de horas de cuidados de todos los cuidadores.

En el caso de los **cuidadores familiares**, a partir de la información contenida sobre este aspecto en la EDDES-99⁶ y en la Encuesta sobre *Apoyo informal a las personas mayores* (IMSERSO-2004), hemos considerado una **intensidad media de 10,6 horas/día** de cuidado por cuidador familiar⁷.

4) Este dato es el resultado de sumar el número de personas de 6 y más años discapacitadas que recibe ayuda personal (1.108,9 miles) más las que reciben ayuda personal y ayudas técnicas (984,9 miles), según EDAD-08.

5) Fuente: IMSERSO, datos a noviembre de 2008 (www.saad.mtas.es).

6) La EDAD-08 no facilita, de momento, información sobre este aspecto.

7) También se ha tenido en cuenta la intensidad diaria de la EET 2002-2003 para personas que ayudan a adultos miembros del hogar (9,24 horas semanales) y la intensidad establecida para el Servicio de Ayuda a Domicilio en el SAAD

3. Respecto a la **frecuencia**, es decir días a la semana de cuidado, la referida encuesta del IMSERSO (2004) indica que el 84,6% de los cuidadores realizan dicha actividad todos los días; por otra parte la EET 2002-2003 nos indica que las personas que ayudan a otros familiares miembros del hogar lo hacen de lunes a domingo, siendo mayor la intensidad de lunes a jueves que de viernes a domingo.

A la vista de estos resultados consideramos que los cuidadores familiares realizan su actividad de ayuda con una **frecuencia de 323,75 días al año**. Este dato es el resultado de aplicar a los 365 días/año que cuidan el 84,6% de cuidadores, un coeficiente corrector de 0,887, puesto que no todos los cuidadores cuidan todos los días del año. Las horas dedicadas al cuidado familiar por cuidador, bajo los supuestos establecidos, es de 3.237,5 horas anuales y el cómputo anual, para 2008, del **total de horas dedicadas** al cuidado de familiares dependientes por el total de cuidadores familiares (1.512.398) es de **5.190,3 millones de horas en el año 2008** (Tabla 3.1.).

Respecto al **cuidador no profesional contratado** tomamos como fuente principal de información algunos resultados que aporta el estudio sobre *Valoración económica del servicio doméstico* (www.ine.es) realizado a partir de la EET 2002-2003. La **intensidad** se establece en una media de 10 horas semanales (2 horas/día) que se traducen en cómputo anual en 437 horas/año por cuidador. El **total de horas de cuidado dedicadas** por los cuidadores no profesionales contratados (141.332) asciende a **61,76 millones de horas en 2008** (Tabla 3.2.).

El **total de horas anuales dedicadas** al cuidado de personas dependientes en el entorno familiar por cuidadores no profesionales (familiares y contratados) se estima en **5.252,1 millones de horas** en 2008.

4. **Coste de sustitución.** Para cuantificar en términos monetarios el valor de la dedicación de los cuidadores no profesionales (familiares y contratados) es necesario aplicar el coste laboral asociado a dicha actividad si se realizase de forma remunerada.

En el caso de los **cuidadores familiares** se contemplan tres escenarios de valoración económica en función del coste de sustitución considerado: el salario mínimo interprofesional vigente por hora efectivamente trabajada del Régimen Especial de Empleados del Hogar (4,7 €/hora); el salario mínimo interprofesional anual vigente (8.400 €/año) y la prestación media económica para cuidados en el entorno familiar establecidas en el SAAD para 2008 (7.947,8 €/año)⁸.

Para los **cuidadores no profesionales contratados** también se contemplan tres escenarios según se considere el SMI vigente por hora efectivamente trabajada para el Régimen Especial de

(RD 727/2007) que oscila entre un mínimo de 30 horas mensuales (1,5 horas/día) para dependientes moderados, nivel 1 y un máximo de 90 horas mensuales (4,5 horas/día) para grandes dependientes, Nivel 2.

8) Este importe es el resultado de hallar el promedio de las prestaciones máximas establecidas por el SAAD para 2008 incluida la cantidad destinada a cotización social y formación del cuidador (660,89 €/mes Grado III-N2; 559,92 €/mes Grado III-N1 y 482,29 €/mes Grado II-N2)= 567,7 €/mes *14 pagas= 7.947,8 €/año.

Empleados del Hogar (4,7 €/horas); el SMI anual vigente (8.400 €/año) o el salario anual medio neto del personal doméstico⁹ (9.286,2 €/año)¹⁰.

3.1.1.a. Valoración económica del cuidado familiar a personas en situación de dependencia

TABLA 3.1.

Valoración económica del cuidado familiar a personas en situación de dependencia

Escenario I: SMI por hora efectiva trabajada 2008		
Nº cuidadores familiares estimado	1.512.398	
Horas/día de cuidado (media)	10,6	
Nº días de cuidado/año	323,76	
Total horas anuales de cuidado	5.190.251.994	
SMI hora/efectiva RE Empleados Hogar	4,7 €/hora	
Valoración económica ESC I	24.394,18 Mill €/año	2,3% PIB
Escenario II: SMI anual vigente en 2008		
Nº cuidadores familiares estimado	1.512.398	
Horas/día de cuidado (media)	10,6	
Nº días de cuidado/año	323,76	
Total horas anuales de cuidado	5.190.251.994	
PTETC*	2.967.893	
SMI anual vigente	8.400 €/año	
Valoración económica ESC II	24.930,3 Mill€/año	2,4% PIB
Escenario III: Prestación económica media para cuidados familiares 2008		
Nº cuidadores familiares estimado	1.512.398	
PECFAM (media)*	7.947,8 €/año	
Valoración económica ESC III	12.020,4 Mill€/año	1,14% PIB

Fuente: elaboración propia.

PIB 2007: 1.050.595 Mill.Euros: www.ine.es (19/11/2008)

*PTETC: Puestos de Trabajo equivalentes a tiempo completo;

*PECFAM: Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Los resultados obtenidos en la estimación del valor económico del cuidado familiar a personas dependientes para el año 2008 oscila entre 12.020 millones de euros y 24.930 millones de euros, según el

9) No se contempla la alternativa de considerar como coste de sustitución la prestación media económica para cuidados en el entorno familiar establecidas en el SAAD, porque la posibilidad de recibir esta prestación por parte de cuidadores no familiares tiene carácter excepcional.

10) Este importe es el resultado de actualizar con el IPC el salario mensual medio neto del personal doméstico calculado para 2003 (558,80) en el referenciado estudio del INE *Valoración económica del servicio doméstico en 2003*. El importe mensual obtenido, 663,3 €/mes se multiplica por 14 pagas= 9.286,2 €/año.

coste de sustitución considerado, cifra que representa entre y el 1,1% y el 2,4% del PIB¹¹. Estas diferencias se explican porque en el caso de utilizar el SMI (por hora o anual) se consideran el número total de horas/año, sin embargo, cuando se utiliza la prestación media para cuidados en el entorno familiar establecida por el SAAD, aunque las prestaciones aumentan según el nivel de dependencia, no se pondera por el número de horas anuales dedicadas ya que no se dispone de la información necesaria.

3.1.1.b. *Valoración económica del cuidado no profesional contratado a personas en situación de dependencia*

TABLA 3.2.
Valoración económica del cuidado no profesional contratado a personas en situación de dependencia

Escenario I: SMI por hora efectiva trabajada 2008		
Nº cuidadores no prof. contratados estimado	141.332	
Horas semanales de cuidado (media)	10	
Total horas anuales de cuidado	61.762.084	
SMI hora/efectiva RE Empleados Hogar	4,7 €/hora	
Valoración económica ESC I	290,28 Mill€/año	0,028% PIB
Escenario II: SMI anual vigente en 2008		
Nº cuidadores no prof. contratados estimado	141.332	
Horas semanales de cuidado (media)	10,6	
Total horas anuales de cuidado	61.762.084	
PTETC*	35.317	
SMI anual vigente	8.400 €/año	
Valoración económica ESC II	296,66 Mill€/año	0,028% PIB
Escenario III: Salario anual medio neto del personal doméstico 2008		
Nº cuidadores no prof. contratados estimado	141.332	
PTETC*	35.317	
Salario anual medio neto	9.286,12	
Valoración económica ESC III	327,96 Mill€/año	0,031% PIB

Fuente: elaboración propia.

PIB 2007: 1.050.595 Mill.Euros: www.ine.es (19/11/2008)

*PTETC: Puestos de Trabajo equivalentes a tiempo completo.

11) Cabe mencionar en este punto los resultados obtenidos en otros estudios realizados. El primero de ellos *Aspectos económicos de la Dependencia y el Cuidado Informal en España*, realizado por la Fundación AstraZeneca, la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y la FEDEA, estima, a partir de la EDDES-99 unos costes de cuidados informales que representan entre el 1,25% y el 1,93% del PIB de 2002. El segundo estudio *Cuidados a personas dependientes en el hogar. Valoración económica*, realizado por el Instituto de la Mujer ya referenciado en la parte sociológica de esta investigación, estima la aportación económica del cuidado a personas dependientes en el hogar en un 4,62% del PIB.

La valoración económica de los cuidadores no profesionales contratados para cuidar dependientes en domicilio se ha estimado entre 290 millones de euros y 328 millones de euros de 2008, según el coste de valoración utilizado, cifra que representa alrededor del 0,03% del PIB. Podemos decir que la valoración mínima es la resultante de aplicar el SMI (por hora o anual) siendo más adecuada la valoración resultante de aplicar el salario anual neto medio.

3.1.2. La prestación económica para cuidados en el entorno familiar: condiciones de acceso, importe y beneficiarios

Dentro de las prestaciones que contempla el SAAD se encuentran las prestaciones económicas (monetarias) dirigidas a personas dependientes que son atendidas en el entorno familiar y en su propio domicilio por cuidadores no profesionales. La finalidad de esta prestación, de carácter excepcional, es mantener al beneficiario en su domicilio. **Las condiciones** para acceder a la misma son las siguientes:

- El beneficiario ha de ser evaluado, estableciéndose la prestación a través del PIA (Plan Individualizado de Atención).
- Tienen condición de cuidador no profesional el cónyuge del beneficiario y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción hasta tercer grado de parentesco. Los cuidadores no profesionales que no tengan parentesco podrán ser reconocidos a efectos de la prestación de manera excepcional por la administración competente siempre y cuando residan el municipio del dependiente o en uno vecino y lo hayan hecho durante, al menos, un año.
- Los cuidadores no profesionales beneficiarios de la prestación deberán estar dados de alta en el Sistema de la Seguridad Social mediante la suscripción de un convenio especial¹².
- Durante el año 2008 para poder acceder a esta prestación el beneficiario debe ser valorado como gran dependiente (nivel 2 o nivel 1) o dependiente severo (Nivel 2).

El importe de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar se determina en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, estableciéndose los siguientes importes máximos para el año 2008 (Tabla 3.3.).

12) El convenio especial se encuentra regulado en el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo.

TABLA 3.3.

Importes máximos de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Año 2008

Grado y Nivel de dependencia	Importe máximo €/mes		
	Prestación	Cuota S. Social*	Total
Grado III-Nivel 2	506,96	153,93	660,89
Grado III-Nivel 1	405,99	153,93	559,92
Grado II-Nivel 2	328,36	153,93	482,29

*Esta cantidad también se destina a formación profesional.

Fuente: RD 7/2008, de 11 de enero.

Con respecto al número de beneficiarios de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, los datos disponibles arrojan los siguientes resultados:

TABLA 3.4.

Beneficiarios de prestación económica en el entorno familiar. Noviembre 2008

Concepto	Magnitud
Nº de P.E. cuidados familiares concedidas	91.243
% sobre total Prestaciones económicas concedidas	89,20%
% sobre total dependientes valorados (todos los grados)	18,36%
% sobre dependientes valorados con derecho a cobertura*	22,96%
Nº de cotizantes cuidadores-Convenio especial (11/11/08)	36.153

*Para el año 2008 se da cobertura al grado III (N1 y N2) y grado II (N2).

Fuente: www.saad.mtas.es y elaboración propia.

3.2. APORTACIÓN PARA ADAPTACIÓN DEL HOGAR Y AYUDAS TÉCNICAS

En este apartado se analiza el coste que implica para los dependientes la adaptación de su vivienda y la adquisición de las ayudas técnicas necesarias para la realización de sus actividades cotidianas.

La cobertura de estas necesidades básicas que presenta el dependiente, para permanecer en su hogar, realizar en él las actividades de la vida diaria y mejorar con ello su calidad de vida, presentan tres características que refuerzan la importancia de su análisis y la consideración de este tipo de necesidades. En primer lugar, suponen un complemento imprescindible a los servicios de atención a domicilio. En

segundo lugar, favorecen la permanencia del dependiente en su hogar en línea con sus deseos¹³, y con las tendencias predominantes en los sistemas de protección de la dependencia a nivel internacional. Finalmente, suelen constituir una alternativa menos costosa que el internamiento.

La importancia de este tipo de ayudas para el dependiente se confirma en el informe sociológico de este estudio, puesto que las personas dependientes mencionan expresamente como gastos principales derivados de la dependencia las ayudas técnicas (sillas de ruedas, muletas, bastones, calzado especial...) y la adaptación del entorno (vivienda, coche...).

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, recoge de forma expresa las ayudas dirigidas a adaptación del hogar y ayudas técnicas en su disposición adicional tercera, en los siguientes términos:

"Disposición adicional tercera. Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal.

La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:

- a) A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- b) A facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda."

A partir de esta delimitación, se aprecia que la concesión de estas ayudas por parte de la Administración no constituye un derecho sino que es graciable (en función de las disponibilidades presupuestarias) y considera las dos actuaciones básicas: el apoyo mediante ayudas técnicas/productos de apoyo¹⁴ para el desarrollo normal de la actividad diaria y la adaptación funcional del hogar (que puede comprender tanto la supresión de barreras para la accesibilidad exterior como la necesidad de adaptaciones en el interior de la vivienda).

Aunque este tipo de ayudas figure en una posición aparentemente marginal de la Ley (una disposición adicional), la adaptación de la vivienda constituye, sin duda, una herramienta fundamental de mejora de la calidad de vida del dependiente, con una clara perspectiva de crecimiento.

Entre las razones que podemos mencionar en relación con ese previsible aumento de la demanda se encuentran las siguientes:

13) En la última encuesta sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores realizada por el CIS, se pone de manifiesto que el 77% de la población mayor optaría, en caso de necesitar ayuda para realizar las actividades cotidianas, por seguir viviendo en su hogar (con atención y cuidados) como opción prioritaria. Frente a porcentajes inferiores al 5% para los que prefieren vivir en una residencia. (CIS-IMSERSO (2006)).

14) El nuevo concepto Productos de Apoyo sustituye al anterior, de Ayuda Técnica, en virtud de la norma ISO 9999:2007.

Primera. El número de personas con discapacidad/limitaciones alcanza un volumen considerable. Según los últimos datos disponibles, la EDAD-08¹⁵, en España hay más de cuatro millones de personas que presentan alguna discapacidad o limitación.

La mayoría de ellas, 3,8 millones de personas, residen en sus hogares. Este grupo representa el 93,5% de la población con discapacidad/limitación y el 8,5% de la población total. A su vez, dentro de este colectivo se dan dos características a destacar: está compuesto fundamentalmente por personas de 65 años o más (2.227 millones, el 60%) y buena parte ellas, 608.000 personas viven solas en su hogar (el 16% del total de discapacitados que viven en su hogar).

Segunda. La adaptación de la vivienda constituye, como hemos señalado anteriormente, un complemento imprescindible a la atención domiciliaria, hacia la que parece orientarse principalmente nuestro Sistema.

Tercera. Un parque inmobiliario/residencial caracterizado por su antigüedad, con problemas de accesibilidad y sin ascensor en una proporción significativa.

Los datos disponibles del **censo de viviendas del INE**¹⁶ son ilustrativos de esta situación:

- De un total de 8.623.875 de edificios destinados a viviendas, el 27% tienen más de 50 años de antigüedad (construidos antes del año 1951). Un porcentaje que oscila de forma importante por Comunidades Autónomas, de forma que La Rioja y el Principado de Asturias presentan el valor más elevado, con un 51%; mientras que Madrid y Canarias, presentan el parque residencial menos envejecido, en términos agregados (con un 11% y 19%, respectivamente).
- Sólo el 5% de los edificios (412.181) dispone de ascensor y apenas el 43% de éstos es accesible (178.733). Por el contrario, 8.211.694 de edificios (el 95%) no dispone de ascensor y, en este caso, sólo el 20% de los mismos es accesible (1.637.628).
- A este respecto y como es previsible, sólo el 1% de los edificios con 1, 2 ó 3 plantas tienen ascensor, mientras que el porcentaje sube al 93% si el edificio tiene 7 o más plantas, con diferencias significativas por Comunidades Autónomas (ver Tabla 3.5.).

15) Analizados en el apartado 2 de este estudio.

16) INE (2002). Datos referidos a edificios destinados principalmente a viviendas.

TABLA 3.5.

Porcentaje de edificios con ascensor por número de plantas. Año 2001

	TOTAL	1, 2, ó 3 plantas	4 plantas	5 plantas	6 plantas	7 o más plantas
TOTAL	5%	1%	22%	36%	56%	93%
Andalucía	3%	1%	24%	40%	77%	96%
Aragón	5%	1%	17%	29%	63%	96%
Asturias (Principado de)	7%	0%	21%	41%	55%	96%
Balears (Illes)	4%	1%	26%	36%	58%	93%
Canarias	3%	1%	21%	40%	73%	90%
Cantabria	6%	1%	21%	37%	42%	89%
Castilla y León	3%	0%	25%	42%	67%	97%
Castilla-La Mancha	2%	0%	27%	53%	83%	97%
Cataluña	7%	1%	21%	33%	51%	86%
Comunidad Valenciana	6%	1%	19%	36%	54%	94%
Extremadura	1%	0%	27%	62%	85%	94%
Galicia	3%	0%	15%	32%	49%	92%
Madrid (Comunidad de)	11%	1%	27%	31%	57%	97%
Murcia (Región de)	4%	1%	37%	60%	79%	98%
Navarra (Comunidad Foral de)	6%	1%	25%	38%	55%	93%
Pais Vasco	18%	2%	19%	30%	45%	89%
Rioja (La)	6%	0%	12%	38%	52%	95%
Ceuta	8%	0%	25%	50%	74%	81%
Melilla	3%	1%	21%	43%	33%	74%

Fuente: www.ine.es

Conviene destacar que de los casi 21 millones de viviendas censadas, el 33% (en torno a 6,85 millones de viviendas) corresponden a viviendas individuales en edificios con 1, 2 ó 3 plantas¹⁷. En este caso, la necesidad de instalar un ascensor ante una eventual discapacidad implicaría la asunción de un coste elevado, a nivel individual, por el dependiente¹⁸.

- En suma, del total de edificios destinados a viviendas (8.623.875), sólo el 21% se considera accesible (1.816.361) mientras que el restante 79% no lo es (6.807.514)¹⁹.

Los resultados obtenidos en el análisis que se realiza en el **Libro Verde y el Libro Blanco sobre la accesibilidad** en España²⁰ de los edificios destinados a viviendas coinciden con los obtenidos en el censo de viviendas del INE y pueden sintetizarse en los siguientes aspectos²¹:

17) Con una sola planta y, por tanto, sin necesidad de ascensor, existen 3, 26 millones de viviendas (16% del total).

18) Tal y como se verá posteriormente en este apartado, situado en un intervalo comprendido entre los 5.000 y los 20.000 euros.

19) En el censo de viviendas un edificio se considera accesible cuando una persona en silla de ruedas puede acceder desde la calle hasta dentro de cada una de las viviendas sin ayuda de otra persona. Esta característica del edificio se investigó en el trabajo de campo del censo en relación con la disponibilidad o no de ascensor.

20) Instituto Universitario de Estudios Europeos- Acceplan (2002) y Acceplan- IMSERSO (2003).

21) Recogidos en el *Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012*. IMSERSO. 2003.

- El 100% de los edificios evaluados incumple alguno de los criterios de accesibilidad establecidos.
- La presencia de barreras en el umbral de acceso a los edificios y en el interior de éstos es significativamente superior a las que existen en el exterior de los mismos.
- El 96% de los edificios presenta alguna barrera en su interior, siendo los principales responsables de estas barreras los ascensores (en un 63% de los casos analizados este elemento hace inaccesibles los edificios).
- No se observan mejoras apreciables en la corrección de barreras a lo largo del tiempo.
- En cuanto a los espacios interiores de la vivienda, se observa que las barreras no dependen del tipo de edificio, unifamiliar o multifamiliar; si bien, las viviendas unifamiliares presentan barreras adicionales específicas por su construcción en varias plantas.
- Los baños y aseos constituyen el espacio más inaccesible de toda la vivienda (en un 100% de los casos, para una persona en silla de ruedas). Les siguen los vestíbulos y distribuidores (59% de accesibilidad) y las cocinas (78,7% de accesibilidad).

Cuarta. Un mayor conocimiento/expectativas, por parte de los potenciales usuarios, sobre los servicios y atenciones públicas en el ámbito de la dependencia, a partir de la aprobación y puesta en marcha de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

En este sentido, en la encuesta del CIS mencionada anteriormente en este apartado, se plantea una pregunta relativa a las ayudas que las distintas instituciones pueden prestar a personas mayores con necesidad de apoyo. Las respuestas ponen de manifiesto los siguientes aspectos:

- a) La existencia de ayudas para adaptación de viviendas y las ayudas para apoyos técnicos son desconocidas por el 54% y el 40% de los encuestados, respectivamente.
- b) Sólo manifiesta conocerlas y utilizarlas, un 2% para la adaptación de su vivienda y un 3% en el caso de ayudas técnicas.
- c) Conocen y no utilizan las ayudas de adaptación de la vivienda en el 44% de los casos, porcentaje que sube al 56% para las ayudas técnicas.
- d) Entre las causas determinantes de este desconocimiento se encuentra la superposición tanto de Administraciones (estatales, autonómicas y locales) como de ayudas concedidas, lo que configura un complejo entramado de agentes, instrumentos y normativas²² en las que el dependiente y su familia se encuentran, con frecuencia, perdidos.

El trabajo de campo realizado en esta investigación, desde una perspectiva sociológica, confirma estos extremos. Tanto en términos de aumento de expectativas de los dependientes y

22) Algo que se pone claramente de manifiesto en las distintas guías orientativas que se han elaborado al efecto entre las que se puede citar, a título de ejemplo las del IMSERSO (2007), CEAPAT y CREMF- IMSERSO (2005).

sus familias con la aprobación de la Ley de Dependencia y su impacto mediático, como en sus referencias a la información disponible, la diversidad de situaciones en el territorio nacional y el complejo/burocrático sistema de solicitud. De forma que la queja más compartida es que no existe un lugar de referencia que centralice toda la información sobre ayudas la dependencia y al cuidado.

3.2.1. Adaptación de la vivienda

La adaptación funcional de la vivienda del dependiente implica la realización de dos actuaciones básicas: la modificación de accesos y elementos comunes de la edificación y la adaptación del interior de la vivienda del dependiente con la provisión de las ayudas técnicas necesarias en la misma.

Las actuaciones que se realizan en las zonas comunes del edificio y el entorno urbanístico más inmediato del dependiente, las denominadas medidas de "supresión de barreras" presentan una serie de características específicas que creemos oportuno hacer explícitas:

1. La primera radica en que las identificamos bajo la categoría de "supresión o eliminación de barreras", siguiendo la aproximación mayoritaria en los estudios dedicados al tema.
2. La normativa española solía limitar las ayudas para la adaptación funcional de viviendas a las que se realizan dentro del hogar, aunque en la práctica, los programas públicos suelen cubrir también mejoras en elementos comunes.
3. La adaptación de áreas comunes de edificios requiere la participación de la comunidad de vecinos, no constituye, por tanto, una decisión individual.
4. Finalmente, la consideración en profundidad de este aspecto requiere un enfoque multidisciplinar²³.

Una característica importante a destacar en la cobertura de estas necesidades es el elevado coste que puede llegar a representar para el dependiente. Un coste que además suele concentrarse en un momento del tiempo y que requiere un período prolongado de amortización. Por ello, las ayudas públicas en este ámbito adquieren especial relevancia, por lo que serán objeto de análisis en un apartado posterior.

Precisamente, el previsible aumento de la demanda de ayudas económicas para adaptaciones en el hogar y su elevado coste, hace necesario establecer un protocolo homogéneo que permita valorar su necesidad y el coste en cada caso, estudiar la viabilidad de las ayudas y realizar las adaptaciones adecuadas a cada necesidad.

En sintonía con estos aspectos característicos de la adaptación del hogar, en nuestro informe sociológico se recoge que los dependientes mencionan la dificultad de encontrar un lugar sin barreras (escalones,

23) Para un estudio completo y detallado consultar el excelente trabajo de ACCEPLAN (2007) que sirve como referencia en algunos datos de este apartado.

ascensor), lo que constituye un elemento decisivo para la adquisición de vivienda. Las adaptaciones del hogar suelen tener un coste elevado, pero mientras en las adaptaciones del portal el coste es asumido por la comunidad de vecinos (tras la reforma legal), en el caso de las habituales adaptaciones en el interior de la vivienda su coste recae sobre el dependiente y su familia.

Con objeto de obtener una aproximación al coste que implica la cobertura de este tipo de necesidades para el dependiente, hemos tomado distintas referencias. Si bien este análisis requeriría un tratamiento en línea con lo comentado en el párrafo anterior y apunta una línea de investigación de interés creciente a desarrollar en el futuro inmediato.

En primer lugar, tomaremos los datos del trabajo de casos desarrollado por Acceplan²⁴. En este estudio se ofrece una selección de 5 casos representativos de posibles tipologías de intervención. En cada caso se incluyen los gastos de acceso a la vivienda –cuando son necesarios–, la reforma del interior de la vivienda y el coste de ayudas técnicas que precisa el dependiente en dicha vivienda, con dos propuestas alternativas (óptima²⁵ y mínima²⁶).

Aunque los autores del estudio señalan que se trata de cifras estimativas que no generan medias útiles para su extrapolación, sí constituyen una buena referencia sobre la magnitud económica de este tipo de intervenciones.

Tal y como puede apreciarse en la Tabla 3.6., el coste medio total varía dentro de un intervalo muy amplio, comprendido entre los 27.160 euros y los 6.094 euros, dependiendo de que se opte por la propuesta óptima o la mínima.

En la desagregación por partidas de coste se observa que el coste derivado de obras de albañilería en la vivienda constituye la partida principal (tanto en la alternativa óptima como en la mínima). Supone en torno al 80% del coste total, promediando las dos alternativas, tal y como puede apreciarse en los Gráficos 3.1. y 3.2.

24) Acceplan (2007).

25) Aquélla en la que se plantea una solución completa: se presentan las adaptaciones funcionales más apropiadas para suplir las necesidades del usuario correspondiente. Esta propuesta siempre incluye, en caso de ser necesaria, la reforma en el acceso a la vivienda.

26) Aquélla en la que se ofrece una solución reducida: se plantean sólo las adaptaciones más prioritarias, considerando minimizar los costes sin dejar de responder a las necesidades funcionales básicas de cada usuario. Esta propuesta no incluye, en caso de ser necesaria, la reforma en el acceso a la vivienda.

TABLA 3.6.

Resumen de los costes de acceso y adaptación de la vivienda (euros y porcentaje del coste total)

	Tipo Propuesta	ACCESO	VIVIENDA		COSTE TOTAL
		Coste albañilería en edificio ¹	Coste albañilería en vivienda ¹	Coste ayudas técnicas ²	
Caso 1	Óptima		16.900 94%	1.150 6%	18.050
	Mínima		8.650 94%	520 6%	9.170
Caso 2	Óptima		76.750 ²⁷ 98%	1.170 2%	77.920
	Mínima		6.000 84%	1.120 16%	7.120
Caso 3	Óptima	3.630 64%	1.410 25%	600 11%	5.640
	Mínima		1.410 70%	600 30%	2.010
Caso 4	Óptima	16.650 58%	11.680 41%	410 1%	28.640
	Mínima		9.680 96%	410 4%	10.090
Caso 5	Óptima	3.460 62%	1.150 21%	940 17%	5.550
	Mínima		1.140 55%	940 45%	2.080
MEDIA CASOS	Óptima	7.913 26%	21.578 71%	854 3%	27.160 ³
	Mínima		5.376 88%	718 12%	6.094

¹ Incluye la ejecución material del proyecto, gastos de contrata (20,3%) e IVA (16%).

² IVA incluido.

³ La media total no coincide con la suma de las medias parciales, puesto que el coste de edificación no se contempla en todos los casos.

Fuente: Aceplan (2007).

27) Su elevada diferencia respecto a la opción mínima responde, fundamentalmente, a la incorporación o no de un ascensor a la vivienda (en torno a 50.000 euros).

GRÁFICO 3.1.

Desagregación de costes medios adoptando la opción mínima (euros y porcentaje)

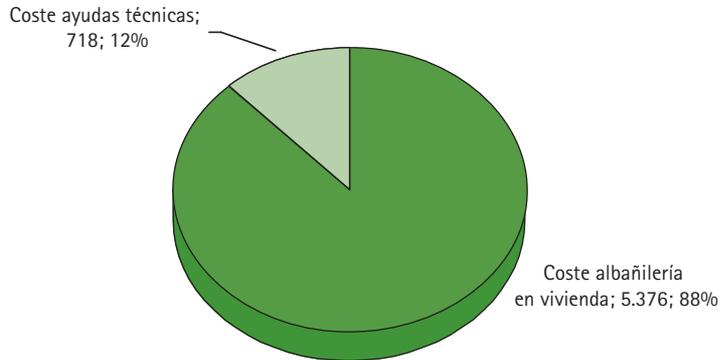
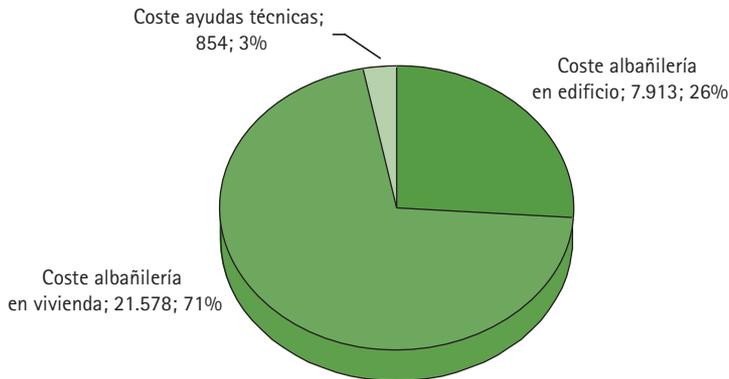


GRÁFICO 3.2.

Desagregación de costes medios adoptando la opción óptima (euros y porcentaje)



Su elevada participación en el total de costes, sólo se reduce en los casos en que es necesaria la modificación de accesos, por el elevado importe que estos representan (en torno al 60% del coste total) y que, en términos absolutos, alcanzan los 16.650 euros, como máximo, y 3.460 euros, como mínimo (véase Tabla 3.6.).

Los costes de albañilería, como media, oscilan en un intervalo comprendido entre los 21.578 euros como máximo y los 5.376 euros como mínimo. Mientras que las ayudas técnicas apenas oscilan, como media, entre los 854 euros y los 718 euros. Su participación en el coste total se reduce del 12% al 3%, en función de que sean requeridas o no modificaciones de acceso.

Aunque la metodología del trabajo de campo realizado en este estudio, en el informe sociológico, no permite extrapolar los datos sobre costes, sí nos permiten tener una referencia adicional que apunta a un coste de adaptación del interior del hogar que supone en algún caso un mínimo cercano a los 9.500 euros.

Dado que la instalación del ascensor constituye uno de los elementos más habituales, dentro de la supresión de barreras de acceso en zonas comunes, resulta ilustrativo detenerse en su estudio. En el mismo trabajo y con datos referidos sólo a Guipúzcoa se confirma la importante cuantía y variabilidad de esta parte del coste. Puesto que en el intervalo temporal analizado (1996-2006), el importe medio solicitado se sitúa entre más de 20.000 euros y poco más de 5.000 euros (coste referido sólo a supresión de barreras de acceso en zonas comunes por instalación de ascensores). El valor medio solicitado se encuentra en torno a los 12.000 euros en el citado período. Los datos de Cataluña, para el período 2004-2005, sitúan el importe medio solicitado en el entorno de los 14.000 euros. Si bien, la elevada variabilidad de este concepto aconseja tomar estos datos como mera referencia indicativa, se puede considerar que este gasto constituye una de las partidas básicas a asumir por el dependiente, puesto que los problemas de accesibilidad estaban principalmente relacionados, como hemos visto en párrafos anteriores, con el ascensor.

Si pasamos a analizar la modificación del interior de la vivienda, uno de los elementos del interior de la misma que requiere su reforma con carácter habitual es el cuarto de baño. De hecho y tal y como hemos visto anteriormente, es la estancia de la casa con mayores problemas de accesibilidad. Por ello, se puede afirmar que constituye uno de los cambios que previsiblemente acometerán la mayor parte de los dependientes.

Esta realidad se hace patente, tanto en la información suministrada por Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales como en el citado estudio de Aceplan.

Así, a título de ejemplo, los datos ofrecidos por el Ayuntamiento de Madrid en relación con su programa de "Valoración de las necesidades para adaptaciones en el domicilio de las personas mayores" (2007-2008) en relación con las adaptaciones indicadas en el mismo presenta el siguiente desglose:

- El 35% de las adaptaciones se refería a adaptaciones del entorno. Dentro de éstas, el 93%²⁸ correspondía al baño.
- El 65% restante de las adaptaciones se refería a la necesidad de ayudas técnicas. Dentro de esta categoría el 89% de las ayudas indicadas son para el cuarto de baño (un 77% referidas al baño y un 12% al uso del retrete).

Podemos obtener una primera aproximación al coste de dicha reforma mediante la estimación realizada por Aceplan (utilizando la experiencia de Cataluña, Guipúzcoa y Málaga). El coste medio ponderado de adaptación del cuarto de baño se sitúa en 3.344 euros²⁹.

28) La cocina representaba el 4% y otras áreas de la vivienda el 3% restante.

29) Media calculada con datos referidos a distintos períodos temporales que oscilan entre 2004 y 2006.

Otras referencias pueden ser las tarifas que ofrecen empresas de ámbito nacional para este tipo de adaptaciones con presupuestos, para el año 2008, que oscilan entre los 1.500 euros y los 2.900 euros, para el cambio de una bañera convencional por una ducha accesible, suponiendo que no se realizan obras de albañilería (o sólo se realizan cambios mínimos, ubicación de grifos, etc.).

A modo de resumen, por tanto, se podría concluir que el dependiente incurre, en la mayor parte de los casos en dos costes mínimos: la instalación del ascensor con un nivel de coste medio comprendido entre los 12.000 y 14.000 euros (con un elevado grado de variabilidad), a asumir por el conjunto de la comunidad de vecinos, salvo en el caso de viviendas unifamiliares; y la adaptación del cuarto de baño que implica un coste medio en torno a los 3.500 euros, a asumir individualmente por le dependiente y su familia.

3.2.2. Productos de apoyo (ayudas técnicas)

Se engloba bajo esta denominación *cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación*³⁰.

Están destinadas a personas que ya sea de forma temporal o permanente tienen limitada la realización de algunas actividades de su vida diaria. Se trata de una amplia gama de productos entre los que se encuentran sillas de ruedas, prótesis, órtesis, andadores, audífonos...

Algunas de estas ayudas son de carácter ortoprotésico y en España están incluidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud³¹ dentro de una lista cerrada de productos (relacionados, fundamentalmente, con la movilidad). Estos productos se ofrecen en los términos que garantiza nuestro sistema público sanitario y entran dentro de la categoría de **prestaciones sanitarias**. Constituyen, por tanto, un derecho subjetivo para todos los beneficiarios del sistema sanitario y es necesaria la prescripción del médico especialista o del profesional autorizado correspondiente para que el Sistema se haga cargo del coste total o parte del mismo³². Esta prestación se facilita por los servicios de salud o da lugar a ayudas económicas (en los casos y en virtud de las normas que reglamentariamente establezcan las Comunidades Autónomas) cuyo importe máximo, con el que se financiará su adquisición, garantiza el acceso a la prestación.

Precisamente, las personas con discapacidad/dependencia y sus familias vienen demandando con carácter general y constante una mejora en las ayudas técnicas, dentro de los servicios de salud³³, en términos de corregir las carencias³⁴, la inadecuación y las inequidades que se producen actualmente en el Sistema³⁵.

30) Norma ISO 9999:2007.

31) El Real Decreto 1030/2006 establece la Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Estado.

32) Siempre que se acredite una discapacidad igual o superior al 33%.

33) CERMI (2006) y CERMI (2005).

34) Las quejas se concentran en que se cubre una gama muy reducida de ayudas técnicas y productos sanitarios, de media o baja calidad, sin incorporar los importantes avances tecnológicos que se han producido en este ámbito. Por ello, se solicita una ampliación del Catálogo Ortoprotésico al campo de las ayudas técnicas y las tecnologías de apoyo

Existe, por tanto, una amplia gama de productos de apoyo técnico que no disfrutan de cobertura sanitaria, sino la que corresponde a los **servicios sociales**. Dentro de este grupo se pueden citar, entre otras, las ayudas técnicas para la vida diaria en la cocina, el comedor, el ocio, la comunicación... que no están cubiertas en un 70% de los casos por el Sistema Nacional de Salud. De hecho, las Comunidades Autónomas están desarrollando sus propios Catálogos de Ayudas Técnicas vinculadas al P.I.A. (Programa Individual de Atención) elaborado para los dependientes. Esta lista de productos suele ser más amplia que la sanitaria, y se contempla una ayuda económica máxima, vinculada fundamentalmente al nivel de discapacidad/dependencia y a la capacidad económica. Estas ayudas tienen carácter graciable (valoración individual que puede ser aprobada o no) y habitualmente cubren un porcentaje reducido del coste total.

Con objeto de valorar el número de dependientes que dispone de ayudas técnicas en España acudimos al avance de resultados ofrecido por la EDAD-08. Tal y como se ha comentado en el apartado 2 de este estudio, los últimos datos disponibles, ofrecidos en la EDAD-08, muestran que 3,78 millones de personas de seis o más años, que residen en sus hogares, presentan algún tipo de dependencia. De ellos, más de dos millones reciben ayuda personal (supervisión o cuidados personales)³⁶ y casi millón y medio reciben ayudas técnicas³⁷. En contraste, existe más de un millón de personas con discapacidad que no reciben ningún tipo de ayuda para realizar las actividades para las que presentan algún tipo de discapacidad (lo que representa un 27% del total). La desagregación por edades, según tipo de ayuda recibida, se muestra en la Tabla 3.7.

para las actividades de la vida diaria, así como a los avances y progresos experimentados en este ámbito de la atención socio-sanitaria.

35) Se reclama la necesidad de ajustar su concesión a cada necesidad concreta y no a unos supuestos preestablecidos, así como a los avances y progresos experimentados en este ámbito de la atención socio-sanitaria. También se considera necesario evitar/reducir las desigualdades territoriales que se producen actualmente, eliminar las discriminaciones existentes en la cobertura por razón de edad y evitar que el peso de la financiación, tal y como está configurado el sistema (reembolso del coste) recaiga anticipadamente sobre el discapacitado/dependiente.

36) Se considera *ayuda personal*, la colaboración de otra persona, necesaria para realizar una actividad de la vida cotidiana y *supervisión*, la necesidad de que alguna persona esté pendiente de lo que hace otra, por si surgen problemas en la actividad de la vida cotidiana.

37) Se considera *ayuda técnica*, todo producto o instrumento externo usado o destinado a una persona con discapacidad que compensa o palia la limitación (audifonos, prótesis externas, bastones, sillas de ruedas, oxígeno,...).

TABLA 3.7.

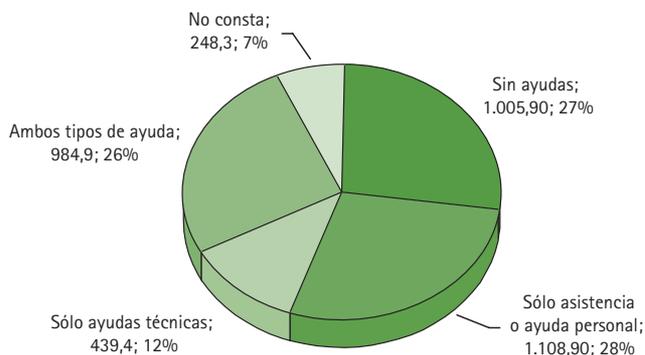
Personas con discapacidad de 6 y más años, residentes en sus hogares, según el tipo de ayuda recibida y la edad. 2008

	Total	De 6 a 64 años	De 6 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años
Total	3.787,4	1.560,0	608,2	951,9	1.201,7	1.025,8
Sin ayudas	1.005,9	596,3	226,8	369,5	303,3	106,4
Sólo asistencia o ayuda personal	1.108,9	464,4	199,5	264,9	326,0	318,5
Sólo ayudas técnicas	439,4	171,1	50,8	120,3	173,3	95,0
Ambos tipos de ayuda	984,9	225,5	89,4	136,1	320,2	439,2
No consta	248,3	102,8	41,7	61,1	78,8	66,7

Fuente: www.ine.es

GRÁFICO 3.3.

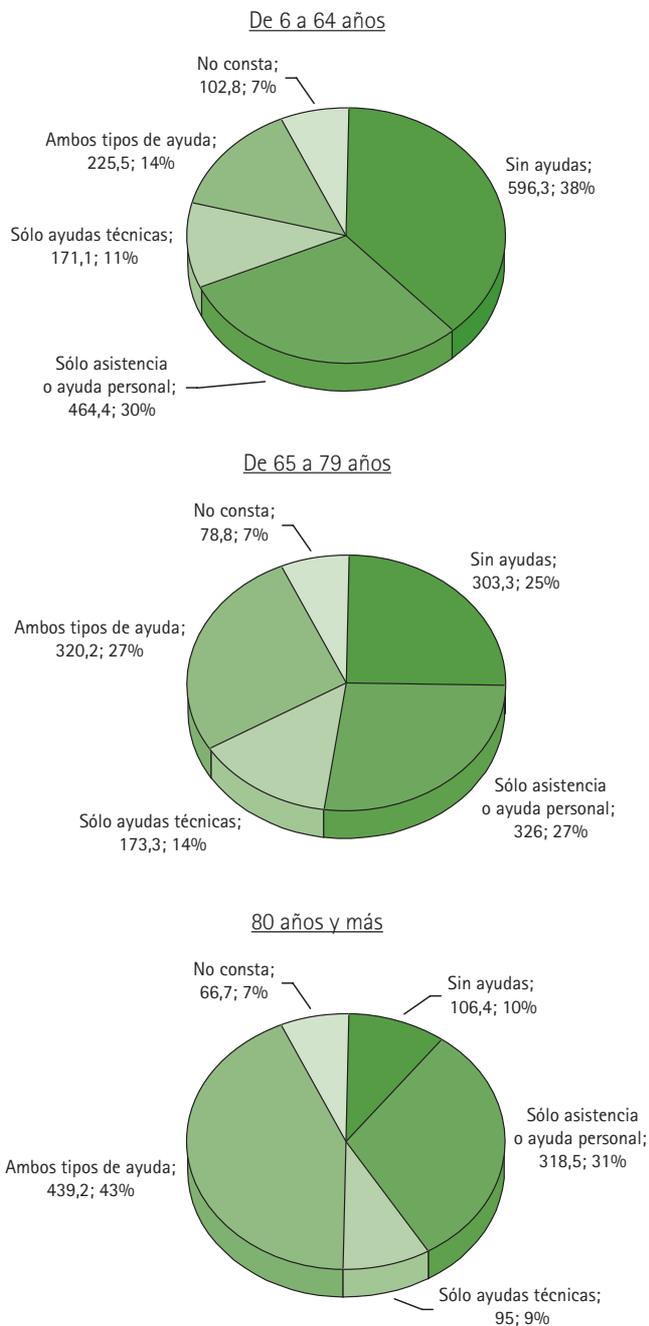
Personas con discapacidad de 6 y más años, residentes en sus hogares, según el tipo de ayuda recibida. Año 2008



Por edades, se observan diferencias significativas. A medida que aumenta la edad se reduce el porcentaje de personas que no dispone de ayudas. De forma que mientras el porcentaje que no recibe ayudas se sitúa en el 38% para las personas entre 6 y 64 años de edad, desciende al 25% para edades comprendidas entre los 65 y 79 años y se reduce a sólo el 10% para las personas de 80 años y más.

GRÁFICO 3.4.

Personas con discapacidad de 6 y más años, residentes en sus hogares, según el tipo de ayuda recibida y grupo de edad



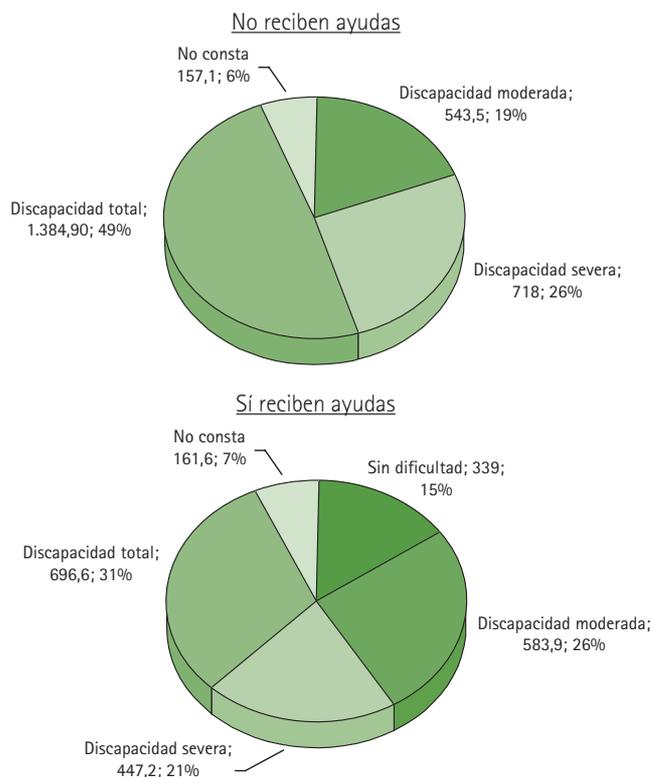
Del mismo modo, pero en sentido inverso, el porcentaje de personas que perciben ambos tipos de ayuda (personal y técnica) aumenta significativamente con la edad. El 43% de los de mayor edad disfrutan de ambas, mientras que sólo el 14% del tramo más joven las utiliza.

En cuanto a la evolución de aquéllos que sólo disponen de ayudas técnicas se observa que la utilización de éstas aumenta hasta alcanzar su valor máximo (el 14%) para edades comprendidas entre los 65 y 79 años; pero, a partir de esa edad, el porcentaje disminuye al 9% para los mayores de 80 años.

La EDAD-08 también nos confirma la importancia de las ayudas³⁸ para reducir las limitaciones de los dependientes. Así, de los 2,8 millones de personas que presentan limitaciones para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), el 80,5% recibe alguna ayuda. Estas ayudas permiten reducir sensiblemente sus limitaciones o incluso superarlas (339.200 personas), tal y como puede apreciarse en el Gráfico 3.5. en el que se compara el grado de severidad con y sin ayudas³⁹.

GRÁFICO 3.5.

Personas con discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, según el máximo grado de severidad y el uso de ayudas (número de personas y porcentajes)



Fuente: www.ine.es

38) Se contempla el efecto de todo tipo de ayudas (personales, supervisión y técnicas).

39) En primer lugar se consideran todas las personas con discapacidad para las ABVD (dispongan o no de ayudas) y posteriormente se consideran únicamente las personas con discapacidad para las ABVD que disponen de ayudas.

Para obtener una mayor desagregación en la información sobre ayudas técnicas, debemos acudir a la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de la Salud (EDDS) 1999. Aunque, los resultados de esta Encuesta difieren, en términos globales y relativos, respecto a la más reciente EDAD-08⁴⁰ la información sobre ayudas técnicas⁴¹ es útil.

La EDDS-1999 señala que en torno a 1,13 millones de personas demandan ayudas técnicas, el 32% del total de personas con discapacidad de 6 años o más (residentes en sus hogares). De éstas, sólo el 89% habían recibido la ayuda demandada (en torno a 1 millón de personas) y el resto no habían visto satisfecha su demanda (el 11%). La mayor parte de la demanda no satisfecha se había solicitado a un proveedor público (73%).

Ello implica que del total de personas con discapacidad de 6 años o más, el 29% ven satisfecha su demanda de ayudas técnicas y el 3,5% no. Dentro de la demanda satisfecha, el 36% la obtiene de forma gratuita⁴², el 57% ha pagado directamente el coste, mientras que el restante 7% realiza un pago mixto (parte del coste se ha subvencionado).

Si ponemos en relación esta información con los datos más recientes de la EDAD-08, observamos que el número de personas con demanda satisfecha ha aumentado de forma significativa. Como hemos visto anteriormente y se refleja, a modo de resumen, en la Tabla 3.8., las personas que disponen de ayudas técnicas ascienden a 1.424 millones de personas (el 38% del total de discapacitados de 6 años y más residentes en su hogar), mientras que la demanda satisfecha en la encuesta anterior, EDDES-1999 sólo suponía el 29% respecto a ese mismo total.

De hecho, tal y como se aprecia en la Tabla, el crecimiento en términos porcentuales de la demanda satisfecha supera el 40% respecto a la encuesta anterior, frente a un crecimiento mucho menor, del 10%, en el total de personas con discapacidad. Al no existir información en la EDAD-08 sobre la demanda total de ayudas técnicas ni sobre la demanda no satisfecha, no podemos valorar en qué medida ese aumento de la demanda satisfecha es producto de un aumento general de la demanda de ayudas técnicas y/o de una disminución de la demanda no satisfecha.

El avance de resultados de la EDAD-08 tampoco ofrece información sobre el régimen de financiación (gratuito, pago directo o pago mixto), por lo que no se puede valorar si se ha producido algún cambio en ese aspecto.

40) El total de personas con discapacidad ha aumentado en 320.000 personas (3,85 millones frente a los 3,53 millones de 1999), la tasa de discapacidad ha disminuido en 0,5 puntos porcentuales (se sitúa en el 8,5% de la población total, frente al 9% anterior) y la discapacidad se presenta en edades más tardías.

41) Se consideran como tales aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos destinados a personas con discapacidades, producidos específicamente para ellas o disponibles para cualquier persona, de forma que impide, compensa, alivia o neutraliza la discapacidad.

Son ayudas técnicas, por ejemplo, un audífono, una silla de ruedas, un dispositivo de elevación, un cubierto con adaptaciones de agarre o fijación, una lupa con iluminación, un ordenador...

42) Ya sea mediante un sistema de provisión público o privado.

TABLA 3.8.

Personas con discapacidad de 6 y más años, residentes en sus hogares, demandantes de ayudas técnicas (millones de personas y porcentajes)

	EDAD-08 (1)	EDDES-99 (2)	Variación absoluta (1)-(2)	Variación porcentual (1)-(2)/(2)
Personas con discapacidad de 6 y más años	3.847,9	3.478,6	369,3	10,6%
Personas demandantes de ayudas técnicas	n.d.	≈ 1.130 (32%)		
• <u>Demanda satisfecha</u>	1.424,3 (38%)	≈ 1.000,0 (29%)	424,3	42,4%
• <u>Demanda no satisfecha</u>	n.d.	≈ 130 (4%)		

Nota: el símbolo ≈ indica diferencias en la cuantía de personas al cruzar los datos ofrecidos por el INE en las diferentes tablas de ayudas técnicas.

Fuente: Elaboración propia a partir de www.ine.es

Tal y como acabamos de comentar, los productos de apoyo (ayudas técnicas) se han convertido, cada vez más, en un recurso esencial para garantizar la realización de actividades cotidianas por las personas dependientes. Sin embargo, no siempre constituyen un recurso al alcance de los potenciales usuarios por distintas razones, entre ellas, el coste, especialmente relevante en aquellos productos de alto contenido tecnológico. Lo que las convierte en un producto de difícil y a veces imposible adquisición para el dependiente por su elevado coste. Su precio puede oscilar desde varios euros hasta más de 60.000 euros⁴³.

A lo largo del informe sociológico realizado en esta investigación, se constata que las ayudas técnicas constituyen uno de los costes directos que, tanto las personas con discapacidad como sus familias, mencionan como uno de sus gastos principales, existiendo la queja generalizada de que dichas ayudas son caras. Aunque en algunos casos no son capaces de concretar el importe del gasto (por haber adquirido las ayudas técnicas hace tiempo) y/o porque los mismos no han sido abonados por el dependiente sino por su cuidador principal.

Entre las ayudas técnicas para movilidad de las que se menciona su necesidad y el coste destacan la silla de ruedas (entre 770 € y 6.000 €), las muletas (240 €), las botas (180 €) y las plantillas especiales (entre 200 y 250 €). Si bien en algunos casos se reconoce que el coste de dichas ayudas técnicas es sufragado por el sector público.

43) Entre los factores que inciden en su elevado coste, los empresarios del sector apuntan los siguientes: la elevada inversión en I+D que requiere la adaptación de determinados productos, los elevados márgenes comerciales que pueden aplicar los fabricantes apoyados en el carácter único de algunos productos, el elevado peso de las importaciones y la elevada dispersión de los sistemas de distribución.

Aunque se consideran un elemento indispensable para la calidad de vida de los dependientes y en algunos países europeos su financiación es pública, la situación en España, tal y como hemos señalado, se caracteriza por la escasez de ayudas, tanto en términos de tipo de productos como de cuantía subvencionada

Una aproximación individualizada al coste que implica para el dependiente la adquisición de este tipo de ayudas, requeriría una evaluación multidisciplinar atendiendo a varios parámetros, como el grado de dependencia, el grupo de discapacidad (visión, audición, comunicación, movilidad...), el tipo de deficiencia que causa la discapacidad (mental, visual...), el número de discapacidades que presenta el dependiente, el entorno del dependiente o la disponibilidad de los productos en el mercado, entre otros. Dicho análisis debería constituir, a nuestro juicio, una de las líneas de investigación prioritarias a desarrollar y profundizar en el futuro inmediato en línea con el reciente estudio realizado por el Centro Nacional de Tecnologías de la Accesibilidad⁴⁴.

Con objeto de obtener una estimación del importe global que, como media, soportan los dependientes en este ámbito, hemos intentado obtener indicadores tanto por el lado de la demanda como por el lado de la oferta del sector.

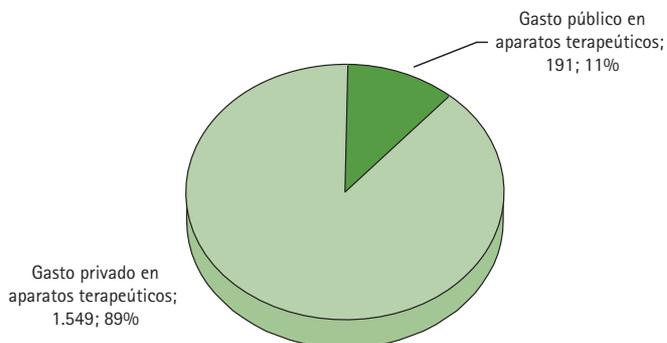
La desagregación de la información disponible en este ámbito puede sintetizarse en los siguientes términos:

- Por el lado de la demanda, la OCDE ofrece información agregada del gasto sanitario total (privado y público) en dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos a nivel internacional⁴⁵. Esta rúbrica no se ajusta al concepto global de apoyo técnico, por incluir productos que no se consideran dentro de esta categoría y, a su vez, por no considerar otros que sí lo son. Sin embargo, puede constituir una referencia aproximada del importe del gasto sanitario total (público y privado) dedicado a estos productos, en términos comparados. Para el último año disponible (2006), el importe global de esta partida en España asciende a 1.740 millones de euros, correspondiendo 191 millones de euros a gasto público (11%) y 1.549 millones de euros a gasto privado (89%)⁴⁶. Un importe total que representa el 2,1% del gasto total en salud y el 0,2% del PIB.

44) Centro Nacional de Tecnologías de la Accesibilidad (2008).

45) OCDE (2008). Esta rúbrica comprende una amplia variedad de productos: lentes y otros productos ópticos, aparatos ortoprotésicos y otras prótesis, ayudas auditivas, dispositivos médicos técnicos, incluidas sillas de ruedas, y demás productos médicos no perecederos (tensiómetro, equipo telemático especializado para llamadas urgentes...). Excluye, sin embargo, ascensores automáticos para escalera, elevadores para bañeras y aparatos similares para adaptar la vivienda a las necesidades de los pacientes con discapacidades transitorias o crónicas. También quedarían fuera todos aquéllos productos que no se consideren gastos sanitarios, como son los de carácter social.

46) Los datos para el año 2001 son los siguientes: Gasto total en ayudas terapéuticas 1.689 millones de euros, de los cuales el 9% correspondía a gasto público y el 91% a gasto privado.

GRÁFICO 3.6.**Gasto sanitario en aparatos terapéuticos. Año 2006 (millones de euros y porcentaje del total)**

En términos comparados, el gasto que se realiza en España en estos productos se sitúa muy por debajo del de otros países de nuestro entorno (eurozona) tal y como se refleja en la Tabla 3.9.

TABLA 3.9.

**Gasto sanitario en aparatos terapéuticos en países de la eurozona.
Año 2006 (per cápita, euros y porcentaje del PIB)**

	GASTO TOTAL		Gasto público		Gasto privado	
	per cápita	% PIB	per cápita	% PIB	per cápita	% PIB
Austria	116	0,4	60	0,2	56	0,2
Bélgica	38	0,1	25	0,1	13	0,0
Finlandia	71	0,2	n.d.	n.d.	71	0,2
Francia	131	0,5	53	0,2	78	0,3
Alemania	129	0,5	76	0,3	53	0,2
Portugal	27	0,2	7	0,0	19	0,1
España	39	0,2	4	0,0	35	0,2

Nota: no hay datos para Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo y Países Bajos.

Fuente: OCDE (2008).

En Austria, Francia y Alemania, por ejemplo, ese gasto total, en términos de PIB, representa el 0,4%-0,5% (más del doble del valor que alcanza en España). Sólo países como Portugal o Bélgica, presentan valores similares o inferiores al nuestro (0,2%-0,1% del PIB).

La desagregación entre el gasto privado y el gasto público muestra que el menor nivel de nuestro país es fruto del menor gasto público, puesto que nuestro gasto privado en estos productos es igual al del

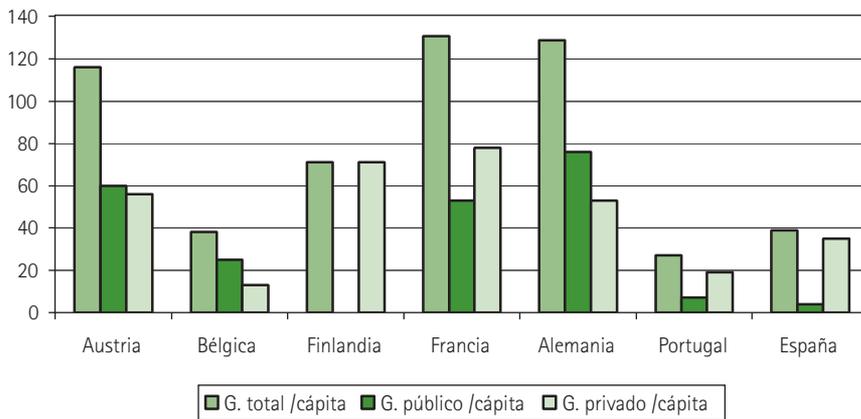
resto de países en términos de PIB (el 2% del PIB) o incluso superior (Portugal y Bélgica, 0,1% y 0,0% del PIB, respectivamente). Mientras que el gasto público en España (0,0% del PIB) se sitúa claramente por debajo del resto, excepto en el caso de Portugal que alcanza los mismos niveles que nosotros en términos de PIB.

Los valores per cápita reflejan esas mismas diferencias: valores cercanos a 130 euros per cápita en países como Francia o Alemania frente a los 39 euros per cápita que registra España y los 38 y 27 euros per cápita de Bélgica y Portugal, respectivamente.

España es el país que menor gasto público per cápita alcanza (4 euros) frente al intervalo en el que se sitúan Austria, Francia y Alemania, entre los 76 y 53 euros per cápita, a gran distancia de Bélgica (25 €/p.c.) e incluso por debajo de Portugal (7 €/p.c.). Por su parte, el gasto privado per cápita en España, aunque por debajo del nivel de los países mencionados previamente, es claramente superior al registrado en Portugal y Bélgica (35 €/p.c., 19 €/p.c. y 13 €/p.c., respectivamente).

GRÁFICO 3.7.

Gasto sanitario per cápita en aparatos terapéuticos en países de la eurozona. Año 2006 (euros)

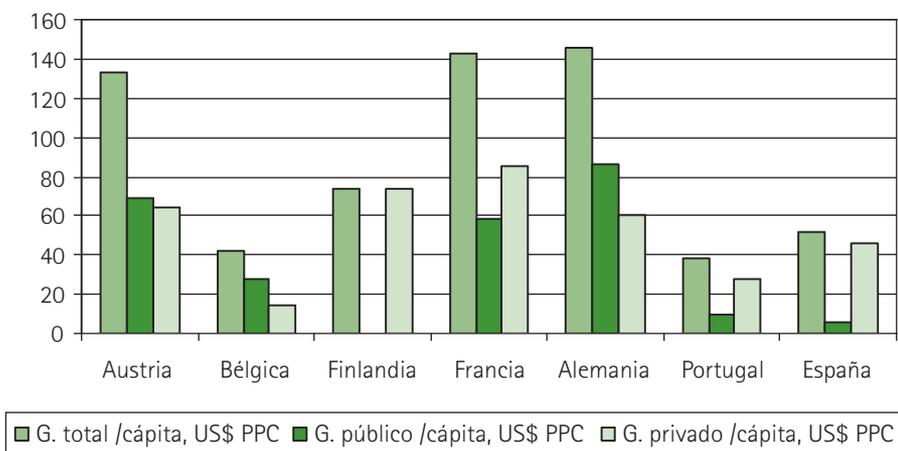


Fuente: elaboración propia a partir de OCDE (2008).

Los valores en términos de paridad de poder de compra no alteran estas conclusiones, tal y como puede apreciarse en el Gráfico 3.8.

GRÁFICO 3.8.

*Gasto sanitario per cápita en aparatos terapéuticos en países de la eurozona.
Año 2006 (PPC en dólares USA)*



Fuente: elaboración propia a partir de OCDE (2008).

La Encuesta de Presupuestos Familiares contempla, entre las partidas de gasto en salud, los importes dedicados a aparatos y material terapéutico⁴⁷. Este subgrupo puede considerarse un indicador del gasto privado en productos de esta naturaleza puesto que incluye los comprados en farmacias, tiendas de material terapéutico o similares y no se incluyen los proporcionados a los pacientes en hospitales o similares, tanto si se encuentran hospitalizados como si no lo están. Sin embargo, al igual que en el caso anterior presenta la importante limitación de que no incluye todos los apoyos técnicos que adquieren los discapacitados (entre otros, quedan excluidos aquéllos que no tengan carácter sanitario) e incluye productos que no pueden considerarse apoyos técnicos para dependientes. El gasto total dedicado a aparatos y material terapéutico en 2006 se estima en 2.924,2 millones de euros, lo que implica un gasto medio por hogar de 184,4 euros, un gasto medio por persona de 86,71 euros y un gasto medio por unidad de consumo de 102,08 euros.

47) Se consideran aparatos y material terapéutico los siguientes productos:

- Gafas y cristales graduados.
- Audífonos y otros aparatos de ayuda a la audición.
- Lentes de contacto.
- Ojos de cristal, miembros artificiales, armaduras ortopédicas, corsetes y otros aparatos ortopédicos, calzado ortopédico, ...
- Aparatos para masajes médicos, lámparas de tratamiento.
- Sillas de ruedas con y sin motor, coches de inválido, muletas, bastones ortopédicos, andadores.
- Prótesis dentales y dentaduras postizas.
- Reparación de aparatos y material terapéutico.

Por el lado de la oferta, la principal característica que se percibe es la inexistencia de datos agregados sobre el sector que permitan realizar un análisis estructurado del mismo. La información proporcionada por la Federación Española de Ortesistas y Protésistas (FEDOP) y por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN)⁴⁸ señala que el volumen del mercado de la tecnología de la rehabilitación ascendió a 360,6 millones de euros⁴⁹. El desglose de este importe muestra que:

- Del agente generador del gasto: 110,4 millones de euros se destinan a la sanidad pública (31%) y 250,2 millones de euros al mercado privado (69%).
- Por grandes grupos de productos: Órtesis (50%), Exoprótesis (15%) y Otros –ayudas para la movilidad personal, mobiliario y varios– (35%).

A partir de las distintas fuentes de información referidas podríamos establecer una Tabla resumen en la que se pone de manifiesto la disparidad de las cifras, derivadas de las importantes diferencias metodológicas y conceptuales de las distintas fuentes.

TABLA 3.10.
Distintos indicadores del gasto sanitario en ayudas terapéuticas.
Año 2006 (total en millones de euros y medio en euros)

	Total		Gasto medio privado		
	Privado	Público		Per cápita	
Health Data OCDE	1.549	191		35	
Encuesta de Presupuestos Familiares INE	Privado		Por hogar	Medio por persona	Medio por unid. consumo
	2.924		184,4	66,7	102,1

Fuente: OCDE (2008), INE (2007) y elaboración propia.

Si bien, en prácticamente todas las fuentes consultadas se obtiene una importante conclusión común: la mayor parte del gasto en ayudas técnicas corresponde al sector privado (en un porcentaje que se sitúa, en función de la fuente elegida, entre el 70% y el 90% del gasto total).

3.3. APORTACIÓN ECONÓMICA DE LOS DEPENDIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Dentro de este epígrafe, cuyo objetivo es estimar la aportación económica derivada del consumo de servicios residenciales de atención a la dependencia, se distinguen dos colectivos de dependientes en función de la edad: por una parte se estima la aportación económica de las personas mayores y personas

48) CENAT (2008) y CERMI (2005).

49) Dato referido al año 2001.

mayores dependientes que viven en residencias y por otra parte se estima la aportación económica de personas menores de 65 años en situación de dependencia que están institucionalizados. Finalmente se hace referencia a la cantidad de recursos de atención residencial para dependientes concedidos por el SAAD, según los últimos datos disponibles.

3.3.1. Aportación económica de las personas mayores dependientes institucionalizadas

Cada vez son más las personas mayores en situación de dependencia que son atendidas en centros residenciales que ofrecen un cuidado integral. De hecho los estudios realizados sobre distribución de cartera de servicios por grados de dependencia⁵⁰ recomiendan, para los grandes dependientes la institucionalización en centros residenciales. En este sentido el propio SAAD, al definir la intensidad y cuantía de las prestaciones⁵¹, fija un máximo de 22,5 horas semanales para los grandes dependientes con Nivel 2.

Desde el punto de vista económico la atención residencial a personas dependientes implica la presencia de economías de escala y una racionalización de costes, que aun siendo elevados, resultarían insostenibles bajo la alternativa de atención en domicilio.

Según los últimos datos del IMSERSO⁵², en enero de 2007 había 193.422 plazas residenciales para personas mayores dependientes, el 62% de la oferta total residencial. Si consideramos un precio unitario por plaza residencial para dependiente de 17.064,2 euros/año (46,75 euros/día) y una ocupación del 100% de la oferta de plazas para dependientes, el gasto estimado asciende a 3.300 millones de euros de 2007, cifra que representa el 0,31% del PIB⁵³ (Tabla 3.11.).

Si consideramos el conjunto de plazas residenciales (incluidas las plazas para estancia temporal concebidas como servicio de respiro familiar), la demanda de servicios residenciales para personas mayores representa el 0,32% del PIB en 2007 (3.399 millones de euros), correspondiendo un 97% del mismo (0,31% del PIB) a los servicios residenciales para personas mayores dependientes.

50) Ver IMSERSO-Fundación SAR (2006) *Calidad y Dependencia. Grados de Dependencia y necesidades de servicios*; IMSERSO (2005) *Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España*; La Caixa (2005) *Esperanza de vida en salud y costes individuales de cuidados de larga duración*.

51) RD 727/2007 de 8 de junio.

52) *Servicios Sociales para Personas Mayores en España. Enero 2007. Perfiles y Tendencias* N° 32. Noviembre 2007 (IMSERSO-Observatorio de Personas Mayores).

53) Para la estimación del gasto, seguimos la misma metodología que en el Estudio *Economía y Personas Mayores* (2008) Colección Estudios. Serie Personas Mayores N° 11003- IMSERSO.

TABLA 3.11.

Aportación económica de servicios residenciales para personas mayores dependientes. Enero 2007

Plazas Residenciales	Número	% Ocupación	Nº Plazas ocupadas	Precio/Plaza (€/año)	Gasto Estimado (Mill€/año)	%/PIB
Públicas	73.116	100%	73.116	17.020,10	1.244,44	0,12%
Concertadas	68.706	100%	68.706	14.802,50	1.017,02	0,10%
Privadas Puras	169.908	90%	152.917		1.132,98	0,11%
Total PI Residenciales	311.730		294.739		3.394,44	0,32%
Total Pl. para Dependientes	193.422	100%	193.422	17.064,20	3.300,59	0,31%
Pl. Estancia Temporal	3.818	100%	3.818	1.233,54	4,71	0,00%
Total Pl. Residencia +E. Temporales	315.548		298.557		3.399,15	0,32%
PIB (Mill €)	1.050.595					

Fuente: elaboración propia a partir de IMSERSO (2007) *Servicios Sociales para Personas Mayores en España. Enero 2007*. Perfiles y Tendencias Nº 32; Contabilidad Nacional de España (www.ine.es).

3.3.2. Servicios residenciales concedidos por el SAAD. Situación a noviembre de 2008

Dentro del catálogo de prestaciones y servicios para personas en situación de dependencia se encuentran los servicios de atención residencial cuyo objetivo es ofrecer una asistencia integral a personas con un alto grado de dependencia.

Según los últimos datos disponibles, ofrecidos por el SAAD, en noviembre de 2008 había un total de 54.238 prestaciones de atención residencial reconocidas, cifra que representa el 13,6% del total de prestaciones reconocidas y de los beneficiarios con derecho a cobertura en 2008 (Gran dependencia y Dependencia severa-Nivel 2). Asimismo el total de servicios residenciales reconocidos representa un 10,5% del conjunto de dictámenes con algún grado de dependencia y el 16,3% de los valorados como grandes dependientes (Grado III) (Tabla 3.6).

Las Comunidades Autónomas con un mayor número de prestaciones de atención residencial reconocidas son Andalucía, C. Valenciana, Madrid y País Vasco con un total de 32.741 beneficiarios de servicios residenciales, el 60,4% del total. Madrid es la comunidad en la que el peso de las prestaciones de atención residencial sobre el total de prestaciones reconocidas es mayor, alcanzando casi el 42%. En Asturias, Cantabria, C. Valenciana y País Vasco el peso de las prestaciones de atención residencial es también alto, oscilando entre el 23,7% y el 32% del conjunto de prestaciones reconocidas, frente a una media nacional de 13,6% (Tabla 3.12).

TABLA 3.12.

Prestaciones de Atención Residencial para personas dependientes reconocidas por el SAAD Noviembre 2008

Ámbito Territorial	Servicios	Total Prestaciones	Total	Dictámenes
	A. Residencial	reconocidas	Beneficiarios*	Total Grados
Andalucía	10.243	109.208	109.208	153.222
Aragón	2.169	16.561	16.561	22.556
Asturias	2.717	11.458	11.458	14.544
Baleares	647	5.782	5.782	8.020
Canarias	231	6.636	6.636	8.431
Cantabria	1.861	7.592	7.592	11.685
Castilla y León	4.106	22.665	22.665	30.067
Castilla-La Mancha	3.057	22.444	22.444	30.532
Cataluña	1.564	62.622	62.622	77.519
C. Valenciana	7.673	25.417	25.417	28.951
Extremadura	1.684	8.999	8.999	13.057
Galicia	2.255	30.026	30.026	38.614
Madrid	7.907	18.868	18.868	21.080
Murcia	6	16.146	16.146	16.146
Navarra	696	5.462	5.462	11.299
País Vasco	6.918	21.631	21.631	21.631
La Rioja	457	4.811	4.811	6.291
Ceuta y Melilla	47	1.086	1.086	2.027
TOTAL	54.238	397.414	397.414	515.672

Ámbito Territorial	Servicios	%/Total Prestaciones	%/Total	%/Dictámenes	%/Dictámenes
	A. Residencial	reconocidas	Beneficiarios*	Total Grados	Grado III
Andalucía	10.243	9,4%	9,4%	6,7%	11,3%
Aragón	2.169	13,1%	13,1%	9,6%	15,2%
Asturias	2.717	23,7%	23,7%	18,7%	27,3%
Baleares	647	11,2%	11,2%	8,1%	13,5%
Canarias	231	3,5%	3,5%	2,7%	4,0%
Cantabria	1.861	24,5%	24,5%	15,9%	30,1%
Castilla y León	4.106	18,1%	18,1%	13,7%	21,4%
Castilla-La Mancha	3.057	13,6%	13,6%	10,0%	16,1%
Cataluña	1.564	2,5%	2,5%	2,0%	2,9%
C. Valenciana	7.673	30,2%	30,2%	26,5%	35,1%
Extremadura	1.684	18,7%	18,7%	12,9%	22,0%
Galicia	2.255	7,5%	7,5%	5,8%	8,9%
Madrid	7.907	41,9%	41,9%	37,5%	62,8%
Murcia	6	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Navarra	696	12,7%	12,7%	6,2%	17,3%
País Vasco	6.918	32,0%	32,0%	32,0%	38,4%
La Rioja	457	9,5%	9,5%	7,3%	11,2%
Ceuta y Melilla	47	4,3%	4,3%	2,3%	5,7%
TOTAL	54.238	13,6%	13,6%	10,5%	16,3%

Fuente: elaboración propia a partir de Estadísticas SAAD (www.saad.mtas.es)

*Beneficiarios según cobertura 2008: $GIII(N''+N1)+GII(N2)$.

Capítulo 4. Los principales recursos de las personas dependientes y sus familias

4. LOS PRINCIPALES RECURSOS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS

El objetivo de este capítulo es llevar a cabo un análisis de la composición y cuantificación de los recursos de las personas dependientes y de sus familias. El estudio se aborda distinguiendo dos fuentes principales de recursos: los procedentes de las prestaciones públicas y los procedentes del activo patrimonial del dependiente.

Dentro de los recursos procedentes de las prestaciones públicas se analizan y cuantifican tanto las prestaciones monetarias dirigidas a personas dependientes y a sus familiares como las prestaciones en especie, fundamentalmente a través de los servicios que ofrece el sector público al colectivo objeto de estudio.

La importancia de estas ayudas públicas, tanto para el dependiente como para su familia, queda patente en el trabajo de campo de nuestro análisis sociológico. La visión que tienen de las mismas puede sintetizarse en los siguientes términos: se consideran como "fundamentales" para paliar el gasto de las familias, varían mucho según la región y la localidad, generalmente se valoran de forma positiva, existe un conocimiento desigual de las ayudas disponibles, el cuidador prefiere las de carácter económico (monetarias), se demanda un aumento de los servicios de rehabilitación, cuidado a domicilio y centros de día, y, cuando se mencionan ayudas concretas, el dependiente destaca sobre todo las dedicadas a compra de instrumentos de apoyo técnico y las dirigidas a adaptación del hogar. La queja general más compartida en este ámbito se centra en que no existe un lugar de referencia que centralice toda la información sobre las ayudas a la dependencia y al cuidado, al mismo tiempo que se hace patente la diversidad existente en el territorio nacional en relación con las situaciones, el ritmo en la aplicación de la Ley y el nivel de información.

4.1. PRESTACIONES ECONÓMICAS (MONETARIAS)

Tal y como se ha recogido en el primer capítulo de este estudio, la Ley de Dependencia recoge expresamente tres tipos de prestaciones económicas (reguladas en los artículos 17 a 20 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia). Estas prestaciones son las siguientes:

- Prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio.
- Prestación económica por cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal.

Pero también existen otras ayudas económicas que no figuran como prestaciones económicas en sentido estricto dentro de la Ley. Dichas ayudas son las siguientes:

- Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal (Disposición adicional tercera). Se trata de ayudas técnicas, accesibilidad y adaptaciones en el hogar.
- Beneficios fiscales a la contratación, por los beneficiarios, de instrumentos privados de cobertura de la dependencia que faciliten el copago (Disposición adicional séptima).

En este apartado, no trataremos ni las destinadas a prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar ni los beneficios fiscales, por ser objeto de análisis específico en otros capítulos de este estudio.

El tratamiento que reciben las prestaciones económicas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se caracteriza por los siguientes elementos:

1. Se prioriza la prestación de servicios frente a las prestaciones económicas, puesto que estas últimas se contemplan de forma excepcional¹.
2. La cuantía percibida en concepto de prestaciones económicas se verá reducida por el importe que se perciba de otras prestaciones de protección social de similar naturaleza/finalidad.

Así, en virtud del artículo 31 de la Ley, se establece que la cuantía percibida en concepto de prestaciones económicas, se verá reducida por la cantidad recibida de cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad, establecida en los regímenes públicos de protección social. Además, se especifican las prestaciones que, en particular, se deducirán de la cuantía obtenida los siguientes complementos: el de gran invalidez, por hijo a cargo, mayor de 18 años, con discapacidad superior al 75%, los de tercera persona tanto en pensiones de invalidez no contributivas como en prestaciones de la LISMI. La redacción textual de dicho artículo es del siguiente tenor:

“Artículo 31. Prestaciones de análoga naturaleza y finalidad.

La percepción de una de las prestaciones económicas previstas en esta Ley deducirá de su cuantía cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos de protección social. En particular, se deducirán el complemento de gran invalidez regulado en el artículo 139.4 de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, el complemento de

1) Esta circunstancia legal se produce en todas las prestaciones económicas, tal y como se verá en el cuadro de desarrollo correspondiente. Tanto en la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio (sólo puede recibirse cuando no se disponga del servicio público o privado concertado requerido) como en la compensación económica por cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (de carácter excepcional, con requisitos específicos) y la prestación económica de asistencia personal (sólo para gran dependencia). Sin embargo, tal y como se verá en el capítulo dedicado a prestaciones económicas dedicadas a cuidados familiares, las estadísticas sobre prestaciones reconocidas pone de manifiesto que este tipo de prestaciones económicas tienen un peso importante, puesto que suponen casi una cuarta parte del total.

la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de discapacidad igual o superior al 75%, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, y el subsidio de ayuda a tercera persona de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)."

A su vez, la disposición adicional décimosexta de la Ley establece que las pensiones no contributivas son compatibles con otros ingresos o rentas. Pero si dichos ingresos superan el 25% del importe anual establecido para la pensión no contributiva (82,11 euros al mes en 2008), dicha pensión se verá reducida por la cuantía de las rentas/ingresos que superen dicho porcentaje.

Una vez especificadas las peculiaridades de las prestaciones económicas recogidas en la Ley de Dependencia y su interrelación con otras prestaciones de análoga naturaleza/finalidad en el ámbito de la protección social pública, pasamos a identificar las principales ayudas dirigidas a las personas en situación de dependencia y sus familiares. Las hemos agrupado atendiendo a dos criterios: cuál es el colectivo que se intenta proteger (básicamente, dependientes y/o discapacitados) y cuál es la naturaleza de la ayuda (pensiones o ayudas de otro tipo).

En la Tabla 4.1. se presenta un resumen de las principales prestaciones monetarias² atendiendo a estos aspectos, con indicación del tipo de ayuda, los requisitos, la cuantía y otros aspectos relevantes.

2) Sólo se han considerado las prestaciones monetarias a residentes (no se incluyen, por tanto, las que disfrutaban emigrantes...). A su vez, tal y como se ha indicado anteriormente, las prestaciones económicas por cuidados familiares y los beneficios fiscales serán objeto de análisis en otros capítulos de este estudio.

TABLA 4.1.

Principales prestaciones económicas en términos monetarios. Año 2008

COLECTIVO	Tipo de ayuda	Requisitos	Cuantía. Año 2008
PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	Prestación económica vinculada al servicio.	<ul style="list-style-type: none"> - Dependencia en grado III (nivel I y II) y grado II (nivel II) ³. - Si no se dispone de servicio público o privado concertado. - Requisitos y condiciones de acceso a establecer por cada CC.AA. 	<ul style="list-style-type: none"> - La cuantía máxima se establece anualmente por el Gobierno mediante RD (previo acuerdo del Consejo Territorial), actualizándose por el IPC. Grado III. Nivel II 811,98 euros/mes Grado III. Nivel I 608,98 euros/mes Grado II. Nivel II 450,00 euros/mes - Cuantía individual variable en función del grado de dependencia y la capacidad económica del beneficiario.
	Prestación económica de asistencia personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Sólo para dependencia en grado III (nivel I y II). - Para contratar a una tercera persona. - Requisitos y condiciones de acceso a establecer por cada CC.AA. 	<ul style="list-style-type: none"> - La cuantía máxima se establece anualmente por el Gobierno mediante RD (previo acuerdo del Consejo Territorial), actualizándose por el IPC. Grado III. Nivel II 811,98 euros/mes Grado III. Nivel I 608,98 euros/mes -Cuantía individual variable en función del grado de dependencia y la capacidad económica del beneficiario.

3) Únicos niveles de dependencia cubiertos en 2008, en virtud del calendario progresivo de implantación de la Ley. Ver calendario de implantación en apartado 1.

TABLA 4.1. (continuación)

COLECTIVO	Tipo de ayuda	Requisitos	Cuantía. Año 2008
	Ayuda económica (subvención) para adquisición de ayudas técnicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Dependencia en grado III (nivel I y II) y grado II (nivel II) ⁴. - Requisitos y condiciones de acceso a establecer por cada CC-AA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Según convocatoria de la Administración General del Estado o las CC-AA, en función de las disponibilidades presupuestarias.
	Ayuda económica (subvención) para accesibilidad y adaptaciones del hogar.	<ul style="list-style-type: none"> - Dependencia en grado III (nivel I y II) y grado II (nivel II) ⁵. - Requisitos y condiciones de acceso a establecer por cada CC-AA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Según convocatoria de la Administración General del Estado o las CC-AA, en función de las disponibilidades presupuestarias.
PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Pensión de incapacidad/invalidez contributiva.		<ul style="list-style-type: none"> - Cuantía individual variable, se determina en función de las aportaciones efectuadas (base reguladora). - SOVI 356,20 euros mensuales.
		<ul style="list-style-type: none"> - Son prestaciones económicas supeditadas a un periodo mínimo de cotización, siempre que se cumplan los demás requisitos exigidos (mínimo 33% de incapacidad). - Trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y visiblemente definitiva, que disminuyen o anulan su capacidad laboral. 	

4) Únicos niveles de dependencia cubiertos en 2008, en virtud del calendario progresivo de implantación de la Ley. Ver calendario de implantación en apartado 1.

5) Únicos niveles de dependencia cubiertos en 2008, en virtud del calendario progresivo de implantación de la Ley. Ver calendario de implantación en apartado 1.

TABLA 4.1. (continuación)

COLECTIVO	Tipo de ayuda	Requisitos	Cuantía. Año 2008
		<ul style="list-style-type: none"> - Se incluyen incapacidad permanente (total, absoluta y gran invalidez) e invalidez SOVI. 	
	Pensión de invalidez no contributiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad \geq 65% - Edad entre 18 y 65 años. - Estado de necesidad. - 5 años de residencia en España (2 inmediatos anteriores a la solicitud). 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuantía individual variable en función de las rentas del ciudadano y/o los de su unidad de convivencia (nunca puede ser inferior al 25% de la cuantía básica que fija el Estado en cada ejercicio a través de los PGE). - Complemento del 50% de la cuantía básica si discapacidad \geq 75 % y necesidad de apoyo de 3ª persona para AEV. <p>Los importes fijados por el Estado para 2008 son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integra 328,44 euros/mes - Mínimo (25%) 82,11 euros/mes - Integra + 50% 492,66 euros/mes
	Pensiones asistenciales de invalidez o incapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermos o inválidos incapacitados para el trabajo. - Sin medios económicos o inferiores al importe de estas ayudas. 	<ul style="list-style-type: none"> - 149,86 euros/mes
	Subsidio de garantía de ingresos mínimos (SGIM). A extinguir.	<ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 18 años. - Sin medios de subsistencia. - Discapacidad \geq 65% 	<ul style="list-style-type: none"> - 149, 86 euros/mes

TABLA 4.1. (continuación)

COLECTIVO	Tipo de ayuda	Requisitos	Cuantía. Año 2008
	Subsidio por ayuda de tercera persona (SATP). A extinguir.	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad que implique el apoyo de una 3ª persona para AEV. 	<ul style="list-style-type: none"> - 58,45 euros/mes
	Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte (SMGT).	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamiento fuera del domicilio habitual. - Mayores de 3 años. - Personas con discapacidad con graves dificultades para utilizar transporte colectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - 56,14 euros/mes (12 pagas)
	Prestación económica por hijo menor de edad discapacitado.	<ul style="list-style-type: none"> - Hijo menor de 18 años. - Discapacidad \geq 33% 	<ul style="list-style-type: none"> - 250 euros/trimestre ó 1.000 euros/año
	Prestación económica por hijo mayor de edad discapacitado.	<ul style="list-style-type: none"> - Hijo mayor de 18 años. - Discapacidad \geq 65% 	<ul style="list-style-type: none"> - 328,44 euros/mes ó 3.951,28 euros/año
	Prestación económica por hijo mayor de edad discapacitado y apoyo de 3ª persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Hijo mayor de 18 años. - Discapacidad \geq 75% - Necesidad de concurso de 3ª persona. 	<ul style="list-style-type: none"> - 492,66 euros/mes ó 5.911,92 euros/año.
	Prestación económica por nacimiento o adopción de hijo... en caso de madres discapacitadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad de la madre \geq 65% - Paga única, variable en función de los ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1000 euros/año.
	Viajes de turismo y termalismo.	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con discapacidad y colectivos específicos (Downs, autismo, espina bifida...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Entre el 50% y el 200% del coste de la plaza.

TABLA 4.1. (continuación)

COLECTIVO	Tipo de ayuda	Requisitos	Cuantía. Año 2008
	Subvenciones extraordinarias para rehabilitación, movilidad y comunicación, eliminación de barreras arquitectónicas, adquisición de recursos técnicos, transporte, comedor, residencia,...	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con discapacidad. - Beneficiarios de centros estatales de titularidad del IMSERSO. 	<ul style="list-style-type: none"> - Según catálogo de la convocatoria.

Cada comunidad autónoma y corporación local ofrece una amplia variedad de ayudas cuya finalidad pretende cubrir estos riesgos, que no son objeto de análisis individualizado en este estudio.

Una vez especificadas las principales prestaciones económicas (monetarias) de carácter público, pasamos a analizar los datos disponibles sobre cada una de ellas, con objeto de cuantificar los recursos que se derivan para el dependiente de estas fuentes de renta.

4.1.1. Prestaciones económicas derivadas de situación de dependencia (SAAD)

La información estadística referente a este conjunto de prestaciones, ofrecida por el SAAD, se sintetiza en la Tabla 4.2.

TABLA 4.2.

Prestaciones Económicas (monetarias) reconocidas para personas en situación de dependencia. Noviembre 2008 (nº de prestaciones y % sobre total de prestaciones)

Ámbito Territorial	P.E. Vinculada al Servicio (A)		P.E. Asistencia Personal (B)		Total Prestac. Económ. (A)+(B)		Pro memoria: Total prestaciones reconocidas
	Total	%	Total	%	Total	%	
Andalucía	1.229	1,1%	18	0,02%	1.247	1,1%	109.208
Aragón	780	4,7%	0	0,00%	780	4,7%	16.561
Asturias	198	1,7%	0	0,00%	198	1,7%	11.458
Baleares	9	0,2%	0	0,00%	9	0,2%	5.782
Canarias	0	0,0%	0	0,00%	0	0,0%	6.636
Cantabria	0	0,0%	0	0,00%	0	0,0%	7.592
Castilla y León	2.219	9,8%	6	0,03%	2.225	9,8%	22.665
Castilla-La Mancha	26	0,1%	2	0,01%	28	0,1%	22.444
Cataluña	3.470	5,5%	11	0,02%	3.481	5,6%	62.622
C. Valenciana	363	1,4%	0	0,00%	363	1,4%	25.417
Extremadura	965	10,7%	0	0,00%	965	10,7%	8.999
Galicia	421	1,4%	15	0,05%	436	1,5%	30.026
Madrid	0	0,0%	0	0,00%	0	0,0%	18.868
Murcia	1	0,0%	0	0,00%	1	0,0%	16.146
Navarra	664	12,2%	0	0,00%	664	12,2%	5.462
País Vasco	380	1,8%	106	0,49%	486	2,2%	21.631
La Rioja	101	2,1%	0	0,00%	101	2,1%	4.811
Ceuta y Melilla	53	4,9%	0	0,00%	53	4,9%	1.086
Total	10.879	2,7%	158	0,04%	11.037	2,8%	397.414

Esta información, sobre prestaciones reconocidas por el SADD, presenta una importante limitación analítica. Esta se concreta en que del total de prestaciones reconocidas, casi un 50%⁶ se incluye dentro del concepto prestaciones sin especificar. Estas partidas no especificadas oscilan de forma importante entre comunidades autónomas, de forma que apenas representa el 0,23% en el caso de País Vasco y asciende al 83% en el caso de Canarias.

Los datos disponibles sobre las prestaciones económicas analizadas en este epígrafe, nos informan de que el número total de estas prestaciones reconocidas a noviembre de 2008 asciende a 11.037, apenas el 3% del total de prestaciones de dependencia reconocidas (monetarias y en especie). Hecho que pone claramente de manifiesto el carácter excepcional de estas ayudas dentro del Sistema.

La distribución territorial de las prestaciones económicas muestra que tres comunidades autónomas alcanzan un porcentaje sensiblemente superior a la media nacional, respecto al total de prestaciones de dependencia reconocidas en esa Comunidad Autónoma. Así, en Navarra, Extremadura y Castilla y León ese porcentaje se sitúa en torno al 10%, mientras que en otras comunidades se sitúa en el entorno del 0% (Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Madrid y Murcia).

En términos agregados, existe una fuerte concentración de las prestaciones económicas reconocidas, puesto que tres comunidades autónomas (Andalucía, Castilla y León y Cataluña) absorben el 63% del número total de prestaciones económicas reconocidas a noviembre de 2008.

Por tipo de prestación económica, la prestación vinculada al servicio representa el 99% del total frente a un insignificante 1% de las prestaciones de asistencia personal. Por Comunidades Autónomas, el País Vasco constituye la única excepción a esta prácticamente nula importancia de las prestaciones de asistencia personal, puesto que éstas representan el 22% del total de prestaciones económicas reconocidas por esta Comunidad Autónoma.

El SAAD no proporciona información sobre la prestación media reconocida, ya sea vinculada al servicio o por asistencia personal, por lo que no se puede ofrecer información cuantitativa en este sentido.

En la medida en que la información estadística facilitada por el SAAD, tampoco informa, con carácter desagregado, sobre las ayudas percibidas en concepto de ayudas técnicas, accesibilidad y adaptación del hogar, hemos de acudir a otras fuentes de información.

La información disponible, a este respecto, es muy limitada. Entre las distintas fuentes hemos elegido, en primer lugar, la referida a personas mayores y facilitada por el IMSERSO, tal y como muestra la Tabla 4.3.

6) Del conjunto de prestaciones de dependencia reconocidas un 48,84% (194.136) se catalogan como prestaciones sin especificar, según datos del SAAD a noviembre de 2008.

TABLA 4.3.

Gasto en servicios sociales para personas mayores en ayudas para adaptación de vivienda y ayudas técnicas. Enero 2007 (número de usuarios, gasto medio anual por usuario y gasto total)

ÁMBITO TERRITORIAL	ADAPTACIÓN DE VIVIENDA			AYUDAS TÉCNICAS			GASTO TOTAL (en mills. euros)
	Nº Usuarios	€/año/usuario	Gasto total (en mills. de euros)	Nº Usuarios	€/año/usuario	Gasto total (en mills. de euros)	
Andalucía	5.141	1.220,20	6,27	556	702,3	0,39	6,66
Aragón	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		
Asturias	66	1.271,20	0,08	282	437,2	0,12	0,21
Baleares	24	1.432,00	0,03	293	460,1	0,13	0,17
Canarias	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		
Cantabria	70	244,6	0,02	103	749,4	0,08	0,09
Castilla y León	599	755,7	0,45	414	198,7	0,08	0,53
Castilla-La Mancha	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		
Cataluña	445	2.634,00	1,17	196	1.188,00	0,23	1,40
C. Valenciana	121	1165	0,14	1.346	n.d.		0,14
Extremadura	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		
Galicia	89	n.d.		1.158	640,4	0,74	0,74
Madrid	1.711	1.069,00	1,83	n.d.	n.d.		1,83
Murcia	725	1.021,30	0,74	826	695,8	0,57	1,32
Navarra	n.d.	n.d.		693	524,1	0,36	0,36
País Vasco	186	2.200,00	0,41	172	575	0,10	0,51
La Rioja	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		
Ceuta	292	729,4	0,21	123	434	0,05	0,27
Melilla	5	n.d.		n.d.	n.d.		
TOTAL	9.474	1.249	11,37	6.162	600	2,87	14,24

Fuente: elaboración propia a partir de IMSERSO y Alboma 2000, S.L (2007).

A partir de la información contenida en la Tabla 4.3. se detecta la ausencia de información o información incompleta en un número significativo de comunidades autónomas. Así, no se dispone de información para Aragón, Canarias, Castilla La Mancha, Extremadura y Melilla, y la información es incompleta para Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y Navarra.

El número total de beneficiarios para adaptación de vivienda, casi 9.500, supera ampliamente a los beneficiarios de ayudas técnicas, poco más de 6.200. En términos de gasto medio por usuario, la diferencia en términos de cuantía implica que la ayuda para adaptación de vivienda (como es lógico y tal y como hemos analizado en el apartado 3.2. de este estudio) duplica a la obtenida para ayudas técnicas (1.249 €/año/usuario frente a 600 €/año/usuario).

El gasto total en adaptación de vivienda supone 11,4 millones de euros y el gasto en ayudas técnicas asciende a 2,9 millones de euros, lo que implica un gasto agregado por estos dos conceptos que supone en torno a 14,3 millones de euros, lo que representa un insignificante 0,001 % del PIB⁷. Una Comunidad Autónoma, Andalucía, es responsable del 47% del gasto total, por su enorme peso en las ayudas para adaptación de vivienda, como veremos en los párrafos siguientes.

Una característica constante en todos los recursos sociales, también reflejada en estas ayudas, es la enorme dispersión y las diferencias entre comunidades autónomas. El número de usuarios es muy diferente entre sí, y también pueden apreciarse importantes diferencias en términos del gasto que supone cada uno de ellos en euros/año/usuario.

Así, dentro de las ayudas para adaptación de la vivienda, Andalucía supone el 54% del total de usuarios de esta ayuda, seguida de Madrid con el 18%. Lo que implica que sólo dos comunidades autónomas representan el 72% del total de usuarios, a nivel nacional, de este tipo de ayuda social. Como referencia indicativa de la desproporción que implica esta distribución podemos tomar tres indicadores del capítulo de población de este estudio:

- La población total de estas dos comunidades representa poco más del 31% de la población nacional (Andalucía, el 18%, y Madrid, el 13%).
- La población de 65 años y más de ambas representa el 29% del total nacional (Andalucía, el 14,6%, y Madrid, el 14,4%).
- Las personas dependientes en dichas comunidades supone en torno al 30% del total nacional (Andalucía, el 19,7%, y Madrid, el 10,5%).

Las cuantías por usuario en las ayudas para adaptación de vivienda también ofrecen valores muy diferentes entre las distintas comunidades autónomas. En este caso, Cataluña y País Vasco destacan por una ayuda media que duplica o casi duplica la media nacional (2.634 €/año/usuario y 2.200 €/año/usuario, respectivamente). Mientras que Cantabria, Castilla y León y Ceuta se sitúan en unos valores muy lejanos (245 €/año/usuario, 756 €/año/usuario y 729 €/año/usuario, respectivamente).

En el caso de las ayudas técnicas, la concentración en cuanto a número de usuarios no es tan acusada. Si bien se aprecian diferencias que tampoco están correlacionados con parámetros de población, con comunidades que absorben en torno al 20% del total de usuarios (Galicia y Valencia) y otras que se sitúan en torno al 10% (Andalucía, Murcia y Navarra). En términos de cuantías por usuario, en este caso sólo destaca Cataluña, con un importe que duplica la media (1.188 €/año/usuario).

Esta dispersión evidencia una gran desigualdad y disparidad en las ayudas prestadas al usuario entre unas comunidades y otras, y merece ser objeto de reflexión y análisis bajo el principio de la igualdad y la solidaridad interregional.

7) Se ha tomado como referencia el dato del PIB del año 2006, dado que las cifras de gasto se refieren a enero de 2007 (982.303 millones de euros).

Para completar la información relativa a ayudas técnicas, recurrimos a las estadísticas sanitarias. Éstas nos ofrecen una aproximación del gasto sanitario público destinado a ayudas técnicas, mediante el gasto que se incluye dentro del apartado "prótesis y aparatos terapéuticos"⁸.

TABLA 4.4.

Gasto sanitario público en prótesis y aparatos terapéuticos (millones de euros)

	MSC Grupo de Trabajo Gasto Sanitario ⁹	MSC Cuentas Satélite ¹⁰		OCDE Health Data ¹¹	
		2005	2006	2005	2006
Año (último disponible)	2005	2005	2006	2005	2006
Gasto público en aparatos terapéuticos	161,06 ¹²	225,95 ¹³	215,33 ¹³	200	191

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes reseñadas.

Las diferencias metodológicas de las distintas fuentes de referencia¹⁴ generan divergencias en el gasto total por este concepto, que oscila entre un mínimo de 161 millones de euros y un máximo de 225 millones de euros.

Para el análisis de esta partida, optamos por las cifras ofrecidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario y Cuentas Satélite, puesto que esta fuente presenta datos homogéneos y nos ofrece un desglose del gasto Comunidades Autónomas (tanto del total como por persona protegida) que resulta interesante.

8) Las limitaciones metodológicas de esta aproximación se han reseñado en el capítulo 3 apartado 3.2.

9) Gasto Sanitario Público 1999-2005. Clasificación funcional del gasto. Gasto de prótesis y aparatos terapéuticos.

10) Gasto Sanitario Público 1988-2005 y 2002-2006 Cuentas Satélite. Gasto Público en Sanidad. Gasto total consolidado. Prótesis y aparatos terapéuticos. Se incluyen en este apartado los gastos efectuados como transferencia corriente (reintegro de gastos) correspondientes a la entrega de prótesis ortopédicas permanentes o temporales, ayudas a la deambulación, así como las ayudas que pudieran darse para prótesis dentarias, y otras. Los gastos de prótesis quirúrgicas fijas no se incluirán en este apartado, sino en el de servicios hospitalarios.

11) Gasto en aparatos terapéuticos. Ver metodología en capítulo 3 apartado 3.2.

12) Sólo ofrece información desagregada para este concepto por CC.AA. No se refleja, por tanto, el gasto realizado por otros agentes públicos (Administración Central, Seguridad Social y Mutualidades de Funcionarios) que asciende 59,1 millones de euros en 2005.

13) Incluye todo el gasto público consolidado por este concepto, tanto de CC.AA. como de Administración Central, Seguridad Social y Mutualidades de Funcionarios. El desglose del gasto por este concepto entre CC.AA. y el resto es el siguiente: CC.AA. (166,8 millones de euros (2005) y 158,1 millones de euros (2006) y el resto 59,1 millones de euros (2005) y a 57,2 millones de euros (2006).

14) Ver SNS (2008).

TABLA 4.5.

Gasto sanitario en prótesis y aparatos terapéuticos, consolidado de las Comunidades Autónomas (totales en miles de euros y por persona protegida en euros)

	2005		2006	
	Gasto total	Gasto por persona protegida	Gasto total	Gasto por persona protegida**
Andalucía	57.137	8	49.128	7
Aragón	2.740	2	2.635	2
Asturias (Principado de)	1.750	2	1.952	2
Baleares (Islas)	1.648	2	1.325	1
Canarias	2.860	2	3.121	2
Cantabria	1.333	2	1.487	3
Castilla y León	5.778	2	6.442	3
Castilla-La Mancha*	9.934	6	4.380	2
Cataluña	21.176	3	21.952	3
Comunidad Valenciana	31.252	7	33.335	7
Extremadura	2.395	2	1.651	2
Galicia	8.801	3	8.664	3
Madrid (Comunidad de)	8.811	2	10.306	2
Murcia (Región de)	2.990	2	3.065	2
Navarra (Comunidad Foral de)	2.238	4	2.790	5
País Vasco	5.100	2	5.266	3
Rioja (La)	871	3	642	2
Ceuta	--	0	--	0
Melilla	--	0	--	0
TOTAL	166.814	4	158.141	4
(en % del PIB)	0,02%		0,02%	

*Esta Comunidad es la única que ha registrado una fuerte variación por este concepto en el año 2005 con la actualización de las Cuentas Satélite 2006.

**Los datos disponibles, al elaborar este estudio, sobre población protegida del año 2006, del SIAP, no son homogéneos con los utilizados en el año 2005. Por ello, hemos optado por realizar este cálculo manteniendo la misma población protegida que en 2005. Dado el previsible aumento de la población protegida, estas cifras estimadas de gasto por población protegida son superiores a las que se obtendrán con los datos reales del año 2006.

Fuente: elaboración propia a partir de MSC.

La Tabla 4.5. muestra un descenso del 5% del gasto total, en términos agregados, destinado a esta partida por las comunidades autónomas, entre 2005 y 2006. El detalle, por comunidades autónomas, refleja que este descenso es particularmente acusado en Castilla-La Mancha (-56%), Extremadura

(-31%), La Rioja (-26%), Islas Baleares (-20%) y Andalucía (-14%). Mientras que otras comunidades registran aumentos significativos, como es el caso de Navarra (25%) y Madrid (17%).

El gasto por persona protegida (con las limitaciones apuntadas para el año 2006), se mantiene en 4 euros a nivel total, con importantes oscilaciones por comunidades. Andalucía y Valencia registran los valores más altos con 7-8 euros, mientras que los mínimos se sitúan entre 1-2 euros, para varias comunidades autónomas.

4.1.2. Prestaciones económicas derivadas de discapacidad

El análisis cuantitativo de este tipo de prestaciones económicas se realiza, fundamentalmente, mediante la información que ofrece el Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN) en su Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales; complementada por las estadísticas sobre esta misma materia que suministra el IMSERSO (en las que se basa el MTIN).

TABLA 4.6.

Principales prestaciones económicas derivadas de discapacidad. Año 2007

	Pensiones / Prestaciones / Causantes (miles)	Importe prestación Media (euros/mes)	Importe total (miles euros/mes)	Importe total (miles euros/año)
PENSIONES (1)				
- De invalidez contributivas	889	760,71	676.119,05	9.465.666,67
- De invalidez no contributivas ¹⁵	203	392,42	79.819,18	957.830,20
PRESTACIONES ECONÓMICAS LISMI (2)				
- SGIM	33	149,86	5.946,09	71.353,07
- SATP	4	58,45	287,73	3.452,71
- SMGT	3	56,14	167,82	2.013,83
PRESTACIONES FAMILIARES (2)				
- Discapacidad \geq al 33 por 100	76	48,47	3.686,99	43.214,55
- Discapacidad \geq al 65 por 100	96	312,43	29.863,60	358.363,15
- Discapacidad \geq al 75 por 100	57	468,65	26.841,15	322.093,77
TOTAL Pro memoria (% sobre el PIB)			822.731,60	11.223.987,95 1%

(1) La pensión media en pensiones contributivas no incorpora pagas extraordinarias y en pensiones contributivas sí las incorpora.

(2) La prestación media viene dada por las cuantías fijas establecidas anualmente por el Gobierno.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008).

15) Incluye pensiones no contributivas de la Seguridad Social y pensiones asistenciales.

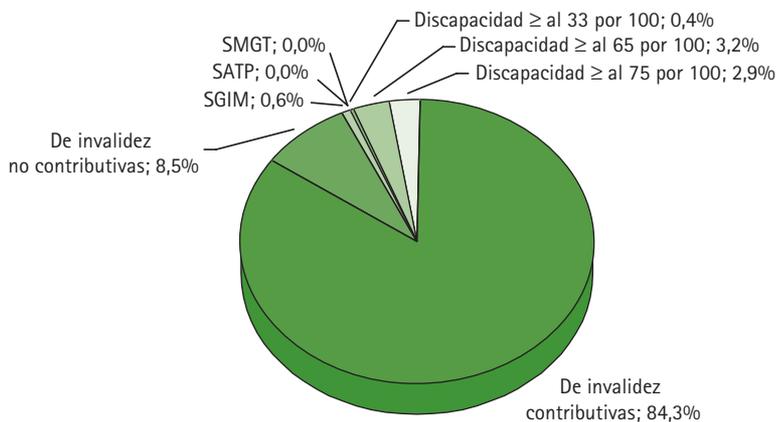
Tal y como refleja la Tabla 4.6., el total de prestaciones económicas derivadas de una situación de invalidez/discapacidad asciende, en al año 2007, a 11.224 millones de euros al año, lo que representa el 1% del PIB.

El desglose por fuentes refleja la importancia de las pensiones frente al resto de ayudas. Las pensiones representan el 93 % del gasto total (84% contributivas y 9% no contributivas). Les siguen a mucha distancia las prestaciones familiares (6%) y las prestaciones derivadas de la LISMI (1%).

A su vez, el Gráfico 4.1. muestra que las prestaciones derivadas de la LISMI se concentran fundamentalmente en el subsidio de garantía de ingresos mínimos (SGIM), mientras que las prestaciones familiares más importantes corresponden a un nivel de discapacidad entre el 65% y 75% (ambas absorben un porcentaje igual del gasto total, el 3%).

GRÁFICO 4.1.

*Principales prestaciones económicas derivadas de discapacidad. Año 2007
(porcentajes sobre el gasto total)*

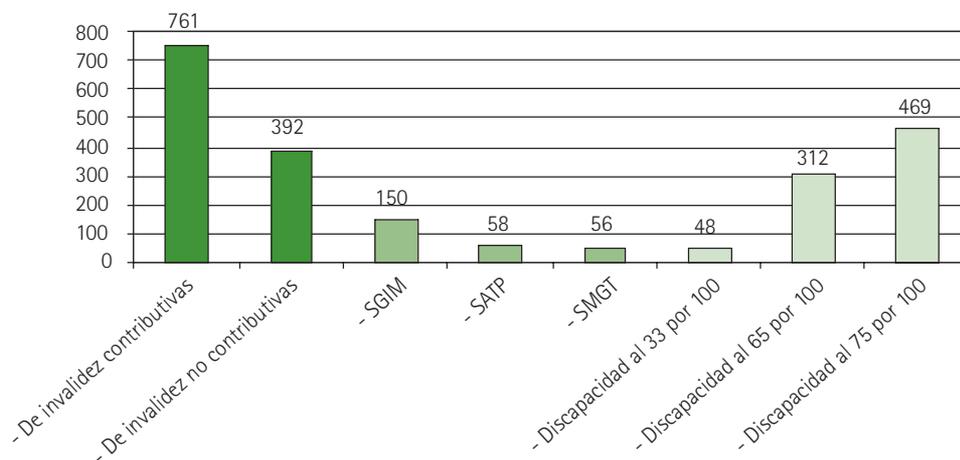


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008).

El importe medio de las distintas prestaciones es muy desigual, en sintonía con su distinta finalidad y carácter. Así, las pensiones de invalidez de carácter contributivo alcanzan el valor más alto (761 euros/mes) frente a los apenas 392 euros/mes de las no contributivas. El resto de prestaciones económicas, en la medida en que se consideran complementos alcanzan valores muy inferiores, especialmente los derivados de la LISMI, excepto la prestación por hijo a cargo con una discapacidad superior al 75% que alcanza los casi 470 euros/mes.

GRÁFICO 4.2.

Importe medio de las principales prestaciones económicas derivadas de discapacidad. Año 2007



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008).

Si analizamos las **pensiones de invalidez contributivas** (suponen el 84% del gasto total), pueden destacarse los siguientes aspectos:

- El perfil de los perceptores se caracteriza por una edad comprendida entre los 45 y 64 años de edad (en el 68% de los casos), fundamentalmente varones (representan el 66% del total), con una pensión media significativamente más alta que la de las mujeres (830 euros/mes frente a 625 euros/mes), y concentrada en la modalidad de pensión de incapacidad permanente que representa el 97% del total de pensiones de invalidez (54% invalidez total y 43% invalidez absoluta).
- Por Comunidades Autónomas, Andalucía absorbe el 22% del total de estas prestaciones, seguida de Cataluña con el 18% y Valencia con el 10%.

Las **prestaciones no contributivas** (pensiones de invalidez no contributivas, las derivadas de la LISMI y las prestaciones familiares por hijo a cargo) nos ofrecen un perfil distinto en términos de sexo, puesto que en este caso las mujeres constituyen el colectivo de referencia (absorben el 60% de las pensiones no contributivas y el 89% de las prestaciones derivadas de la LISMI¹⁶).

En este caso, de nuevo, el ranking por comunidades autónomas es encabezado independientemente del tipo de prestación, siempre por Andalucía. Esta comunidad suele absorber más del 20% del gasto total, seguida en la mayor parte de los casos por Cataluña y Valencia (con porcentajes que se sitúan en torno al 10%), tal y como refleja la Tabla 4.7.

16) Las prestaciones familiares por hijo a cargo no ofrecen esta desagregación.

TABLA 4.7.

Comunidades Autónomas ordenadas en función del porcentaje de gasto en prestaciones económicas derivadas de discapacidad. Año 2007

	Pensiones no contributivas de invalidez	Prestaciones económicas de la LISMI			Prestaciones familiares por hijo a cargo
		SGIM	SATP	SMGT	
Andalucía	23%	22%	26%	14%	20%
Cataluña	12%	8%	16%	6%	12%
Valencia	10%	10%	8%	11%	10%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008).

A modo de resumen, se recogen, en la Tabla 4.8. las principales prestaciones económicas que se han podido cuantificar en este apartado. En ella se pone de manifiesto la importancia de las prestaciones económicas derivadas de discapacidad (98,5% del total) y el escaso peso del conjunto de prestaciones sobre el PIB (poco más del 1%).

TABLA 4.8.

Principales prestaciones económicas (millones de euros y porcentajes)

	Importe Total	% del Total	% del PIB
Prestaciones sociales, a mayores, en ayudas técnicas y adaptación de vivienda	14,24	0,12%	0,001%
Gasto sanitario en ayudas técnicas	158,14	1,39%	0,02%
Prestaciones económicas derivadas de discapacidad	11.223,99	98,49%	1%
TOTAL	11.396,37	100%	1,021%

Fuente: elaboración propia.

4.2. PRESTACIONES EN ESPECIE

Las prestaciones en especie dirigidas a personas en situación de dependencia y a sus familiares constituyen una segunda fuente de recursos. Básicamente se agrupan en cuatro grandes áreas: servicios sociales, atención sanitaria, recursos educativos- formativos y recursos de inserción laboral.

4.2.1. Servicios sociales dirigidos a personas en situación de dependencia

Los servicios sociales dirigidos a personas en situación de dependencia se encuentran regulados, a nivel estatal, por la Ley 39/ 2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, en el que se determina la intensidad de protección de los servicios. Las Comunidades Autónomas deben cumplir los mínimos establecidos en la normativa estatal, pudiendo ampliar el catálogo de servicios y su intensidad.

El catálogo de servicios sociales e intensidad de los mismos está condicionado en algunos casos al grado y nivel de dependencia, de acuerdo con el siguiente esquema:

TABLA 4.9.

Servicios Sociales para personas dependientes e intensidad, según grado y nivel de dependencia protegible. Año 2008

Tipo de Servicio	Intensidad	Grado y nivel de dependencia
1. De prevención y promoción de la autonomía personal	Competencia territorial	Grado III-N1 y N2 Grado II-N1 y N2
2. Servicio de Teleasistencia	Competencia territorial en función del PIA*	Grado III-N1 y N2 Grado II-N1 y N2
3. Servicio de Ayuda a Domicilio	70-90 horas/mes 55-70 horas/mes 40-55 horas/mes 30-40 horas/mes	Grado III-N2 Grado III-N1 Grado II-N2 Grado II-N1
4. Centro de Día y Centro de Noche	Competencia territorial en función del PIA*	Grado III-N1 y N2 Grado II-N1 y N2
5. Servicio de Atención Residencial: -Permanente -Temporal	Competencia territorial en función del PIA*	Grado III-N1 y N2 Grado II-N1 y N2

Fuente: elaboración propia a partir de Ley 39/2006 y RD 727/2007; *PIA: Programa Individualizado de Atención.

Asimismo existe un **régimen de incompatibilidades** entre servicios cuya competencia corresponde a las Comunidades Autónomas o Administración competente, excepto en el caso del Servicio de Atención Residencial para el que el RD 727/2007 establece que su percepción es incompatible con los servicios de ayuda a domicilio (SAD), teleasistencia y centro de día o de noche.

El contenido de cada uno de los servicios sociales para personas en situación de dependencia se describe a continuación¹⁷:

1. Los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal incluyen un conjunto de actuaciones coordinadas entre servicios sociales y de salud, 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. Es competencia de las Comunidades Autónomas elaborar los *Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia*.
2. El Servicio de Teleasistencia consiste en una asistencia, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación, ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento. Este servicio puede ser complementario o independiente al Servicio de Ayuda a Domicilio y se presta en el domicilio del beneficiario.
3. El Servicio de Ayuda a Domicilio consiste en un conjunto de actuaciones prestadas en el domicilio del beneficiario por entidades o empresas acreditadas para esta función, con la finalidad de atender a las necesidades de la vida diaria. Se distinguen dos tipos de servicios:
 - a) Servicio de ayuda doméstica relacionados con la limpieza, lavado, cocina u otros.
 - b) Servicio relacionado con la atención personal.
4. Los centros de día o de noche ofrecen una atención integral durante el período diurno o nocturno a los beneficiarios con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel de autonomía personal y apoyar a las familias cuidadoras. Existen las siguientes tipologías de centros:
 - a) Centro de día para menores de 65 años.
 - b) Centro de día para mayores.
 - c) Centro de día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen.
 - d) Centros de noche en función de las peculiaridades y edad de las personas dependientes.

Los centros de día constituyen uno de los recursos más valorados y demandados por los cuidadores familiares y las personas dependientes como se pone de manifiesto en el estudio sociológico realizado en esta investigación.

- 164
5. El Servicio de Atención Residencial ofrece una atención integral mediante servicios continuados de carácter personal y sanitario. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el beneficiario reside en el mismo de manera habitual o puede ser temporal cuando se atienden estancias temporales de convalecencia, o durante el período de vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de respiro de los cuidadores no profesionales.

17) Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Capítulo II-Sección 3ª.

GRÁFICO 4.10.

Desarrollo normativo de las Comunidades Autónomas relacionado con los servicios sociales de atención a personas dependientes

Comunidad Autónoma	Normativa	Competencias desarrolladas en materia de servicios sociales			
		Catálogo de Servicios	Intensidad	Compatibilidad	Copago
Andalucía	<p>-Orden 3 de agosto de 2007 por la que se establece la intensidad de protección de los servicios, régimen de compatibilidad de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.</p> <p>-Orden 7 de marzo de 2008 por la que se modifica la Orden 3 de agosto de 2007.</p>	√	√	√	X
Aragón	-Orden 7 de noviembre, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón.	√	√	√	X
Asturias	-----	X	X	X	X
Baleares	-Resolución de la Consejería de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración, de 8 de noviembre de 2007, por la que se regula, con carácter urgente y transitorio el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, la intensidad de la protección de los servicios y régimen de compatibilidades de las prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.	√	√	√	X
Canarias	-Orden de 2 de abril de 2008, por la que se establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias para el ejercicio 2008.	X	√	X	√

GRÁFICO 4.10. (continuación)

Comunidad Autónoma	Normativa	Competencias desarrolladas en materia de servicios sociales			
		Catálogo de Servicios	Intensidad	Compatibilidad	Copago
Cantabria	<p>-Orden EMP/18/2008, de 8 de febrero por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y se regula provisionalmente la aportación económica de las personas usuarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.</p> <p>-Orden EMP/70/2008, de 8 de septiembre por la que se modifica la Orden EMP/18/2008.</p>	√	√	√	√
Castilla-La Mancha	<p>-Orden 24 de octubre de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se establecen las intensidades de protección de los servicios y régimen de compatibilidad de los servicios y prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.</p> <p>-Orden 9 de mayo de 2008, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden 24 de octubre de 2007.</p>	√	√	√	X
Castilla y León	<p>-Orden FAM/2044/2007 de 19 de diciembre, por la que se regulan provisionalmente los criterios de cálculo de la capacidad económica, coeficiente reductor para prestaciones económicas, aportación del usuario en el coste de los servicios, y régimen de las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.</p>	√	X	√	√
Cataluña	<p>-Orden ASC/55/2008, de 12 de febrero, por la que se establecen los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones del Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia (SCAAD) y las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales (SPSS) en el ámbito territorial de Cataluña.</p>	√	√	√	√
Extremadura	-----	X	X	X	X

GRÁFICO 4.10. (continuación)

Comunidad Autónoma	Normativa	Competencias desarrolladas en materia de servicios sociales			
		Catálogo de Servicios	Intensidad	Compatibilidad	Copago
Galicia	-Orden 17 de diciembre de 2007, por la que se establecen los criterios para la elaboración de Programas Individuales de Atención, fijación de las intensidades de protección de los servicios, régimen de compatibilidad de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Galicia.	√	√	√	X
La Rioja	-----	X	X	X	X
Madrid	-Orden 1387/2008, de 11 de junio, por la que se regula el acceso a los servicios, las prestaciones económicas, la intensidad e incompatibilidades de los mismos para las personas en situación de dependencia en la Comunidad de Madrid.	√	√	√	X
Murcia	-----	X	X	X	X
Navarra	-----	X	X	X	X
País Vasco	-----	X	X	X	X
C. Valenciana	-----	X	X	X	X
Ceuta y Melilla	-Orden TAS/2455/2007, de 7 de agosto, por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo en el año 2007, de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción para la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia, en las Ciudades de Ceuta y Melilla. -Orden TAS/278/2008, de 8 de febrero, por la que se modifica la Orden TAS/2455/2007 y se prorroga su vigencia para el año 2008.	√	X	√	X

Fuente: elaboración propia a partir de www.seg-social.es/imserso

Como se pone de manifiesto en la Tabla 4.10., el desarrollo autonómico de la Ley de Dependencia en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a dependientes es escaso. Del conjunto de las comunidades autónomas, sólo nueve de ellas tienen desarrollados, mediante normativa autonómica, algunos aspectos en materia de servicios sociales: Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Galicia y Madrid. Los criterios de copago de los servicios se encuentran regulados a nivel autonómico en tres Comunidades: Cantabria, Castilla y León y Cataluña.

La mayoría de las Comunidades han regulado el catálogo de prestaciones, régimen de compatibilidad y la intensidad de la protección de los servicios. En el caso de Canarias no desarrolla ni el catálogo, ni la compatibilidad y respecto a la intensidad se otorgan prestaciones económicas para aquellas personas valoradas que estén utilizando servicios privados o no tenga el servicio que se le ha asignado.

En el ámbito territorial de Ceuta y Melilla corresponde al IMSERSO, a través de sus Direcciones Territoriales, desarrollar el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

El número de prestaciones en especie para personas dependientes (SAD, teleasistencia, centros de día y centros residenciales) reconocidas se especifican en la Tabla 4.11.:

TABLA 4.11.
Prestaciones sociales en especie reconocidas para personas en situación de dependencia.
Noviembre 2008

Ámbito Territorial	SAD	Teleasistencia	C. Día/Noche	A. Residencial	Total	%	Beneficiarios
Andalucía	19.601	6.407	3.921	10.243	40.172	39,8%	109.208
Aragón	0	0	361	2.169	2.530	2,5%	16.561
Asturias	408	10	324	2.717	3.459	3,4%	11.458
Baleares	0	0	168	647	815	0,8%	5.782
Canarias	0	0	220	231	451	0,4%	6.636
Cantabria	250	1	401	1.861	2.513	2,5%	7.592
Castilla y León	223	11	186	4.106	4.526	4,5%	22.665
Castilla-La Mancha	0	36	5	3.057	3.098	3,1%	22.444
Cataluña	1.026	2	114	1.564	2.706	2,7%	62.622
C. Valenciana	0	0	580	7.673	8.253	8,2%	25.417
Extremadura	1.038	0	313	1.684	3.035	3,0%	8.999
Galicia	1.003	42	207	2.255	3.507	3,5%	30.026
Madrid	0	0	998	7.907	8.905	8,8%	18.868
Murcia	0	0	0	6	6	0,0%	16.146
Navarra	0	0	0	696	696	0,7%	5.462
País Vasco	3.895	1.617	2.874	6.918	15.304	15,2%	21.631
La Rioja	0	0	228	457	685	0,7%	4.811
Ceuta y Melilla	76	66	9	47	198	0,2%	1.086
Total P. Especie	27.520	8.192	10.909	54.238	100.859	100,0%	397.414
%/Total P. Especie	27,3%	8,1%	10,8%	53,8%	100%		

* No se incluyen en esta tabla las prestaciones para prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, puesto que constituyen un agregado de prestaciones económicas y monetarias, sin posibilidad de desagregación, y suponen sólo 140 prestaciones reconocidas (fundamentalmente en Extremadura y Galicia), un 0,04% del total.

Fuente: elaboración propia a partir de www.saad.es

El número total de prestaciones de dependencia en especie reconocidas en noviembre de 2008 asciende a 100.859, algo más de la cuarta parte del total de prestaciones de dependencia monetarias y en especie reconocidas (397.414)¹⁸.

La distribución territorial de las prestaciones en especie muestra una fuerte concentración de las mismas en dos comunidades autónomas: Andalucía y País Vasco, que entre ambas absorben el 55% del número total de prestaciones en especie reconocidas en noviembre de 2008.

Por tipo de prestación la atención residencial representa más de la mitad de las mismas, seguidas por las prestaciones de ayuda a domicilio que suponen el 27,3% del total. Las prestaciones de teleasistencia y atención en centro de día y noche tienen un peso relativo similar en el conjunto de las prestaciones en especie, representando el 8,1% y 10,8% respectivamente.

4.2.1.a. Dotación presupuestaria para la atención a personas dependientes. Año 2008

En los Presupuestos Generales del Estado para 2008 se aprueba una aportación máxima del Estado de 870.998.370 euros para el desarrollo de la Ley de Dependencia. Esta cantidad se destinará a financiar el nivel mínimo de protección garantizado y la parte correspondiente al Estado para financiar el nivel acordado¹⁹. La población beneficiaria será la correspondiente a población valorada como grandes dependientes (Grado III, nivel 2 y nivel 1) y dependientes severos en nivel 2, de acuerdo con el calendario de implantación del Sistema establecido en la Ley de Dependencia.

La cuantía destinada a garantizar el nivel mínimo de protección se determina como importe mensual por beneficiario, siendo las cantidades aprobadas para el año 2008 las siguientes:

TABLA 4.12.
Mínimo de protección garantizado. Año 2008

Grado y Nivel de dependencia protegible	Euros/mes/beneficiario
Gran Dependencia: Grado III-Nivel 2	258,75 €/mes
Gran Dependencia: Grado III-Nivel 2	175,95 €/mes
Dependencia Severa: Grado II-Nivel 2	100,00 €/mes

Fuente: Real Decreto 179/2008, de 8 de febrero.

La cuantía del crédito para financiar el nivel acordado en 2008 es de 241.019.460 euros, distribuidos territorialmente de la siguiente manera²⁰:

18) Del conjunto de prestaciones de dependencia reconocidas un 48,84% (194.136) se catalogan como prestaciones sin especificar, según datos del SAAD a noviembre de 2008.

19) El nivel acordado con las Comunidades Autónomas implica que éstas deben aportar, al menos, la misma cuantía que aporta el Estado a cada una de ellas.

20) Resolución de 8 de agosto de 2008, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, en su reunión del 1 de agosto de 2008, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios

TABLA 4.13.

Distribución de Nivel Acordado. Año 2008

Comunidad Autónoma	Total marco de Cooperación (€/año)	%
Andalucía	42.207.117	17,51
Aragón	9.576.203	3,97
Asturias (Principado de)	8.037.961	3,33
Baleares (Islas)	4.899.870	2,03
Canarias	9.140.979	3,79
Cantabria	3.654.416	1,52
Castilla y León	20.134.893	8,35
Castilla-La Mancha	13.523.226	5,61
Cataluña	39.332.134	16,32
Comunidad Valenciana	25.160.886	10,44
Extremadura	7.399.681	3,07
Galicia	20.958.127	8,70
Madrid (Comunidad de)	27.516.688	11,42
Murcia (Región de)	6.886.740	2,86
La Rioja	2.044.285	0,85
Ceuta	285.988	0,12
Melilla	260.266	0,11
Total	241.019.460	100%

Fuente: Resolución de 8 de agosto de 2008, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

4.2.2. Prestaciones del Sistema Sanitario dirigidas a personas con discapacidad y a personas en situación de dependencia

Las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social son gestionadas por las comunidades autónomas, puesto que se trata de una competencia transferida y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) en el caso de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

El objetivo de la asistencia sanitaria es proporcionar los servicios médicos y farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de los beneficiarios, atendiendo de forma especial a la rehabilitación física precisa para lograr una completa recuperación profesional del trabajador. Las prestaciones de asistencia sanitaria tienen una importancia muy significativa en el caso de las personas con discapacidad y/o dependencia, en especial en el ámbito de la prevención, rehabilitación y atención y tratamiento específico de las diferentes afecciones.

La asistencia sanitaria prestada por el Sistema de Seguridad Social contempla dos niveles: el nivel contributivo y el nivel no contributivo.

de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2008 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción para la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia.

El nivel *contributivo* supone el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a los siguientes colectivos de beneficiarios:

- Trabajadores del Régimen General y Regímenes Especiales de la Seguridad Social que estén afiliados y en alta o situación asimilada.
- Pensionistas y perceptores de prestaciones periódicas, excepto las prestaciones familiares por hijo a cargo.
- Familiares o asimilados a cargo de los anteriores que cumplan las siguientes condiciones: convivencia con el titular; no realizar trabajo remunerado ni percibir renta patrimonial, ni pensión alguna superior a dos veces el IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples); no tener derecho a la prestación sanitaria por título distinto.
- Otros colectivos: Los separados/as o divorciados/as que perciban del titular del derecho una pensión compensatoria declarada judicialmente, siempre que cumplan los requisitos exigidos; españoles de origen retornados, trabajadores por cuenta ajena y pensionistas, durante sus estancias temporales en España; españoles de origen retornados a España y colectivos integrados en el Régimen General a efectos de asistencia sanitaria (Mutilados ex combatientes de la zona republicana, Personal que, durante la guerra civil, formó parte de las Fuerzas Armadas, Fuerzas de Orden Público y Cuerpo de Carabineros de la República, Mutilados de guerra que no puedan integrarse en el Cuerpo de caballeros mutilados, Mutilados civiles de guerra, Viudas y demás familiares de los españoles fallecidos como consecuencia de la guerra civil española).

El nivel *no contributivo* implica el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a los siguientes colectivos:

- Perceptores de pensiones no contributivas (invalidez o jubilación).
- Familiares a cargo de los anteriores.
- Personas sin recursos económicos suficientes (carecer de rentas de cualquier naturaleza en cómputo anual que sean superiores al IPREM).

Se reconocerá, asimismo, este derecho, aunque superen dicho límite, si el cociente entre las rentas anuales y el número de menores y/o incapacitados a cargo fuera igual o menor a la mitad del citado indicador.

La cobertura de la asistencia sanitaria con el mismo contenido y extensión en ambos niveles (contributivo y no contributivo) excepto en el caso de extranjeros que no tengan residencia legal en España y no se encuentren empadronados en su municipio, en cuyo caso la asistencia se prestará exclusivamente de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, y en caso de embarazo, una vez constatado éste, durante el mismo y hasta seis semanas después del parto.

El contenido de la cartera de servicios y prestaciones sanitarias comunes²¹ que integran el Sistema de Seguridad Social se recoge en la Tabla 4.14.:

21) La cartera de servicios sanitarios comprende la *cartera de servicios comunes* del Sistema Nacional de Salud que se garantiza a los usuarios del Sistema con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento y la *cartera de servicios complementarios* que pueden incorporar las comunidades autónomas y cuya financiación será a cargo de los presupuestos autonómicos.

TABLA 4.14.

Cartera de Servicios Sanitarios Comunes

Servicio/Prestación	Objetivo	Contenido
1. Prestaciones de Salud Pública	Preservar, proteger y promover la salud de la población mediante el desarrollo de iniciativas colectivas o sociales dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de la población.	<ul style="list-style-type: none"> -Acciones orientadas al diseño e implantación de políticas de salud. -Acciones orientadas directamente al ciudadano, que comprenden: Programas Intersectoriales (actuaciones sobre estilos de vida y determinantes del entorno que comportan riesgos para la salud) y Programas transversales (programas y actividades en las distintas etapas de la vida; enfermedades transmisibles y no transmisibles; lesiones y accidentes o programas para grupos de población con especiales necesidades).
2. Atención Primaria	Garantizar la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente mediante el desarrollo de actuaciones dirigidas a la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social.	<ul style="list-style-type: none"> - Atención sanitaria, programada y urgente en consulta y domicilio. -Indicación, prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. -Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. -Actividades de información y vigilancia de la salud. -Rehabilitación básica. -Atención y servicios específicos relativos a la mujer, infancia, adolescencia, adultos, tercera edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos. -Atención paliativa a enfermos terminales. -Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de a. especializada y Atención a la salud bucodental.

TABLA 4.14. (continuación)

Servicio/Prestación	Objetivo	Contenido
<p>3. Atención Especializada</p>	<p>Garantizar la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que se pueda reintegrar a dicho nivel. Comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados así como las relacionadas con la promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia especializada en consulta. - Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico. -Hospital en régimen de internamiento. -Apoyo a la familia en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización en domicilio. -Indicación, prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. -Atención paliativa a enfermos terminales. -Atención a la salud mental. -Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
<p>4. Atención de Urgencia</p>	<p>Prestar atención sanitaria inmediata al paciente cuya situación clínica lo requiere. La atención sanitaria urgente se presta en centros sanitarios, domicilio o in situ, durante las 24 horas al día y consiste en una atención médica, de enfermería y colaboración de otros profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atención telefónica: información, orientación o consejo sanitario. -Evaluación inicial e inmediata del paciente para determinar los riesgos para su salud y para su vida. -Realización de los procedimientos diagnósticos precisos, terapéuticos y médico-quirúrgicos necesarios para atender la situación de urgencia. -Monitorización, observación y reevaluación del paciente. -Transporte sanitario. -Información y asesoramiento al paciente y/o acompañante. -sobre la atención prestada y medidas a adoptar al finalizar la atención. -Desviación al nivel asistencial más adecuado o al internamiento hospitalario cuando lo precise. -Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de sospecha de violencia de género, maltrato a menores, ancianos y personas con discapacidad.

TABLA 4.14. (continuación)

Servicio/Prestación	Objetivo	Contenido
<p>5. Prestación Farmacéutica</p>	<p>Comprende los medicamentos, productos sanitarios y conjunto de actuaciones cuyo objetivo es que los pacientes reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas la prestación farmacéutica, durante el tiempo adecuado y al menor coste posible.</p>	<p>A) Pacientes no hospitalizados: indicación, prescripción y dispensación de los siguientes productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medicamentos, efectos y accesorios, fórmulas magistrales y preparados especiales, vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas, para los que de acuerdo con la normativa vigente se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el SNS. <p>Se excluyen: productos de utilización cosmética, dietéticos, agua minerales, dentífricos y similares; medicamentos calificados como publicitarios; medicamentos excluidos de la financiación por la normativa vigente; medicamentos homeopáticos y efectos y accesorios publicitados al público en general.</p> <p>B) Pacientes hospitalizados: productos farmacéuticos que necesiten los pacientes conforme a la cartera de servicios comunes de atención especializada.</p> <p>Aportación económica de los usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -40% sobre el precio de venta al público con carácter general. -10% sobre el precio de venta al público, sin que el importe total de la aportación supere 2,64 euros por envase en los siguientes casos: medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas o graves; efectos y accesorios pertenecientes a los grupos reglamentariamente establecidos; medicamentos del SNS a través de receta oficial a enfermos del SIDA. <ul style="list-style-type: none"> -Exentos de aportación: pensionistas y colectivos asimilados, afectados por el síndrome tóxico y personas con discapacidad; tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional y productos cuya dispensación al usuario se realice en centros y servicios asistenciales sanitarios.

TABLA 4.14. (continuación)

Servicio/Prestación	Objetivo	Contenido
<p>6. Prestación Ortoprotésica</p>	<p>Facilitar los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y la autonomía del paciente, mediante la utilización de productos implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función.</p>	<p>-Prestación facilitada por los servicios de salud o mediante la concesión de ayudas económicas. -Implantes quirúrgicos. -Prótesis externas. -Sillas de ruedas. -Ortesis y Ortoprótesis especiales. Productos excluidos de esta prestación: efectos y accesorios, artículos ortoprotésicos destinados a uso deportivo, con finalidad estética y aquellos de los que se realice publicidad dirigida al público en general.</p>
<p>7. Prestación de productos dietéticos</p>	<p>Dispensar tratamientos dietoterápicos a personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales con alimentos de consumo ordinario a causa de su situación clínica.</p>	<p>-Prestación facilitada por los servicios de salud o mediante la concesión de ayudas económicas. -Tratamientos dietoterápicos: se realiza por médicos especialistas de unidades hospitalarias. -Nutrición enteral a domicilio mediante sonda.</p>
<p>8. Prestación de transporte sanitario</p>	<p>Facilitar el desplazamiento a enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse por los medios ordinarios de transporte. Esta prestación está dirigida a las personas con discapacidad.</p>	<p>-Transporte sanitario no asistido: indicado para el traslado especial de enfermos o accidentados que no requieren asistencia técnico-sanitaria. -Transporte sanitario asistido: indicado para el traslado especial de enfermos o accidentados que requieran asistencia técnico-sanitaria.</p>
<p>Legislación</p>	<p>-Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece el contenido de la Cartera de servicios comunes del SNS. -Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la Cartera de servicios comunes del SNS. -Ley 29/2006, de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.</p>	

Fuente: elaboración propia a partir de www.msc.es; www.discalnet.es.

4.2.3. Recursos en materia educativa dirigidos a las personas con discapacidad y personas en situación de dependencia

En el ámbito del sector público existen una serie de actuaciones dirigidas al alumnado que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de la discapacidad o de trastornos graves de conducta (Necesidades Educativas Especiales).

La atención educativa puede ser prestada en centros educativos ordinarios o en centros de educación especial cuando el alumno no pueda ser atendido en un centro ordinario²².

Además de las actuaciones en atención educativa dirigidas a personas con discapacidad, existen un conjunto de prestaciones y ayudas económicas en materia educativa dirigidas al colectivo de discapacitados.

En la Tabla 4.15. se describen las actuaciones y prestaciones en materia educativa para personas discapacitadas y en situación de dependencia:

22) Se estima que un alumno que presenta necesidades educativas especiales debe ser atendido en un centro de educación especial cuando como resultado de la evaluación psicopedagógica requiere y requerirá a lo largo de su escolarización adaptaciones curriculares significativas en prácticamente todas las áreas del currículo o la provisión de medios personales y materiales poco comunes en los centros ordinarios, y cuando se prevea, que en estos centros su adaptación e integración social será reducida (www.mepsyd.es).

TABLA 4.15.
Atención educativa a personas con discapacidad en centros educativos ordinarios

	A. Atención educativa dirigida a personas con discapacidad y personas en situación de dependencia
Admisión	La concurrencia de discapacidad en el alumno o en alguno de sus padres o hermanos constituye un criterio prioritario para la admisión del alumnado cuando no existan plazas suficientes.
Escolarización	Se rige por los principios de normalización e inclusión, no discriminación del alumnado, igualdad en el acceso y permanencia en el sistema educativo. La escolarización comienza y finaliza en las edades establecidas con carácter general para cada nivel y etapa correspondiente pudiendo introducirse medidas de flexibilización cuando se considere necesario.
Atención Educativa	<p>E. Infantil: adopción de medidas de atención al alumnado con necesidades educativas especiales que mejor se adapte a sus características, necesidades y estilo cognitivo.</p> <p>E. Primaria: adopción de medidas curriculares y organizativas que aseguren el adecuado progreso del alumnado que presenta necesidades educativas especiales.</p> <p>Prolongación de la escolarización en un año más cuando ello favorezca la integración socioeducativa, sin perjuicio de la permanencia durante un curso más en el mismo ciclo prevista con carácter general.</p> <p>E. Secundaria obligatoria: tratamiento personalizado para el alumnado que presenta necesidades educativas especiales. Realización de adaptaciones que se separan significativamente de los contenidos y criterios de evaluación del currículo.</p> <p>Prolongación de la escolarización en un año más cuando ello favorezca el título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria.</p> <p>Formación Profesional: reserva de plazas para alumnado con discapacidad $\geq 5\%$ de la oferta total.</p> <p>Oferta formativa adaptada a las necesidades específicas de las personas con discapacidad especialmente en el módulo profesional de formación en centros de trabajo.</p> <p>Establecimiento de medidas, instrumentos de apoyo y refuerzo para facilitar la información, orientación y asesoramiento de las personas con discapacidad. Evaluación en función de las adaptaciones metodológicas que haya podido ser objeto el alumnado con discapacidad y garantía de accesibilidad.</p> <p>Bachillerato: establecimiento de condiciones de accesibilidad, recursos de apoyo y adaptación de instrumentos que favorezcan el acceso al currículo, así como adaptación de los tiempos y apoyos que garanticen una correcta evaluación del alumnado con necesidades educativas especiales.</p> <p>Universidad: reserva de plazas para alumnado con discapacidad en un 5% de la oferta total²³.</p> <p>Adecuación según lo indicado en los planes elaborados en las Universidades de acuerdo con los principios de igualdad y no discriminación, entre otras causas, por razones de discapacidad, ingreso y permanencia en centros universitarios y ejercicio de los derechos académicos.</p>

23) Próxima aprobación del Real Decreto que regulará las condiciones de acceso a las enseñanzas oficiales de grado. Hasta ahora dicho porcentaje era del 3%.

TABLA 4.15. (continuación)

	B. Atención educativa a personas con discapacidad en Centros de Educación Especial
Organización de las enseñanzas	<p>Enseñanza Básica Obligatoria (EBO): duración de 10 años con las mismas prórrogas que las establecidas en el régimen ordinario. En los últimos años de escolarización se enfatizan las competencias vinculadas al desempeño profesional e inserción laboral.</p> <p>Programas de formación para la transición a la vida adulta: dirigido a alumnos de 16 años que hayan cursado la EBO.</p> <p>Objetivo: afianzar y desarrollar las capacidades del alumnado con el fin de promover el mayor grado de autonomía personal e integración social. La duración de los programas es de dos años en un solo ciclo pudiendo ampliarse cuando el proceso del alumno lo requiera o las posibilidades laborales lo aconsejen.</p>
Prestaciones del Seguro Escolar	<p>C. Otras Prestaciones educativas dirigidas a personas con discapacidad</p> <p>-Coberturas comunes a todo estudiante: asistencia médica (por enfermedad o accidente escolar); asistencia farmacéutica (100% cubierta en caso de internamiento y 70% cubierta en caso de tratamiento ambulatorio).</p> <p>-Indemnizaciones económicas en caso de accidente:</p> <p>a) Por incapacidad permanente absoluta para los estudios: 150,25-601,01 euros en función del tiempo que lleva realizando los estudios y la disminución de la capacidad para el posterior desarrollo de una actividad profesional.</p> <p>b) Por incapacidad en el desarrollo de las actividades esenciales de la vida (Gran Invalidez): pensión vitalicia de 144,24 euros anuales.</p> <p>c) Por fallecimiento: gastos de sepelio e indemnización a tanto alzado: 30,05 euros; hasta 120,20 euros si la muerte se produce en lugar distinto a la residencia familiar y 300,51 euros en caso de tener familiares a su cargo o familiares incapacitados para todo trabajo.</p> <p>-Infortunio familiar: por fallecimiento del cabeza de familia o ruina familiar con el fin de que el estudiante pueda continuar los estudios: 86,55 euros para familias no numerosas; 103,85 euros familias numerosas de categoría general; 129,82 euros familias numerosas de categoría especial.</p>
Ayudas directas de Apoyo Educativo	<p>Requisitos: presentar necesidad específica de apoyo educativo acreditada; tener cumplidos los dos años de edad a 31/12/2007; estar escolarizado y cursando algunos de los niveles establecidos en la legislación vigente; no superar los umbrales de renta y patrimonio fijados en la legislación vigente²⁴.</p> <p>Estas ayudas no podrán concederse cuando los conceptos objeto de ayuda estén atendidos por la administración o reciban fondos públicos.</p> <p>Conceptos y cuantías máximas de ayuda:</p> <p>-Enseñanza: 845 euros.</p> <p>-Transporte escolar*: 605 euros.</p>

24) Resolución de 6 de mayo de 2008, de la Secretaría de Estado de Educación y Formación por la que se convocan ayudas para el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo para el curso académico 2008-2009.

TABLA 4.15. (continuación)

	<ul style="list-style-type: none"> -Comedor escolar: 563 euros. -Residencia escolar: 1.760 euros. -Transporte para traslado de fin de semana alumnos internos en centros de enseñanza especial*: 434 euros. -Transporte urbano*: 302 euros. -Libros y material didáctico: 100-200 euros dependiendo del nivel educativo cursado. -Reeducación pedagógica o de lenguaje: 895 euros. <p>* Las ayudas de transporte se incrementarán en un 50% cuando el alumno tenga una discapacidad motora >65%.</p>
<p>Subsidio por necesidades educativas especiales</p>	<p>Requisitos: presentar necesidad específica de apoyo educativo acreditada; tener cumplidos los dos años de edad a 31/12/2007; estar escolarizado y cursando algunos de los niveles establecidos en la legislación vigente y ser miembro de familia numerosa de cualquier categoría.</p> <p>Estos subsidios no podrán concederse cuando los conceptos objeto de subsidio estén atendidos por la administración o reciban fondos públicos.</p> <p>Conceptos y cuantías máximas de ayuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transporte escolar*: 605 euros. -Comedor escolar: 563 euros. -Transporte urbano*: 302 euros. <p>* Los subsidios para transporte se incrementarán en un 50% cuando el alumno tenga una discapacidad motora >65%.</p>
<p>Legislación</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. -Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. -Real decreto 1538/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece la ordenación general de la formación profesional del sistema educativo y cuantas otras se establezcan, en centros con espacios accesibles y una oferta formativa adaptada. -Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, de Universidades. - Ley 17 julio 1953 de establecimiento del Seguro Escolar. - Resolución de 6 de mayo de 2008, de la Secretaría de Estado de Educación y Formación por la que se convocan ayudas para el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo para el curso académico 2008-2009.

Fuente: elaboración propia a partir de www.mepsyd.es; www.discapnet.es; www.mtas.es.

4.2.4. Recursos dirigidos a la inserción laboral de las personas con discapacidad y personas en situación de dependencia

El conjunto de medidas dirigidas a facilitar la inserción laboral del colectivo de discapacitados y personas en situación de dependencia en edad de trabajar tiene como eje común la **Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008–2012**. Este Plan desarrollado conjuntamente por los Ministerios de Educación, Política Social y Deporte y Trabajo e Inmigración se plantea como objetivo prioritario promover el acceso al mercado de trabajo de las personas con discapacidad, mejorando su empleabilidad e integración laboral.

La dotación económica para el desarrollo del Plan es de 3.700 millones de euros, con una asignación anual de 740 millones de euros, de los cuales 440 millones se destinarán a bonificaciones en las cotizaciones sociales de empresas que contraten a personas con discapacidad y los restantes 300 millones de euros se destinarán a fomentar el empleo protegido, en particular en los centros especiales de empleo.

Los objetivos generales que se plantean cubrir con los recursos asignados actúan, básicamente, en dos áreas: por un lado aumentar la tasa de actividad y de ocupación de las personas con discapacidad y por otro lado mejorar la calidad del empleo y dignificar las condiciones de trabajo de las personas con discapacidad.

En el contexto de la Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad agrupamos el conjunto de recursos que existen en el ámbito de laboral dirigidos al colectivo de personas discapacitadas en tres grandes áreas:

- Centros de atención para personas afectadas de discapacidad.
- Apoyo a los centros especiales de empleo.
- Contratación de personas con discapacidad.

4.2.4.a. Centros de atención para personas afectadas de discapacidad

El objetivo de estos centros es ofrecer una atención integral a las personas con discapacidad, siendo uno de los objetivos prioritarios la formación ocupacional y profesional. Actualmente existen cinco tipos de centros cuyos objetivos y servicios se detallan en la Tabla 4.16.

TABLA 4.16.

Centros de atención a personas afectadas de discapacidad

Tipo de Centro	Objetivos	Servicios y Prestaciones
Centros Base	Desarrollo de programas de atención básica para personas con discapacidad. Ámbito provincial.	-Información y orientación. -Evaluación y calificación de la discapacidad. -Valoración de las distintas situaciones de discapacidad. -Tratamiento de atención temprana e intervención psicológica. -Formación ocupacional.
Centro de Recuperación de Personas con Discapacidad Física	Facilitar la integración sociolaboral de aquellas personas que tienen una discapacidad física y/o sensorial que les impide recibir una atención recuperadora en centros ordinarios. IMSERSO-ámbito nacional.	-Alojamiento y sustento: residencia/ manutención. -Desarrollo integral de usuarios: rehabilitación/ formación cultural y profesional/ocio, tiempo libre y deportes.
Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física	Atención integral a personas con discapacidad que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional a consecuencia de la gravedad de la discapacidad, encuentran serias dificultades para una integración laboral y para ser atendidas en régimen familiar o domiciliario. Existen cinco centros en total.	-Alojamiento y sustento: residencia/ manutención. -Desarrollo integral de usuarios: At. Médico-sanitaria/At. psicológica/ At. social/ Talleres ocupacionales/Adaptación de ayudas técnicas/ actividades culturales, ocio y tiempo libre.
Centro de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica	Asistencia básica a residentes, necesarias para la realización de las tareas diarias y desarrollo del potencial evolutivo individual en sus aspectos físicos, relacional y ocupacional.	-Alojamiento y sustento: residencia/ manutención. -Desarrollo integral de usuarios: At. Médica/ At. social/Habilitación personal y social/ Pretalleres ocupacionales.
Centros Ocupacionales	Desarrollo de servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social cuando el grado de discapacidad no permite la integración en una empresa o centro especial de empleo.	-Terapia ocupacional de labores no productivas. -Servicios de ajuste personal y social que desarrollen la habilitación personal.

Fuente: elaboración propia a partir de *Guía Laboral y de Asuntos Sociales 2008* (www.mtas.es).

4.2.4.b. Apoyo a los centros especiales de empleo

El objetivo de las actuaciones de apoyo a Centros Especiales de Empleo es facilitar la integración laboral de los discapacitados, mediante dos líneas de desarrollo:

- a) Acciones que ayuden al desarrollo de proyectos generadores de empleo de carácter innovador, mediante la financiación de cualquier iniciativa que genere empleos preferentemente estables mediante la creación o ampliación de Centros Especiales de Empleo para trabajadores desempleados discapacitados.
- b) Acciones de apoyo al mantenimiento de puestos de trabajo en centros especiales de Empleo.

En la Tabla 4.17. se recogen los tipos de ayudas y cuantías de las mismas:

TABLA 4.17.
Ayudas dirigidas a los Centros Especiales de Empleo (CEE)

A. Ayudas a proyectos generadores de empleo	
Tipo de ayuda/subvención	Cuantía
<p>-Para asistencia técnica (estudios de viabilidad, organización, comercialización, auditorías, asesoramiento en gestión empresarial).</p> <p>-Subvención parcial de intereses de préstamos concedidos por entidades públicas o privadas que tengan suscrito convenio con el M^o de Trabajo e Inmigración.</p> <p>-Ayudas para las unidades de apoyo a la Actividad profesional, dirigidas a costes laborales y de S. Social derivados de la contratación indefinida o temporal ≥ 6 meses, de trabajadores de unidades de apoyo con parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual, con grado de discapacidad $\geq 33\%$ y personas con discapacidad física o sensorial $\geq 65\%$.</p>	<p>-12.020,24 euros por puesto de trabajo creado con carácter estable si en el CEE los trabajadores discapacitados son $\geq 90\%$ de la plantilla.</p> <p>-9.015,18 euros por puesto de trabajo creado con carácter estable si en el CEE los trabajadores discapacitados representan entre 70-90% de la plantilla.</p> <p>-Subvención financiera máxima: tres puntos del tipo de interés fijado por la entidad de crédito.</p> <p>-1.200 euros por cada trabajador. Esta cuantía se reducirá proporcionalmente en función de la jornada laboral y duración del contrato.</p>
B. Ayudas de apoyo al mantenimiento de puestos de trabajo	
<p>-Bonificación de la cuota empresarial a la S. Social.</p> <p>-Subvención del coste salarial correspondiente al puesto de trabajo ocupado por discapacitados.</p> <p>-Subvención para adaptación de puestos de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas.</p> <p>-Subvención por una sola vez para equilibrar y sanear financieramente a los CEE.</p> <p>-Subvención para equilibrar el presupuesto de aquellos CEE sin ánimo de lucro y que sean de utilidad pública e imprescindibilidad.</p>	<p>100% de la cuota.</p> <p>50% del SMI jornada laboral normal y alta en S. Social; reducción proporcional para jornada laboral a tiempo parcial.</p> <p>Cuantía máxima: 1803,04 euros por puesto de trabajo.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de *Guía Laboral y de Asuntos Sociales 2008* (www.mtas.es).

4.2.4.c. *Contratación de personas con discapacidad*

Bajo este epígrafe se incluyen el conjunto de actuaciones y medidas dirigidas a incentivar la contratación de personas con discapacidad en el mercado laboral ordinario, pudiendo distinguirse las siguientes:

- a) Obligación de contratación de personas con discapacidad en al menos el 2% de la plantilla total de la empresa cuando el número de trabajadores sea igual o superior a cincuenta.
- b) Medidas alternativas a la contratación de personas con discapacidad. Excepcionalmente las empresas públicas o privadas pueden quedar exentas de la obligación de contratar personas con discapacidad (por acuerdos recogidos en la negociación colectiva sectorial o por opción voluntaria debidamente comunicada a la autoridad laboral). En este supuesto deben aplicar alguna de las siguientes alternativas:
 - Celebración de un contrato mercantil o civil con un Centro Especial de Empleo (CEE) o con un trabajador autónomo con discapacidad para suministro de materias primas, maquinaria, bienes de equipo necesarios para el normal desarrollo de la empresa o para la prestación de un servicio ajeno y accesorio a la actividad normal de la empresa.
 - Realización de donaciones y acciones de patrocinio, siempre monetarias, para el desarrollo de actividades de inserción laboral y creación de empleo para personas discapacitadas.
 - Constitución de un enclave laboral.
- c) Incentivos para la contratación laboral de personas con discapacidad. En la Tabla 4.18. se recogen el conjunto de ayudas e incentivos a este tipo de contratación:

TABLA 4.18.
Incentivos a la contratación laboral de personas con discapacidad en el mercado laboral ordinario

Actuación	Tipo de ayuda/incentivo	Cuantía
Enclave laboral: contrato entre una empresa del mercado laboral ordinario (empresa colaboradora) y un CEE de un grupo de trabajadores con discapacidad del CEE para la realización de obras o servicios que guarden relación directa con la actividad normal de la empresa.	<ul style="list-style-type: none"> - Subvención por contratación indefinida. - Bonificación cuotas empresariales a la S. Social. -Subvención para adaptación del puesto de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> -7.814 euros por contrato si es a tiempo completo. Reducción proporcional si es contrato a tiempo parcial -100% de la cuota durante vigencia del contrato. -Cuantía máxima: 902 euros por puesto de trabajo.

TABLA 4.18. (continuación)

Actuación	Tipo de ayuda/incentivo	Cuantía
<p>Programa de empleo con apoyo: conjunto de acciones realizadas por preparadores laborales especializados cuya finalidad es facilitar la adaptación social y laboral de trabajadores con discapacidad con especiales dificultades de inserción laboral en empresas del mercado laboral ordinario. Duración de acciones de empleo: 6 meses-1año prorrogable hasta un año más o 2 más en caso de personas con parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual con grado de discapacidad $\geq 33\%$.</p>	<p>-Financiación de costes laborales y coste de S. Social por contratación de preparador laboral.</p>	<p>-6.600 euros anuales por cada trabajador con parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual con grado de discapacidad $\geq 65\%$.</p> <p>-4.000 euros anuales por cada trabajador con parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual con grado de discapacidad $\geq 33\%$.</p> <p>-2.500 euros anuales por cada trabajador con discapacidad física o sensorial con grado de discapacidad $\geq 65\%$ o personas sordas y con discapacidad auditiva con grado de discapacidad $\geq 33\%$.</p>
<p>Contrato indefinido para trabajadores desempleados con discapacidad $\geq 33\%$</p>	<p>Subvención por contratación indefinida.</p> <p>-Bonificación cuotas empresariales a la S. Social.</p> <p>-Subvención para adaptación del puesto de trabajo o dotación de medios de protección personal.</p> <p>-Deducción en el I. Sociedades en la cuota íntegra.</p> <p>-Subvenciones para la formación profesional de discapacitados.</p>	<p>- 3.907 euros por contrato si es a tiempo completo. Reducción proporcional si es contrato a tiempo parcial.</p> <p>-5.100 euros/año (425 euros/mes) durante la vigencia del contrato. Esta cuantía se incrementa en 100 euros/mes si la edad es 45 o más años, y si es mujer en 70,83 euros/mes.</p> <p>- Cuantía máxima: 902 euros por puesto de trabajo.</p> <p>-6.000 euros por cada persona/año de incremento del promedio de la plantilla de trabajadores discapacitados experimentado durante el primer período impositivo iniciado en 1998 respecto a la plantilla media del ejercicio inmediatamente anterior con este tipo de contrato.</p>

TABLA 4.18. (continuación)

Actuación	Tipo de ayuda/incentivo	Cuantía
Empleo selectivo: readmisión de trabajadores con discapacidad una vez terminado el proceso de recuperación.	Reducción de la cuota empresarial a la S. Social.	50% de reducción durante un período de dos años.
Contrato para la formación de trabajadores con discapacidad $\geq 33\%$. La edad máxima de 21 o 24 años prevista para este tipo de contratos no se aplica en el caso de trabajadores discapacitados.	Subvención para adaptación del puesto de trabajo o dotación de medios de protección personal.	Cuantía máxima: 902 euros por puesto de trabajo.
Contrato en prácticas para trabajadores con discapacidad $\geq 33\%$.	-Reducción de la cuota empresarial a la S. Social. - Subvención para adaptación del puesto de trabajo o dotación de medios de protección personal.	-50% de reducción durante la vigencia del contrato. -Cuantía máxima: 902 euros por puesto de trabajo.
Contrato temporal de fomento del empleo para personas con discapacidad $\geq 33\%$. Duración del contrato: 12 meses-3 años.	-Indemnización al trabajador al terminar el contrato. -Bonificación por contratación a jornada completa. Durante vigencia del contrato.	-Cuantía económica= 12 días de salario por año de servicio o la parte proporcional. - 3.500 euros/año (291,66 euros/mes). - 4.100 euros/año (341,66 euros/mes) si el trabajador tiene parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual con grado de discapacidad $\geq 33\%$ y personas con discapacidad física o sensorial $\geq 65\%$. - Incremento en 600 euros/año (50 euros/mes) de la bonificación que le corresponda si tiene 45 o más años o es mujer.
Contratos de interinidad con trabajadores con discapacidad para sustituir a personas discapacitadas que tengan suspendido el contrato de trabajo por incapacidad temporal.	Bonificación en cuotas empresariales a la S. Social.	100% de la cuota durante la vigencia de la interinidad.

Fuente: elaboración propia a partir de *Guía Laboral y de Asuntos Sociales 2008* (www.mtas.es).

4.3. BIENES Y DERECHOS QUE COMPONEN EL ACTIVO PATRIMONIAL

A la hora de estudiar la disponibilidad de ahorro, las formas de acumulación del mismo y el nivel de endeudamiento que presentan las personas dependientes y sus familias nos encontramos con un importante problema metodológico. Cuando se consultan las estadísticas españolas disponibles relevantes para este propósito se observa que entre las características socioeconómicas de los cuestionarios no figura pregunta alguna relacionada con la situación y grado de dependencia de algún(os) miembro(s) del hogar, por lo que no se dispone de información primaria directa. Esto es, las estadísticas que contienen información sobre personas dependientes no recogen información sobre su situación patrimonial y, viceversa, las estadísticas financieras disponibles no permiten extraer información para el grupo de personas dependientes.

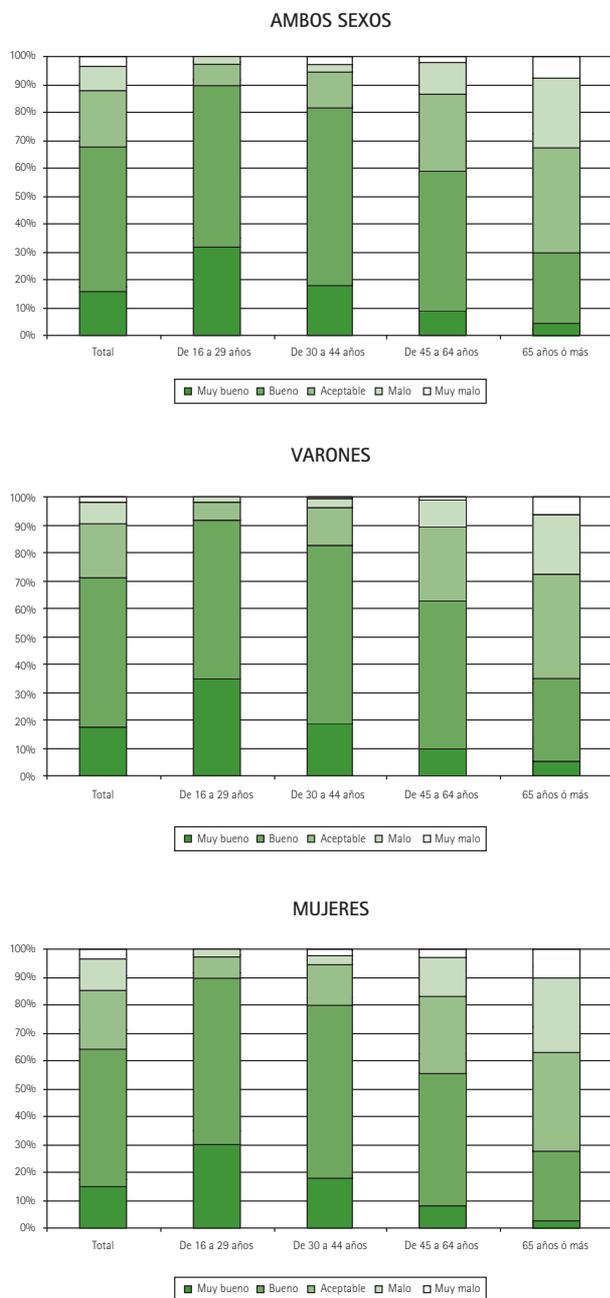
Si bien la *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia* (EDAD-08) ofrece información por grupos de edad y sexo de las personas que manifiestan tener alguna discapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria según el grado de discapacidad (moderada, severa o total) que presentan, no proporciona, sin embargo, datos sobre la situación patrimonial. Igual ocurre con las estadísticas del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (SAAD 2008) que únicamente contienen información sobre grados y prestaciones reconocidas por edad y sexo.

En la *Encuesta de Condiciones de Vida* (ECV 2007), al igual que ocurría con el *Panel de Hogares de la Unión Europea* (PHOGUE 2001), figuran una serie de preguntas relacionadas con la salud cuya respuesta puede reflejar la existencia de una situación de dependencia. Por una parte se pregunta por el estado general de la salud (muy bueno, bueno, aceptable, malo o muy malo) y, por otra, si se padece alguna enfermedad crónica, física o mental, o alguna incapacidad o deficiencia crónica y, en caso de respuesta positiva, si la misma impide el desarrollo de la vida diaria. Por su parte, la *Encuesta Financiera de las Familias* (EFF 2005) sólo recoge una pregunta general sobre el estado de la salud que presenta las mismas posibilidades de respuesta que en el caso de la ECV, mientras que tanto la *Encuesta de Presupuestos Familiares* (EPF 2007) como el *Censo de Población y Viviendas* (CPV 2001) no incluyen referencia alguna a dicha cuestión.

Aun cuando los resultados de las preguntas sobre el estado de salud deben interpretarse cualitativamente, por cuanto suponen percepciones individuales del encuestado, en todas las fuentes estadísticas citadas anteriormente se confirma que son las personas de 65 y más años las que declaran tener un estado de salud peor. Así, en la ECV 2007 la tercera parte considera que su estado de salud es malo o muy malo, con mayor prevalencia en el caso de las mujeres, porcentaje que triplica al resto de los grupos de edad (Gráfico 4.3.).

GRÁFICO 4.3.

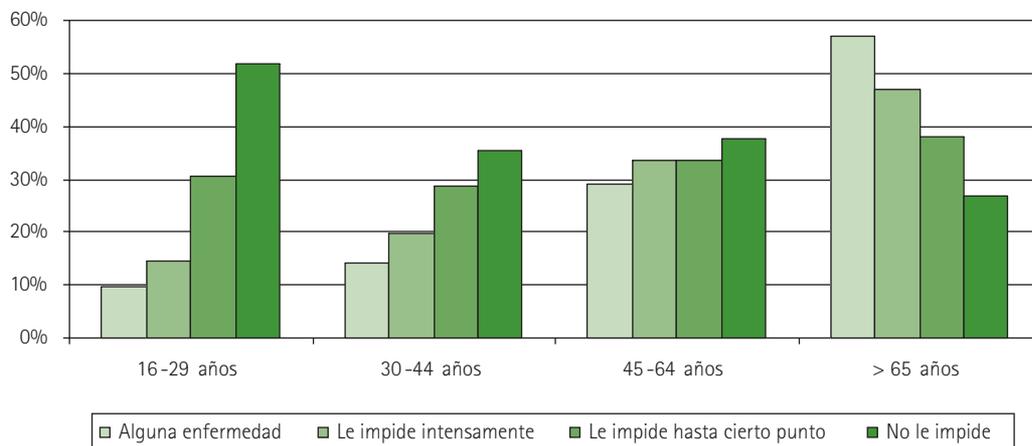
Adultos por estado general de salud según sexo y edad. Año 2007



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE 2007).

Cuando se pregunta si se padece alguna enfermedad y si ésta impide el desarrollo de la vida diaria, el 25,32% declara tener alguna enfermedad y, de ellos, uno de cada cuatro cree intensamente que la misma no le permite llevar a cabo las actividades normales diarias (28,6%) frente a uno de cada tres que considera que la enfermedad se lo impide hasta cierto punto (34,7%). Como puede apreciarse en el Gráfico 4.4. la percepción sobre el estado de salud empeora con la edad, lo que es lógico por otra parte, de forma que la mitad de los adultos de 65 y más años manifiesta tener alguna enfermedad y en el 35,5% de los casos ésta le limita intensamente su vida diaria frente al 37,6% que cree que lo hace moderadamente (ECV 2007).

GRÁFICO 4.4.
Percepción del estado de salud por edad. Año 2007



Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta de Condiciones de Vida* (INE 2007).

Las restricciones estadísticas anteriores obligan a abordar el análisis de los activos patrimoniales de los dependientes y sus familias a partir de dos supuestos aproximativos –la discapacidad y la edad–, lo que conlleva importantes **limitaciones metodológicas**.

A. La discapacidad

La situación de dependencia se define como aquel *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 pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas para realizar las 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* (art. 2 de la Ley 39/2006).

Una persona dependiente es, por tanto, aquella que presenta alguna limitación para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (condición necesaria) que la obliga a necesitar

ayuda o asistencia significativa (condición suficiente). En consecuencia, la dependencia y la discapacidad son conceptos relacionados pero no deben considerarse como equivalentes en el sentido en que la discapacidad se puede corregir con medios físicos externos que permitan una autonomía personal, caso por ejemplo de los implantes y prótesis –véase el apartado 1.3.–.

La información disponible refleja que la discapacidad es mayor a medida que aumenta la edad, representando el grupo de 65 y más años el 57,8% de los discapacitados que viven en sus hogares y el 82,5% de los que se encuentran institucionalizados. De ellos el 74% de las personas de 6 y más años presenta alguna discapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (2,8 millones de individuos). Por grupos de edad, son las personas de 65 y más años las que presentan mayor tasa de dependencia severa (el 71,8% del total de dependientes) y moderada (el 57,7%), mientras que la dependencia moderada afecta casi por igual a los grupos de población (49,4% para 65 y más años frente al 50,6% para personas de 6 a 64 años) –véase el apartado 2.2.–.

B. La edad

La dependencia puede presentarse en cualquier momento del ciclo vital de una persona y afectar, por tanto, a cualquier segmento de la población, si bien el riesgo susceptible de protección aumenta con la edad. La evidencia empírica muestra cómo la probabilidad y prevalencia de la dependencia es mayor en edades avanzadas (D. Dizy, M. Fernández y O. Ruiz: 2006).

4.3.1. La disponibilidad de ahorro en España

Las mejoras de los hábitos de vida y los avances en las condiciones sanitarias han propiciado un aumento de la esperanza de vida, lo que conduce a un replanteamiento de los mecanismos de financiación de la dependencia. El envejecimiento demográfico, experimentado en todos los países desarrollados, está alterando las pautas de consumo y ahorro no sólo de las personas mayores sino también de personas en edades más tempranas, por cuanto que éstas deben asegurar un nivel de rentas que les permita afrontar las necesidades que surjan en la vejez.

La Teoría del Ciclo Vital, vinculada a trabajos de Ando y Modigliani (1965), postula que los individuos administran sus ingresos de modo que les permitan mantener un flujo estable de consumo a lo largo del tiempo y, en particular, durante los últimos años de su vida. Es decir, las personas tienden a acumular riqueza durante los años de vida activa para afrontar los gastos derivados de situaciones adversas futuras²⁵.

La disponibilidad de ahorro viene dada, entre otros factores, por el nivel de ingresos y por la diversificación de las fuentes de obtención de la renta. Los datos microeconómicos sobre los ingresos y la situación

25) Bajo el planteamiento de la Teoría del Ciclo Vital, los planes de consumo de los individuos se realizan atendiendo a las perspectivas de ingresos corrientes futuros y a las rentas futuras derivadas de sus tenencias de capital.

social de los hogares españoles proceden de la *Encuesta de Condiciones de Vida* (Instituto Nacional de Estadística) y de la *Encuesta Financiera de las Familias* (Banco de España)²⁶.

Aunque ambas encuestas proporcionan información sobre la renta de los hogares y su posición relativa, su comparación constituye una tarea bastante compleja tanto por las definiciones empleadas como por el propio diseño muestral y, lo que es más importante, la EFF ofrece información de la renta del hogar en términos brutos –antes de impuestos y cotizaciones a cargo del empleado mientras que la ECV recoge información sobre la renta neta después de impuestos y cotizaciones sociales–. Los resultados obtenidos se recogen en la Tabla 4.19.; en ambos casos, el período de referencia de los ingresos es del año anterior al de la realización de la encuesta.

TABLA 4.19.

Distribución de la renta de los hogares por edad del cabeza de familia. Años 2005 y 2007

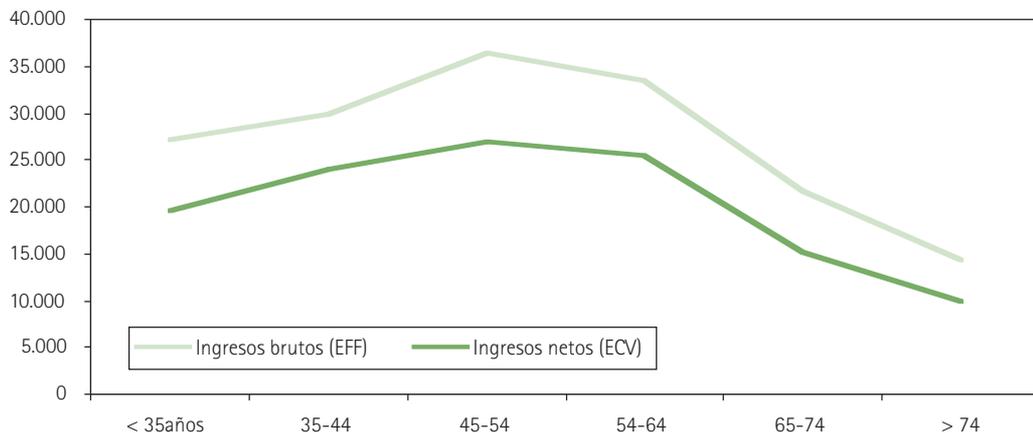
Encuesta de Condiciones de Vida (INE)		
Renta neta de los hogares (euros)	Año 2005	Año 2007
TODOS LOS HOGARES		
Renta media	22.418	24.525
EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA		
Menor de 30 años	19.626	21.370
Entre 30 y 44 años	24.029	26.174
Entre 45 y 65 años	27.020	29.230
Mayor de 65 años	15.185	16.989
Encuesta Financiera de las Familias (BE)		
Renta bruta de los hogares (euros)	Año 2005	
TODOS LOS HOGARES		
Renta media	28.400	
EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA		
Menor de 35 años	27.200	
Entre 35 y 44 años	29.900	
Entre 45 y 54 años	36.500	
Entre 54 y 64 años	33.500	
Entre 65 y 74 años	21.700	
Mayor de 74 años	14.400	

Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta de Condiciones de Vida* (INE 2005 y 2007) y de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

26) Un análisis detallado sobre la finalidad, características y comparabilidad de estas fuentes estadísticas se puede encontrar en el *Boletín Económico* del Banco de España (abril 2008).

El Gráfico 4.5. muestra el nivel de **renta media** de los hogares por grupos de edad y refleja claramente el perfil esperado del ciclo vital: la renta aumenta con la edad hasta alcanzar un máximo para aquellos hogares en los que el cabeza de familia tiene entre 45 y 54 años, disminuyendo progresivamente la cuantía de renta a partir de esa edad.

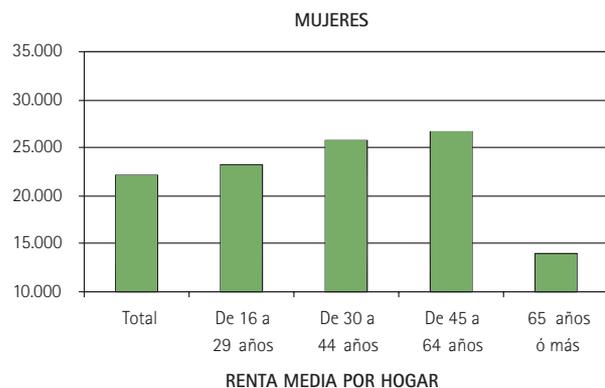
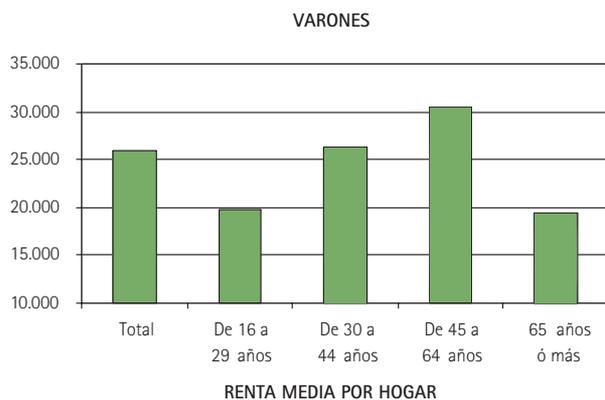
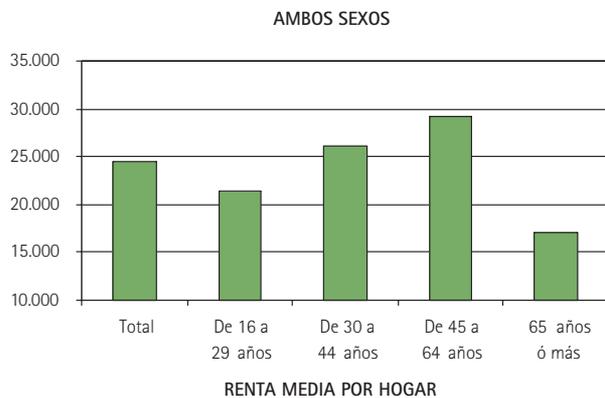
GRÁFICO 4.5.
Renta neta de los hogares por grupos de edad. Año 2007 (euros)



Fuente: elaboración propia a partir del *Boletín Económico* (BE, abril 2008).

En 2007 la renta media de los hogares españoles se situaba en 28.400 euros anuales en términos brutos y en 22.418 euros anuales en términos netos. Por grupos de edad, los jóvenes (personas con edad inferior a 30 años) y los mayores (personas con edad igual o superior a 65 años) tienen una renta media claramente por debajo de la renta media total, situación que se acentúa para los más mayores (personas con edad igual o superior a 74 años) cuyos niveles de ingresos suponen la mitad de la media total.

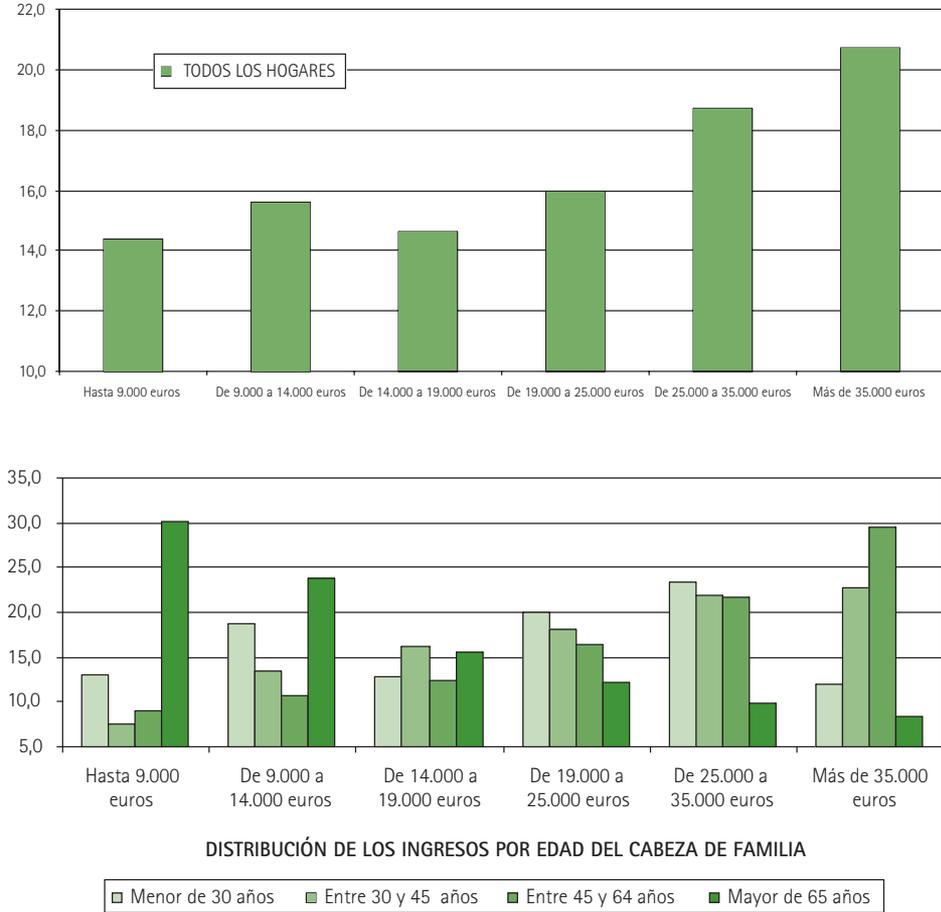
La desagregación por sexos muestra la existencia de diferencias de género: la renta neta de las mujeres es como media un 16,4% inferior a la de los varones, lo que representa una cuantía de 3.885 euros anuales menos en el año 2006 (Gráfico 4.6.). Estas diferencias de género se acentúan con la edad de forma que mujeres de 65 y más años poseen como media una renta neta de 13.919 euros anuales frente a los 19.477 euros anuales de los varones, es decir, los ingresos de las mujeres mayores suponen un 30% de la renta de los mayores varones –en términos absolutos representa una cuantía de 5.558 euros anuales menos–.

GRÁFICO 4.6.*Renta media por hogar según sexo y edad del cabeza de familia. Año 2007 (euros)*Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta de Condiciones de Vida* (INE 2007).

Cuando se considera la distribución de los hogares por tramos de renta y edad se observa una fuerte concentración por tramos de renta en aquellos hogares en los que la persona principal tiene 45 y más años, mientras que los hogares se distribuyen más uniformemente entre los distintos estratos de renta para edades inferiores (Gráfico 4.7.).

GRÁFICO 4.7.

Distribución de los ingresos del hogar según tramos de renta y edad del cabeza de familia



Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta de Condiciones de Vida* (INE 2007).

La renta neta de la mitad de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años está comprendida entre 9.000 y 14.000 euros, dos de cada tres hogares de mayores tienen ingresos inferiores a 19.000 euros anuales y sólo el 17,3% declara percibir ingresos netos superiores a 25.000 euros anuales. Esta

situación contrasta con la de los hogares cuya persona de referencia tiene una edad comprendida entre 45 y 65 años, en los que más de la mitad de los mismos disfruta de unos ingresos netos superiores a 25.000 euros anuales y uno de cada cuatro supera los 35.000 euros anuales en el año 2006.

Como puede apreciarse en la Tabla 4.20, la estructura de ingresos difiere en función de la edad y del estrato de renta al que pertenece el individuo. Como cabría esperar, la principal fuente de ingresos es el trabajo por cuenta ajena durante los años de actividad laboral y las prestaciones de vejez y jubilación en el caso de las personas mayores: en ambos casos los rendimientos del trabajo aportan más de dos terceras partes de la renta total.

TABLA 4.20.
Estructura de las fuentes de renta de los hogares.
Año 2005 (porcentaje de ingresos netos totales)

	Trabajo por cuenta ajena	Trabajo por cuenta propia	Capital y propiedades	Desempleo	Jubilación	Otras transferencias
TODOS LOS HOGARES	54,4	7,6	1,7	2,6	28,2	4,2
EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA						
Menor de 30 años	83,2	3,9	0,9	3,9	0,9	6,6
Entre 35 y 65 años	71,6	10,1	1,4	3,4	7,2	5,2
Mayor de 65 años	12,3	2,5	2,6	0,8	78,6	1,6
PERCENTIL DE RENTA						
Menor de 10	11,8	4,8	3,6	8,0	63,4	7,8
Entre 10 y 25	28,3	8,0	1,5	3,3	54,9	3,8
Entre 25 y 50	52,9	8,2	1,5	2,3	29,9	3,8
Entre 50 y 75	67,7	7,1	1,1	1,9	15,7	4,1
Entre 75 y 90	71,9	7,9	1,8	1,5	10,3	3,7
Entre 90 y 100	76,0	9,0	2,6	0,7	7,2	2,7

Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

En los estratos inferiores de renta, el peso de los ingresos derivados de prestaciones sociales es importante y, dentro de ellos, las pensiones de jubilación constituyen la principal fuente de renta. Por el contrario, los rendimientos derivados de la prestación de trabajo por cuenta ajena suponen más de la mitad de la renta neta de los hogares situados por encima del primer cuartil. Los ingresos derivados del trabajo por cuenta propia no suponen la décima parte de las rentas en ningún estrato y los ingresos procedentes del capital y propiedades son los que aportan la menor cuantía de renta en todos los estratos.

La diversificación de las fuentes de renta de los hogares refleja una importante concentración de ingresos, excepto en el caso de los trabajadores por cuenta ajena (Tabla 4.21.). En efecto, dos de cada tres asalariados y cuatro de cada seis jubilados declara tener un único tipo de ingresos, esto es, no disponen

de fuentes de renta adicionales que aporten al menos un 10% de sus ingresos totales. Situación que contrasta con los trabajadores por cuenta ajena para los que la diversificación en el origen de las rentas es la nota predominante: el 60% declara disponer al menos de dos fuentes de ingresos frente al 40% que manifiesta tener como únicos ingresos los procedentes de su actividad económica

TABLA 4.21.

Distribución de las fuentes de renta de los hogares. Año 2005 (porcentaje de hogares)

	Ninguna	Una	Dos	Tres o más
TODOS LOS HOGARES	0,7	62,3	31,6	5,5
ACTIVIDAD				
Trabajador por cuenta ajena	0,0	71,2	26,5	2,3
Trabajador por cuenta propia	2,2	39,9	46,1	11,8
Parado	2,5	41,9	43,2	12,4
Jubilado	0,1	61,6	32,0	6,4
Inactivo	1,8	61,1	31,2	6,0

Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

Aunque las fuentes estadísticas anteriores no proporcionan información sobre el volumen de **ahorro** de las familias, las encuestas realizadas a hogares recogen información cualitativa sobre la disponibilidad al ahorro de los hogares²⁷. A este respecto, se pregunta a los hogares sobre el grado de facilidad que tienen para llegar a fin de mes, a mayor grado de dificultad menores posibilidades de ahorro existen. Los resultados evidencian la importancia que tiene la renta, la edad y la situación laboral sobre la capacidad de ahorrar, y sus resultados son coherentes con la Teoría del Ciclo Vital.

Las posibilidades de ahorrar aumentan con la edad: uno de cada tres hogares jóvenes declara poder ahorrar, incrementando su capacidad de ahorro a medida que la vida laboral se consolida hasta alcanzar la edad de jubilación, edad a partir de la cual el peso de los hogares que pueden ahorrar se reduce significativamente. Según los resultados de la ECV, el 34,9% de los hogares cuyo cabeza de familia tiene menos de 35 años manifestaban llegar a final de mes con facilidad, frente al 41,5% de los hogares con edades comprendidas entre 35 y 65 años y al 37,2% de los hogares de 65 y más años (Tabla 4.22.). Son, por tanto, los hogares de mayores los que menos posibilidades tienen de ahorrar.

27) Los encuestados pueden responder dentro de un rango de seis categorías, indicando el grado de dificultad con que sus ingresos mensuales les permiten hacer frente a los gastos del período.

TABLA 4.22.

Hogares que llegan a fin de mes con facilidad (porcentajes)

	2004	2006
TODOS LOS HOGARES	39,5	39,9
EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA		
Menor de 35 años	37,1	34,9
Entre 35 y 45 años	40,8	41,9
Entre 45 y 65 años	40,6	41,5
Mayor de 65 años	37,4	37,2
PERCENTIL DE RENTA		
Menor de 10	22,2	21,8
Entre 10 y 25	27,1	26,9
Entre 25 y 50	33,4	32,4
Entre 50 y 75	42,9	42,4
Entre 75 y 90	50,3	53,6
Entre 90 y 100	58,0	68,5

Fuente: encuesta de Condiciones de Vida (INE 2006) y de la Encuesta Financiera de las Familias (BE 2005).

Como cabría esperar, el nivel de ingresos percibidos ejerce una incidencia clara sobre la disponibilidad de ahorro: el porcentaje de hogares que llega a fin de mes con facilidad crece con el nivel de renta –uno de cada cinco hogares situados en el primer percentil frente a dos de cada tres hogares situados en el último percentil–.

Si se tiene en cuenta la situación laboral, son los ocupados tanto por cuenta ajena como por cuenta propia los que disponen de una mayor capacidad de ahorrar frente a los parados, inactivos y jubilados; cuatro de cada diez jubilados declara llegar a fin de mes con facilidad frente a uno de cada 5,5, autónomos y 1,6 parados. Estos datos parecen confirmar que las posibilidades de ahorro de los hogares están más relacionadas con su nivel de renta que con el origen de los ingresos.

4.3.2. La composición del activo patrimonial: bienes y derechos

La Encuesta Financiera de las Familias, elaborada por el Banco de España y referida a los años 2002 y 2005, es la única fuente estadística en España que permite relacionar renta, activos y gasto familiar, de forma que ofrece información pormenorizada sobre la situación patrimonial y las decisiones financieras de los hogares españoles.

Según la EFF 2005, la renta media de los hogares cuyo cabeza de familia tenía entre 65 y 74 años se situaba como media en 24.800 euros y su riqueza neta alcanzaba un valor medio de 242.5000 euros, cuantías que se reducen a 15.200 euros y 201.200 euros, respectivamente, en el caso de los hogares

de 74 y más años. La Tabla 4.23. muestra que los hogares cuyo cabeza de familia tiene entre 65 y 74 años presentan una renta media un 30% inferior a la del conjunto de hogares españoles, reducción que alcanza el 47% en el caso de los hogares de 74 y más años. En el caso de la variable riqueza estas diferencias son mucho menores para los hogares entre 65 y 74 años (su riqueza es un 6% inferior a la del conjunto de hogares) pero aumentan significativamente para los hogares de 74 y más años (un 30% menos).

TABLA 4.23.

Renta y riqueza de los hogares españoles. Año 2005 (miles de euros)

	Renta		Riqueza	
	Media	Mediana	Media	Mediana
Todos los hogares	32,4	23,1	257	177
Edad del cabeza de familia				
Entre 65 y 74 años	24,8	16,0	242,5	185,3
Más de 74 años	15,2	10,0	201,2	133,9

Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

La Tabla 4.24. recoge el valor mediano de la riqueza neta, de los activos y de las deudas contraídas, por lo que refleja la situación patrimonial de los hogares españoles en 2005. La práctica totalidad de los hogares manifiesta poseer algún tipo de activo con preferencia hacia los activos de carácter financiero (96,5%) frente a los de naturaleza real (87,4%) y únicamente la mitad de los hogares españoles declara tener algún tipo de deuda pendiente (49,6%).

TABLA 4.24.

Situación patrimonial de los hogares españoles. Año 2005 (miles de euros)

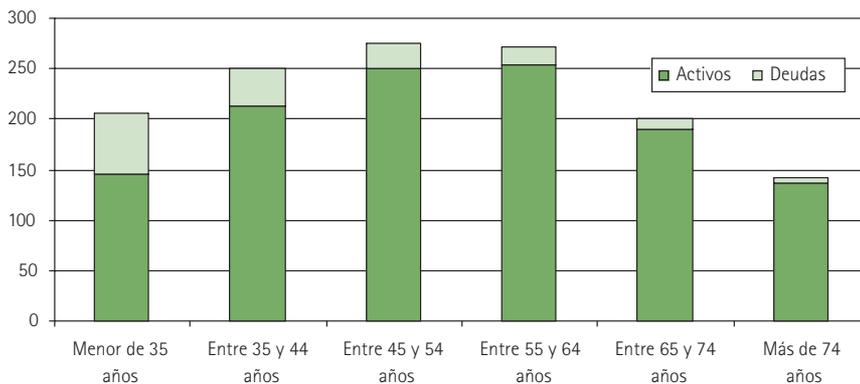
	TODOS LOS HOGARES		EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA			
	valor mediano	% hogares	Entre 65 y 74 años		Más de 74 años	
			valor mediano	% hogares	valor mediano	% hogares
Riqueza neta	177,0		185,3		133,9	
Algún tipo de activo	204,3	99,1	189,3	99,5	165,8	99,1
Algún tipo de activo real	210,4	87,4	180,7	92,2	150,2	87,4
Algún tipo de activo financiero	6,0	96,5	4,9	97,1	4,8	94,6
Tenencia de automóviles	6,0	74,8	3,0	58,2	2,9	25,4
Tenencia de otros bienes duraderos	12,0	49,3	12,0	37,2	7,9	20,9
Algún tipo de deuda	31,4	46,9	11,1	19,8	6,0	5,6

Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

El valor mediano de los activos sigue el ciclo vital: aumenta progresivamente hasta alcanzar un valor máximo para los hogares cuyo cabeza de familia tiene entre 55 y 64 años (254.100 euros), disminuyendo considerablemente a partir de los 65 años hasta alcanzar el valor mínimo para los hogares de 74 y más años (135.800 euros) –véase Gráfico 4.8.–. Trayectoria inversa a la experimentada por las deudas cuyo valor disminuye paulatinamente con la edad, de manera que solamente el 5,6% de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 74 y más años se encuentra endeudado y el valor mediano de su deuda asciende a 6.000 euros.

GRÁFICO 4.8.

Distribución de la riqueza de los hogares españoles según la edad del cabeza de familia. Año 2005 (valores medianos en miles de euros)

Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

Del análisis de la estructura de los activos patrimoniales se desprenden dos hechos claros: la utilización de cuentas como medio para realizar pagos y la preferencia por los bienes inmuebles como principales activos de inversión (Tabla 4.25.). El 92,3% de los hogares españoles es titular de una cuenta que destina a realizar los pagos corrientes de la vida cotidiana y en la que mantiene un saldo aproximado de 3.000 euros (valor mediano). El 81,3% posee la vivienda habitual en propiedad con un valor mediano de la misma para el conjunto de los hogares españoles, de 180.300 euros. Para acceder a su compra el 26,1% todavía se encontraba endeudado y el valor mediano de esta deuda era de 42.100 euros en el año 2005.

TABLA 4.25.

Estructura de los activos patrimoniales de los hogares españoles. Año 2005 (miles de euros)

	TODOS LOS HOGARES		EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA			
			Entre 65 y 74 años		Más de 74 años	
	valor mediano	% hogares	valor mediano	% hogares	valor mediano	% hogares
ACTIVOS REALES						
Vivienda principal	180,3	81,3	90,0	87,9	72,6	84,1
Otras propiedades inmobiliarias	103,1	34,5	59,2	32,8	39,6	23,8
Negocios (empresariales/profesionales)	60,5	11,1	33,2	5,1	25,2	1,3
Joyas, obras de arte y antigüedades	2,7	19,3	1,7	16,2	1,1	11,9
ACTIVOS FINANCIEROS						
Cuentas y depósito para realizar pagos	3,0	92,3	2,0	98,4	1,9	98,2
Cuentas no utilizadas para realizar pagos y cuenta vivienda	12,0	18,5	16,3	19,5	12,0	17,6
Acciones cotizadas en bolsa	6,0	11,4	8,2	9,7	11,8	7,6
Fondos de inversión	18,0	8,7	18,0	6,6	17,0	4,3
Valores de renta fija	24,0	1,5	16,3	2,0	16,2	2,9
Planes de pensiones y seguros de vida	6,3	29,3	10,5	6,2	7,9	2,4
Acciones no cotizadas y participaciones	17,0	2,1	26,8	1,1	56,5	0,5
Otros activos financieros	5,9	4,3	3,0	1,6	3,4	1,1
BIENES DURADEROS						
Automóviles y otros vehículos	6,0	74,8	3,0	55,9	3,0	21,2
Otros bienes duraderos	12,0	49,3	8,0	25,3	6,0	13,8

Las preferencias anteriores se refuerzan en el caso de las personas mayores de 65 años: el 98% utiliza cuentas y depósitos para realizar pagos frente al 92,3% del total de hogares y más del 84% declara poseer la vivienda habitual en propiedad frente al 81% del total de hogares. Además, el valor mediano de estos activos es significativamente menor en el caso de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65

y más años; concretamente, la mitad en el caso de la vivienda principal (90.000 euros frente a 180.300 euros) y la tercera parte en relación con las cuentas bancarias (2.000 euros frente a 3.000 euros).

Respecto de los bienes duraderos, dos de cada tres familias posee algún vehículo en propiedad con un valor mediano de 6.000 euros. Como era de esperar, este porcentaje disminuye para los estratos de edades superiores: algo más de la mitad los hogares cuya edad del cabeza de familia se sitúa entre 65 y 74 años poseen un vehículo en propiedad (58,2%), reduciéndose a la quinta parte de los hogares en el caso de 74 y más años (25,4%). Sin embargo, el valor mediano de los automóviles no disminuye para estas edades, probablemente porque los mayores de 74 años conservan el vehículo que ya tenían y que no se desprenden de él por variadas razones (por el valor residual bajo, por razones afectivas, por no reconocer la pérdida de facultades...).

4.3.2.a. *Los activos reales*

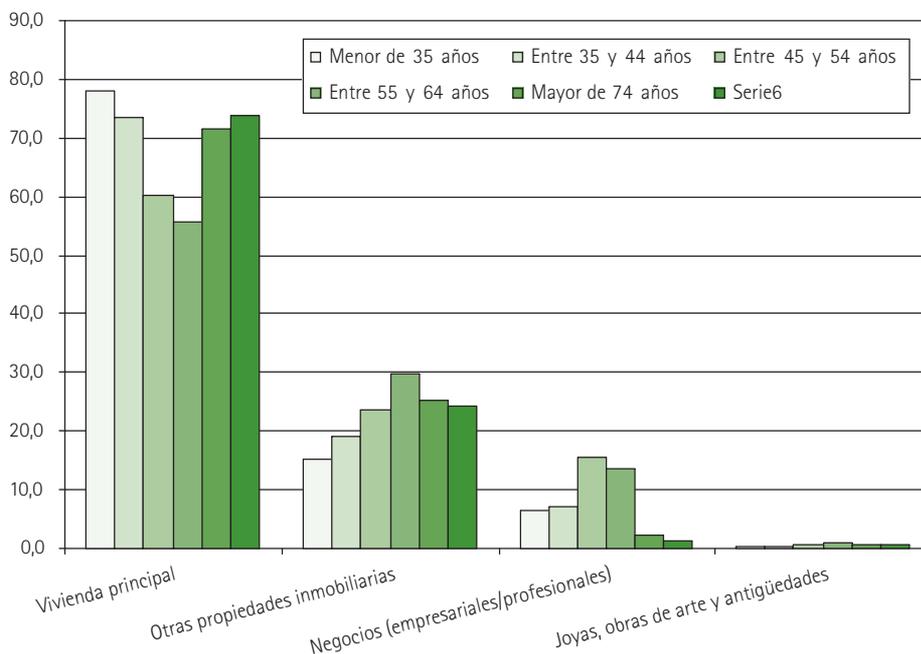
Los activos reales constituyen el 89,1% de los activos totales de los hogares españoles en 2005, posición relativa que se mantiene en términos generales con independencia del nivel de renta, de la edad y de la situación laboral del cabeza de familia. Por niveles de riqueza, la importancia de este tipo de activos disminuye ligeramente, en particular para el menor y mayor percentil si bien superan el 84% en ambos casos²⁸. En este año el 87,4% de las familias declaraba poseer algún tipo de activo real con un valor mediano de 210.400 euros.

El principal activo está constituido por la vivienda principal puesto que representa el 66,1% del valor de los activos reales y el 58,9% del valor de los activos totales para el conjunto de los hogares españoles (Gráfico 4.9.). Le siguen en orden de importancia otras propiedades inmobiliarias (23,8% de los activos totales y 21,2% de los activos reales) y las actividades económicas realizadas por algún miembro del hogar (9,6% y 8,6% respectivamente), y a mucha mayor distancia la inversión en joyas, obras de arte y antigüedades. El peso relativo de la vivienda principal retrocede con la edad a favor de otras propiedades inmobiliarias y de los negocios hasta alcanzar la edad de jubilación. Para los trabajadores autónomos, el valor patrimonial de su actividad representa la tercera parte del valor total de sus activos reales (32,2%).

28) Véase *Boletín Económico*, Banco de España (abril 2008).

GRÁFICO 4.9.

Distribución de los activos reales de los hogares españoles por edad del cabeza de familia. Año 2005 (porcentajes)



Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

En los hogares de mayores los activos reales suponen el 89,0% del valor de los activos totales y, dentro de ellos, las propiedades inmobiliarias (vivienda principal y otros inmuebles) representan alrededor del 91,0% de los mismos. Los negocios relacionados con actividades por cuenta propia pierden importancia y apenas son significativos para los hogares cuyo cabeza de familia tiene una edad superior a 74 años, al igual que ocurre con la tenencia de joyas, obras de arte y antigüedades.

Pero no solamente se reduce el número de hogares que poseen activos reales en los estratos de más edad, sino que, también, disminuye su riqueza: la mediana del valor de los activos reales para los hogares mayores de 74 años es casi la mitad de la de los hogares con edades comprendidas entre 55 y 64 años (135.800 euros frente a 254.100 euros).

4.3.2.b. Los activos financieros

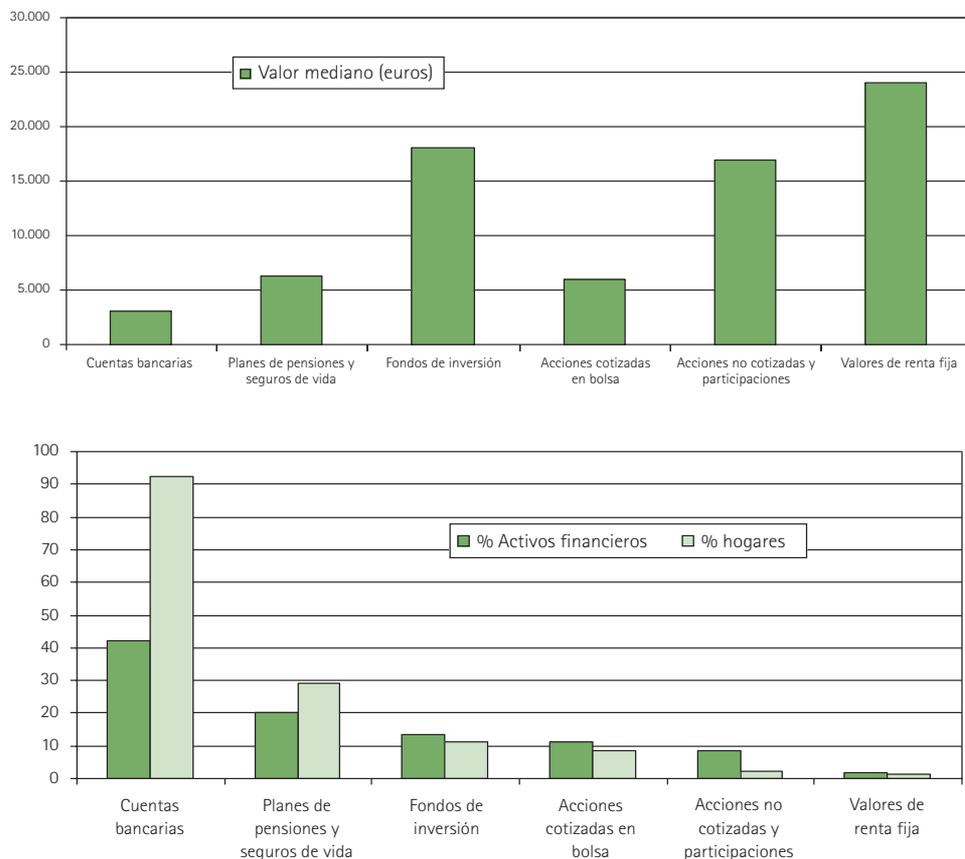
En 2005 el 96,5% de las familias españolas declaraba poseer algún tipo de activo financiero con un valor mediano de 6.000 euros, porcentaje que disminuye notablemente cuando se excluyen las cuentas bancarias. La evolución de la cartera financiera refleja un desplazamiento desde acciones, tanto

cotizadas como no cotizadas, hacia fondos de inversión y planes de pensiones (*Encuesta Financiera de las Familias* años 2002 y 2005).

El Gráfico 4.10. muestra la distribución de los activos financieros de los hogares españoles en 2005. Las cuentas bancarias representaban el 42% del valor total de los activos financieros con un valor mediano de 3.000 euros. Le siguen a continuación los planes de pensiones y seguros de vida, que absorben el 20% y alcanzan un valor mediano de 6.300 euros; los fondos de inversión, con el 13,6% y 18.000 euros de valor mediano; las acciones cotizadas en bolsa, con el 11,1% y valor mediano de 6.000 euros; las acciones no cotizadas en bolsa y demás participaciones, con el 8,4% y 17.000 euros de valor mediano; y, los valores de renta fija que representan tan sólo el 1,7% de la inversión aunque su valor mediano es el más elevado de todos los activos financieros (24.000 euros).

GRÁFICO 4.10.

Distribución del valor de los activos financieros de los hogares. Año 2005



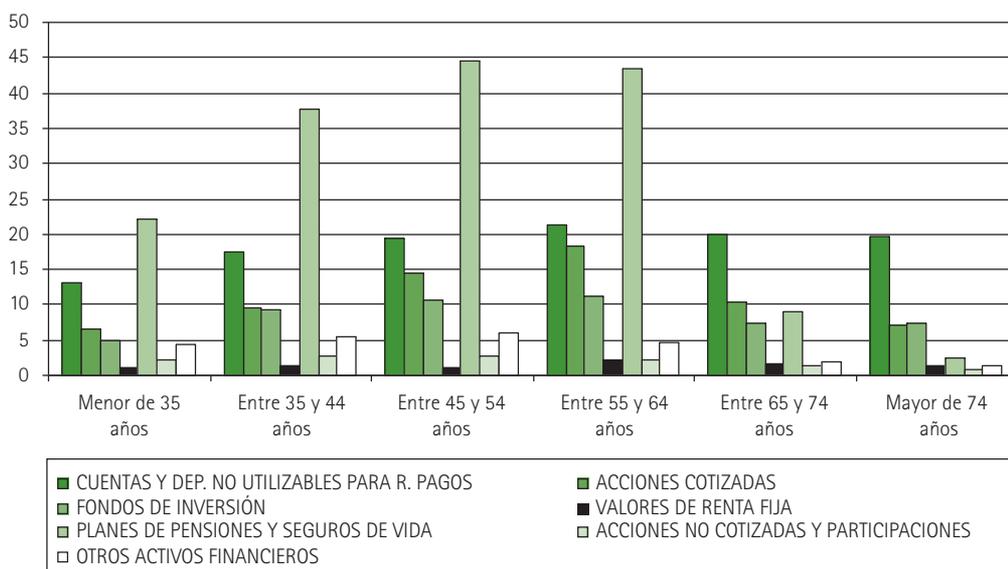
Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

La tenencia de activos financieros por grupos de edad señala que la capacidad inversora se reduce a partir de los 65 años, de manera que el valor de los activos financieros se sitúa en 3.000 euros para los hogares menores de 35 años, crece hasta alcanzar 12.300 euros para los hogares entre 55 y 64 años y decrece hasta 4.800 euros para los hogares mayores de 74 años.

Para el conjunto de hogares de 65 y más años, las cuentas bancarias representan el 90% de su patrimonio financiero, seguido en orden de importancia por las acciones cotizadas en bolsa, los fondos de inversión y los planes de pensiones (Gráfico 4.11.). El activo financiero preferido por las personas mayores para invertir son los depósitos (el 19,9% de los hogares) y, en menor medida, las acciones cotizadas en bolsa (el 10,3% de los hogares con edad comprendida entre 65 y 74 años y el 7,1% de los hogares con edad superior a 74 años).

GRÁFICO 4.11.

*Distribución de los activos financieros por edad del cabeza de familia.
Año 2005 (nº hogares en porcentaje y valor mediano en miles de euros)*



Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

Sin embargo, estos productos financieros tradicionales no son los que canalizan el mayor volumen de ahorro. Cuando se observa el valor mediano se comprueba que existe un número relativamente pequeño de hogares de mayores que invierte en valores de renta fija y fondos de inversión (el 16,0% y el 7,5% respectivamente) pero que mantiene elevados valores medianos, los cuales duplican o incluso triplican los de los productos financieros tradicionales (35.600 euros y 22.400 euros respectivamente). Estos datos reflejan el carácter conservador de la cartera financiera de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años.

La evolución de los activos financieros de las personas mayores entre 2002 y 2005 indica que se ha producido una disminución del porcentaje de hogares que son titulares de una cuenta destinada a realizar pagos y un aumento paralelo en la proporción de hogares titulares de depósitos, se desplazan inversiones desde acciones cotizadas hacia títulos de renta fija y se incrementa la preferencia por invertir en planes de pensiones (hogares con edades comprendidas entre 65 y 74 años) y en fondos de inversión (hogares con edades superiores a 74 años) –(D. Dizy, M. Fernández y O. Ruiz (2008)–.

4.3.3. El endeudamiento de las familias españolas

En relación con los pasivos patrimoniales, la mitad de los hogares españoles declaraba tener contraída algún tipo de deuda en 2005 con un valor mediano de 31.400 euros, lo que equivalía al 9,3% del valor de sus activos totales (Tabla 4.26.). El principal motivo de endeudamiento de las familias españolas lo constituye la adquisición de la vivienda principal: el 26,1% de los hogares españoles tiene una deuda pendiente por este motivo con una cuantía mediana de 42.100 euros, lo que supone que una de cada cuatro familias españolas ha acudido a la financiación ajena para comprar su casa.

TABLA 4.26.
Endeudamiento de los hogares españoles. Año 2005 (en porcentaje y euros)

	TODOS LOS HOGARES		EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA			
			Entre 65 y 74 años		Más de 74 años	
	valor mediano	% hogares	valor mediano	% hogares	valor mediano	% hogares
Compra de vivienda habitual	42,1	26,1	12,4	3,7	18,0	1,9
Compra de otras propiedades inmobiliarias	60,3	7,8	29,1	2,5	68,0	0,5
Deudas con garantía real	36,2	3,6	42,1	3,0		0,3
Créditos personales	6,5	24,6	6,0	11,3	3,9	2,9
Deudas de tarjetas de crédito	0,5	2,0		0,5		0,2
Otras deudas	5,1	2,9	1,6	1,4		0,0

Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

Los motivos que conducen a endeudarse son variados y, entre ellos, al margen de la adquisición de activos inmobiliarios, se encuentran la realización de reformas en el hogar, la financiación de la actividad empresarial o la adquisición de automóviles y bienes duraderos. Estas inversiones se financian mediante créditos personales y, aunque son menos frecuentes, los créditos con garantía real destacan por la elevada cuantía que supone el valor mediano de su deuda (36.200 euros en 2005).

La capacidad de endeudamiento disminuye considerablemente en los hogares de personas mayores: sólo el 19,8% de los hogares cuyo cabeza de familia tiene entre 65 y 74 años tienen deudas pendientes, porcentaje que disminuye al 5,6% en el caso de los hogares de 74 y más años. Algo similar ocurre con la cuantía de la deuda pendiente: el valor mediano asciende a 11.100 euros para las familias con edades entre 65 y 74 años mientras que se reduce a 6.000 euros en el caso de los hogares mayores de 74 años.

A diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la solicitud de un crédito personal es el principal motivo de endeudamiento en los hogares de personas mayores. El porcentaje de hogares que tiene contraídas deudas para comprar la vivienda habitual es muy bajo en el caso de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años, al igual que el valor de la deuda pendiente, por lo que cabe pensar que los últimos plazos de amortización del crédito solicitado se satisfacen durante los primeros años de jubilación. Lo que sí llama la atención es la elevada cuantía del valor mediano del crédito destinado a la adquisición de otras propiedades inmobiliarias en el segmento de población mayor de 74 años, el cual asciende a 68.000 euros.

A la hora de medir la carga financiera que supone el endeudamiento de los hogares españoles se utilizan tres tipos de indicadores que aparecen recogidos en la Tabla 4.27.

TABLA 4.27.
Ratios de endeudamiento de los hogares españoles. Año 2005

		A	B	C	
		Pagos por deuda / renta bruta	Deuda / renta bruta	Deuda / riqueza bruta	
TODOS LOS HOGARES		Mediana (%)	17,0	99,3	17,2
		% hogares (*)	11,7	19,1	11,1
EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA	Menos de 35 años	Mediana (%)	21,2	193,3	40,3
		% hogares (*)	15,1	36,4	21,5
	Entre 35 y 44 años	Mediana (%)	18,5	116,6	19,6
		% hogares (*)	10,8	18,2	10,4
	Entre 45 y 54 años	Mediana (%)	15	80,7	12,9
		% hogares (*)	11,2	14	8,5
	Entre 55 y 64 años	Mediana (%)	13,3	53,2	6,9
		% hogares (*)	10,1	11,3	5,1
	Entre 65 y 74 años	Mediana (%)	12,9	46,0	7,3
		% hogares (*)	12,7	12,1	8,5
	Más de 75 años	Mediana (%)	12,5	32,8	4,2
		% hogares (*)	5,7	1,7	2,1

Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

El primer indicador es el cociente que resulta de dividir los pagos satisfechos por deudas pendientes (incluyendo amortizaciones e intereses) entre la renta bruta del hogar. Este indicador refleja la importancia de la carga financiera derivada de los compromisos adquiridos.

El hogar endeudado mediano destina un 17% de su renta bruta al pago de sus deudas. La carga financiera es más elevada en el caso de familias con niveles bajos de ingresos (38,2%), en las que algún miembro tiene un negocio propio (20,5%) cuyo régimen de tenencia de la vivienda principal es la propiedad (17,9%). Por grupos de edad, se observa que la carga financiera disminuye con la edad siendo los hogares jóvenes los que mayor peso soportan (21,2% de su renta bruta) y los hogares más mayores los que tienen una menor cuantía comprometida de sus ingresos (12,5%).

Por otra parte, uno de cada diez hogares endeudados destina más del 40% de su renta bruta al pago de sus deudas (el 11,7%), porcentaje que se reduce a la mitad en el caso de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 74 y más años (el 5,7%).

El segundo indicador se calcula dividiendo la deuda entre la renta bruta del hogar. Este ratio muestra el stock de la deuda pendiente de los hogares e indica las posibilidades de asumir los compromisos financieros adquiridos teniendo en cuenta los ingresos brutos percibidos anualmente.

La cuantía de la deuda pendiente representa el 99,3% de los ingresos anuales recibidos por el hogar mediano, porcentaje que vuelve a ser superior para las familias con menores niveles de renta (143,4%) y para los trabajadores autónomos (122,4%). Al igual que ocurría con la carga financiera, el stock de la deuda disminuye con la edad, de manera que, en el caso de los hogares cuyo cabeza de familia tiene menos de 35 años, el ratio casi duplica el valor mediano (193,3%) y, en el caso de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 74 y más años, el ratio es la tercera parte del valor mediano (32,8%).

La cuarta columna de la Tabla 4.27. anterior indica que casi dos de cada diez hogares españoles endeudados tiene una deuda cuya cuantía triplica sus ingresos brutos anuales (el 19,1%). El porcentaje de hogares con mayores problemas de endeudamiento corresponde a aquellos que tienen menor nivel de renta (el 42,6% de los hogares comprendidos en el primer percentil de renta), cuyo cabeza de familia se encuentra inactivo o parado (el 24,6%) y en los que la vivienda principal está adquirida en propiedad (21,3%). Por edades, son los hogares más jóvenes los que soportan una mayor presión, ya que el 36,4% de estos hogares soportan deudas que triplican el valor de sus ingresos corrientes, mientras que los hogares más mayores son los que soportan menor presión derivada de sus deudas, puesto que tan sólo en el 1,7% de estos hogares la deuda es tres veces superior al valor de sus rentas anuales.

El tercer indicador muestra el porcentaje que supone la deuda en términos de riqueza bruta. En 2005 para el hogar español endeudado mediano las deudas representaban el 17,2% del valor de sus activos totales (reales y financieros), porcentaje que disminuye al 7,3% en el caso de los hogares cuyo cabeza de familia tiene una edad comprendida entre 65 y 74 años y en el 4,2% en aquellos cuyo cabeza de familia tiene más de 74 años. La situación de los hogares mayores contrasta con la de los hogares jóvenes, en los cuales el valor de la deuda contraída representa más del 40% de su riqueza bruta.

La sexta columna de la Tabla 4.27. anterior indica que uno de cada diez hogares españoles endeudados tiene una deuda cuya cuantía supera las tres cuartas partes de su riqueza bruta. El porcentaje de hogares con mayores problemas de endeudamiento corresponde a aquellos que tienen menor nivel de renta (25,5% de los hogares comprendidos en el primer percentil de renta), cuyo cabeza de familia se encuentra inactivo o parado (el 17,6%) y no disponen de la vivienda principal en propiedad (50,9%). Por edades, son los hogares más jóvenes los que soportan una mayor presión ya que en el 21,5% de estos hogares las deudas suponen tres veces el valor de los activos, mientras que los hogares más mayores son los que soportan menor presión derivada de sus deudas puesto que tan sólo en el 2,1% de los casos la deuda triplica la cuantía de los activos reales y financieros poseídos.

Tanto en la Tabla 4.27. como en el Gráfico 4.11. se puede apreciar que el número de hogares que soportan una mayor carga financiera y un mayor nivel de endeudamiento en el segmento de edad comprendido entre 65 y 74 años es superior a los situados en el estrato inmediatamente anterior, que corresponden a familias con edades entre 55 y 64 años. Igualmente, el valor mediano de las cantidades adeudadas como porcentaje del valor de los activos totales también es mayor en el caso de los hogares con edades entre 65 y 74 años (7,3%) en comparación con los hogares con edades entre 55 y 64 años (6,9%). Esto parece indicar que el cambio de la situación económica que origina la jubilación tiene algún tipo de efecto sobre la forma en que los hogares deciden afrontar sus decisiones de endeudamiento y resolver las deudas pendientes.

Capítulo 5. La fiscalidad de las personas dependientes y sus familias

5. LA FISCALIDAD DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS

La finalidad que se persigue con este capítulo es analizar el tratamiento fiscal que reciben los dependientes y sus familias, para ver en qué medida la legislación tributaria tiene en cuenta sus circunstancias personales a la hora de adecuar la carga impositiva de este colectivo a su verdadera capacidad económica. Este objetivo se aborda desde una doble perspectiva: en primer lugar se examina qué tipo de incentivos fiscales existen para las personas dependientes y sus familias, tanto a nivel internacional como en España, y, en segundo lugar, se estudian diversas fuentes estadísticas relacionadas con la tributación de dicho colectivo.

A este respecto, y como se ha puesto de manifiesto en el capítulo 4, las normas tributarias no pueden ni deben ser los principales instrumentos fiscales sobre los que descansa la protección a la dependencia. Más la contrario, razones de eficiencia económica y neutralidad impositiva sitúan a las mismas como complemento a las ayudas directas percibidas a través de prestaciones sociales monetarias y/o en especie.

5.1. REFERENCIA INTERNACIONAL

El análisis de los distintos modelos de protección a la dependencia en el ámbito de la OCDE refleja una amplia heterogeneidad de experiencias que se traducen en distintos niveles de gasto, con distinta composición y diferentes formas de financiación. Como señalan D. Dizy, M. Fernández y O. Ruiz (2006: 56), *la variedad de respuestas a la cobertura de la dependencia es fruto de las distintas realidades de partida y de las diversas formas organizativas que se dan en cada país y de cómo éstos afrontan un reto y una preocupación común: la atención a la dependencia.*

A la hora de elegir los países que sirviesen como referencia internacional se han aplicado distintos criterios¹. Se ha realizado una primera selección considerando aquellos países que adoptan sistemas de protección a la dependencia diferentes, pero cuya estructura social, económica y política es similar a la existente en España. Se han tenido en cuenta tanto países que cuentan con una amplia y contrastada experiencia como otros países en los que la atención a dependientes es de reciente implantación (Tabla 5.1.). Además, se ha procurado que los países pertenezcan a distintas áreas geográficas. Finalmente, se ha comprobado que los países elegidos son representativos de los tres modelos básicos que se han desarrollado en relación con la protección de la dependencia (véase al apartado 1.1.).

1) Un análisis detallado de las características de los sistemas de protección a la dependencia de los distintos países puede encontrarse en D. Dizy, M. Fernández y O. Ruiz (2006).

TABLA 5.1.

Diferentes experiencias internacionales en sistemas de protección a la dependencia

País	Año de implantación del sistema
Alemania	Pflegeversicherung (LTCI) en 1995.
Estados Unidos	The Americans with Disabilities Act en 1990 y Long-Term Care Reform Plan en 2006.
Finlandia	Se introduce un complemento por incapacidad en Nacional Pension Act en 1964.
Francia	Prestation Spécifique Dépendance (PSD) en 1997 y Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002.
Japón	Kaigo Hoken ((Long-Term Care Insurance, LTCI) en 2000.
Luxemburgo	Se introduce como un nuevo riesgo dentro de la Seguridad Social en 1999.
Reino Unido	Community Care Act en 1990.

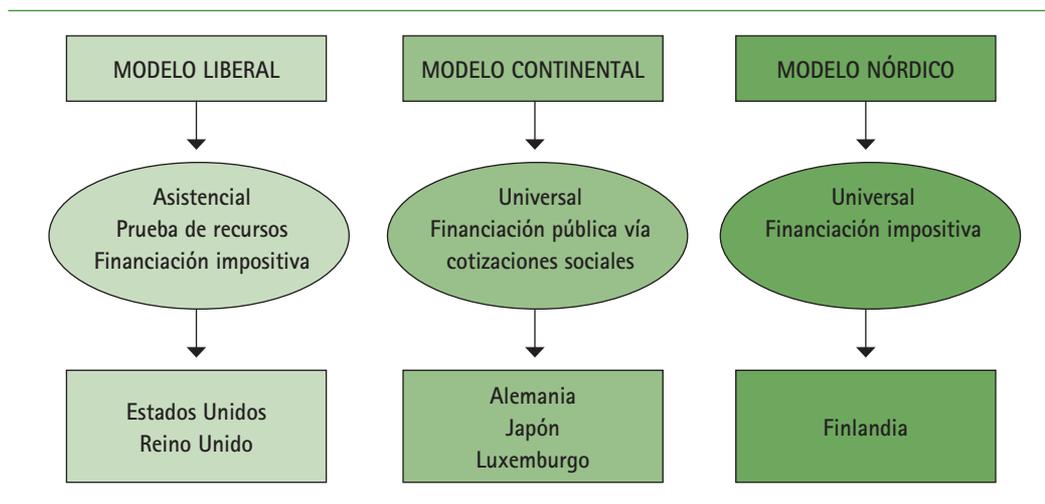
Fuente: elaboración propia.

Los principales rasgos que presentan los tres modelos básicos se pueden sintetizar de la siguiente manera (Gráfico 5.1.):

1. El **modelo liberal** se caracteriza por una protección de naturaleza asistencial, con prueba de recursos y financiación principalmente impositiva, en el que la responsabilidad de los cuidados a la dependencia descansa de forma importante en el ámbito privado (por ejemplo, Reino Unido y Estados Unidos).
2. El **modelo continental** se diferencia por ofrecer una protección de naturaleza universal, ubicada en el ámbito de la Seguridad Social y financiada fundamentalmente con contribuciones sociales (por ejemplo, Alemania, Luxemburgo y Japón).
3. El **modelo nórdico** se distingue porque la protección a la dependencia, de carácter universal, no se configura dentro del sistema de la Seguridad Social, sino que su protección se ha derivado de la extensión de su sistema de Estado de bienestar (por ejemplo, Finlandia).

GRÁFICO 5.1.

Características de los modelos de atención a la dependencia



La experiencia internacional en materia de incentivos fiscales vinculados a situaciones de dependencia muestra que los mismos pueden ir dirigidos tanto a las personas dependientes como a otros colectivos relacionados con ellas (familiares, cuidadores, centros...).

Los incentivos fiscales de los dependientes articulados en los distintos países se orientan en dos direcciones:

- Excluir de gravamen las prestaciones monetarias y en especie que se obtienen de los sistemas de protección social, lo que supone un ahorro fiscal al tipo marginal, y/o
- Establecer deducciones sobre la cuota en el impuesto sobre la renta de cuantía fija o variable para compensar los mayores gastos asociados a la situación de dependencia, lo que supone un ahorro fiscal al tipo medio.

El detalle de los principales incentivos fiscales implantados por los países analizados tanto referidos a los dependientes como a otras personas vinculadas con los mismos o que prestan ayuda a los mismos se muestra en la Tabla 5.2.

TABLA 5.2.

Incentivos fiscales a los dependientes y sus familias: experiencia internacional

PAÍS	INCENTIVOS FISCALES
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos.
Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos y, además, los gastos en dependencia (cuidado en el hogar, residencias, equipos auxiliares, alteraciones del hogar...) que el dependiente debe pagar con su dinero (<i>out of pocket</i>) son deducibles en el impuesto sobre la renta. El Gobierno Federal ofrece exenciones fiscales de hasta 720\$/año por los gastos en servicios personales o asistenciales para el cuidado de un familiar, importe que se eleva hasta 1.440\$/año para el cuidado de dos o más personas. La mayor parte de los Estados que cuentan con un impuesto sobre la renta ofrecen exenciones similares, aunque sólo se pueden utilizar para el cuidado de niños (no de personas mayores) y tienen unos límites mucho más bajos. Tratamiento fiscal favorable a la contratación de LTCI privados (<i>Long-term Care Insurance</i>).
Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> Los beneficios que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos, por el contrario sí lo están los que percibe el cuidador informal. Además, existen incentivos fiscales que consisten en que el contribuyente puede deducir de su base imponible en el IRPF la remuneración que paga por trabajos domésticos.
Francia	<ul style="list-style-type: none"> La ayuda que percibe el dependiente no está sujeta a impuestos. Además la APA a domicilio cuenta con los siguientes incentivos fiscales: <ul style="list-style-type: none"> Exoneración social: si el beneficiario emplea y paga directamente a una o varias personas que le atienden en su domicilio, se le exonera del pago de la parte patronal de la cotización a la Seguridad Social. También las asociaciones, centros comunales de acción social y los organismos acreditados gozan de esa exoneración para sus asalariados con contrato indefinido. Deducción fiscal: una deducción del IRPP igual al 50% de las remuneraciones pagadas y no cubiertas por la APA dentro del plan de ayuda, con un límite de 12.000 € (a 1 de enero de 2005). Esta deducción puede aplicarse, a diferencia de la anterior, tanto si el beneficiario contrata directamente al trabajador /res como si recurre a una asociación u organismo acreditado que le factura la prestación.
Japón	<ul style="list-style-type: none"> Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos.
Luxemburgo	<ul style="list-style-type: none"> Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos.
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos pero el contrario sí lo están las que percibe el cuidador (<i>Carer's Allowance</i>).

Fuente: elaboración propia.

En todos los países analizados se declaran no sujetas o exentas de gravamen las prestaciones obtenidas a través del sistema de protección a la dependencia. Además, algunos países introducen otros incentivos complementarios; en el caso de Francia, Estados Unidos y Finlandia se permite deducir de la cuota del impuesto sobre la renta las remuneraciones satisfechas a las personas contratadas para realizar trabajos de ayuda al dependiente; en Francia está exonerada la cuota patronal de la Seguridad Social correspondiente a la contratación de personal profesional por la atención al dependiente en su domicilio; mientras que en Estados Unidos se contempla un tratamiento fiscal favorable para la contratación de seguros privados de dependencia.

Por su parte, los incentivos fiscales dirigidos a colectivos distintos de la persona dependiente son menos frecuentes y se encuentran más limitados en todos los países objeto de análisis, de hecho las ayudas monetarias que perciben los cuidadores informales siempre están sujetas y no exentas de gravamen. En Francia, por ejemplo, se exonera del pago de la cuota patronal a la Seguridad Social a las entidades sin fines de lucro que contraten de forma indefinida trabajadores dedicados a prestar servicios de atención a domicilio. En Estados Unidos existen exenciones en el impuesto sobre la renta por gastos de cuidado de familiares dependientes.

Cabe destacar que el incentivo fiscal vinculado a la realización de tareas domésticas que introdujo Finlandia en el año 2001 tenía como finalidad principal hacer aflorar el trabajo sumergido que existía en el sector, al mismo tiempo que se incentivaba el empleo y se promovía el mantenimiento del dependiente en su domicilio habitual.

Esta deducción sobre la cuota incluye las tareas domésticas más usuales (preparar la comida, limpieza, lavado de ropa...), las tareas de asistencia y ayuda (dar de comer, vestir, ayudar en la higiene personal, ayudar a pasear...) y los trabajos relacionados con el mantenimiento y mejoras básicas de la vivienda. La concesión de las deducciones requiere que el trabajo se realice en el domicilio del dependiente, por lo que no dan derecho a deducción los pagos satisfechos por la realización de estas tareas en residencias asistidas u otro tipo de centros o instituciones, ya sean éstos de titularidad municipal o privada. Tampoco se puede disfrutar de esta ventaja fiscal si se recibe algún tipo de ayuda pública para la realización de las mencionadas tareas.

5.2. LA FISCALIDAD DE LOS DEPENDIENTES EN ESPAÑA

Desde el punto de vista presupuestario, la protección social se lleva a cabo mediante la aprobación de políticas de gasto diseñadas específicamente para dependientes como a través de los beneficios fiscales introducidos en las principales figuras impositivas. En el Capítulo 4 se analizan los recursos procedentes de las prestaciones públicas mientras que en este apartado se examinan los beneficios fiscales dirigidos a las personas dependientes y sus familias presentes en el ordenamiento tributario español.

Los impuestos personales sobre la renta persiguen como finalidad gravar la capacidad económica de los sujetos pasivos de forma equitativa, de forma que las personas que se encuentren en la misma situación deben tener el mismo trato impositivo (equidad horizontal) y las personas que se encuentren en distinta situación deben recibir un trato diferente (equidad vertical). El principio de equidad exige,

en consecuencia, considerar tanto la cuantía de renta percibida como el número de personas que viven de esos ingresos, esto es, graduar la carga tributaria en función de sus circunstancias personales y familiares ya sea mediante la existencia de reducciones sobre la base o bien a través de deducciones sobre la cuota.

Relacionados con este aspecto, se suscitan dos cuestiones que tienen enorme influencia en la configuración de la estructura del impuesto y, por extensión, en la progresividad del mismo: la determinación de la renta sujeta a gravamen y el tratamiento de las cargas familiares.

El primer problema que se plantea es si toda la renta económica percibida por los individuos constituye capacidad económica o, por el contrario, existe una parte de la misma sobre la que no se tiene poder de decisión al estar destinada a cubrir las necesidades básicas de la vida cotidiana. La mayoría de los países han resuelto esta cuestión utilizando como base de imposición el criterio de *renta equivalente o discrecional*, que es aquella que se obtiene descontando de las rentas monetarias y en especie percibidas una cantidad que equivale al mínimo vital estimado². En la legislación tributaria española esta solución se incorpora mediante la aplicación de mínimos personales y familiares exentos de cuantía fija, así como con el establecimiento de reducciones sobre la base establecidas en función de la edad y la condición física de los individuos.

El segundo problema consiste en determinar cuándo debe considerarse que una persona constituye una carga que disminuye la capacidad económica del contribuyente. En este caso, la evidencia empírica muestra una ausencia de consenso a la hora de decidir cuáles son los criterios para decidir si un ascendiente o descendiente minora el poder adquisitivo de la unidad familiar con la que convive. Aunque se suelen utilizar cuatro tipos de criterios –edad, parentesco, dependencia económica y realización de estudios– la elección es arbitraria y su acotación es heterogénea en los países europeos (D. Dizy: 1998).

En el caso de España la protección a personas en situación de dependencia es un derecho universal muy reciente en nuestro país: en diciembre de 2006 se aprueba la Ley de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006), mediante la que se crea un sistema nacional de protección a la dependencia (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia –SAAD–) cuya implantación será gradual y progresiva desde el año 2007 hasta el año 2015 (véase el capítulo 1).

Consecuentemente, los incentivos fiscales específicos dirigidos a las personas dependientes y sus familias se introducen en la normativa estatal en el ejercicio impositivo correspondiente al año 2007, cuya declaración se presenta en el año 2008, por lo que no es posible realizar aún una valoración cuantitativa de las mismas. Fundamentalmente estos incentivos afectan al Impuesto sobre la Renta

2) En los últimos años se ha generalizado el uso de escalas de equivalencia que permiten comparar el nivel de vida de las familias tomando bases normalizadas y que reconocen la existencia de economías de escala dentro de las unidades familiares de forma que las necesidades de los hogares aumentan menos que proporcionalmente con la incorporación de nuevos miembros. Las más conocidas son la escala de la OCDE, que aplica distinta ponderación en función de la edad de los hijos, y la escala de Oxford, que establece un tratamiento idéntico para todos los hijos.

de las Personas Físicas (IRPF), con alguna referencia al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y al Impuesto sobre el Patrimonio –suprimido recientemente con efectos del ejercicio 2008–.

Hasta el año 2007 el ordenamiento tributario español no se refería de modo particular al término dependencia, sino que los incentivos fiscales que afectaban a este colectivo y sus familias se centraban en el concepto de discapacidad y, en algunos supuestos, en la edad del contribuyente y/o beneficiario. Aunque la dependencia y la discapacidad son conceptos relacionados, no deben considerarse como equivalentes, pero también es cierto que la evidencia empírica corrobora que la probabilidad y prevalencia de la dependencia aumenta con la edad y está relacionada con la discapacidad, al menos para niveles de discapacidad elevados.

En efecto, la evidencia puesta de manifiesto en el apartado 2.2. *La población dependiente en España* de este estudio corrobora que:

- La dependencia es mayor a medida que aumenta la edad. Según las estadísticas de Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a 31 de diciembre de 2008, casi cuatro de cada cinco solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia (severa y gran dependencia) correspondían a personas de 65 y más años, y de ellas en el 27,89% de los casos el solicitante tenía entre 65 y 79 años y en el 50,03% de los casos tenía 80 y más años³.
- La dependencia conlleva niveles altos de discapacidad. Según los datos de la encuesta EDAD 2008, el 74% de las personas con edades iguales o superiores a 6 años que presentan alguna discapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). De ellas, casi la mitad tiene una discapacidad total (el 49,4%) y la cuarta parte presenta una discapacidad severa (el 25,6%).
- La discapacidad aumenta con la edad. Según datos de la encuesta EDAD 2008, las personas de 65 y más años representa el 57,8% de los discapacitados que viven en sus hogares y el 82,5% de los que se encuentran institucionalizados.

Tomando en consideración las razones anteriores y a la vista de la disponibilidad de fuentes estadísticas tributarias, el análisis se va a abordar a partir de **dos supuestos aproximativos a la situación de dependencia: edad igual o superior a 65 años y/o grado de discapacidad igual o superior al 65%**. Estos dos supuestos son coherentes con los resultados alcanzados en los capítulos anteriores de este estudio.

5.2.1. Beneficios fiscales en el IRPF

Los incentivos fiscales contemplados en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas para los dependientes y sus familias están relacionados básicamente con tres aspectos: el tratamiento de las

3) De las solicitudes presentadas para la valoración de la dependencia, al 96% de los solicitantes se le reconoció algún tipo de dependencia y ésta era de Grado III y II en el 87% de los casos.

prestaciones públicas percibidas, la fiscalidad de la venta de la vivienda habitual para afrontar las necesidades derivadas de la situación de dependencia y de los seguros privados de cobertura de la dependencia.

Concretamente, los beneficios fiscales actualmente establecidos en el IRPF asociados a situaciones de **dependencia** son los siguientes:

1. Prestaciones públicas recibidas por personas dependientes (art. 7.x).

Están exentas en el IRPF las prestaciones públicas vinculadas a cuidados en el entorno familiar y de asistencia personalizada, que se deriven de la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia), hasta la cuantía máxima establecida en el RD 7/2008.

2. Transmisión de la vivienda habitual del dependiente (art. 33.4 LIRPF; art. 33.4.a RIRPF).

No se imputa ganancia patrimonial alguna, cualquiera que sea la cuantía de la misma, por la transmisión de la vivienda habitual de las personas con dependencia severa o gran dependencia. A estos efectos, se entiende por vivienda habitual aquella en la que el dependiente resida en el momento de la transmisión, o bien otra en la que haya residido cualquier día durante los dos años anteriores. La exención también puede practicarse cuando se transmite la nuda propiedad de la vivienda si el dependiente se reserva el usufructo.

3. Aportaciones realizadas a seguros de dependencia (art. 51 y 52).

Las primas satisfechas a los seguros privados que cubran exclusivamente el riesgo de dependencia severa o de gran dependencia, conforme a lo dispuesto en la Ley 39/2006 (Ley de Dependencia), pueden ser objeto de reducción en la base. Para ello tienen que cumplir los requisitos siguientes:

- a) El contribuyente debe ser el tomador, asegurado y beneficiario.
- b) El seguro tiene que garantizar un tipo de interés y aplicar técnicas actuariales.
- c) La aportación de primas puede ser efectuada tanto por el propio contribuyente como por el cónyuge, los familiares en línea directa o colateral hasta tercer grado de parentesco inclusive, o por personas que tuviesen al dependiente en régimen de tutela o acogimiento⁴.

218

Pero la restricción más importante es que la reducción únicamente abarca a los seguros que dan cobertura al riesgo de dos modalidades de dependencia: la severa y la gran dependencia. Así, si la póliza del seguro cubriese cualquier tipo de dependencia (severa, gran dependencia y moderada) no se puede aplicar este incentivo fiscal, ni siquiera parcialmente, esto es, no cabe el prorrateo de las primas en este supuesto.

4) Las primas satisfechas por personas distintas al propio dependiente no están sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

A la hora de determinar la cuantía máxima que da derecho a reducción se establece un doble límite:

a) Límite financiero individual:

El conjunto de las aportaciones efectuadas a nombre de un mismo partícipe, ya sea por sí mismo o por terceros, no puede exceder 10.000 euros anuales, con independencia de la edad del contribuyente o, en su caso, de la edad del aportante.

b) Límite fiscal conjunto: global con el resto de cantidades aportadas a los sistemas de previsión social tales como planes de pensiones (PP), planes de previsión empresarial (PPSE), planes de previsión asegurados (PPA), planes de previsión social empresarial (PPSE) y mutualidades de previsión social (MPS).

Como límite conjunto de las aportaciones y contribuciones a planes de pensiones, sistemas de previsión social y seguros de dependencia se toma la menor de las dos cantidades siguientes:

- El 30% de la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidas individualmente durante el ejercicio. Este porcentaje se eleva al 50% para contribuyentes mayores de 50 años.
- 10.000 euros anuales, cantidad que se eleva a 12.500 euros para contribuyentes mayores de 50 años.

En el caso de optar por la modalidad de declaración conjunta, los límites se computan separadamente para cada partícipe, mutualista o titular del plan (art. 84.2).

La aplicación de estas reducciones no puede dar lugar a una base liquidable general negativa, pero no por ello se pierde el derecho a la bonificación. Así, las reducciones no practicadas en un ejercicio, ya sea por insuficiencia de base imponible o bien por la aplicación del límite porcentual sobre la suma de los rendimientos del trabajo y de actividades económicas (35%-50%), se pueden trasladar a los cinco ejercicios impositivos siguientes respetando idénticos requisitos y límites. En ningún caso es trasladable el exceso sobre las aportaciones financieras máximas anuales (10.000 euros). Cuando se encuentren pendientes de reducción excesos que provengan de ejercicios impositivos distintos, se entiende que se compensan en primer lugar los más antiguos.

En el caso de que el cónyuge no tenga rendimientos netos del trabajo o de actividades económicas, o que la cuantía de éstos sea inferior a 8.000 euros, el contribuyente puede practicar la reducción por aportaciones a seguros de dependencia efectuadas a favor del primero con el límite de 2.000 euros anuales. Las aportaciones efectuadas a favor del cónyuge se incluyen a la hora de calcular el límite conjunto del contribuyente.

En síntesis, las personas que pueden acogerse a reducciones por primas satisfechas a seguros de dependencia son:

- a) Contribuyentes: por el importe de la cantidad aportada, siempre que la prima cubra exclusivamente la dependencia severa o gran dependencia y no supere los límites descritos anteriormente.
- b) Terceras personas: por las primas satisfechas a favor de dependientes con los que tengan vínculos de parentesco o acogimiento y siempre que no se superen los límites señalados anteriormente.

Para evitar supuestos de doble exención, las prestaciones percibidas en virtud de contratos de seguros de dependencia suscritos tributan íntegramente como rendimientos del trabajo y se integran en la base imponible general en su totalidad (artículo 17.2.a)⁵. No es posible aplicar porcentajes de reducción en concepto de rentas irregulares aunque las prestaciones se perciban de una sola vez en forma de capital. Además, al constituir rendimientos del trabajo están sometidas a las retenciones previstas en el impuesto para este tipo de rendimientos.

En el mismo sentido, se establece que las cantidades abonadas por el empleador a seguros de dependencia constituidos a favor de sus empleados tienen la consideración de retribución en especie, por lo que constituyen coste de personal para la empresa y rendimientos de trabajo sujetos y no exentos para el trabajador (art. 17.1. y 43.1). Ello significa que se imputan por su importe bruto, determinado como la suma del valor monetario de la contraprestación (en este caso la prima satisfecha por la empresa) y el ingreso a cuenta correspondiente (porcentaje de retención que se aplica sobre el resto de rendimientos monetarios percibidos multiplicado por el valor de la contraprestación).

En suma, el legislador ha optado por dar el mismo tratamiento fiscal a las prestaciones derivadas de seguros de dependencia que el que venían recibiendo las prestaciones provenientes de los planes y fondos de pensiones.

TABLA 5.3.
Incentivos fiscales relacionados con la dependencia en el IRPF

Beneficio fiscal	Cuantía
Prestaciones públicas recibidas por personas dependientes	Exentas
Transmisión de la vivienda habitual del dependiente	Exenta
Aportaciones realizadas a seguros de dependencia	Reducción hasta 10.000 euros anuales con límites.

Al margen de los incentivos fiscales específicos de la dependencia, el IRPF contempla otros incentivos fiscales relacionados con la **edad** y la **discapacidad**:

5) La Ley del IRPF sólo habla de prestaciones sin distinguir si éstas son monetarias o en especie, por lo que, en principio, quedarían sujetas a gravamen ambas.

1. Exenciones por prestaciones públicas recibidas (art. 7).

En el IRPF se encuentran exentas, y por tanto no constituyen rendimientos del trabajo, las siguientes prestaciones económicas⁶:

- Las prestaciones de la Seguridad Social o de las entidades que la sustituyan percibidas como consecuencia de incapacidad permanente (absoluta o de gran invalidez) cualquiera que sea su causa. Esta pensión continúa estando exenta aún cuando se alcance la edad de jubilación.
- Las prestaciones percibidas de instituciones públicas por el acogimiento de personas con discapacidad y mayores de 65 años por parte del contribuyente⁷.
- Las prestaciones familiares percibidas de la Seguridad Social, en su modalidad no contributiva, por hijo a cargo mayor con discapacidad igual o superior al 65%.
- Las ayudas públicas destinadas a financiar estancias en residencias o centros de día para personas con grado de discapacidad igual o superior al 65%, siempre que el resto de los rendimientos del perceptor de la ayuda no superen el doble del Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM) –6.202,80 euros en el año 2008–.
- Las prestaciones obtenidas en forma de renta por discapacitados correspondientes a aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social realizadas a su favor, así como los rendimientos del trabajo derivados de aportaciones a patrimonios protegidos, hasta un importe máximo anual conjunto de tres veces el IPREM (18.608,4 euros en 2008).

2. Reducción por atención a situaciones de envejecimiento⁸ (arts. 51 a 53 LIRPF; arts. 49 a 51 RIRPF):

Se incluyen dentro de este concepto las reducciones referidas a aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social, tales como planes de pensiones, mutualidades de previsión social, planes de pensión asegurados y planes de previsión social empresarial. La cuantía de esta reducción está sujeta al límite conjunto con las aportaciones a seguros de dependencia analizadas en el apartado anterior.

6) Asimismo, se contempla la exención de las prestaciones por desempleo percibidas por un trabajador discapacitado en su modalidad de pago único cuando éste se convierte en trabajador por cuenta ajena. Esta exención no se ha tenido en cuenta porque es incompatible con una situación de dependencia en grado elevado. Idéntica razón es aplicable a los incentivos previstos por la contratación de personal asalariado discapacitado con grado de discapacidad igual o superior al 33%.

7) La finalidad de esta exención es fomentar la inserción social de estos colectivos por lo que el requisito fundamental para poder disfrutar de ella es el acogimiento. No cabe, por tanto, practicar esta exención a prestaciones recibidas por familiares a cargo con anomalías físicas, psíquicas o sensoriales.

8) Aunque existe una reducción por prolongación de la actividad laboral por trabajadores mayores de 65 años, se ha excluido del análisis por cuanto que la misma exige que la persona continúe prestando el trabajo por cuenta ajena mediante relación de carácter laboral. Este supuesto es incompatible con el concepto de dependencia severa y gran dependencia.

3. Reducción por aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social a favor de personas con discapacidad⁹ (art. 53 y disp. adic. 10ª LIRPF):

La aportación debe realizarse a favor de personas con un grado de discapacidad física o sensorial igual o superior al 65%, o psíquica superior al 33%, o con incapacidad declarada judicialmente cualquiera que sea su grado.

El límite a las aportaciones realizadas a sistemas de previsión social constituidos a favor de personas con discapacidad varía según se trata de contribuciones realizadas por el propio discapacitado o por terceros:

- a) Aportaciones realizadas por personas con discapacidad: se establece un único límite anual de 24.250 euros.
- b) Aportaciones realizadas por terceros¹⁰: se establece un límite de 10.000 euros para las aportaciones realizadas por parientes hasta tercer grado de parentesco inclusive por línea directa o colateral, por el cónyuge o por personas que conviven con él en régimen de tutela o acogimiento, siempre que se designe como beneficiaria de manera única e irrevocable a la persona con discapacidad.
- c) La reducción se practica en la base imponible de cada uno de los aportantes, sin perjuicio de las aportaciones que los mismos efectúen a sus propios sistemas de previsión social.

El límite conjunto para el total de aportaciones, propias y de terceros, efectuadas a favor de un mismo partícipe con discapacidad es de 24.250 euros anuales. Cuando concurren varias aportaciones a favor de la misma persona discapacitada la reducción se efectuará, en primer lugar, sobre las aportaciones realizadas por el discapacitado y, si las mismas no superan el límite de 24.250 euros, podrán ser objeto de reducción las aportaciones realizadas por otras personas de manera proporcional a la cuantía de dichas aportaciones.

Las aportaciones que no hubieran podido reducirse por insuficiencia de base imponible podrán trasladarse a los cinco ejercicios impositivos siguientes.

4. Reducción por aportación a patrimonios protegidos de personas discapacitadas (art. 54 LIRPF; art. 71 RIRPF):

Esta reducción se aplica en el caso de existir una discapacidad psíquica igual o superior al 33%, o de discapacidad física o sensorial igual o superior al 65%, exige que se cumplan los siguientes requisitos:

9) La Dirección General de Tributos ha establecido mediante consulta vinculante que las personas con un grado de discapacidad psíquica del 33% pueden beneficiarse del mismo régimen financiero y fiscal que las personas que tienen un grado de discapacidad física igual o superior al 65% (CV 1310/2005).

10) Las aportaciones efectuadas por parientes o por personas que tienen la tutela o acogimiento del discapacitado no están sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

- Los aportantes pueden ser los parientes por línea directa o colateral hasta tercer grado inclusive, el cónyuge del discapacitado o las personas que lo tuviesen a su cargo por razones de tutela o acogimiento. Las aportaciones realizadas por el propio discapacitado no dan derecho a reducción.
- Las aportaciones pueden ser dinerarias o en especie. Sin embargo, las aportaciones de elementos patrimoniales afectos a actividades económicas no dan derecho a reducción.
- La cuantía máxima de la reducción se fija en 10.000 euros anuales por cada aportante, sin que el límite máximo del conjunto de aportaciones para un mismo discapacitado pueda superar 24.250 euros anuales. Si se superan los límites anuales, el exceso se puede reducir en los cuatro ejercicios siguientes.

Para el discapacitado las aportaciones tienen el carácter de rendimientos del trabajo y las ganancias patrimoniales derivadas de las aportaciones están exentas para el aportante. Además, la disposición total o parcial de las aportaciones efectuadas en el período impositivo, o en los cuatro siguientes, suponen un aumento de la base imponible para el aportante que se cuantifica en el importe de la reducción practicada más los intereses de demora generados.

5. Mínimo por edad del contribuyente (art. 57):

Se aplica una reducción de 918 euros anuales cuando el contribuyente tenga una edad superior a 65 años. Esta cantidad se eleva a 1.122 euros anuales si el contribuyente tiene más de 75 años.

6. Mínimo por edad del ascendiente (art. 59).

Por cada ascendiente mayor de 65 años, o que sea discapacitado cualquiera que sea su edad, que conviva con el sujeto pasivo al menos la mitad del período impositivo¹¹ y no tenga rentas anuales individuales (excluidas las exentas) superiores a 8.000 euros se contempla una reducción de 918 euros anuales. Esta cantidad se eleva a 1.122 euros anuales si el ascendiente tiene más de 75 años. En el caso de Navarra se exige que el ascendiente sea discapacitado.

El grado de parentesco con el contribuyente tiene que ser por línea directa, por consanguinidad o por adopción, no pudiendo aplicarse el mínimo en el caso de parientes por línea colateral o por afinidad. Cuando el ascendiente conviva con varios descendientes al mismo tiempo, por ejemplo con hijos y nietos, todos ellos tienen derecho a practicarse el mínimo, eso sí prorrateando la cuantía a partes iguales entre todos.

11) El ascendiente tiene que haber vivido con el contribuyente como mínimo seis meses, salvo cuando el período impositivo es inferior a causa del fallecimiento del contribuyente. Esto significa que en el caso, bastante frecuente en nuestro país, de que el contribuyente pase temporadas con cada hijo sólo pueden practicarse el mínimo exento dos y siempre que con cada uno resida seis meses. En caso de residir tres o cuatro meses con cada hijo ninguno podría acogerse a este beneficio fiscal.

La determinación de la edad se realiza en la fecha de devengo del impuesto (31 de diciembre). Se consideran que conviven con el contribuyente los ascendientes discapacitados que, dependiendo de éste, se encuentren internados en centros especializados.

7. Mínimo por discapacidad (art. 60 LIRPF y 72 RIRPF).

Este mínimo se puede aplicar tanto por discapacidad del contribuyente como de ascendientes que convivan con él, y es compatible con los mínimos por contribuyente (mínimo personal) y por ascendiente (mínimo familiar). Se contemplan las siguientes reducciones por persona discapacitada¹², cuya acreditación debe realizarse mediante certificado o resolución del IMSERSO o del órgano autonómico competente¹³:

- a) Del contribuyente: 2.316 euros cuando el grado de discapacidad es igual o superior al 33% e inferior al 65% y 7.038 euros si es igual o superior al 65%. En el caso de Navarra las reducciones ascienden a 1.960 euros y 6.960 euros respectivamente.
- b) De ascendientes: 2.316 euros ó 7.038 euros cuando el grado de discapacidad es igual o superior al 65%. En Navarra el importe de las reducciones es de 1.960 euros y 6.960 euros, respectivamente, sin límite de edad.

8. Mínimo por gastos de asistencia (art. 72 RIRPF):

El mínimo por discapacidad aumenta en 2.316 euros (1.800 euros en Navarra) en concepto de gastos de asistencia por cada contribuyente y por cada ascendiente (que derecho a mínimo familiar) que acredite necesitar ayuda de terceras personas o movilidad reducida, o un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

9. Deducción por vivienda habitual del discapacitado (art. 68.1. LIRPF; art. 57 RIRPF):

Dan derecho a deducción en la cuota del impuesto las obras e instalaciones efectuadas en la vivienda habitual del contribuyente exigidas por razón de la discapacidad del propio contribuyente, del cónyuge o de cualquier pariente hasta tercer grado de parentesco inclusive, por línea directa o colateral, por consanguinidad o afinidad, que conviva con él.

La cuantía máxima de inversión que da derecho a deducción es de 12.020 euros anuales y el porcentaje aplicable es del 20,0% –el 13,4% corresponde al tramo estatal y el 6,6% al tramo autonómico–. Esta deducción es adicional a la que se establece con carácter adicional en el caso de adquisición de la vivienda habitual.

12) Se considera acreditada discapacidad igual o superior al 33 por ciento en el caso de los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez y en el caso de los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio. Igualmente, se considera acreditado un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento cuando se perciba una pensión no contributiva de la Seguridad Social que requiera ese requisito para su acceso, o cuando se trate de personas cuya incapacidad haya sido declarada judicialmente aunque el porcentaje de discapacidad no alcance dicho grado.

13) Los certificados de acreditación de la discapacidad surten efectos desde la fecha en que son solicitados y no se admite, a efectos fiscales, una discapacidad anterior a la solicitud del certificado, salvo que el propio órgano competente para la declaración de la discapacidad certifique que las circunstancias concurrían en fecha anterior.

TABLA 5.4.

Incentivos fiscales por edad y discapacidad en el IRPF

Beneficio fiscal	Cuantía
Prestaciones públicas por incapacidad permanente	Exención
Prestaciones públicas por acogimiento de discapacitados y mayores de 65 años	Exención
Ayudas por hijo a cargo con discapacidad igual o superior al 65%	Exención
Ayudas para estancias en residencias y centros de día de discapacitados con grado igual o superior al 65%	Exención
Prestaciones recibidas de sistemas de previsión social constituidos a favor de discapacitados	Exención
Aportaciones a sistemas de previsión social del contribuyente	Límite anual la cantidad menor entre: <ul style="list-style-type: none"> • 30% R^o netos del trabajo y de actividades económicas (50% si el contribuyente > 50 años), y • 10.000 euros (12.500 si > 50 años)
Aportaciones a sistemas de previsión social de discapacitados	Límite anual: <ul style="list-style-type: none"> • 24.250 euros para los partícipes con discapacidad • 10.000 euros por cada aportante • 24.250 euros para el conjunto de aportantes.
Aportaciones a patrimonios protegidos de discapacitados:	Límite anual: <ul style="list-style-type: none"> • 10.000 euros por cada aportante • 24.250 euros para el conjunto de aportantes
Mínimo por edad del contribuyente:	
• Contribuyente > 65 años	918
• Contribuyentes > 75 años	1.122
Mínimo por edad de los ascendientes:	
• Ascendiente > 65 años	918
• Ascendiente > 75 años	1.122
Mínimo por discapacidad:	
• Contribuyente con discapacidad entre 33% y 65%	2.316
• Contribuyente con discapacidad ≥ 65%	7.038
• Ascendiente con discapacidad entre 33% y 65%	2.316
• Ascendiente con discapacidad ≥ 65%	7.038
Mínimo por gastos asistencia:	
• Contribuyentes y ascendientes que necesiten ayuda de terceros o tengan movilidad reducida o discapacidad ≥ 65%	2.316
Adquisición, adecuación o realización de obras en la vivienda habitual del discapacitado	20% de la inversión efectuada, con límite máximo de inversión de 12.020 euros anuales

En el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas se han cedido competencias a favor de las Comunidades Autónomas en lo que se refiere a tarifas y deducciones sobre la cuota. Del análisis de los incentivos fiscales autonómicos llama la atención un aspecto: las diferencias que existen a nivel regional respecto de las cuantías de las deducciones, como pone de manifiesto la Tabla 5.6. Este hecho puede estar originando una desigualdad de trato fiscal a nivel territorial.

En el año 2008 las Comunidades Autónomas habían establecido las siguientes deducciones adicionales sobre la cuota por razones de edad y de discapacidad:

1. Por razón de edad:

- **Baleares:** 36 euros por cada contribuyente residente en dicha Comunidad con edad igual o superior a 65 años, siempre que la suma de la base imponible general y la base del ahorro minorada en el mínimo personal y familiar no supere la cuantía de 12.000 euros en el caso de tributación individual o 24.000 euros si se trata de tributación conjunta.
- **Canarias:** 120 euros por contribuyente con edad superior a 65 años.
- **Castilla-La Mancha:** 100 euros por cada contribuyente con edad superior a 75 años, sin que permanezcan institucionalizados más de 30 días naturales al año.

2. Por razón de dependencia familiar y discapacidad:

- **Andalucía:** 100 euros por contribuyente con grado de discapacidad igual o superior al 33%, siempre que la base imponible no sea superior a 19.000 euros (tributación individual) o 24.000 euros (tributación conjunta).

Por asistencia a personas con discapacidad: 100 euros por ascendiente con derecho a la aplicación de la reducción por discapacidad. Además, si se acredita que éste necesita la ayuda de terceras personas y tienen derecho a la aplicación de la reducción por gastos de asistencia, el contribuyente puede deducir el 15% de la cuota fija por empleador satisfecha al régimen especial de empleados del hogar de la Seguridad Social con el límite de 500 euros anuales por contribuyente.

- **Aragón:** 150 euros por el cuidado de ascendientes con edad igual o superior a 75 años y por ascendientes con discapacidad igual o superior al 65%, cualquiera que sea su edad, siempre que convivan con el contribuyente y sus rentas anuales (excluidas las exentas) no sean superiores a 8.000 euros. La suma de la base imponible general y del ahorro minorada por el mínimo por contribuyente y por descendientes de toda la unidad familiar no puede exceder de 35.000 euros.
- **Asturias:** 328 euros por cada mayor de 65 años que conviva con el contribuyente en acogimiento no remunerado; no es aplicable si existe un vínculo igual o inferior al tercer grado de parentesco.

Asimismo, se puede deducir el 3% de las cantidades invertidas en la adquisición o adecuación de la vivienda habitual del contribuyente con discapacidad igual o superior al 65% hasta un máximo de 13.135 euros (excluidos los intereses).

También es aplicable en el caso de discapacidad del cónyuge, ascendiente o descendiente que convivan con él y no tenga rentas superiores al IPREM (indicador público de renta de efectos múltiples).

- **Baleares:** siempre que la suma de la base imponible general y del ahorro minorada por los mínimos personal y familiar no sea superior a 12.000 euros (tributación individual) o 24.000 euros (tributación conjunta) se pueden deducir las siguientes cantidades: 80 euros si existe discapacidad física-sensorial igual o superior al 33%, 150 euros si existe discapacidad físico-sensorial igual o superior al 65% y 150 euros cuando existe discapacidad psíquica igual o superior al 33%.
- **Canarias:** 300 euros por cada contribuyente discapacitado con grado de discapacidad superior al 33%.
- **Cantabria:** 100 euros por cuidado de ascendientes mayores de 70 años o con discapacidad igual o superior al 65%. El familiar tiene que convivir con el contribuyente más de 183 días al año y no tener rentas superiores a 6.000 euros anuales ni estar obligado a presentar declaración por el Impuesto sobre el Patrimonio.

El 10% de las cantidades satisfechas por arrendamiento de la vivienda habitual si el contribuyente tiene más de 65 años o presenta una discapacidad igual o superior al 65%, con el máximo de 300 euros (600 euros en declaración conjunta). La base imponible tiene que ser inferior a 22.000 euros (31.000 euros en declaración conjunta) y el alquiler debe ser superior al 10% de los rendimientos netos.

- **Castilla-La Mancha:** 300 euros por contribuyente con discapacidad igual o superior al 65% y 200 euros por ascendiente con discapacidad igual o superior al 65% que genere derecho a reducción por discapacidad.

Igualmente, se pueden deducir 100 euros por cuidado de ascendientes mayores de 75 años, siempre y cuando éstos no permanezcan institucionalizados durante más de 30 días naturales.

- **Castilla-León:** 656 por contribuyente mayor de 65 y más años con discapacidad igual o superior al 65% que no sea usuario de residencias públicas o concertadas y siempre que su base imponible total (general y del ahorro) menos el mínimo personal y familiar no exceda de 18.900 euros (tributación individual) o 31.500 (tributación conjunta).
- **Cataluña:** 10% del arrendamiento de la vivienda habitual satisfecho con un máximo de 300 euros anuales en declaración individual (600 en declaración conjunta) por personas

con discapacidad igual o superior al 65%, siempre que la base imponible total (general y del ahorro) menos el mínimo personal y familiar no supere 20.000 euros (tributación individual) o 30.000 euros (tributación conjunta) y las cantidades satisfechas en concepto de alquiler excedan del 10% de los rendimientos netos.

- **Extremadura:** 10% del arrendamiento de la vivienda habitual satisfecho con un máximo de 300 euros anuales por personas con discapacidad igual o superior al 65%, siempre que la suma de las bases general y del ahorro no supere 19.000 euros anuales en tributación individual o 24.000 euros en tributación conjunta. Se exige tener un grado de discapacidad igual o superior al 65%, haber satisfecho el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales por el arrendamiento y que la unidad familiar sea titular del pleno dominio o de un derecho real de uso o disfrute de otra vivienda situada a menos de 75 kilómetros de la vivienda arrendada.

Existe una deducción de 150 euros por cada ascendiente que tenga la consideración legal de discapacidad con grado igual o superior al 65% siempre y cuando el familiar: conviva con el contribuyente, la suma de las bases imponibles general y del ahorro no supere 19.000 euros en tributación individual o 24.000 en tributación conjunta ni sea mayor al doble del IPREM, no tenga que presentar declaración por el Impuesto sobre el Patrimonio.

- **Galicia:** 10% de las cantidades satisfechas a terceros con el límite de 600 euros por cada residente de 65 y más años con discapacidad igual o superior al 65% que necesite la ayuda de terceras personas y no sea usuario de residencias públicas o concertadas o beneficiario del cheque asistencial. La base imponible total no puede exceder de 22.000 euros (tributación individual) o 31.000 (tributación conjunta).
- **Madrid:** 900 euros por cada persona mayor de 65 años y/o discapacitado que conviva con el contribuyente por razón de acogimiento no remunerado, siempre que no exista derecho a percibir una ayuda o subvención de la Comunidad de Madrid y entre ambos no haya parentesco de consanguinidad o de afinidad igual o inferior a cuarto grado.

Se puede deducir, también, 900 euros en concepto de acogimiento no remunerado de mayores de 65 años sin vínculo de parentesco de consanguinidad o de afinidad igual o superior al cuarto grado y no se perciban ayudas o subvenciones de la comunidad.

- **C. Valenciana:** 175 euros por cada contribuyente de 65 y más años con discapacidad igual o superior al 33%, salvo que se perciban prestaciones por discapacidad que se encuentren exentas en el IRPF.

Adicionalmente, existe una deducción de 175 euros por cada ascendiente en línea directa, por consanguinidad, afinidad o adopción, que sea mayor de 75 años o mayor de 65 años con discapacidad igual o superior al 33%, siempre que cumplan los siguientes requisitos: convivan con el contribuyente (o se encuentren internados en centros especializados), no tengan rentas anuales no exentas superiores a 8.000 euros, la suma de las bases imponibles

general y del ahorro no supere 27.245 euros en tributación individual o 44.074 en tributación conjunta y no presenten declaración por el IRPF con rentas superiores a 1.800 euros.

Asimismo, existe una deducción del 20% de las cantidades satisfechas en concepto de alquiler de vivienda habitual con el límite de 600 euros si el contribuyente tiene un grado de discapacidad física o sensorial igual o superior al 65% ó discapacidad psíquica igual o superior al 33%. Se exigen los siguientes requisitos: la fecha del contrato de duración igual o superior al año sea posterior al 23-4-1998, constitución del depósito de la fianza a favor de la Generalitat, durante al menos la mitad del período impositivo ningún miembro de la unidad familiar sea titular del pleno dominio o de un derecho real de uso o disfrute de otra vivienda situada a menos de 100 kilómetros de la vivienda arrendada y que la suma de las bases imponible general y del ahorro no supere 27.245 euros en tributación individual o 44.074 euros en tributación conjunta.

Igualmente, da derecho a deducción el 5% de las cantidades satisfechas (sin incluir los intereses) por la adquisición de la vivienda habitual de discapacitados físicos o sensoriales con grado igual o superior al 65% ó psíquicos con grado igual o superior al 33% siempre que su base imponible total no sea superior al doble del IPREM.

En **Navarra** el IRPF se regula por la Ley Foral 22/1998, de 30 de diciembre, que establece las siguientes reducciones sobre la base vinculadas a las personas mayores vigentes con efectos a partir de 2008:

- a) 900 euros por cada sujeto pasivo con edad igual o superior a 65 años: 900 euros, 2.000 euros en el caso de que el contribuyente tenga 75 y más años.
- b) 2.500 euros por cada sujeto pasivo discapacitado con grado de discapacidad acreditado igual o superior al 33%, 9.000 euros en el caso de discapacidad igual o superior al 65%.
- c) 900 euros por cada ascendiente con edad igual o superior a 65 años que conviva con el sujeto pasivo o que sea discapacitado y no obtenga rentas anuales (excluidas las exentas) superiores al IPREM, 2.000 euros cuando el ascendiente tenga 75 y más años. Si los ascendientes forman parte de una unidad familiar, el límite de rentas previsto será el doble del IPREM para el conjunto de la unidad familiar. 2.200 euros por ascendiente, cualquiera que sea su edad, que conviva con el sujeto pasivo, y no obtenga rentas anuales (excluidas las exentas) superiores al IPREM que sean acrediten un grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 7.700 euros cuando el grado de discapacidad sea igual o superior al 65%. Esta reducción es compatible con las anteriores y si los ascendientes forman parte de una unidad familiar, el límite de rentas previsto será el doble del IPREM para el conjunto de la unidad familiar.
- d) 2.200 euros por cada familiar que conviva con el contribuyente y tenga la consideración de persona asistida, según los criterios y baremos establecidos al efecto. La reducción se practicará por el cónyuge o pareja estable de la persona asistida y, en su defecto, por el familiar de grado más próximo y es incompatible con la reducción anterior.

- e) Las cantidades satisfechas a la Seguridad Social por los contratos formalizados con empleados de hogar por sujetos pasivos que tengan una edad igual o superior a 65 años o que posean una discapacidad igual o superior al 65%, y por ascendientes, discapacitados y personas asistidas que den derecho a reducción.

TABLA 5.5.
Incentivos fiscales en el IRPF. Navarra y País Vasco

DEDUCCIONES (euros)	NAVARRA	PAÍS VASCO
Edad:		
• Contribuyentes > 65 años	900	300
• Contribuyentes > 75 años	2.000	550
• Ascendiente > 65 o discapacitado	900	250
• Ascendiente > 75	2.000	250
Discapacidad:		
• Contribuyente con discapacidad entre 33% y 65%	2.500	700
• Contribuyente con discapacidad \geq 65%	9.000	1.000
• Ascendiente, cónyuge, pareja de hecho, familiar hasta 4º grado o persona mayor de 65 años con discapacidad entre 33% y 65%		700
• Ascendiente, cónyuge, pareja de hecho, familiar hasta 4º grado o persona mayor de 65 años con discapacidad \geq 65%		1.000
Gastos asistencia:		
• Cada familiar que tenga la consideración de persona asistida	2.200	
• Contribuyente, ascendiente, cónyuge, pareja de hecho, familiar hasta 4º grado o mayor de 65 años con discapacidad \geq 75% y entre 15 y 39 puntos de ayuda		1.200
• Contribuyente, ascendiente, cónyuge, pareja de hecho, familiar hasta 4º grado o persona mayor de 65 años con discapacidad \geq 75% y 40 o más puntos de ayuda		1.500
Seguridad Social:		
• Por empleados del hogar de contribuyentes > 65 años, discapacitados \geq 65% y personas asistidas	Cuota patronal	

En el caso del **País Vasco** los incentivos fiscales a las personas mayores, dependientes y discapacitadas se introducen como deducciones sobre la cuota y las cuantías vigentes en 2008 son:

- a) 300 euros por cada contribuyente de edad superior a 65 años y 550 euros con edad superior a 75 años.
- b) 250 euros por cada ascendiente que conviva de forma continua y permanente durante todo el año natural con el contribuyente, siempre que el ascendiente o cualquiera de los miembros de la unidad familiar a la que pertenece no tenga rentas superiores al SMI y no presente o no esté obligado a presentar su propia declaración del IRPF.

Se asimilan a la convivencia los supuestos en que el descendiente satisfaga de su propio patrimonio cantidades a residencias donde el ascendiente viva de forma continua y permanente durante todo el año natural¹⁴.

- c) Por discapacidad del contribuyente, ascendiente, descendiente, cónyuge, pareja de hecho, o por cada pariente colateral hasta cuarto grado de parentesco, cualquiera que sea su edad que, dependiendo del contribuyente, no tenga rentas superiores al doble del salario mínimo interprofesional (IPREM)¹⁵:
 - Grado de discapacidad igual o superior al 33% e inferior al 65%: 700 euros.
 - Grado de discapacidad igual o superior al 65%: 1.000 euros.
 - Grado de discapacidad igual o superior al 75% y obtener entre 15 y 39 puntos de ayuda de tercera persona: 1.200 euros.
 - Grado de discapacidad igual o superior al 75% y obtener 40 puntos o más de ayuda de tercera personas: 1.500 euros.
- d) Por cada persona de 65 y más años que conviva con el contribuyente distinta de los familiares o asimilados contemplados anteriormente se aplicará idéntica deducción atendiendo al grado de discapacidad y de la necesidad de ayuda de tercera persona.

14) En este caso la deducción se practicará por los descendientes del grado más próximo que acrediten, con la correspondiente factura, haber satisfecho cantidades para sufragar los gastos de estancia del ascendiente en dichos centros. En los supuestos de existir varios descendientes de igual grado que sufraguen dichos gastos, la deducción se prorrateará y practicará entre todos ellos por partes iguales.

15) Cuando la persona con discapacidad presente autoliquidación por este Impuesto podrá optar entre aplicarse en su totalidad la deducción o que se la practique en su totalidad el contribuyente de quien dependa. En el caso de que opte por esta segunda posibilidad y la persona con discapacidad dependa de varios contribuyentes, la deducción se prorrateará y practicará por partes iguales por cada uno de estos contribuyentes.

TABLA 5.6.

Incentivos fiscales autonómicos por edad, dependencia y discapacidad en el IRPF

DEDUCCIONES AUTONÓMICAS POR RAZÓN DE EDAD		DEDUCCIONES AUTONÓMICAS POR RAZÓN DE DEPENDENCIA FAMILIAR Y DISCAPACIDAD	
C. Autónoma	Cuantía (€)	Requisitos	Límites
Baleares	36	Edad > 65 años	Base imponible menos mínimos personal y familiar ≤ 12.000 (24.000 conjunta)
Canarias	120	Edad > 65 años	Ninguno
Castilla-La Mancha	100	Edad > 75 años	No permanecer más de 30 días naturales institucionalizados
DEDUCCIONES AUTONÓMICAS POR RAZÓN DE DEPENDENCIA FAMILIAR Y DISCAPACIDAD			
Andalucía	100	Discapacidad ≥ 33%	Base imponible ≤ 19.000 (24.000 conjunta)
	100	Ascendiente discapacitado	Ninguno
	15%	Ayuda 3ª personas	Cuotas satisfechas a la Seguridad Social (máximo 500 €)
Aragón	150	Ascendiente ≥ 75 años	Renta ≤ 8.000 y BI menos mínimos personal y familiar ≤ 35.000
	150	Ascendiente con discapacidad ≥ 65%	Renta ≤ 8.000 y BI menos mínimos personal y familiar ≤ 35.000
Asturias	328	Edad > 65 años	Acogimiento no remunerado sin parentesco hasta 3º grado
	3%	Discapacidad ≥ 65%	Cantidad invertida en adquisición o rehabilitación vivienda habitual ≤ 13.135 €
Baleares	80	Discapacidad físico-sensorial ≥ 33%	Base imponible ≤ 12.000 (24.000 conjunta)
	150	Discapacidad físico-sensorial ≥ 65%	Base imponible ≤ 12.000 (24.000 conjunta)
	150	Discapacidad psíquica ≥ 33%	Base imponible ≤ 12.000 (24.000 conjunta)
Canarias	300	Discapacidad > 33%	Ninguno
Cantabria	100	Ascendiente > 70 años	Rentas ≤ 6.000 euros anuales y no declaración por IP
	100	Ascendiente con discapacidad ≥ 65%	Rentas ≤ 6.000 euros anuales y no declaración por IP
	10%	Edad > 65 años ó discapacidad ≥ 65%	Arrendamiento vivienda (máximos 300 ó 600 €) si BI menos mínimos personal y familiar ≤ 22.000 (31.000 conjunta) y alquiler > 10% Rendimientos netos
Castilla-La Mancha	300	Discapacidad ≥ 65%	Contribuyente
	200	Discapacidad ≥ 65%	Ascendiente
	100	Ascendientes > 75 años	No permanecer más de 30 días naturales institucionalizados
Castilla-León	656	Discapacidad ≥ 65%	Base imponible menos mínimo personal y familiar ≤ 18.900 (31.500 conjunta) y no institucionalizado
Cataluña	10%	Discapacidad ≥ 65%	Arrendamiento vivienda (máximos 300 ó 600 €) si BI menos mínimos personal y familiar ≤ 20.000 (30.000 conjunta) y alquiler > 10% Rendimientos netos
Extremadura	10%	Discapacidad ≥ 65%	Arrendamiento vivienda (máximos 300 ó 600 €) si BI menos mínimos personal y familiar ≤ 20.000 (30.000 conjunta) y alquiler > 10% Rendimientos netos
	900	Discapacidad ≥ 65%	Arrendamiento vivienda habitual (máximo 600 €) y BI ≤ 19.000 (24.000 conjunta)
Galicia	150	Edad > 65 años	Acogimiento no remunerado sin parentesco hasta 4º grado
Madrid	10%	Discapacidad ≥ 65%	Ascendiente, BI ≤ 19.000 (24.000 conjunta), BI ≤ 2XIPREM, no declaración IP
	900	Ayuda 3ª personas y discapacidad ≥ 65%	No institucionalizado, no cheque asistencial y BI ≤ 22000 (31.000 conjunta), máximo 600 €
	900	Edad > 65 años	Acogimiento no remunerado sin parentesco hasta 4º grado
C. Valenciana	175	Discapacidad ≥ 33%	Acogimiento no remunerado sin parentesco hasta 4º grado
	175	Ascendiente ≥ 75 años	Edad ≥ 65 años sin prestaciones por discapacidad exentas en el IRPF
	175	Ascendiente ≥ 65 años y discapacidad ≥ 33%	Rentas ≤ 8.000, BI ≤ 27.245 (44.074 conjunta), no declaración IRPF
	20%	Discapacidad psíquica ≥ 33% ó discapacidad físico-sensorial ≥ 65%	Rentas ≤ 8.000, BI ≤ 27.245 (44.074 conjunta), no declaración IRPF
	5%	Discapacidad	Alquiler de la vivienda habitual con requisitos (máximo 600 €)
			Adquisición vivienda habitual

5.2.2. Beneficios fiscales en el IVA

En el Impuesto sobre el Valor Añadido los incentivos fiscales vinculados con la dependencia están relacionados con situaciones de discapacidad y se introducen a través de dos vías: exenciones (artículos 20, 26 y 45 LIVA) y aplicación de tipos de gravamen reducidos (artículo 91).

5.2.2.a. Exenciones relacionadas con situaciones de dependencia

Las **exenciones** son de carácter limitado, por lo que no se repercute el IVA sobre las ventas pero tampoco se puede deducir el IVA soportado en las adquisiciones, pudiendo distinguir en lo que se refiere a bienes y servicios asociados a situaciones de dependencia los siguientes supuestos:

- a) Prestación de servicios sociosanitarios¹⁶. Para quedar exentos tienen que cumplir una serie de requisitos: debe tratarse de asistencia médica, quirúrgica o sanitaria, relativa al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades y ser prestados materialmente a personas físicas, con independencia de quien figure en la factura¹⁷.
- b) Prestación de servicios sociales. Se encuentran exentos cuando son prestados por entidades de derecho público o por establecimientos privados de carácter social, siempre que vayan dirigidos a la asistencia a la tercera edad o a la asistencia a personas con discapacidad. La exención también abarca la prestación de servicios de acción social comunitaria y familiar así como los servicios accesorios a los mismos tales como la alimentación, alojamiento y transporte, tanto con medios propios como ajenos. Para poder aplicar la exención se exige el reconocimiento previo de la condición social de la entidad prestadora de los servicios.
- c) Importaciones de bienes destinados a la promoción social de las personas física o mentalmente disminuidas, realizadas por entidades que tengan por actividad principal la asistencia a estos colectivos, cuando se remitan de forma gratuita y sin fines comerciales a dichas entidades. Se trata de una exención rogada y, por tanto, sujeta a reconocimiento previo expreso por parte de la Administración Tributaria.
- d) Adquisiciones intracomunitarias de bienes que tengan como objeto principal la asistencia a personas con discapacidad.

5.2.2.b. Tipos de gravamen reducidos

En la legislación del IVA se contempla la aplicación de tipos reducidos para un conjunto de bienes y servicios que son necesarios para atender las necesidades que demandan los dependientes. En

16) Concretamente, están exentos bajo determinadas condiciones los servicios de hospitalización o asistencia sanitaria, los servicios relacionados directamente con la hospitalización o asistencia sanitaria, las entregas de sangre, plasma, fluidos y elementos del cuerpo humano para fines médicos o de investigación, los servicios prestados por estomatólogos, odontólogos, mecánicos dentistas y protésico dentales y el transporte de enfermos o heridos en ambulancias o vehículos especialmente adaptados.

17) A estos efectos es irrelevante quién es el pagador o cobrador del servicio (paciente, sociedad médica u hospital).

este sentido tributan a tipos inferiores al general (16%) las siguientes entregas y prestaciones de servicios:

- Tributan al tipo del 7%:
 - Los aparatos y productos destinados a suplir deficiencias físicas o a prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o sanar enfermedades o dolencias (esto es, destinados a suplir las deficiencias físicas).
 - Los servicios de asistencia social no exentos.
 - La asistencia sanitaria, dental y curas termales no exentas.
- Tributan al tipo del 4%:
 - Los medicamentos, sustancias medicinales y fórmulas galénicas.
 - Los coches de discapacitados, sillas de ruedas y servicios de reparación.
 - Autotaxis o autoturismos especiales para el transporte de personas con discapacidad en silla de ruedas y los servicios de adaptación de vehículos.
 - Las prótesis, órtesis e implantes internos de discapacitados.

Las Islas Canarias no se encuentran dentro del ámbito de aplicación del Impuesto sobre el Valor Añadido al ser un territorio que no armoniza la VI Directiva Comunitaria. A cambio, se exige el Impuesto General Indirecto Canario (IGIC) que establece un tipo impositivo del 2% en el caso de vehículos para personas con movilidad reducida, sillas de ruedas y autotaxis para discapacitados.

5.2.3. Beneficios fiscales en los impuestos patrimoniales

Entre los impuestos que toman la riqueza como indicador de la capacidad de pago se pueden distinguir aquellos que gravan la posesión y aquellos otros que lo que someten a tributación son las transmisiones de elementos patrimoniales. Entre el ordenamiento tributario español actual, dentro de los primeros se encuentra el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y el Impuesto sobre Bienes Inmuebles; y, entre los segundos, destaca el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.

Por otra parte, cabe mencionar que en el Impuesto sobre Bienes Inmuebles no se establece incentivo fiscal alguno relacionado con la dependencia, ni con la discapacidad de personas que residan en el inmueble que constituya la vivienda habitual. Sin embargo, este incentivo sí se introduce, con carácter general, para las familias numerosas.

5.2.3.a. Beneficios fiscales en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones

Los incentivos fiscales vinculados con la dependencia previstos en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (ISD) están relacionados con situaciones de discapacidad, contemplándose beneficios fiscales tanto para grados de discapacidad iguales o superiores al 33% como para grados iguales o

superiores al 65%. En este estudio sólo se tienen en cuenta las reducciones concedidas en este último caso, es decir, cuando la discapacidad sea igual o superior al 65%.

En las **adquisiciones mortis-causa** los discapacitados con un grado de discapacidad igual o superior al 65% pueden aplicar una reducción adicional sobre la base de 150.253.02 euros. Las siguientes Comunidades Autónomas, en el uso de sus facultades normativas, han establecido cuantías diferentes en 2008:

- **Andalucía:** cantidad variable en función del grado de discapacidad en las adquisiciones mortis-causa (incluidos los beneficiarios de pólizas de seguros de vida), siempre que la base imponible no sea superior a 250.000 euros.
- **Aragón:** 100% del valor de las adquisiciones hereditarias que correspondan a discapacitados con grado de discapacidad igual o superior al 65%. Esta reducción supone de hecho la supresión del impuesto para estos contribuyentes al tratarse de una exención total.
- **Baleares:** 300.000 euros para personas con grado de discapacidad superior al 65%.
- **Canarias:** 72.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 225.000 euros si éste es igual o superior al 65%.
- **Cantabria:** 50.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 200.000 euros si éste es igual o superior al 65%.
- **Cataluña:** 245.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 570.00 euros si éste es igual o superior al 65%.
- **Galicia:** 108.200 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 216.400 euros si éste es igual o superior al 65%.
- **Madrid:** 153.000 euros para un grado de discapacidad igual o superior al 65%.
- **C. Valenciana:** 120.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 240.000 euros si éste es igual o superior al 65%. También se recoge una bonificación del 99% de la cuota en las adquisiciones mortis-causa a favor de discapacitados físicos o sensoriales con grado de discapacidad igual o superior al 65%, cualquiera que sea el grado de parentesco existente con el causante.

En las **adquisiciones inter-vivos** de participaciones en empresas individuales o de negocios profesionales, realizadas a favor del cónyuge, descendiente o adoptado, se establece una reducción de la base imponible del 95% si el donante se encuentra en situación de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez. En la Comunidad Valenciana se aplica una reducción de la base imponible para las donaciones efectuadas a discapacitados con grado de discapacidad igual o superior al 65%, con el límite de 240.000 euros, computándose a efectos del mismo las donaciones efectuadas en los últimos cinco años. En el País Vasco se establecen las siguientes reducciones: 159.449 euros en Álava, 69.707

euros en Guipúzcoa y 60.101,21 euros en Vizcaya, siempre que el grado de discapacidad sea igual o superior al 65%.

Además, no se gravan las donaciones efectuadas a favor de patrimonios protegidos de personas discapacitadas.

A efectos de incentivar la fiscalidad del dependiente y su familia, se podría introducir en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones dos tipos de exenciones: una relacionada con la constitución de rentas vitalicias o temporales a favor de dependientes y otras con la transmisión de inmuebles propiedad del dependiente efectuadas a familiares directos

5.2.3.b. Beneficios fiscales en el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados

Existe una exención por las aportaciones que se realicen a favor de patrimonios protegidos de las personas con discapacidad.

Además, las Comunidades Autónomas han optado por establecer en el uso de sus facultades normativas tipos reducidos en el caso de adquisición de la vivienda habitual por parte de personas discapacitadas, cuyos porcentajes para el año 2008 aparecen recogidos en la Tabla 5.7.

TABLA 5.7.
Incentivos fiscales autonómicos por discapacidad \geq 65% en ITPO

Comunidad Autónoma	Tipo impositivo	Requisitos
<ul style="list-style-type: none"> • Andalucía • Canarias • Cantabria • Castilla-León • Cataluña • C. Valenciana • La Rioja 	<p>3,5%</p> <p>6,0%</p> <p>4,0%</p> <p>4,0%</p> <p>5,0%</p> <p>4,0%</p> <p>5,0%</p>	<p>Valor real inmueble \leq 130.000 euros</p> <p>BI unidad familiar IRPF \leq 30.000 euros</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Baleares • Extremadura 	<p>Bonificación del 57% de la cuota resultante</p> <p>Bonificación del 20% de la cuota resultante</p>	

Las comunidades de Baleares y Extremadura, aunque no tienen establecido un tipo reducido en TPO, sí introducen beneficios fiscales. Concretamente, se trata de bonificaciones en la cuota del 57% y 20%, respectivamente, en el caso de las adquisiciones de vivienda habitual por parte de discapacitados con un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

En relación con la fiscalidad del dependiente y su familia, en el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados se podría introducir una exención en la constitución de rentas vitalicias o temporales a favor de dependientes y en la adquisición de inmuebles propiedad del dependiente realizadas por familiares directos.

5.2.4. Beneficios fiscales en otros impuestos

5.2.4.a. Beneficios fiscales en el Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte

No están sujetos al Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte los vehículos de discapacitados cuya tara no sea superior a 330 kilogramos y tengan una velocidad máxima de 40 km/hora.

Además, se introduce una exención rogada (esto es, previo reconocimiento por parte de la Administración Tributaria) para los vehículos matriculados a nombre de discapacitados, siempre que sean para su uso exclusivo y cumplan los requisitos siguientes: que hayan transcurrido al menos cuatro años desde la matriculación de otro vehículo en análogas condiciones (salvo supuesto de siniestro total del vehículo), que no se transmitan durante los cuatro años siguientes a la fecha de la matriculación y que el propietario tenga reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

5.2.4.b. Beneficios fiscales en el Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica

Están exentos del Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica los siguientes vehículos:

- Los exclusivos para personas con discapacidad (tara no superior a 330kg y velocidad máxima de 40km/h).
- Los adaptados para su conducción por personas con discapacidad física, previa solicitud al ayuntamiento respectivo.
- Los que tienen una potencia inferior a 17 caballos destinados a autoturismos especiales para el transporte de personas en silla de ruedas (exención rogada.)

En Navarra no se aplica la exención pero las cuotas satisfechas por este impuesto son deducibles en el IRPF, a razón de un único vehículo por discapacitado.

5.2.4.c. Beneficios fiscales en el Impuesto sobre Instalaciones, Construcciones y Obras

Los ayuntamientos pueden establecer bonificaciones que alcanzan hasta el 90% de la cuota para las obras que favorezcan las condiciones de acceso y habitabilidad de los discapacitados.

5.3. TRIBUTACIÓN EN ESPAÑA: RENTA, CONSUMO Y PATRIMONIO

Por las razones expuestas en el apartado 5.2. *La fiscalidad de los dependientes en España*, y ante la ausencia de estadísticas tributarias, se ha optado por afrontar el análisis de los incentivos fiscales y la

tributación de los dependientes y sus familias en España a partir de dos supuestos: uno relacionado con el envejecimiento –personas de 65 y más años– y otro relacionado con la discapacidad –personas con grado de discapacidad igual o superior al 65%–. Estas hipótesis son coherentes con los resultados obtenidos en el apartado 2.2. *La población dependiente en España* del presente estudio.

5.3.1. Tributación de la renta

En la ECV se recogen una serie de preguntas vinculadas con la tributación de los hogares en el IRPF. De los resultados obtenidos se extrae que el 58,3% de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años no habían presentado declaración en el ejercicio impositivo 2005, fundamentalmente porque no estaban obligados. Porcentaje que supera al de la población en su conjunto (el 44,2% de las personas encuestadas manifiesta no haber presentado la declaración en dicho año).

De las personas mayores que sí presentaron declaración, dos terceras partes sí tuvieron derecho a devolución al haber efectuado retenciones e ingresos a cuenta a lo largo del ejercicio en cuantía superior a la carga tributaria que les correspondía pagar. Concretamente, el 29,4% de las familias cuya persona de referencia tenía 65 y más años presentó declaraciones negativas (a devolver) y para el 12,3% la declaración fue positiva (a ingresar).

El resultado de las declaraciones presentadas por las personas mayores en 2005 arroja las siguientes cuantías: 734 euros como importe medio de los pagos efectuados por declaraciones con resultado positivo, cantidad ligeramente inferior al pago medio realizado por el resto de los contribuyentes (751 euros); en el caso de las declaraciones negativas el importe medio de la devolución solicitado por los mayores es inferior al de las personas de 64 y menos años: 368 euros por persona mayor frente a 574 euros para el resto de personas.

La Muestra IRPF 2003 IEF-AEAT (NO Declarantes)¹⁸ tiene como población objetivo los perceptores cuya suma de retribuciones se encuentra entre 8.000 y 22.000 euros brutos anuales –la gran mayoría de las personas de 65 y más años–, de los residentes en Territorio de Régimen Común, quedando excluidos, por tanto, el País Vasco y Navarra.

Los resultados obtenidos son coherentes con los alcanzados a través de otras fuentes estadísticas. Según la Muestra IRPF 2003 IEF-AEAT (NO Declarantes), las personas de 65 y más años obtuvieron unas retribuciones brutas en el año 2003 superiores a 6.646 millones de euros, sobre las que se practicaron retenciones por cuantía de 309 millones de euros (Tabla 5.8.).

18) La unidad de muestreo son las Declaraciones de los perceptores correspondientes al Modelo 190 y el tamaño muestral se ha obtenido para un error de muestreo menor del 1,5% con un nivel de confianza del 3 por mil. Se ha utilizado un muestreo estratificado aleatorio con una selección para la muestra de 61.110 declaraciones con información relativa a 33 variables.

TABLA 5.8.

*Retribuciones satisfechas y retenciones practicadas a las personas de 65 y más años.
IRPF ejercicio 2003*

Miles euros	Retribuciones	Retenciones
Trabajo por cuenta ajena	79.209,50	4.538,30
Pensiones y haberes pasivos	6.565.658,38	304.488,01
Prestaciones y subsidios desempleo	1.134,26	3,41
Total	6.646.002,14	309.029,72

Fuente: elaboración propia a partir de la *Muestra IRPF 2003 IEF-AEAT (NO Declarantes)*.

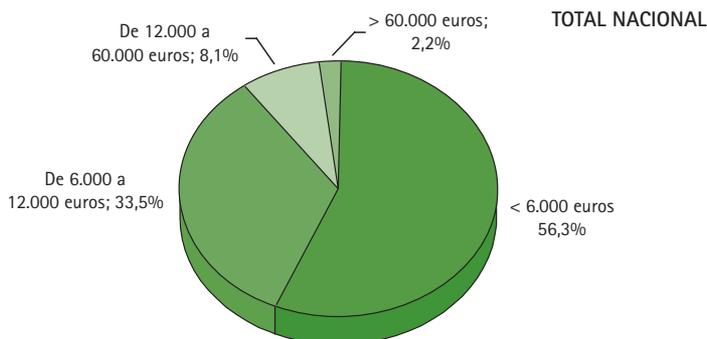
La principal fuente de retribuciones de los mayores que no estaban obligados a presentar declaración la constituyen las pensiones y percepciones de haberes pasivos (98,8%), mientras que sólo el 1,2% de los recursos obtenidos corresponde a empleos por cuenta ajena y son meramente simbólicos los ingresos percibidos en concepto de prestaciones o subsidios de desempleo (el 0,02%).

Las personas de 65 y más años que aún siguen trabajando percibieron 79.206,48 miles de euros en concepto de retribuciones por la prestación de sus servicios, ascendiendo las retenciones practicadas a 4.537,85 miles de euros. Sólo una de cada diez personas mayores que siguen manteniendo algún tipo de relación laboral tiene un contrato de duración inferior al año, mientras que el 91% restante posee un tipo de contrato o relación de carácter general. Para este colectivo no consta la existencia de rendimientos derivados de relaciones laborales especiales de carácter dependiente.

El trabajo realizado por J. Montserrat (2008) muestra que los ingresos de las personas mayores de 65 años se distribuyen por niveles de renta de la siguiente manera: un 56,3% tiene unas rentas inferiores a 6.000 euros anuales, el 33,5% se sitúa en el tramo comprendido entre 6.000 y 12.000 euros, el 8,1% ingresa ente 12.000 y 60.000 euros y el 2,2% declara rentas superiores a 60.000 euros (Gráfico 5.2).

GRÁFICO 5.2.

Ingresos de las personas de 65 y más años por tramos de renta. Año 2002



Estos datos ponen de manifiesto que las personas mayores de 65 años tienen una capacidad económica relativamente baja: algo más de la mitad presenta unas rentas inferiores a 6.000 euros y uno de cada diez no supera los 12.000 euros de ingresos anuales en el año 2002, patrón que se repite en todas las Comunidades Autónomas (Tabla 5.9. y Gráfico 5.2).

TABLA 5.9.
Distribución de la renta de los mayores de 65 años por tramos de renta. Año 2002

	≤ 6.000 euros	De 6.000 a 12.000	De 12.000 a 60.000	< 60.000
Andalucía	61,0	30,0	7,0	2,0
Aragón	57,0	35,0	6,0	2,0
Asturias	53,0	36,0	7,0	3,0
Baleares	43,0	41,0	10,0	6,0
Canarias	52,0	30,0	11,0	6,0
Cantabria	43,0	43,0	10,0	3,0
Castilla-León	52,0	38,0	9,0	1,0
Castilla-La Mancha	67,0	27,0	5,0	1,0
Cataluña	50,0	33,0	8,0	9,0
C. Valenciana	60,0	30,0	6,0	4,0
Extremadura	65,0	28,0	6,0	1,0
Galicia	46,0	42,0	9,0	2,0
Madrid	51,0	17,0	13,0	19,0
Murcia	67,0	25,0	6,0	3,0
La Rioja	55,0	36,0	7,0	1,0
Total nacional	56,3	33,5	8,1	2,2

Fuente: J. Montserrat (2008).

240 La mayor concentración de rentas bajas en los mayores de 65 años se da en Castilla-La Mancha y Murcia, donde el 67% de los mayores ingresan menos de 6.000 euros al año, en Extremadura (65%), en Andalucía (61%), en la C. Valenciana (60%) y en Aragón (57%). Excepto el caso de Aragón, estas comunidades siguen estando por debajo de la media nacional en el siguiente tramo de renta, es decir, cuando se consideran un nivel de rentas igual o inferior a 12.000 euros.

Por el contrario, la mayor concentración de rentas altas corresponde a la Comunidad de Madrid, donde el 19% de los mayores de 65 años disfrutaron en el año 2002 de unas rentas superiores a 60.000 euros. Le siguen a mucha más distancia Cataluña (9%), Baleares (6%) y Canarias (6%).

La distribución de la renta media de los mayores se encuentra más uniformemente repartida a nivel territorial, de manera que no existen grandes desviaciones respecto de la media. Vuelve a destacar el caso de la Comunidad de Madrid, donde el 13% de su población mayor declara rentas comprendidas entre 12.000 y 60.000 euros en el año 2002. Mientras que Canarias, Baleares y Cantabria son las regiones que presentan un porcentaje alto de personas de más de 65 años con niveles intermedios de renta.

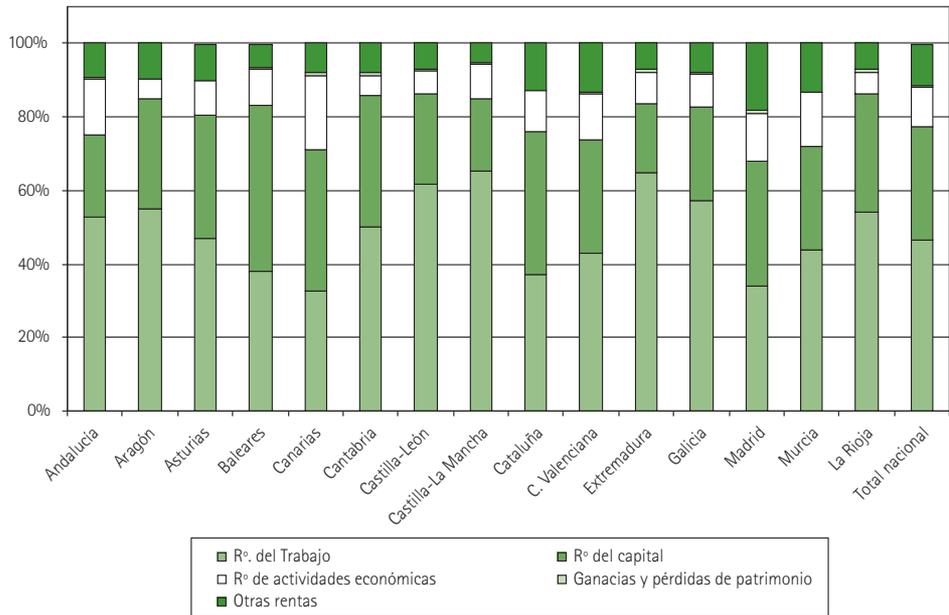
La renta media de las personas con edades superiores a 65 años ascendía a 10.887 euros en el año 2002; esta cuantía disminuye a 6.618 euros anuales cuando se excluye el tramo de renta más elevado. En ambos casos los ingresos medios de este colectivo están por debajo de los 1.000 euros anuales (907 euros/mes como media total y 552 euros/mes como media corregida).

Asimismo, se aprecia la disparidad que existe en los niveles de renta medios por Comunidades Autónomas: mientras que las personas mayores que residen en Madrid tienen una renta media de 34.674 euros, los mayores de Castilla-La Mancha sólo alcanzan los 6.200 euros. Esto supone que la renta media de la comunidad con mayores ingresos es 5,6 veces la de la comunidad con rentas más bajas.

Sin embargo, la posición relativa de las Comunidades Autónomas varía según se considere la renta media total o la renta media corregida, excepto en el caso de Madrid que sigue siendo la comunidad en la que las personas mayores disfrutan de mayores niveles de renta medios en ambos casos (36.674 y 9.165 euros al año), respectivamente. También se reduce la distancia entre comunidades: la renta media corregida de Madrid es 1,7 veces superior a la región que presenta menor renta media corregida, que es Murcia con 5.511 euros anuales.

El Gráfico 5.3. recoge el origen de las rentas obtenidas por las personas mayores de 65 años.

GRÁFICO 5.3.

Estructura de las fuentes de rentas de las personas mayores¹. Año 2002

(1) Declaraciones individuales, véase metodología.

Fuente: J. Montserrat (2008)

Lo primero que hay que destacar es el distinto peso relativo que tienen las rentas del trabajo y las rentas del capital, según se consideren las declaraciones conjuntas o las declaraciones individuales. En efecto, la estructura de las rentas procedentes de unidades familiares que optan por presentar una única declaración se asemeja más a los resultados obtenidos para el conjunto de contribuyentes: las rentas del trabajo aportan casi dos terceras partes de las rentas totales (el 71,4%) y las rentas derivadas del patrimonio el 14,5%.

Sin embargo, el origen de las rentas de las personas mayores se diversifica en el caso de declaraciones individuales: los rendimientos del trabajo pasan a representar el 46,5% de la renta total, los rendimientos del capital el 30,9%, los rendimientos procedentes de actividades económicas el 10,9%, las ganancias y pérdidas de patrimonio el 0,4% y le resto de rentas aportan un 11,2% de la renta total.

De los datos anteriores caben destacar tres aspectos: la importancia de las rentas procedentes del capital, el importante peso relativo que tienen las rentas empresariales y profesionales y la aportación reducida de las rentas obtenidas de la enajenación de elementos patrimoniales. Baleares y Canarias son las Comunidades Autónomas que presentan mayores porcentajes de rentas del capital (45,2% y 38,4%, respectivamente), mientras que Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla-León son las comunidades en las que mayor peso tienen las rentas del trabajo (65,1%, 64,7% y 61,5%, respectivamente). Las rentas económicas –empresariales y profesionales– son especialmente significativas en el caso de Canarias (suponen la

cuarta parte de las rentas totales de los mayores), Andalucía (15,1%), Murcia (14,1%), Madrid (13,3%) y C. Valenciana (12,5%); sin embargo, en Cantabria y Asturias apenas superan el 5% de los ingresos totales.

5.3.2. Tributación del consumo

La incidencia económica del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) en las personas mayores viene dada por la recaudación de este impuesto que corresponde al consumo final de los hogares cuyo sustentador principal tiene 65 y más años.

La *Encuesta de Presupuestos Familiares* (EPF 2006), elaborada por el INE, ofrece información sobre la estructura de gasto por grupos según el sexo y la edad del sustentador principal, con un nivel de desagregación elevado según el sistema de dígitos de la clasificación armonizada COICOP. Esta encuesta recoge la naturaleza y destino de los gastos de consumo en bienes y servicios realizados por los hogares, cuantificados en términos brutos; por el contrario, no incluye la inversión, el ahorro, los impuestos y las tasas directas.

La imputación del IVA se realiza a partir del consumo de los varones y mujeres de 65 y más años, aproximado éste por el gasto monetario familiar. A este respecto, no se incluyen en el cómputo el alquiler imputado de la vivienda ni los gastos no monetarios correspondientes al autoconsumo, el autosuministro o las comidas y cenas en establecimientos de hostelería propiedad del hogar.

A partir de la información de la EPF, se asigna el tipo de gravamen de IVA correspondiente (general 16%, reducido 7% y superreducido 4%) a cada categoría desagregada de gasto estimado tanto para varones como para mujeres de 65 y más años. Asimismo, se tienen en cuenta los bienes y servicios exentos, sobre los cuales no se exige el impuesto, como es el caso, por ejemplo, de los servicios postales, los servicios educativos, los servicios deportivos y culturales, las operaciones de seguros, los servicios financieros, los servicios de asistencia social relacionados con la tercera edad o los arrendamientos de inmuebles destinados exclusivamente a viviendas.

Asignado el tipo impositivo a cada gasto desagregado, se multiplica éste por el gasto medio estimado por persona, obteniendo de esta forma el IVA satisfecho por cada varón y por cada mujer de 65 y más años. La recaudación total se determina multiplicando el IVA satisfecho por persona calculado según el procedimiento anterior por el número de varones y de mujeres mayores residentes en España (INE: *Estimaciones de la Población Actual*).

TABLA 5.10.
Estimación del IVA satisfecho por las personas mayores

Personas \geq 65 años	IVA medio por persona (euros)	IVA total (millones de euros)
Varones	714,60	2.241,88
Mujeres	704,33	3.007,60

Fuente: elaboración propia.

La recaudación del IVA así estimada indica que las personas mayores han satisfecho aproximadamente 5.250 millones de euros en el año 2006 correspondientes a los consumos corrientes efectuados durante dicho año. Al ser la estructura de consumo diferente por sexos, los varones de 65 y más años pagaron 2.241,88 millones de euros en concepto de IVA mientras que las mujeres de 65 y más años contribuyeron con 3.007,60 millones de euros.

A nivel individual, cada varón mayor pagó como media 714,60 euros de IVA asociado a los productos destinados a su consumo corriente y cada mujer mayor 704,33 euros como media. Como puede apreciarse, el gasto medio por persona es mayor en el caso de las mujeres mayores, sin embargo, éstas consumen más cantidad de productos exentos de IVA o que tributan a tipos reducidos en comparación con el consumo realizado por varones mayores.

5.3.3. Tributación patrimonial

No ha sido posible efectuar un análisis de la tributación patrimonial de las personas dependientes con la información estadística disponible. Tampoco se ha podido realizar, a partir de las bases de datos tributarios publicadas, un análisis de los resultados de las declaraciones en función de la edad o grado de discapacidad de los contribuyentes en el caso de los impuestos que gravan la riqueza.

No obstante, en la *Encuesta de Condiciones de Vida* (INE) se pregunta a nivel personal si se ha presentado o no declaración por dicho impuesto y, caso de haberlo hecho, cuál ha sido la cuota tributaria satisfecha.

Según la ECV 2006 sólo el 4,2% de los hogares de 65 y más años han presentado declaración por el Impuesto sobre el Patrimonio correspondiente al ejercicio 2005, ascendiendo el importe medio satisfecho a 1.022 euros. El porcentaje de declaraciones presentadas por las personas mayores es superior al del resto de los hogares (3,4%), al igual que ocurre con el importe medio de la cuota pagada (un 48% superior en el caso de los hogares de mayores).

5.3.4. Determinación de la capacidad económica del dependiente y su familia

Como se ha señalado anteriormente la capacidad económica de los individuos se puede medir a través de la renta, la riqueza y el consumo. Dado que el tercer indicador se centra en el destino de la renta obtenida, la verdadera capacidad de pago de las personas reside en la renta y en el patrimonio, en ambos conjuntamente.

Ello es así, porque si se consideran exclusivamente los ingresos anuales percibidos habría individuos que, dada la baja cuantía de sus rentas, tendrían acceso a una prestación asistencial, pero podrían tener un patrimonio que les permitiese afrontar las necesidades derivadas de su situación de dependencia sin constituir por ello una carga para el resto de la sociedad. Si esto sucede, el sistema público de protección a la dependencia no respetaría el principio de equidad.

Según la *Encuesta Financiera de las Familias* (EFF 2005), la riqueza neta de la población con edades comprendidas entre 65 y 74 años asciende a 185.300 euros como valor mediano y la de la población

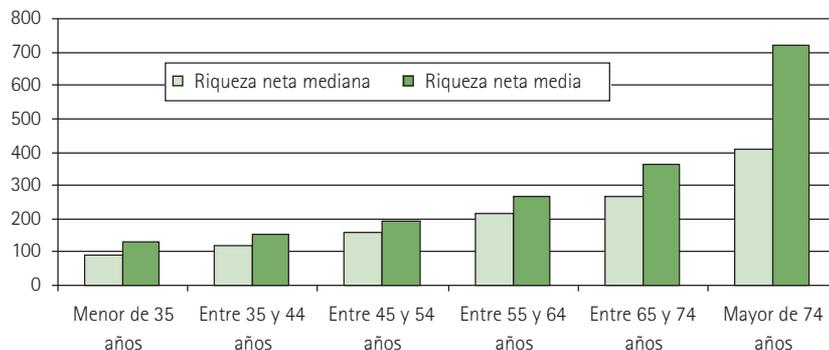
con edades superiores a 74 años a 133.900 euros en 2005 (véase el apartado 4.3.). La vivienda principal constituye el principal activo, que con valores medianos de 90.000 euros y 72.600 respectivamente, supone aproximadamente el 60% del valor de los activos totales que poseen las personas mayores. Es igualmente significativo el porcentaje que representa la inversión en otras propiedades inmobiliarias para este colectivo, principalmente en una segunda residencia. Los activos financieros preferidos por las personas mayores para invertir sus ahorros son los depósitos, pero los activos que canalizan el mayor volumen de recursos son los valores de renta fija y los fondos de inversión.

Otra cuestión que se plantea es la existencia de transferencias de riqueza intergeneracionales. La cultura de la propiedad es un aspecto muy arraigado en nuestro país, al igual que en el resto de los países mediterráneos, pero no así en el resto de los países europeos. En efecto, la preferencia de la población española a tener una vivienda en propiedad es la más alta de la Unión Europea (existen una 1,49 viviendas por hogar en España frente a 1,17 en la Eurozona) y una de las más elevadas del mundo¹⁹. Además, se dan otros dos aspectos relacionados con el anterior que corroboran la diferencia del caso español: el elevado porcentaje que suponen las viviendas vacías, el 14,8% del total de viviendas lo que supone casi 2,5 veces la media europea, y el menor peso que tiene la vivienda en alquiler, cuyo porcentaje en España es el más pequeño de toda la Unión Europea (11,4% frente al 36,1% de media).

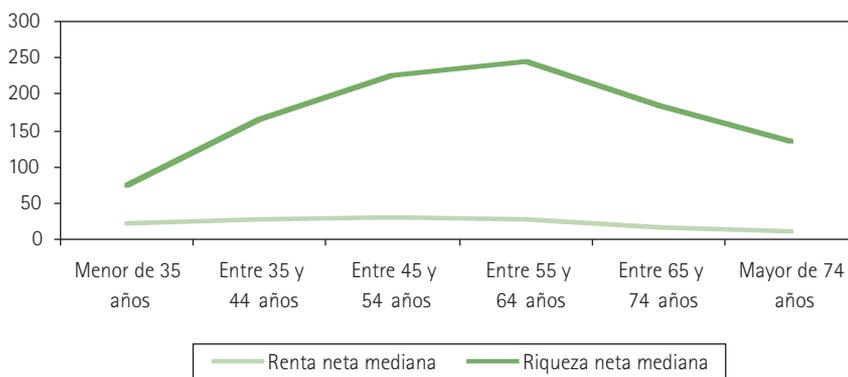
Estimar la riqueza de las familias no constituye una tarea sencilla, según Naredo *et al.* (2005) el patrimonio español en viviendas ascendía a 3,5 billones de euros, lo que representa casi cuatro veces el producto nacional, en el año 2001 se contabilizaron 21 millones de viviendas familiares y el valor catastral de las mismas suponía el 63% del valor patrimonial de los inmuebles urbanos.

Del análisis de los datos ofrecidos por la *Encuesta Financiera de las Familias* (2005) referentes a la riqueza de los hogares españoles se comprueba que los valores medianos son superiores a los medios para todos los segmentos de edad. Ello refleja que, en nuestro país, la asimetría de la distribución de la riqueza es superior a la renta (Gráfico 5.4.).

19) J. Costa, J. Gil-Trasfi y O. Mascarilla-Miró (2007).

GRÁFICO 5.4.**Distribución de la riqueza media y mediana por grupos de edad. Año 2005 (miles de euros)**Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

En el Gráfico 5.5. se aprecia una mayor concentración en la riqueza respecto de la renta, que obedece a que la riqueza es el resultado tanto de la acumulación del ahorro a lo largo del ciclo vital como de la percepción de transferencias intergeneracionales de patrimonios (herencias, donaciones o legados).

GRÁFICO 5.5.**Distribución de la renta y riqueza por grupos de edad (valores medianos). Año 2005 (miles de euros)**Fuente: elaboración propia a partir de la *Encuesta Financiera de las Familias* (BE 2005).

A la vista de las consideraciones anteriores, una propuesta concreta que permita determinar la verdadera capacidad económica de los dependientes y su familia de cara a afrontar los gastos sobrevenidos por la situación de dependencia pasa por considerar tanto el nivel de renta como el valor del patrimonio.

En relación con el primer indicador el consenso es unánime, sin embargo existe una mayor controversia cuando se plantea utilizar el patrimonio de la persona dependiente como indicador del derecho a percibir prestaciones sociales. Los principales obstáculos que suelen esgrimirse es que "es muy difícil conocer el patrimonio de una persona" y aun cuando se conociese su utilización para determinar el acceso o no a ayudas públicas "produciría un trasvase del patrimonio del dependiente hacia otras personas".

Respecto del primer argumento hay que señalar que la mayor parte del patrimonio de las personas mayores está constituido por bienes inmuebles y por depósitos y títulos. Pues bien, la base imponible del Impuesto sobre Bienes Inmuebles es el valor catastral de los mismos, que lo determina periódicamente la Dirección General del Catastro, organismo adscrito al Ministerio de Economía y Hacienda; datos que obran en poder de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria. Por su parte, los rendimientos del capital mobiliario están sujetos a retención y las entidades que los satisfacen (o las gestoras y aseguradoras, en su caso) están obligadas a remitir información puntual sobre la identidad de los tenedores y las operaciones que efectúan; también, en este caso, los datos obran en poder de la Agencia Estatal de la Administración tributaria.

En relación con el segundo argumento, su utilización para determinar el acceso asistencial (gratuito) o semigratuito a los programas de ayudas públicas a la dependencia, "podría favorecer trasvases del patrimonio del dependiente hacia otras personas (familiares, cuidadores o personas cercanas) con objeto de no poseer activos computables a efectos de elegibilidad". Con el fin de evitar estas prácticas se podrían articular mecanismos de cautela que impidan el agotamiento o transferencias de rentas y patrimonios, tal y como existen en otros países. A estos efectos, se podría tener en cuenta no sólo la cuantía de las rentas y patrimonios en el momento de acceder a las prestaciones, sino también un período de tiempo anterior lo suficientemente amplio como para desincentivar estas prácticas, por ejemplo, los cuatro años anteriores al ser este período el establecido para la prescripción de los tributos.

Hace apenas unos días, la Resolución de 2 de diciembre de 2008, que recoge el acuerdo del Consejo Territorial del SAAD que establece que para la determinación de la capacidad económica del beneficiario se utilizarán tres parámetros: los ingresos del trabajo, los ingresos del capital y un porcentaje del patrimonio que oscila entre el 1% para dependientes con menos de 35 años hasta el 5% para dependientes con más de 65 años. Además la vivienda habitual sólo se computará cuando el beneficiario perciba el servicio de atención residencial o prestación económica vinculada al servicio y no tenga personas a su cargo que residan en dicha vivienda.

En relación con el criterio propuesto por la Administración procede apuntar unos breves comentarios, los cuales, sin duda alguna, necesitan una reflexión más profunda. Por una parte, la capacidad de pago se limita a las rentas procedentes del trabajo y del capital mobiliario e inmobiliario y no recoge la totalidad de los ingresos de los que disponen los beneficiarios; si esto es así, las retribuciones provenientes del factor trabajo se computan únicamente cuando el mismo se presta por cuenta ajena (existencia de relación laboral dependiente) y no cuando se realiza por cuenta propia ya que los autónomos no tributan en concepto de rentas del trabajo sino que lo hacen por rendimientos empresariales y profesional,

los cuales poseen normas específicas para la determinación de los ingresos y gastos computables fiscalmente. En segundo lugar, de la redacción de la Resolución parece desprenderse que se están considerando los ingresos declarados, esto es, antes de descontar el importe del impuesto sobre la renta satisfecho; si esto es así, se daría un exceso de gravamen (o sobreimposición) ya que se estaría pagando dos veces por el mismo servicio, una mediante el IRPF y otra a través del copago. Finalmente, señalar que una valoración de los porcentajes establecidos para el cómputo del patrimonio del dependiente y su familia requiere un análisis profundo que supera el objetivo de este proyecto.

Capítulo 6. La dependencia y los cuidadores familiares

6. LA DEPENDENCIA Y LOS CUIDADORES FAMILIARES

A la hora de analizar **las consecuencias sociales y económicas de la dependencia en las familias** se han seleccionado personas dependientes con discapacidad física de diferente origen y tipología: *sobrenvenida* –dos personas con esclerosis múltiple– y *congénita* –enfermedad de Charcot y poliomielitis más miopía magna–; de distintas edades, sexos y situación laboral (dos personas no han trabajado nunca, hay una jubilada y una persona que trabaja). Todas ellas carecen de autonomía personal, dependen del cuidado de otros, reciben ayuda de familiares y cohabitan con el cuidador principal.

Con el objetivo de garantizar la coherencia en el análisis del discurso se establecieron unas características comunes en las personas discapacitadas entrevistadas: a) Dependiente de grado III: necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal; b) Puede articular un discurso; y c) Lleva al menos un año con discapacidad.

En el caso de los cuidadores principales se han realizado grupos de discusión de seis participantes, seleccionando a cuidadores familiares de personas dependientes de grado III, mayoritariamente esposas, madres o hijas de las personas dependientes, coincidiendo con el perfil del cuidador principal que figura en la encuesta del INE (EDAD 2008), en la que se menciona que el 76,3 % de los cuidadores principales son mujeres que residen en el mismo hogar de la persona a la que presta sus cuidados. El criterio de selección fue la relación de parentesco entre el cuidador y el receptor de cuidados.

Asimismo se establecieron unas características comunes de los cuidadores que han formado parte de los grupos de discusión: a) Cuidadores de dependientes de grado III (personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal); b) Cuidadores de personas que lleven al menos un año con discapacidad; y c) Llevar cuidando a la persona dependiente al menos un año.

6.1. LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y LOS CUIDADORES PRINCIPALES

6.1.1. Las personas dependientes

El avance de resultados de la Encuesta del INE EDAD-08 considera que la disminución experimentada en la tasa de discapacidad de 0,5 puntos, entre 1999 y 2008, es atribuible a la mejora de las condiciones sociales y de salud, a pesar de haberse incrementado en un 14,4 % el grupo de personas en el que más incide la discapacidad, es decir, los mayores de 64 años. Aún así, la conciencia de diferenciación social persiste en las personas discapacitadas muy dependientes: “No puedes hacer nada, necesitas de los

demás para todo". Además la relación de dependencia afecta a la propia capacidad anímica: "Dependes de los demás hasta para que te animen".

6.1.1.a. Barreras y limitaciones percibidas por las personas dependientes

La dependencia se equipara con la ausencia de normalidad, cuando la discapacidad es congénita, y con pérdida de normalidad, cuando la discapacidad es sobrevenida. Sobre la comparación de normalidad y dependencia se estructura la diferenciación con los demás. Esa permanente comparación genera sentimientos negativos: "No poder andar, no poderte vestir es una gran limitación que te afecta. A mí me ha afectado mucho". Las personas con discapacidad perciben constantemente que "no son normales" cuando se encuentran cotidianamente con **barreras** espaciales (edificios, bordillos, escaleras, etc.): "En Barcelona no hay 2 ladrillos iguales en el pavimento, esto es un tormento para andar y te puedes caer y matar. Tendrían que arreglarlo porque cada vez hay más gente mayor"; o de productos (ropa, zapatos, etc.) sólo destinados a las personas "normales": "Una cosa tan tonta como irte a comprar ropa pues no puedes probártela, los probadores tendrían que ser más grandes para que entrara la silla", "No existen ortopedias que hagan las cosas que necesitas para tu caso particular. Hay muy pocas o no hay zapateros ortopedas especializados" o de servicios habituales como peluquerías, cafeterías o bares: "No hay nada adaptado, dicen que sí pero es que no, tu vas y de adaptado tiene poco".

La existencia de barreras es más evidente cuando hay desplazamientos fuera del entorno cotidiano: "RENFE tiene una normativa, que no pone rampa si no existe en origen y en destino, no sé como se puede consentir que RENFE haga esto" o cuando se quiere viajar por medios propios: "Tienes que llevar el viaje muy organizado, si no quieres pasarlo mal tienes que asegurarte que esté todo adaptado..."

Las personas dependientes perciben la existencia de otro tipo de **barreras sociales** al interpretar actitudes de quienes están a su alrededor y darle significados negativos de exclusión. Consideran que se produce un aislamiento fruto de la indiferencia, que se traduce en una percepción de infravaloración: "La gente dice que no, pero establecen muros y te colocan en un lugar inferior", incluso en situaciones similares de dependencia se sigue manteniendo esta percepción de aislamiento: "Me fastidia mucho que crees que los que están como tú te van a entender más, y no, porque a cada uno le afecta de una manera distinta". También existe el sentimiento de vergüenza por la propia situación. Se trata de una emoción arraigada en las estigmatizaciones del pasado con una influencia especialmente negativa para el bienestar psicológico de las personas dependientes, aunque el paso del tiempo reduce este sentimiento a través del proceso de aceptación de la propia limitación, no parece trasladarse a un proceso de integración y normalización de la situación de dependencia: "Cuando era pequeño todos se reían de mí porque me caía constantemente", "Ahora ya soy mayor y ando como la gente de mi edad, así que nadie me mira ni se ríe de mí". "Ahora ya me da igual, pero antes me daba vergüenza de mi propia limitación".

Las personas con discapacidad perciben también **barreras de comunicación** con los demás, que limitan en buena medida su calidad de vida. La propia dependencia es considerada una barrera para comunicarse con los demás, ya que se interpreta como un obstáculo para compartir experiencias

vitales. La imposibilidad de realizar las actividades de la vida diaria normalmente parece ir asociada a la imposibilidad de compartir emociones y experiencias. La persona dependiente considera que el vínculo social se establece en torno al "hacer" y no al "ser". Esta percepción negativa de la limitación funcional afecta a la visión de la propia capacidad de hacer y mantener amistades y parejas: "Desde que estoy en la silla de ruedas las relaciones con los amigos, comparado con antes, son como la noche y el día, antes salía muchísimo más". "Los amigos se crean en base a hacer actividades comunes y tú no puedes porque estás limitado, tienes menos actividad y no puedes compartir cosas".

En la mayoría de los casos, el **sentimiento de soledad** y exclusión social está muy presente, y se atribuye a la estigmatización que supone la discapacidad. Así se interpretan las acciones y discursos de los demás: "A mi padre le he dicho toda la vida que quite el escalón de la casa y no ha querido, así que para subir tengo que dar un impulso yo y la silla", "Cuando hablan de cosas de la familia a mí ni me preguntan, ni me cuentan, ni nada de nada, así que no soy uno más". Además se percibe que el aislamiento social aumenta progresivamente a medida que pasa el tiempo: "La familia cada vez te ve menos y eso que yo les he dicho que lo que tengo no se contagia", "Llamas a la gente y nunca pueden, pero en realidad es que no quieren", "Te vas viendo menos pero es por la edad". La pérdida de relaciones sociales afecta en mayor medida a quienes ven aumentadas las dificultades de movilidad: "Antes íbamos al pueblo y allí veía a la familia, pero como la casa tiene escalones ahora no puedo ir y nos vemos menos", "Mi padre no ha querido poner una rampa en la entrada de la casa del pueblo, después han agrandado puertas pero poco y no pasa la silla".

La discapacidad se utiliza también como justificación de actitudes negativas y se le atribuye efectos el modo de ser o en el carácter, condicionando una relación negativa con los demás: "Las relaciones sociales son muy malas, no tengo amigos. No tengo buen carácter, me lo ha moldeado la enfermedad." También la dependencia tiene impactos negativos en el bienestar de las personas cercanas. En algunos casos, se establece un efecto multiplicador en los problemas psicológicos de personas del entorno: "Mi pareja tiene depresiones y no acepta que es un problema suyo de hace muchos años. Le echa la culpa a mi madre, a la situación, a mi enfermedad, y lo pasamos mal" (E4).

Aunque las barreras físicas y sociales constituyen una limitación relevante en la creación y mantenimiento de las relaciones de comunicación, limitándolas al núcleo familiar y al propio hogar, en algunos casos, el sentimiento de aislamiento se compensa con las actitudes positivas de su familia y sus amigos: "Nadie de mi familia me ha tratado nunca como un inválido, ni mis padres, ni mis hermanas, y luego ni mi mujer, ni mis hijos, nueras, consuegros". "Tengo amigos, si hace falta me ayudan y me llevan en brazos. No me rechazan por la enfermedad".

En general, existe la idea de que el mejor sitio para las personas dependientes es su propio hogar, es decir, el mantenimiento de la persona en su entorno habitual familiar y comunitario. La salida del hogar para garantizar el cuidado se plantea sólo en situaciones de desamparo y limitaciones muy severas: "Lo mejor es traer el cuidado a casa del dependiente, porque mientras la persona discapacitada pueda lo que quiere es estar en su casa".

6.1.1.b. Cuidados recibidos por las personas dependientes

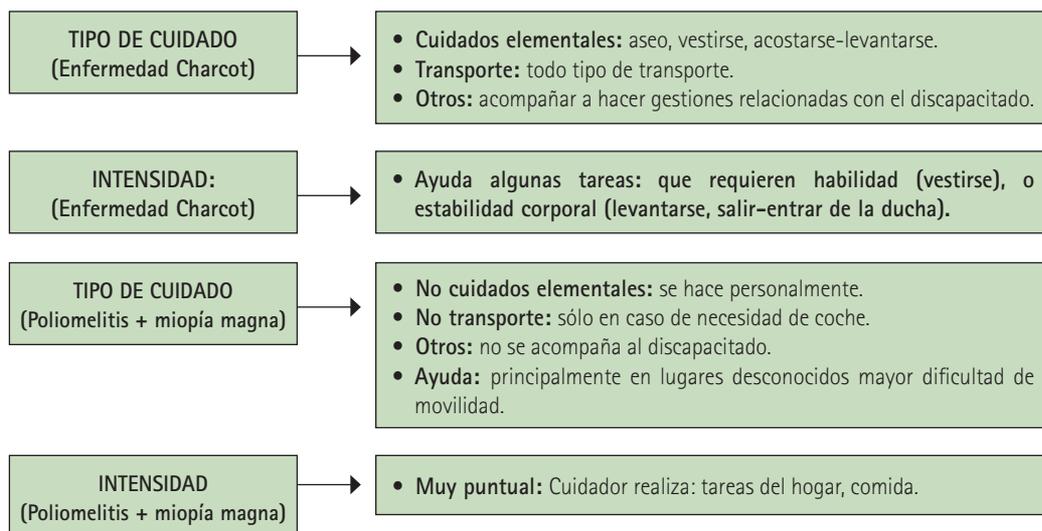
Traer el cuidado al hogar significa depender de la atención personal y constante de un cuidador/a, en la mayoría de los casos se trata de un familiar directo, generalmente mujer, que asume su responsabilidad desempeñando múltiples tareas a las que dedica su esfuerzo personal y su tiempo. De acuerdo con la información proporcionada por las personas dependientes, los servicios que realizan sus cuidadores son muy variados, distribuidos a lo largo de la jornada sin distinguir ni días festivos ni periodos vacacionales.

- Cuidados elementales: aseo, alimentación, acostarse - levantarse, vestirse, sentarse - levantarse, lavar los dientes, ir al váter, etc.
- Cuidados médicos: ir al médico, ir al hospital, control de la medicación y/o de la rehabilitación.
- Cuidados de atención doméstica: compra de alimentación, mantenimiento de ropa y limpieza, reparaciones y arreglos.
- Transporte: todo tipo de transporte.
- Otros: hacer gestiones relacionadas con el discapacitado. Acompañamiento y distracción.

Las personas discapacitadas muy limitadas necesitan ayuda para todas las tareas. Las personas con discapacidad de menor grado pueden realizar algunas tareas básicas: aseo personal y ayudar a vestirse. Existe la voluntad de liberar al cuidador de algunas tareas.

GRÁFICO 6.1.

Actividades para las que necesitan ayuda las personas dependientes con diferente grado de limitación



Fuente: elaboración propia.

6.1.2. Los cuidadores familiares

En la Encuesta del INE (EDAD-08) se señala que en uno de cada cinco hogares españoles reside una persona con discapacidad, predominando el tipo de hogar de dos miembros donde uno de ellos presenta alguna discapacidad. Se especifica también que el perfil de las personas prestadoras de cuidados a las personas dependientes es una mujer, entre 45 y 64 años que, casi en el 80 % de los casos, reside en el mismo hogar de la persona a la que presta cuidados. Prevalece la figura del cuidador o cuidadora principal (sólo el 23,7 % de los cuidadores son varones) vinculada a la persona dependiente por lazos familiares de consanguinidad. Este perfil ya conocido por investigaciones anteriores (Durán, M^a A.: 2003; García Calvente *et al*: 2004; Navarrete, L. *et al*: 2007) se ha tenido en cuenta para la composición de los Grupos de Discusión de nuestro Informe, convocando una proporción mayoritaria de madres y esposas como cuidadoras principales, en menor medida de hijas y hermanas, y menor presencia de esposos o padres.

6.1.2.a. La relación de la persona dependiente y su cuidador/a

En el discurso de cuidadores/as se refleja la existencia de un fuerte vínculo entre la persona dependiente y su cuidador/a principal, de tal modo que los problemas derivados del cuidado y los de las personas dependientes van unidos: "Los problemas son los mismos porque lo que me afecta a mí me afecta a él", "Todo afecta a los dos, lo que es de ellos es tuyo". Esta relación tan estrecha tiene un doble efecto en la persona cuidadora: por un lado, tienen la percepción de que son imprescindibles en la vida de las personas dependientes: "Como lo hago yo no lo hace nadie"; y al mismo tiempo, tienen la constante sensación de estar agobiados, de que el tiempo es escaso y de tener que enfrentarse cotidianamente a muchas actividades, que los demás no realizan: "Está todo el día pendiente de si he hecho esto o no he hecho lo otro, que dónde vengo o que a dónde voy", "No puedes estar todo el día pendiente, tienes que hacer otras cosas".

En ocasiones, se percibe que las personas dependientes demandan en exceso, lo que se expresa en forma de queja: "Sólo piensa en ella y quiere que todos hagamos lo mismo", "No me deja atender a otro, sólo puedo atenderle a él".

En muchos casos, los cuidadores interpretan que predominan los sentimientos negativos en las personas dependientes que cuidan. Consideran que la dependencia les genera un sentimiento de vergüenza y frustración, especialmente cuando la dificultad es sobrevenida: "El propio dependiente siente vergüenza y aunque es triste es así", "Era una persona muy activa y ahora, no acepta que está limitada y que no puede". A la incapacidad se añade la idea de inutilidad cuando interpretan cómo se sienten las personas con discapacidad: "Al no tener trabajo y sabiendo que podría hacer algo le hace pensar que no vale para nada".

Los cuidadores perciben la pérdida paulatina de relaciones sociales de las personas dependientes: "Les gustaría salir más y poder relacionarse con los demás" "Se quedan solos porque van perdiendo amigos, porque no pueden llevar la misma vida que los demás". En parte lo achacan a la indiferencia y a la incompreensión de los demás: "Nadie se levanta en el autobús para dejarle que se siente, miran para otro

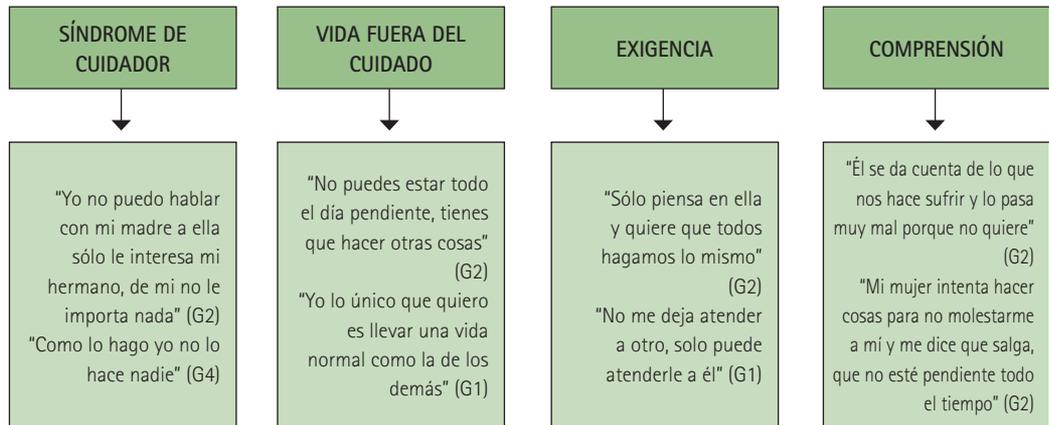
lado" "Mi hijo cuando viene alguien le revuelve el bolso para ver si le traen un juguete, y esto la gente no lo entiende porque tiene 30 años".

Al igual que las personas dependientes, perciben la existencia de múltiples barreras para realizar actividades cotidianas: "Hay barreras en todos lados desde la ciudad hasta la propia casa, todo son barreras para la silla de ruedas" "Mi hijo podría utilizar el ordenador, pero como tiene movimientos espásticos no hay forma de adaptarlo".

En el siguiente esquema se sintetizan los sentimientos que configuran la relación entre cuidador o cuidadora y la persona dependiente:

GRÁFICO 6.2.

Relación entre cuidador/a y persona dependiente



Fuente: elaboración propia.

6.1.2.b. El impacto del cuidado sobre el cuidador

Generalmente, existe un cuidador principal que es quien provee casi todo el cuidado. El resto de familiares, o bien no apoyan en absoluto, o realizan actividades de apoyo puntuales. En este sentido, los cuidadores principales expresan quejas por asumir la responsabilidad fundamental del cuidado: "Tú eres la principal. Los demás están pero en un segundo plano". En muy contados casos el cuidado se reparte entre los miembros de la familia: "Nosotros somos varios en casa, somos un equipo".

Los cuidadores resaltan un tipo de cuidado que no es identificado explícitamente por los dependientes: la supervisión. El estar pendientes de la persona dependiente es, para ellos, clave, pues supone una limitación importante para realizar otras actividades en su vida diaria. Se trata de una supervisión activa, que se convierte en intervención en caso de necesidad. "Tienes que estar pendiente por si acaso", "Le controlo la medicación pero sin que se entere si no se enfada, le engaño le digo que sólo estaba mirando".

Efectúan también cuidados socio-sanitarios, que podrían corresponder a profesionales de la salud, y que los cuidadores deben aprender por necesidad: "Sobre todo al principio lo pasas fatal porque no tienes ni idea de cómo cuidarle". Los cuidadores también actúan de enlace con los servicios de salud, una función especialmente relevante y que exige mucho tiempo: "Te lleva mil horas las citas médicas, el hospital que si ahora aquí que si ahora allá y es siempre lo mismo".

La discapacidad genera dependencia para multitud de tareas que trascienden las ayudas directas a la persona dependiente. Una de ellas es el asesoramiento para realizar gestiones o tomar decisiones sobre la vida cotidiana afectada por la discapacidad: "La obra de adaptación que hice yo en mi casa fue una chapuza. Yo no puedo estar pendiente de lo que están haciendo, así que hacen lo que les da la gana". "La gente puede abusar de mí así que lo que necesito es alguien que me ayude con papeles para la compra de la vivienda".

A. El nivel de atención según el vínculo de consanguinidad

Cuando se trata de describir los cuidados directos que recibe la persona dependiente se aprecian diferencias de atención según sea el vínculo de consanguinidad entre el cuidador/a y la persona dependiente. Las madres y esposas aceptan su papel de cuidadoras principales de su hijo/a o cónyuge con discapacidad. Es su rol. Su actitud es de resignación por el tiempo de cuidado: toda la vida de la persona con discapacidad en muchos casos de hijos, y variable en el caso de cónyuges. Aunque existe cierta despreocupación por parte de otros miembros de la familia, las madres cuidadoras disculpan este comportamiento. Como madres, aceptan su papel de cuidadoras principales porque "es su obligación".

Existe menor aceptación por parte de hijas/os, hermanos/as, puesto que no existe una identificación del cuidado como rol propio que deben desempeñar. A pesar de ello, las hijas afrontan el cuidado con gran compromiso, llegando a cuidar a ambos progenitores al mismo tiempo y sucesivamente. La norma de reciprocidad a lo largo de la vida está presente en el discurso de las hijas, aunque no se asuma de manera sólida: "Existe la creencia de que como te cuidaron a ti tú tienes que cuidarlos a ellos".

Las hijas cuidadoras disculpan la despreocupación de sus propios hijos y de su marido. No se desea para sus propios hijos esta situación. Con respecto al marido, se disculpa por no ser de su competencia. Esta actitud de disculpa no existe frente a otros hermanos, sino que el cuidado se considera que debe ser compartido y existe una crítica explícita a su falta de compromiso.

Las **actividades de cuidado identificadas por los diferentes grupos de cuidadores** son:

- En las **madres cuidadoras** se identifican las siguientes actividades de cuidado:
 - Cuidados elementales: aseo, alimentación, acostarse - levantarse, vestirse, sentarse - levantarse, lavar los dientes, ir al váter.
 - Cuidados médicos: administración de medicación, ir al médico, ir al hospital.
 - Transporte: todo tipo de transporte.

- Cuidados relacionados con la enfermedad: ejercicios de rehabilitación.
- Otros: aprendizaje y enseñanza al discapacitado de procesos/ actividades adaptados a sus necesidades: por ej. ordenador.
- En las **hijas cuidadoras** las actividades identificadas fueron las siguientes:
 - Discapacitados psíquicos y físicos muy evolucionados:
 - Cuidados elementales: aseo, alimentación, acostarse - levantarse, vestirse, sentarse - levantarse, ir al váter.
 - Cuidados médicos: control y administración de la medicación.
 - Transporte: no existe en casos de gran deterioro.
- En todos los **cuidadores**:
 - Cuidados médicos: ir al médico, ir al hospital.
 - Transporte: todo tipo de transporte.
 - Otros: acompañarle.

B. El impacto emocional del cuidado

Una de las consecuencias del cuidado de las personas dependientes es la que afecta a su estabilidad emocional, pues el impacto psicológico de la dependencia es muy determinante y requiere una fase relativamente larga de aceptación y adaptación: "Al principio es cuando estás perdido, porque no sabes qué hacer", "Llevo poco tiempo y no paro de llorar". El paso del tiempo cambia la situación, que se normaliza y acepta, aunque no sin resignación: "Al principio tenía la esperanza de que fuera por poco tiempo, ahora veo que es así para siempre, no hay remedio", "Llevas así toda la vida y sabes que esto no va a cambiar, te aguantas porque es lo que te ha tocado".

La perturbación emocional se expresa a través de tres tipos de sentimientos: soledad, impotencia y sufrimiento psicológico.

La **soledad** en el cuidado se percibe como un agravante en la carga del cuidado. El poder compartirlo, en el caso de los hijos, con la pareja, se percibe como algo fundamental: "A quien nos falta la pareja es tela, porque no tenemos ningún apoyo, la diferencia es tremenda".

El **sufrimiento** de los cuidadores deriva en parte de su sentimiento de culpa por no proporcionar cuidados a la persona discapacitada con mayor dedicación y delicadeza: "Te sientes mal cuando le chillas o le dejas solo pero es que no puedes más". "Yo le ato a la silla y le pido a Dios que no pase nada".

GRÁFICO 6.3.

El impacto emocional del cuidado

LA SOLEDAD	LA IMPOTENCIA	LA SOLEDAD
<p>"Te sientes muy solo porque tú lo llevas todo y es una situación muy difícil" (G1)</p> <p>"El mío es muy particular no quiere estar en la silla, tendría que tener una personas especializada" (G2)</p> <p>"Es todo el día de la mañana a la noche" (G4)</p>	<p>"Yo no sé como ayudarle y me siento fatal" (G2)</p> <p>"El mío me dice todos los días que se quiere morir" (G2)</p> <p>"Te destroza el cómo se debe sentir de verse a sí misma tan mal" (G4)</p>	<p>"Tienes que estar permanentemente pendiente por si pasa algo" (G3)</p> <p>"Lo que me ha rematado es que ahora también tengo a mi madre, no puedo más" (G3)</p>

Fuente: elaboración propia.

Llama la atención cómo los cuidadores coinciden en señalar que las personas discapacitadas son como "esponjas" que les absorben la energía y la ilusión: "Las personas mayores te quitan la alegría, te quitan la vida cuando te das cuenta se te ha pasado la vida", "Es una esponja que absorbe todo de ti", "Pierdes la ilusión, lo pierdes todo, no tienes ilusión por nada".

Se confirma que la actitud de resignación está influida por la edad: a mayor edad del cuidador, más aceptación de la situación y también que el grado de pesimismo tiene relación con el número de años dedicados al cuidado de la persona dependiente.

C. El impacto en las relaciones sociales y el uso del tiempo

La aparición de la dependencia afecta fundamentalmente a la familia, a su organización interna y a las relaciones con el exterior: "Lo que nos afecta a nosotros, afecta a toda la familia" "Esta situación afecta a todos los de casa".

Con frecuencia la dependencia supone un deterioro de la relación entre la persona dependiente y la persona que le cuida: "Antes podías hablar con él, ahora no porque siempre tiene que ser lo que él dice, no hay diálogo para nada". En algunos casos, se percibe que esta falta de comunicación es un obstáculo para las relaciones familiares: "Un enfermo dependiente absorbe todo y echas de menos las conversaciones, las cosas que había antes".

Las exigencias del cuidado da lugar a tensiones y conflictos familiares, que con frecuencia se hacen explícitos: "Las discusiones entre la familia se triplican" "Le pedí a la hermana de mi madre que la llevara al médico, porque yo no podía y me dijo que no con muy malos modos". Afecta también a las relaciones de pareja de algunos cuidadores que se ven profundamente alteradas por la nueva forma de vida y la atención de las necesidades de las personas dependientes: "Yo he tenido hasta una crisis de pareja por causa de mi hermano, y claro esto no es", "Yo pensé en divorciarme, pero luego aguanté".

La falta de disponibilidad de tiempo personal y la necesidad de contar con momentos de libertad para ellos mismos es una idea permanente en el discurso de los cuidadores: "Nunca tienes tiempo para ti, tienes muchísimo menos tiempo del que tendrías si no lo tuvieras". "Llevo muchos años que no sé lo que son vacaciones, ni semana santa, ni feria ni nada". Algunos cuidadores experimentan una intensa frustración por tener que renunciar a su forma de vida anterior y a sus relaciones por las exigencias del cuidado a la persona dependiente: "Te dan unas ganas de coger la puerta y marcharte porque estás harta", "Te preguntas por qué te ha tocado a ti esto".

Las relaciones más allá de la familia se ven especialmente afectadas, fundamentalmente por la falta de tiempo. Se achaca a la pérdida de amigos una cierta incompreensión por parte de éstos: "Los amigos se dan cuenta de que tú no puedes ir a la cena que se hace todas las semanas, entonces dejan de contar contigo", "No tienes tiempo para nada y claro pierdes amigos". La edad es una atenuante para interpretar la pérdida de relaciones de amistad por causa del cuidado: "Como ya eres mayor ya tienes pocos amigos y sabes que es por la edad".

El hecho de compartir el cuidado es fundamental para mantener las relaciones sociales. Cuando el cuidado es una responsabilidad de una sola persona, el aislamiento es mucho mayor. La existencia de varios cuidadores en el hogar permite tener tiempo libre y dedicar tiempo a los amigos: "Yo aún soy joven para poder salir con mis amigos".

6.2. LA DIMENSIÓN ECONÓMICA DE LA DEPENDENCIA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y SUS CUIDADORES PRINCIPALES

6.2.1. La repercusión económica percibida por las personas dependientes

Especialmente negativa es la percepción de la persona discapacitada como una carga económica para la propia familia como consecuencia de los gastos especiales de adquisición de productos especiales, de su reposición y de la adaptación de la vivienda o del medio de transporte; también por la dedicación de tiempo que supone para el cuidador principal y la imposibilidad de desarrollar una actividad laboral: "Incluso a nivel económico dependo de mi padre es él quien cobra la ayuda".

6.2.1.a. Costes directos de la discapacidad según las personas dependientes

Las personas con discapacidad mencionan como gastos principales derivados de la dependencia las ayudas técnicas (silla de ruedas, muletas, bastones, calzado especial, etc.) y la adaptación del entorno (vivienda, coche, etc.). Existe una queja generalizada de que las ayudas técnicas son caras: "Las gafas que necesito son carísimas, tanto las de sol como las de ver", "La silla es muy cara, aunque no lo miro porque en silla no puedo escatimar en otra cosa sí pero en la silla no", "Es muy importante adaptar tu casa a tus necesidades, pero claro cuesta dinero".

Se desconoce la cuantía de algunos gastos por haberlos adquirido hace mucho tiempo y porque algunos de ellos han sido abonados directamente por el cuidador informal principal (familiar). Para quienes

utilizan sillas de ruedas, los cambios corporales, los distintos espacios y el desgaste hacen que sea habitual tener varias disponibles: "Tengo varias sillas como he engordado me compré una más ancha, que uso para la calle, luego tengo la más estrecha para casa y luego la vieja" (E1).

La silla de ruedas eléctrica, aunque es mucho más cara, es la más deseada entre las personas con discapacidad, debido a que proporciona más libertad e independencia, y a que para el cuidador es más sencilla de usar y requiere mucho menos esfuerzo: "La silla eléctrica me ha dado mucha libertad porque no necesito que me lleve nadie".

Precios de las SILLAS DE RUEDAS:

- Manual: en el pasado (hace 10 años): 450€.
- Manual: en la actualidad: 700€.
- Eléctrica: A partir de 3.000€ y, normalmente, más de 6.000€.

Precios de otras ayudas técnicas para la MOVILIDAD:

- Muletas: 240€.
- Botas: 180€. Sólo se dispone de un par.
- Gafas: una persona necesita 3 ó 4 pares (de sol, de cerca, de lejos, evitar aire). De sol: 600€. De cerca: precio muy elevado.
- Plantillas especiales: mínimo tres pares, 200-250€ cada par.

En cuanto a las adaptaciones de la vivienda, se menciona la dificultad de encontrar un lugar sin barreras (escalones, ascensor), elemento decisivo en la adquisición de la vivienda. En el pasado se reconoce la problemática con la comunidad de vecinos, actualmente eliminada por normativa legal. Las adaptaciones del portal (rampa, elevador) suele tener un coste elevado, pero es habitual que sea subsanado por la comunidad de vecinos, por lo que se le da menor relevancia y en algún caso se menciona la recepción de ayudas públicas.

Las adaptaciones del interior del hogar son habituales y su coste recae con frecuencia en las personas con discapacidad y su entorno: "He quitado las puertas porque sino el andador no pasa, y además con el andador no puedo abrir las puertas, y sin puertas es más fácil para mí", "Hubo que agrandar las puertas para que pudiera pasar la silla", "He puesto moqueta porque antes cuando me caía me hacía sangre y pasaba mucho frío".

Adaptaciones para el HOGAR:

- Barras de sujeción en el baño: 110€.
- Reformas en general mayor disponibilidad de espacio hace más de 5 años: 9.500€.
- Agrandar/ quitar puertas: facilidad acceso silla de ruedas.
- Baño: suplemento elevador taza del váter.
- Cama elevadora.
- Moqueta en toda la casa: evitar frío, reducir deterioro físico en caídas.

El coche también suele tener que adaptarse, tanto si la persona puede conducir como si es un lugar para su traslado. Si el vehículo es del cuidador principal, es posible que la persona dependiente desconozca el coste que supone su adaptación: "Mi padre agrandó el asiento del copiloto del coche, pero no sé lo que costó".

Las atenciones médicas que precisan algunas patologías requieren pagar a especialistas privados con frecuencia. El gasto depende de la enfermedad y de su accesibilidad: "El podólogo del seguro médico privado va incluido en cuota, pero muchas veces no voy porque está lejos, y no me compensa el gasto del taxi; así que me voy a uno privado que me cuesta", "Tuve que ir a la clínica Barraquer a operarme. Fue hace 30 años y pagó mi padre la operación, pero sé que fue cara."

Existen también aparatos prescritos por el médico para el tratamiento de algunas patologías cuyo coste corre a cargo de la persona dependiente o su familia: "Me compré una bicicleta estática porque tengo que hacer ejercicio, es bueno para mí, y fueron 200 €" .

Gastos MÉDICOS y de EJERCICIO FÍSICO:

- Operación en hospital privado. Se desconoce el gasto.
- Podólogo privado: 20-25€ cada sesión, asistencia frecuente.
- Fisioterapia: 25-30€ sesión.
- Bicicleta estática: 200€.

Los gastos de transporte son también muy frecuentes, y son esenciales para desarrollar algunas actividades de la vida diaria de estas personas: "Para ir al pueblo en vacaciones con maletas e ir en condiciones, voy en taxi, no tengo otra forma, lo pago yo y es carísimo" (E4).

Gastos en TRANSPORTE:

- Transporte público.
- Taxi: 180€ ida al pueblo (más 180€ vuelta).

Existe un anhelo de adaptar mejor el ambiente a su diversidad funcional. Se mencionan algunas adaptaciones no realizadas, fundamentalmente porque cuestan mucho dinero: "Cuando me mojo pierdo la poca estabilidad que tengo así que no me puedo bañar". "El coche no lo he adaptado llevo la silla manual, que es más estrecha y cabe".

Un gasto importante es el que se destina a los cuidadores remunerados, pero en el Estudio no se han mencionado este tipo de gastos, tal vez porque el cuidado se realiza por parte de familiares y sólo se recurre a las ayudas públicas existentes, especialmente los Centros de día o las Ayudas a domicilio.

6.2.1.b. Costes indirectos de la dependencia

Los costes indirectos son los que derivan de los efectos de la situación de discapacidad en la capacidad de generar renta. En general, y como demuestran estudios previos, la situación de las personas con discapacidad con respecto al mercado laboral es de inactividad. En algunos casos, la situación de inactividad también era anterior al momento de aparecer la dependencia, por lo que no se percibe una ruptura en la situación socio-económica. En estos casos, la dependencia funcional lleva aparejada la dependencia económica de la familia: "Yo no ingreso nada, pero es igual que antes cuando estudiaba y no tenía la enfermedad", "Yo no he trabajado nunca así que no ha influido la enfermedad, toda la vida he sido ama de casa".

Entre las personas dependientes que son mayores la situación económica es más frágil, puesto que a los gastos por la discapacidad se suman la reducción de ingresos que suponen las pensiones en contraste con los salarios anteriores: "Mi situación económica no es buena tengo una pensión pequeña de menos de 1.000€ y mi mujer no ingresa nada".

El impacto negativo de la discapacidad en los estudios de la población joven es importante. Se percibe la pérdida de funcionalidades en relación con el aprendizaje y, derivado de ella, la pérdida de oportunidades laborales y de desarrollo profesional. La discapacidad supone un obstáculo para la realización personal en el trabajo deseado: "Acabé a duras penas la carrera y eso que me encantaba, pero ya era muy difícil para mí", "Tuve que dejar el conservatorio por los problemas musculares del brazo que no puedo tocar. Ahora toco en una orquesta de la ONCE pero es lo único que puedo hacer".

Está muy presente la idea de que quienes realmente sostienen económicamente a la persona dependiente son sus familiares: "Que no desaparezcan mis padres porque con esa ayuda no puedo vivir".

6.2.2. La repercusión económica de la dependencia según los cuidadores

6.2.2.a. Costes directos de la dependencia destacados por los cuidadores

En general existe una percepción de que la situación económica es excesivamente ajustada: "No está mal mi padre cobra 500€ y mi hermano el discapacitado tiene una pensión que no está mal cobra 900€". "Mi situación no es mala. Mi marido que está enfermo cobra su pensión por enfermedad, se jubiló por la enfermedad". La valoración general es que en los hogares con personas dependientes se ingresa poco y que los gastos generados por la discapacidad son permanentes y tienden a crecer. Los cuidadores

manifiestan que los costes de la dependencia son muchos, variados y, sobre todo, permanentes en el tiempo, cuando no aumentan progresivamente: "Estos niños son como un bebé, pero sus gastos siguen igual toda la vida", "Son tantos gastos que es imposible calcularlo".

Muchos hogares tienen una situación económica muy básica, de supervivencia o, al menos, así lo transmiten: "Te aprietas el cinturón y te acostumbras a lo que te toca, porque tener un hijo así es un gasto extra", "Lo único que pides es tener dinero para comer, vestir y gastos fijos".

La importancia de las ayudas económicas del sistema público es fundamental para paliar el gasto de estas familias, aunque varía mucho según la región y la localidad: "La silla y la adaptación cuesta una pasta me he gastado 4.000€", "En la silla no te gastas nada porque te lo pagan todo". Para que las ayudas se hagan efectivas hace falta información y asesoramiento y saber realizar las gestiones adecuadas: "Se había pasado la fecha de las ayudas, así que lo tuve que poner yo de mi bolsillo y me gasté 5.000€ y me quede a dos velas".

TABLA 6.1.

Costes directos de la dependencia mencionados por los cuidadores

MADRES	HIJAS	ESPOSAS
Productos de aseo personal: cremas, champús, lociones, toallitas higiénicas, pañales, colirios... Habitualmente productos de farmacia. Utensilios de comer: cucharas especiales. Odontólogo: con mucha frecuencia. Cuidadora externa: 500€/mes 4h/día. Adaptación vehículo (minoritario). Colchón antiescaras. Sillón abatible: 1.000€ Mayor utilización vehículo propio y necesidad de obtener carné de conducir.	Cuidadora externa: 1.300€ al mes 10 h. al día. Todos los días de la semana. Incluye seguridad social. Se abona a través de la pensión del discapacitado + aportación de todos los hijos. Comida: de más calidad o con suplementos: vitaminas, minerales, etc., y más nº de comidas: desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena.	Productos de farmacia: cremas, colirios, champú, jabón. Taxis. Libros especiales, no en braille (falta de sensibilidad táctil). Programa especial de ordenador de voz. Cambio de vivienda adaptada: con ascensor. En régimen de alquiler, pero más elevado que la vivienda anterior.

6.2.2.b. Costes indirectos según los cuidadores

Los costes económicos indirectos de la dependencia tienen que ver con su impacto en las trayectorias laborales de los familiares que cuidan a estas personas y con los cambios de residencia a los que se ven obligados los cuidadores:

1. Las consecuencias del cuidado en el empleo se traducen en la renuncia parcial o total del trabajo, como medida que posibilita pasar más tiempo junto a la persona dependiente, a costa de la realización personal y el bienestar económico.

En algunas ocasiones, los cuidadores reducen su tiempo de trabajo: "Yo trabajo a ratos, si no, no se puede" "Me han ofrecido trabajo a tiempo completo, pero no lo he podido coger". Otra opción, cuando es posible, es adelantar la jubilación: "Tuve que adelantar mi jubilación a los 60 años", "He tenido que dejar algunas asignaturas para poder abarcar todo".

En los casos más problemáticos, los cuidadores abandonan el trabajo: "Me afectó mucho porque a mí me gustaba mucho mi trabajo, y cambia tu vida totalmente". "Tuve que dejar de trabajar porque las dos cosas son incompatibles", "Te limita mucho la vida porque yo me tuve que plantear o trabajar o cuidarle porque las dos cosas son imposibles".

De nuevo, la posibilidad de compartir el cuidado con otros familiares es crucial en la relación con el empleo de los cuidadores: "Yo no he dejado de trabajar, pero porque están mis padres".

2. En muchos casos, la dependencia del familiar desemboca en la movilidad residencial del cuidador para adaptarse a los ritmos y necesidades de la persona que requiere atención o el traslado de la persona discapacitada al domicilio de la cuidadora. Frecuentemente, el estado civil (solteras, divorciadas o viudas) y la ausencia de actividad económica son las variables que más condicionan los cambios en la convivencia, ya sea la movilidad del cuidador para atender a la persona dependiente, o el traslado de la persona discapacitada al hogar del cuidador/a. Generalmente, el cambio en las formas de convivencia se hace a regañadientes: "Como soy la soltera, bueno divorciada, tuve que irme a vivir con mis padres y dejar mi casa", "Yo me la he tenido que llevar a mi casa, porque si no, no podía ser".
3. La renuncia por parte del cuidador/a supone también el confinamiento en el hogar, debido a la necesidad de supervisar constantemente a la persona dependiente: "Yo estoy los 365 días del año metida en casa". El cuidado puede exigir la adaptación del hogar y del vehículo privado: "No puedes viajar en nada tienes que ir en tu coche y encima tienes que adaptarlo", "En casa no puedes cambiar ni una silla todo tiene que estar siempre igual para que él no se tropiece, se caiga, se haga daño"

6.3. LAS AYUDAS PÚBLICAS

En el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Ley de Dependencia se distinguen entre dos tipos de dependencia: la dependencia protegible y la dependencia no protegible. La diferencia entre ambas situaciones es la necesidad de ayuda diaria para realizar actividades básicas, es decir, la dependencia objeto de protección es la que afecta a personas que necesitan asistencia personal diaria para llevar a cabo una o varias de las actividades de auto-cuidado o de funcionamiento físico o mental.

El RD 504/2007 de 20 de abril establece los criterios de aplicación de la dependencia protegible valorando las situaciones de dependencia de 11 actividades de la vida diaria que se subdividen en 51 tareas a través del cálculo del apoyo necesario que se necesita para el desempeño de cada tarea. Los resultados obtenidos en cada tarea que componen una actividad se suman y el resultado se multiplica por el peso de la actividad. Cuando se obtiene la valoración de todas las actividades, todas ellas se suman y se obtiene la valoración final. Existe además un baremo específico para las personas con enfermedades mentales y deficiencias intelectuales. Tanto en el baremo general como en el baremo específico se establecen peculiaridades en función de la pertenencia a cuatro grupos de edad: de 3 a 7 años; de 7 a 10 años; de 11 a 17 años; y de 18 años y más; (para los menores de 3 años se aplica un procedimiento de valoración específico).

La complejidad del sistema de valoración establecido y la variedad de medidas existentes, anteriores a la Ley de Dependencia 39/2006, por parte de las administraciones autonómicas a través de las áreas de Servicios Sociales, así como las adoptadas por las administraciones locales, las dificultades de funcionamiento del Consejo Territorial de la dependencia y, hasta la fecha, la falta de un texto legal que garantice la financiación de la Ley de Dependencia ponen de manifiesto la escasa voluntad de coordinación entre las administraciones en la puesta en marcha de la Ley, así como la confusión en los mensajes de los medios de comunicación. El resultado es un conocimiento parcial del sistema de ayudas y una valoración desigual de sus resultados.

6.3.1. Las ayudas públicas según las personas dependientes

6.3.1.a. El acceso a las ayudas

La información recogida en nuestro Informe no es representativa de la totalidad de la oferta de servicios ni de la variedad de fórmulas establecidas para sufragar los gastos derivados de la dependencia, pero ofrece una idea de la heterogeneidad de actuaciones, costes y modos de financiación (a través de asociaciones o servicios de gestión pública, copago o gratuidad, etc.). La diversidad de servicios en el territorio nacional se pone de manifiesto en los servicios recibidos por las personas entrevistadas.

CUIDADOR A DOMICILIO (Ayuntamiento de Valladolid):

- 1h/día de lunes a viernes.
- Opcional: cuidado o tareas del hogar.
- 95€ al mes (el resto lo asume el Ayto.).
- No existe centro de día para esclerosis múltiple.

TELEASISTENCIA (Cruz Roja, Valladolid):

Comunicación con el dependiente cuidado físico y psíquico para:

- Comprobar estado de salud.
- Reducir soledad.

CENTRO DE DÍA (Asociación de esclerosis múltiple, Comunidad de Madrid):

- Subvencionada por la Comunidad de Madrid.
- Gratuito para la persona dependiente.
- Diversidad de servicios: terapia ocupacional, comida, transporte, fisioterapia, logopedia.

CENTRO DE DÍA (Junta de Andalucía):

- Amplitud de horario.
- Coste: 40% de la pensión (se desconoce coste si no se tiene pensión).

CUIDADOR A DOMICILIO (Generalitat de Cataluña):

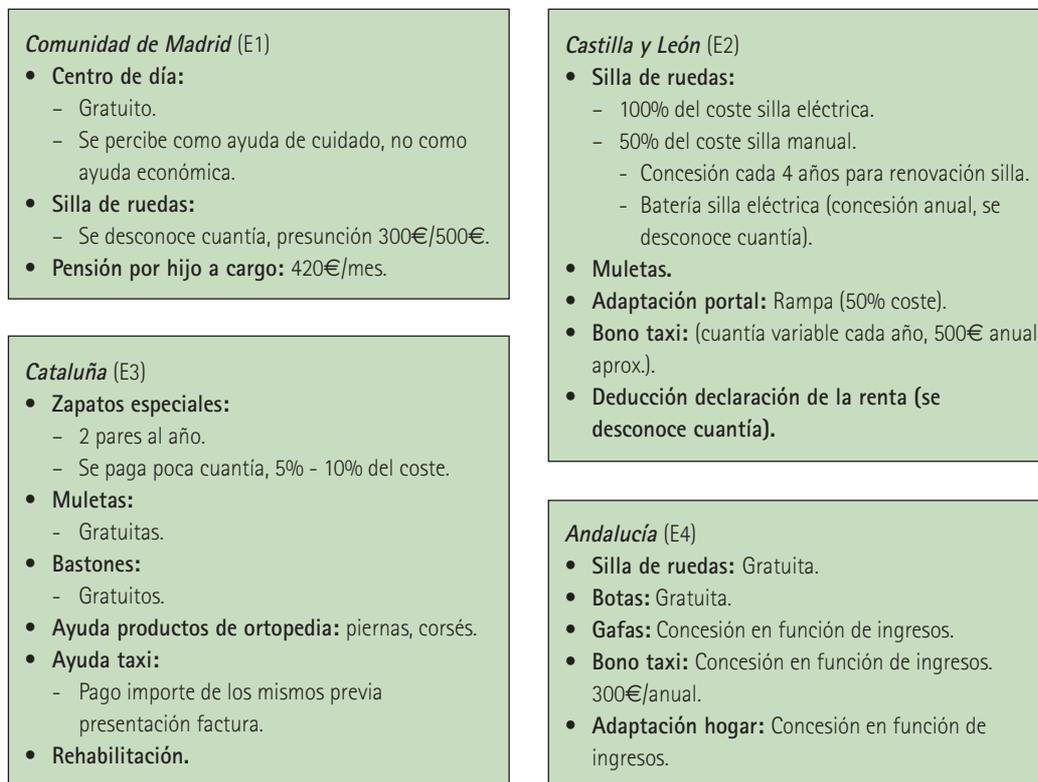
- 3 ó 4 horas al día.
- 2/3 veces a la semana.
- Gratuito.

En general, cabe afirmar que las personas dependientes conocen de modo desigual las ayudas destinadas expresamente al cuidado personal de la persona discapacitada y por esta razón, consideran que el sistema de ayudas debería incrementarse. Se mencionan principalmente la rehabilitación, el cuidador a domicilio y los centros de día. El centro de día se considera una ayuda de cuidado y no una ayuda económica.

Cuando se mencionan ayudas concretas se destacan sobre todo las ayudas económicas para la compra de instrumentos de apoyo técnico y la adaptación de la vivienda y el hogar.

GRÁFICO 6.4.

Ayudas económicas de las administraciones públicas para la adaptación del entorno y ayudas técnicas detectadas por las personas con discapacidad



Fuente: elaboración propia.

6.3.1.b. La valoración de las ayudas

Se reciben ayudas para la adaptación de vivienda y vehículo privado: "Mi padre tuvo ayudas para la adaptación del coche para que entrara la silla de ruedas, pero no sé de quien."

La valoración de las ayudas recibidas es, en general, positiva. Las personas dependientes son conscientes de su importancia para la mejora de su calidad de vida: "Me viene muy bien la ayuda de la chica que viene porque yo no puedo ni agacharme, ni subirme, tengo que estar sentada", "Yo voy al centro de día a diario y me viene muy bien para todo".

En ocasiones las ayudas no se utilizan porque se consideran insuficientes y poco efectivas: "No voy a rehabilitación porque es cada mucho tiempo, eso no es rehabilitación".

A veces, la posibilidad de utilizar servicios no se hace efectiva porque no se considera necesaria, por ejemplo, la existencia de cuidadores informales familiares sustituye al posible servicio y se considera mejor y más "natural": "No he pedido la ayuda a domicilio porque tengo a mi mujer". En otras ocasiones, no se solicita el servicio por la rigidez de su aplicación. Existen pautas de utilización que disuaden al posible usuario, como el horario o la frecuencia de asistencia requeridas: "No he pedido el centro de día, lo pensé para ir a comer pero hay que ir todos los días".

Entre las ventajas que se valoran de los servicios están la fidelidad del cuidador, que facilita la relación personal y el desarrollo de las actividades de cuidado, aunque ésta no siempre se produce: "Que venga siempre la misma persona está bien ya sabe dónde están las cosas y te da más confianza". También se consideran positivos los recursos que ofrecen los centros de día en el caso de patologías concretas (esclerosis múltiple): "Yo me paso el día en el centro, hago muchas cosas, tengo de todo" y se comenta la calidad del servicio y su coste: "El centro de día tiene que costar mucho porque hay mucho material humano para atender a 25 personas".

Algunas de las ayudas económicas, sin embargo, se perciben escasas o discontinúas, especialmente en el caso de servicios ajustados a un formato temporal e rígido: "Sólo viene de lunes a viernes. ¿Es qué yo no necesito nada los fines de semana?", "Lo que te quitan de Hacienda sí es una ayuda, pero es muy poco", "Hay una diferencia entre lo que te cuesta la silla y lo que te da el Estado, pero 300 € para una silla es poquísimo".

6.3.1.c. Información y gestión de las ayudas

La información sobre las ayudas y su acceso es variable. Se mencionan sobre todo tres vías, que en ocasiones se combinan: el "boca a boca" (familiares y otros usuarios de los servicios), los asistentes sociales (Ayuntamiento) y las asociaciones. El boca a boca y asistentes sociales son utilizados con independencia del tipo de ayuda y del organismo concesionario: "Unos a otros nos contamos las cosas que hay", "La Asistente Social de la asociación te lo cuenta todo", "La Ayuda de cuidado en el hogar la conozco porque unas tías de mi mujer la tenían".

Existe una especial confianza hacia la información que procede de los asistentes sociales: "La Asistente Social de la Asociación está muy bien porque está más enterada que tú de todo", "La Asistente Social del Ayuntamiento me informó perfectamente".

Los canales de información son generalmente bien valorados, aunque en ocasiones se manifiesta que hay información deficiente a través de los medios de comunicación de masas: radio, prensa o televisión.

Generalmente, las ayudas a las personas dependientes con mayores limitaciones son gestionadas por los cuidadores familiares y se formulan críticas al proceso de solicitud de las ayudas: "Es un proceso muy pesado, mi marido cuando ya está tan contento porque tiene todos los papeles que le piden siempre le falta uno". Se considera que el proceso de solicitud se ve afectado por: a) la burocracia: trámites, papeleos, requisitos; b) supone una pérdida de tiempo; c) una demora excesiva en la concesión; d)

también en ocasiones, anticipar el dinero; y e) obligación de renovaciones periódicas teniendo que cumplir nuevamente todos los trámites.

En otros casos, es posible que sean profesionales del sector, como asistentes sociales o técnicos de asociaciones quienes gestionen las solicitudes de ayuda: "Yo no me encargo de pedir ayudas, yo no puedo hacer esto". Consideran que es un proceso complicado y, en general, desconocen los procedimientos: "Para la silla de ruedas: vas al médico de cabecera, luego al rehabilitador, luego dos o tres presupuestos de ortopedias. Al cabo de mucho tiempo te lo conceden, pero primero la pagas tú, y cuando te conceden la ayuda te lo ingresan".

Algunas personas valoran que el proceso de gestión se ha hecho más simple y ha mejorado por la tecnología: "Antes era lo mismo, pero mucho más papeleo porque no había ordenadores. Se cobraba en metálico, y tú pagabas a la ortopedia. Ahora se lo ingresan directamente a la ortopedia, yo sólo pago la diferencia", "Es fácil, no es mucho lío, ni mucho tiempo, ni nada es un puro trámite, siempre igual, es sólo una consulta médica".

A pesar de la repercusión mediática, el conocimiento de la Ley de Dependencia es limitado: entre los entrevistados, sólo uno la conoce y la ha solicitado. Una vez más, la diversidad de situaciones en el territorio nacional se hace patente, así como el ritmo de aplicación de la Ley y la diferente información en función del caso: "Sé que existe la ley de la dependencia, pero sólo la conozco de oídas", "Claro que conozco la ley de la dependencia perfectamente, yo ya la he solicitado", "Yo no sé si cumplo los requisitos o no los cumplo".

La Ley de Dependencia es interpretada de modos muy diversos por las personas con discapacidad, sobre todo en función de la información de que disponen: "Esta ley no es para discapacitados, sino en función de las cosas que tú puedes o no puedes hacer, como es mi caso. Yo estoy muy discapacitado, pero puedo hacer muchas cosas", "Es para gente que está desamparada y no tiene cuidados".

Para quien la ha solicitado y recibido, la Ley de Dependencia es muy positiva porque provee apoyos y es un servicio en el que se confía: "Para el dependiente el servicio que te mandan te da mayor seguridad y menor riesgo de que no lo hagan bien o te traten mal, si es de la calle no puedes protestar".

Quienes no la han solicitado aluden a un exceso de burocracia, a que no necesitan más ayudas o al desconocimiento de su nivel de aplicación: "No la hemos solicitado por el exceso de papeles que te piden. Tuve que ir al médico de cabecera y él y la enfermera me hicieron un montón de preguntas, es un rollo." "Es para la gente que necesita que le ayuden en su vida diaria la asean, darle de comer; yo esto lo tengo cubierto", "No la he solicitado porque no sé si tengo derecho a ella o no, y porque no sé si ya está en vigor".

En el aspecto concreto de la burocracia, quien ha solicitado la ayuda no lo percibe como un obstáculo; al contrario, otras personas aducen el excesivo papeleo como razón por la que no se ha solicitado: "No ha sido complicado te piden certificado de discapacidad, situación económica y DNI", "Hay dos formularios uno para la Junta y otro para el Ayuntamiento pero los haces juntos y los entregas juntos", "Nos hemos asustado de la cantidad de papeles que te piden", "No la vamos a solicitar ni ahora ni en el futuro, mi marido es mayor y no puede ya hacer tanto papeleo".

Se observa que algunas personas dependientes tienen una idea preconcebida y equivocada de la Ley. Se considera que la Ley sólo ayuda a través de servicios de cuidado, por lo que no se solicita cuando las necesidades de ayudas personales están cubiertas: "No la voy a solicitar ni ahora ni después, porque no es para mí, es para gente que necesita cuidado y yo ya lo tengo".

6.3.2. Las ayudas públicas según los cuidadores

6.3.2.a. Relación de ayudas detectadas

Un resumen de los servicios de apoyo detectados por los cuidadores refleja la heterogeneidad de medidas existentes. La siguiente relación recoge las ayudas genéricas más conocidas por los cuidadores y el orden establecido señala la frecuencia con que han sido mencionadas en los Grupos de Discusión:

- El Centro de Día es una de las ayudas más destacadas y valoradas positivamente.
- Centros de Rehabilitación para distintas discapacidades.
- Cuidador a domicilio con diferentes fórmulas de prestación y copago.
- Residencias.
- Modalidades de transporte.
- Servicios especializados (Psicólogo, Fisioterapeuta, Podólogo...).

Además de los apoyos mencionados los cuidadores describen una relación de ayudas dirigidas a las personas dependientes y a los cuidadores, que identifican con los tres ámbitos de la administración con competencias en atención a la dependencia.

GRÁFICO 6.5.

Ayudas económicas relacionadas con los Ayuntamientos

<p>Para el cuidador: Madrid, Valladolid:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tarjeta de aparcamiento:<ul style="list-style-type: none">– Madrid: sin límite de zona, límite horario (1h).– Valladolid: sólo en zona de discapacitados, sin límite de tiempo. <p>Madrid (minoritario):</p> <ul style="list-style-type: none">• Tarjeta europea de aparcamiento: sin límite horario.	<p>Para la persona con discapacidad: Valladolid, Sevilla:</p> <ul style="list-style-type: none">• Impuesto de circulación: Gratuito titular del vehículo del discapacitado. <p>Valladolid:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bono taxis: Cantidad fija anual 450€, utilización limitada a taxis adaptados a sillas de ruedas. <p>Valladolid, Barcelona:</p> <ul style="list-style-type: none">• Autobús urbano: Valladolid: gratuito. Barcelona: 50%. <p>Sevilla:</p> <ul style="list-style-type: none">• Placa de aparcamiento de discapacitado: <p>Madrid (minoritario):</p> <ul style="list-style-type: none">• Campamentos de verano: gratuitos.
--	--

Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO 6.6.

Ayudas económicas relacionadas con las Comunidades Autónomas

COMUNIDAD DE MADRID**Para el cuidador:**

- Adaptación hogar: baño.

Para la persona dependiente:

- Bono taxis: cantidad fija / anual 600€.
- Centro de día:
 - Gratuito.
 - Se percibe más como ayuda de cuidado que económica.

CATALUÑA:

- Silla de ruedas: prestación temporal.
- Pensión por enfermedad hasta pensión de jubilación por edad.

CASTILLA Y LEÓN**Para el cuidador:**

- **Adaptación hogar:** porcentaje en función de ingresos familiares.
- **Adaptación coche:** porcentaje en función de ingresos familiares.
- **Portal:** rampa 100% del coste.

Para la persona dependiente:

- **Compra ordenador:** 100% (minoritario).

ANDALUCÍA**Para el cuidador:**

- **Adaptación hogar:** Baño (un porcentaje del coste de la obra, se desconoce cuantía).

Para la persona dependiente:

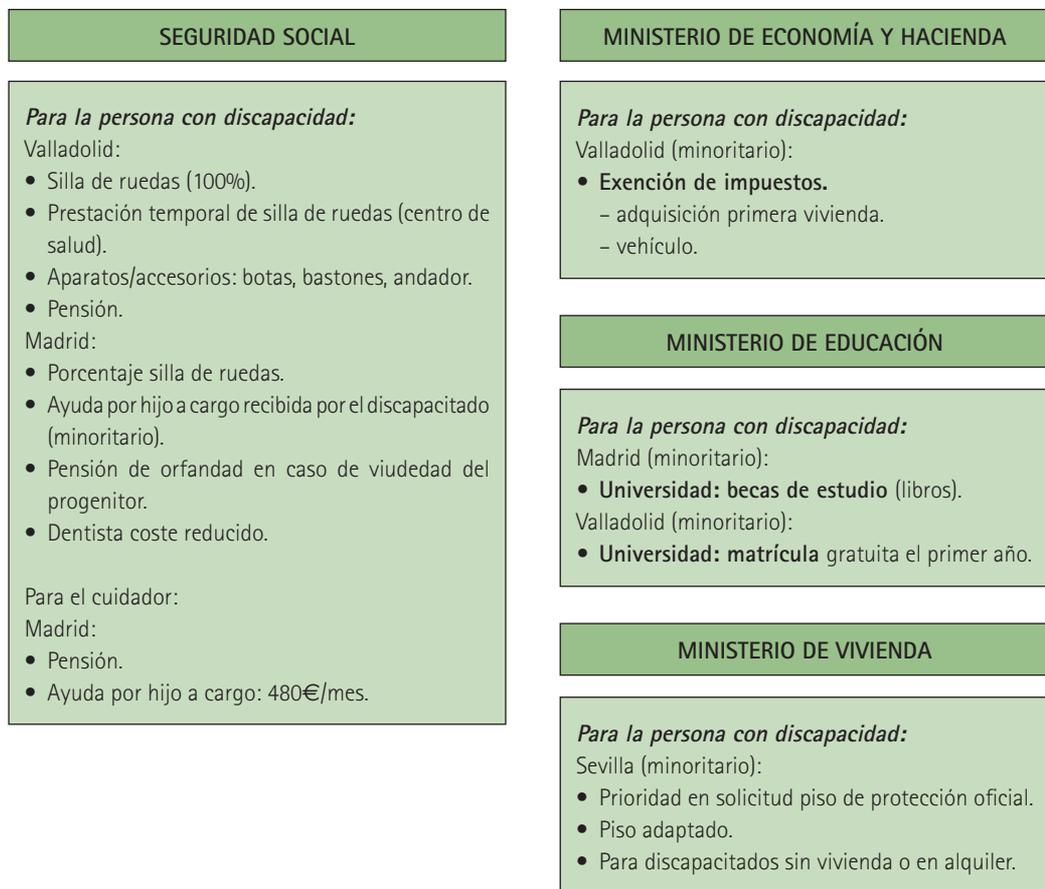
Gratuito:

- Silla de ruedas.
- Accesorios:
 - Zapatos, plantillas.
 - Andadores, muletas.
 - Barandilla para la cama: devolución fallecimiento del discapacitado.
 - Cojines.
 - Silla para el baño.
- Cama ortopédica.
- Productos de ortopedia: corsés, prótesis...
- Medicamentos no cubiertos por el INSALUD, pero sí por el SAS.

Fuente: elaboración propia.

GRÁFICO 6.7.

Ayudas económicas relacionadas con la Administración Central



Fuente: elaboración propia.

La valoración de las ayudas es, generalmente, positiva. Permite a los cuidadores tener tiempo para sí mismos y reducir la carga de cuidado: "Los centros de día están bien porque son de 9h a 5h de la tarde". También se valora positivamente el sistema sanitario: "Lo mejor que tenemos en España es la Seguridad Social todo fantástico, ninguna queja de nada".

No obstante, también se vierten críticas sobre la organización y el funcionamiento de estos servicios: "La ruta viene cuando le da la gana unos días a las 9h y otros a las 9,30h, y así no te puedes organizar". "Las residencias públicas son baratas pero muy malas, no quieres dejar allí a una persona".

6.3.2.b. Información y gestión de las ayudas

Los canales de información mencionados son los mismos que indican las personas con discapacidad, a los que se añaden los medios de comunicación de masas y las indicaciones de profesionales de la salud. Igualmente, se valora positivamente la cantidad, claridad y facilidad de acceso a la información.

Los dos medios principales y considerados como más convenientes son el boca a boca directo y la información proporcionada por los profesionales de la salud o los asistentes sociales: "Lo mejor para cualquier cosa es enterarte por otras personas, que al final es lo que haces". "A mí me informa de todo mi médico de cabecera, además es quien la conoce de siempre". "La Asistente Social de la Asociación está muy informada y te lo cuenta todo".

La gestión de las ayudas, tal y como apuntaban las mismas personas dependientes, suele ser gestionada por los cuidadores: "El pedir estas cosas, ¡pues quién lo va a hacer! Lo haces tú, como todo".

La percepción general es que el acceso a las distintas ayudas existentes requiere un periodo de tiempo bastante largo entre la solicitud y su disponibilidad: "Tengo 40 años pues me voy a apuntar ya a la residencia porque así cuando tenga 80 años tendré plaza", pero en sus manifestaciones se aprecian dos líneas discursivas opuestas en la valoración de las gestiones requeridas:

- Una primera representada por los cuidadores que consideran el proceso de solicitud de ayudas como un trámite sencillo que no presenta especiales dificultades: "Para pedir lo que sea son muy pocos papeles, esto es muy fácil".
- Una segunda del grupo de cuidadores que manifiestan su descontento por el excesivo número y el grado de dificultad de las gestiones exigidas: "Certificado de discapacidad, declaración de la renta de todos los miembros de la familia, patrimonio del dependiente y de la familia, lo que tiene en el Banco el dependiente, DNI de toda la familia. Todo este rollo es para pedir cualquier cosa da igual lo que sea o de que organismo sea". En ocasiones, al exceso de burocracia se le atribuye una intencionalidad: "Hacen que te des tantos paseos a posta para que te canses, desistas y así se ahorran la ayuda".

Entre éste último grupo hay algunos cuidadores que continúan con las gestiones a pesar de las dificultades que les suponen: "Es muy difícil pero como es lo que hay pues sigues no te queda otra". Y otros cuidadores que acaban abandonando la solicitud, supuestamente por las dificultades aducidas: "Yo lo he dejado por imposible, no lo he hecho".

La queja general más compartida es que no existe un lugar de referencia que centralice toda la información sobre las ayudas a la dependencia y al cuidado: "No existe un sitio específico que te informen de todo".

Esta queja se agudiza al hablar de la Ley de Dependencia. Todos los cuidadores han oído hablar de ella, pero la mayoría está poco informada y desconoce las posibilidades y los procedimientos para solicitar ayudas: "La ley de la dependencia la conozco a medias, porque no hay información". "Se que existe la ley,

pero desconozco en qué consiste la ayuda económica o la de cuidado". Otros cuidadores declaran haber solicitado ayudas en el marco de la nueva Ley: "Yo la he solicitado y me la han concedido".

Las diferencias de información y acceso a las ayudas previstas en la Ley de Dependencia explican las valoraciones positivas o negativas por parte de los cuidadores: "Está bien porque es una ayuda y toda ayuda es bienvenida". "Vienen a casa a verte, para ver la situación, ningún problema". "Si pides ayuda económica, está muy bien porque te pagan los atrasos".

Y quienes la valoran negativamente: "Por lo que estoy viendo es más propaganda electoral que otra cosa." "Te piden hasta un empadronamiento histórico para demostrar que eres español de toda la vida". Se producen también críticas al proceso de aplicación de la Ley, fundamentalmente a su implementación según grados de dependencia: "Como primero es para los grandes dependientes a nosotros no nos llegará, porque hay 300.000 grandes dependientes en España". También las críticas se dirigen a la complejidad del proceso de solicitud: "Tengo los papeles en casa y hay que sacarse un master, es tela todo lo que tienes que rellenar". "Voy a necesitar una cantidad de tiempo enorme para entregar todo esto".

6.4. OTRO TIPO DE AYUDAS A LA DEPENDENCIA

6.4.1. Los apoyos formales privados: los cuidadores contratados

Generalmente los cuidadores familiares son los que contratan este servicio y consideran muy importante este tipo de apoyo: "Tenemos un cuidador porque si después de 20 años no tenemos a nadie, estamos todos muertos".

Hay algunos aspectos de los cuidadores privados que se prefieren frente a los apoyos proporcionados por el sistema público. Entre ellos, la fidelidad que puedes conseguir, frente a la rotación de trabajadores de las empresas subcontratadas por las administraciones públicas: "Si coges una externa es mejor porque siempre viene la misma persona y ya la conoces". Pero se trata de un servicio que depende de los recursos económicos de la persona dependiente y su familia: "No puedes coger una externa te cobra 700 € al mes, más las horas extras, más los fines de semana, más la comida, total no tienes para pagarla".

Existen otros recursos, como centros de día para patologías concretas, pero se señalan algunas barreras relevantes para su uso. Entre ellas sobresalen la dificultad para el desplazamiento y el alto coste: "El centro de día de Alzheimer no está preparado para cuando el enfermo está mal, y en el estado en el que está mi padre no puede ir".

Precios de servicios privados:

- Precios recabados de cuidadores pagados:
- 700€/mes más las horas extras.
- 1.300€/mes + seguridad social + fines de semana + comida (10h/día).
- Centro de día para enfermos de Alzheimer: 600€/mes.

6.4.2. Las asociaciones de apoyo a la dependencia

6.4.2.a. *La percepción de las personas dependientes*

Todas las personas entrevistadas en nuestro estudio reconocen el papel de apoyo de las Asociaciones, aunque se aprecian diferencias en función de la patología, entre discapacidades que cuentan con asociaciones muy especializadas y otras discapacidades raras y minoritarias que no cuentan con representación asociativa, en nuestra investigación ocurre con la enfermedad de Charcot.

En la función de apoyo que ofrecen las Asociaciones se distingue entre los servicios incluidos en la cuota de socio y otro tipo de ayudas especiales. Entre los primeros se enumeran los siguientes:

- Servicios incluidos en las cuotas de socio:
 - Asistente Social.
 - Convenio con ortopedias.
 - Atención médica primaria.
 - Psicólogo.
 - Rehabilitación.
 - Psicólogo: terapia grupal e individual.
 - Cursos, conferencias.
- En los servicios no incluidos en las cuotas de socio, pero que tienen un precio reducido:
 - Algunos cursos.
 - Ocio: viajes, excursiones, visitas culturales, piscina.
 - Comidas.

Las personas con discapacidad tienen presente las ventajas materiales y económicas de pertenecer a la asociación: "Todo es más barato si perteneces a la asociación, la rehabilitación, el psicólogo: "Si no hubiera estado en la asociación la revisión que me hice en la ortopedia me hubiera costado dinero, pero fue gratis". Especialmente se valora el apoyo emocional, la posibilidad de compartir la propia situación con personas en similares condiciones: "En la asociación hablas con unas y con otras, y como tienes muchas depresiones te va muy bien, y como les pasa lo mismo que a ti te entiende". "De lunes a viernes estoy ocupada en el centro de día, que es de la Asociación salgo de casa, vengo aquí, hablo con gente".

6.4.2.b. *La visión de los cuidadores*

Existen diferencias importantes en el conocimiento y uso de las entidades, según el vínculo familiar. Las madres cuidadoras se apoyan más en las asociaciones que los cónyuges, las hijas o hermanas.

En los comienzos del cuidado las asociaciones suponen un apoyo y una fuente de consejos importantes, pero, a medida que transcurre el tiempo, la valoración de esta ayuda se reduce: "A mí no me tienen que

dar consejos, sí muy bien vas allí 2h pero luego vas a casa y es otra cosa", "Yo ya no necesito que nadie me diga cómo lo tengo que hacer ya me lo sé de memoria".

Entre quienes pertenecen a las asociaciones existe una valoración ambivalente en cuanto a sus recursos: "Tiene muchas cosas para ellos y la familia", "Se mantiene gracias a las cuotas que pagamos los socios y así es muy difícil".

6.5. EXPECTATIVAS DE FUTURO

6.5.1. Las expectativas de las personas dependientes

Las expectativas de futuro de las personas dependientes con respecto a su salud y situación de dependencia en buena medida están relacionadas con la evolución de la discapacidad. Sólo las personas más jóvenes consideran que el futuro será similar a la situación actual en todos sus aspectos, expresando el anhelo de mantener las actividades que les producen satisfacción. Consideran que seguir realizando sus aficiones requiere un esfuerzo extra, pero afirman que merece la pena: "Quiero seguir manteniendo mis hobbies de lectura, ver museos y sobre todo viajar con mi mujer que es lo que más me gusta".

En las discapacidades congénitas, el hecho de haber experimentado las limitaciones durante toda la vida permite asumir mejor la situación o, al menos, desde edades más tempranas (la primera socialización y la formación de la personalidad incorporan ya la situación de dependencia y las características de la enfermedad). Las discapacidades sobrevenidas generan mayores temores y las expectativas varían según la situación. En el caso concreto de la esclerosis múltiple, la trayectoria de la enfermedad es extremadamente variable y las expectativas están condicionadas por la evolución de los últimos años: "No quiero pensar en el futuro, lo veo muy negro por mi enfermedad", "En poco tiempo la enfermedad me ha ido a más y me siento inútil".

Las expectativas sobre las relaciones sociales son prácticamente nulas y están muy ligadas a lo que se espera de la propia salud. Consideran que no variarán significativamente: "Ahora no tengo amigos y luego tampoco los tendré", "Salidas pocas, pero igual que ahora que no salgo".

También las expectativas con relación a la economía son negativas. La dependencia económica de los familiares hace que teman especialmente el envejecimiento o la pérdida de quienes les mantienen: "Si no están mis padres no sé si la ayuda me la darán a mi o no, pero con 420 € al mes no puedo vivir", "Si no tuviera dinero tendrían que ayudarme mis hijos, no quedaría otra". La incertidumbre económica es una de sus mayores preocupaciones de cara al futuro. Las posibles eventualidades pueden aliviarse con ayudas monetarias que pudieran gastarse en lo que consideren más oportuno (cuidado, adaptaciones, etc.): "Quiero dinero para elegir yo el cuidado. Las ayudas de cuidado están limitadas a lo que haya, no puedes escoger y puede ser que no se corresponda con lo que yo necesito".

Existe además un profundo temor a perder a los familiares que les cuidan. Su pérdida genera una intensa incertidumbre para la que no se sienten preparados: "Yo no quiero ni pensar que no estén mis

padres, ni me lo preguntes" "Si no estuvieran mis padres supongo que mi hermano se encargará de mi, pero lo que deseo es que mis padres no se mueran".

Entre los deseos de mejora de vida las personas dependientes señalan la compañía y la recepción de mayor atención. Se alude explícitamente a la posibilidad de contratar un cuidador permanente: "Una chica interna para que me haga todo y que se quede a dormir porque así no estoy sola, yo me quedaría más tranquila y mis hijos también" "Que venga alguien a casa para charlar y entretenerme 1 o 2 veces en semana, un rato".

6.5.2. Las expectativas de los cuidadores

Las expectativas de los cuidadores están profundamente ligadas al estado de salud de las personas dependientes y, en general, son muy negativas, especialmente cuando se lleva muchos años cuidando a la persona discapacitada: "Yo en el pasado pensaba que la situación cambiaría pero los años van pasando y veo que no", "Mi hijo no tiene cura, pero siempre es igual esto no cambia", "La enfermedad es para toda la vida, sabes que será así siempre".

En algunos casos, el momento de la desaparición de la persona dependiente se relaciona con un cambio de situación socioeconómica, que puede ser positiva o negativa: "Mi padre se morirá y entonces yo podré volver a trabajar", "Si él no está será peor no tendremos su pensión".

Existe un intenso miedo a perder la capacidad de cuidar a la persona dependiente y ello genera angustia por una situación que parece insuperable de resolver: "No quiero ni pensar que caiga yo mala y quede mal, mis otras hijas no pueden porque están trabajando", "Siempre tienes el miedo encima de que si caes enferma ¿quién le cuida a él si no tengo a nadie?".

Entre quienes comparten el cuidado, existe una fuerte dependencia del resto de cuidadores familiares y se teme perder el apoyo existente: "Yo, el día que mis padres no estén o no puedan, tendré que dejar de trabajar no me queda otra, pero no me lo quiero ni plantear".

Las expectativas respecto a las relaciones sociales también son negativas. En muchas ocasiones, se considera que se han perdido relaciones que son irrecuperables: "No vuelves a tener amigos porque ya los has perdido".

El futuro de los cuidadores está vinculado a las ayudas o recursos que puedan obtener. Muchos cuidadores prefieren ayudas económicas que puedan gestionar ellos mismos antes que servicios de cuidado: "Yo prefiero dinero, lo puedes usar en lo que tu quieras", "No pido ayuda de cuidado para nada, no lo necesito ya estoy yo".

En algunos casos se rechaza el ingreso en residencias por la actitud protectora de mantener a los enfermos en su propia casa, pero se demandan centros que supongan un respiro al cuidador, que sean fáciles de utilizar en ocasiones especiales y tengan flexibilidad: "Un lugar donde lo puedas dejar y que no sea estresante el dejarlo, porque yo una vez me iba a ir de fin de semana, y tuve que hacer 18 llamadas telefónicas y al final no te merece la pena".

En general, existe una idea de no querer experimentar lo que están sufriendo las personas a quienes cuidan. La experiencia del cuidado les ha proporcionado un sufrimiento que no quieren ver repetido en ninguno de sus familiares: "Yo quiero que mis hijos recuerden a su madre riendo y estando bien, y no como está la abuela", "Yo quiero para mí una residencia, no quiero que mis hijos pasen lo mismo que yo".

Capítulo 7. El entorno próximo de la dependencia y las redes asociativas de apoyo

7. EL ENTORNO PRÓXIMO DE LA DEPENDENCIA Y LAS REDES ASOCIATIVAS DE APOYO

Para la realización de este capítulo se han aplicado entrevistas a los directivos y técnicos de las redes asociativas de atención a la dependencia física y mental, pretendiendo diferenciar entre los apoyos prestados a los cuidadores familiares y el apoyo directo a las personas discapacitadas. Pero en las situaciones de dependencia en su grado más elevado no resulta fácil distinguir entre atenciones a nivel individual y a las familias. Por regla general, los apoyos se dirigen a las familias, pues son las que en la mayoría de los casos tienen que gestionar la enfermedad y llevar a cabo diferentes estrategias de ayudas. En el perfil de las personas entrevistadas coinciden dos características: tener puesto de responsabilidad en la asociación y acumular una experiencia superior a tres años en tareas técnicas o puestos de decisión.

Las asociaciones que actúan en el ámbito de la discapacidad han experimentado un importante crecimiento en nuestro país en los últimos años. Las funciones desempeñadas por el denominado **Tercer Sector de acción social** son fundamentales en la mediación entre las necesidades de las familias y los recursos que ponen en marcha las administraciones públicas. En muchos casos representan el poder de la sociedad civil para auto-organizarse y perseguir fines que afectan a determinados grupos sociales y en cuya solución se beneficia toda la sociedad. En otros casos, aparecen como meras organizaciones creadas o impulsadas por el Estado para llegar allí donde no puede hacerlo la administración. Como entidades características del tercer sector su presencia en la sociedad puede adoptar múltiples formas y su contribución viene siendo analizada desde una perspectiva interdisciplinar con recientes publicaciones de referencia sobre las distintas entidades que lo conforman, especialmente las asociaciones y fundaciones, en su doble dimensión económica y social (Pérez Díaz, V: 2003; Rodríguez Cabrero, G: 2003; García Delgado, J.L.:2004; De la Torre, I: 2005).

7.1. LA FUNCIÓN SOCIAL DE LAS ASOCIACIONES DE APOYO A LA DEPENDENCIA Y SU PRESENCIA EN LA SOCIEDAD

Frecuentemente la causa que subyace en la constitución de una asociación o fundación de apoyo a la dependencia está en la falta de respuesta satisfactoria a una serie de necesidades en torno a las personas discapacitadas y a sus familias, siendo los familiares directos quienes deciden asociarse y crear una entidad con unos determinados fines para prestarse mutuo apoyo y expresar públicamente sus necesidades.

En algunos casos la ausencia de atención específica se debe a la rareza, por poco habitual, de las patologías que provocan la discapacidad: "la asociación se formó a través de una familia que tenía un hijo afectado por una patología rara y, a raíz de eso y debido a la falta de información que existía en la sociedad en el ámbito médico, social y psicológico, pues decidieron configurar esta asociación y desde entonces estamos funcionando".

En otras ocasiones, la causa de su creación es la flexibilidad de las asociaciones y su capacidad de llevar los servicios a núcleos de población pequeños y muy diseminados en el territorio sin elevar

excesivamente los costes: "prestamos servicios sobre todo en municipios muy pequeños porque es muy difícil que la administración llegue, más que nada por el tema de tiempos y costes".

También, a veces, los centros sanitarios y sus profesionales animan a la agrupación de los familiares y de los pacientes con patologías similares para reforzar su visibilidad social y reclamar atención: "impulsados en algunos casos por los propios profesionales de salud mental, fueron los que tuvieron la iniciativa un poco de facilitarles que se unieran aquí en Valladolid en concreto".

En todo caso, son los familiares directos, principalmente los padres de los discapacitados, quienes deciden asociarse porque quieren ser ellos los que faciliten e impulsen la integración de sus hijos en la sociedad, siguiendo una pauta generalizada del asociacionismo familiar en la sociedad española. Los cuidadores familiares deciden asociarse buscando el mutuo apoyo en la atención a la dependencia, a través de la cobertura de la propia asociación y de la reivindicación ante la administración: "surgió como una asociación de padres con la idea de que recibieran la atención que nuestros hijos necesitaban pero desde el punto de vista de la integración y la normalización", "yo creo que al principio fue un poco eso, vamos a agruparnos, qué necesidades tenemos, todos compartimos lo mismo qué podemos hacer por nosotros mismos y reivindicar".

En el impulso inicial tiene mucha importancia el liderazgo, es decir, la personalidad o la acción de una determinada persona o familia que es capaz de aglutinar al resto: "Nosotros surgimos en el año 2000 a raíz de un curso que se hizo de formación para familiares y en el que participaron mi madre y mi hermana, mi hermana era una persona con mucha iniciativa y con mucho arranque y de ahí decidió que había que montar una asociación porque había que ayudar y había que empezar a hacer cosas".

Estas asociaciones con un carácter más familiar reflejan una evolución paralela a la que experimentan sus asociados, de manera que conforme éstos vayan teniendo un cambio en sus necesidades, así variarán también los fines de la propia asociación. De este modo, asociaciones que en su origen tienen una finalidad educativa con el tiempo incorporan objetivos de inserción laboral: "un grupo de padres con hijos con grandes discapacidades en parálisis cerebral crean la escuela y empieza a funcionar, los chicos se hacen mayores, necesitan un centro para adultos y se crea el centro ocupacional".

La presencia territorial de las asociaciones de discapacitados es principalmente de carácter local para poder estar cerca de las familias, pero la mayoría de ellas se encuentran organizadas a nivel nacional o regional. El objetivo es formar parte de grandes plataformas que las representen y puedan hacer llegar sus inquietudes a esferas más altas, ello hace que en ocasiones incluso una plataforma agrupe a diversos tipos de patologías afines: "pertenecemos a la FEDER, que es la federación española de enfermedades raras, que esta federación sí que tiene mucha fuerza en ese sentido y nos respaldamos en ella a la hora de hacer nuestras reivindicaciones".

Desde el punto de vista de la Comunidad Autónoma, a las asociaciones les interesa tener representación en todas las provincias e incluso en los municipios grandes varias delegaciones por localidad. En la gestión de estas delegaciones suele haber bastante autonomía e independencia: "formamos una federación que se compone, me parece, de 56 asociaciones, todas ellas son independientes en toda

España, son independientes estatutariamente y jurídicamente y cada una de ellas tiene una serie de objetivos", "cada delegación es independiente entre comillas, tiene sus propios profesionales aunque siempre está arropada por Barcelona ellas también funcionan independientes, funcionan independientes pero rindiendo cuentas a Barcelona".

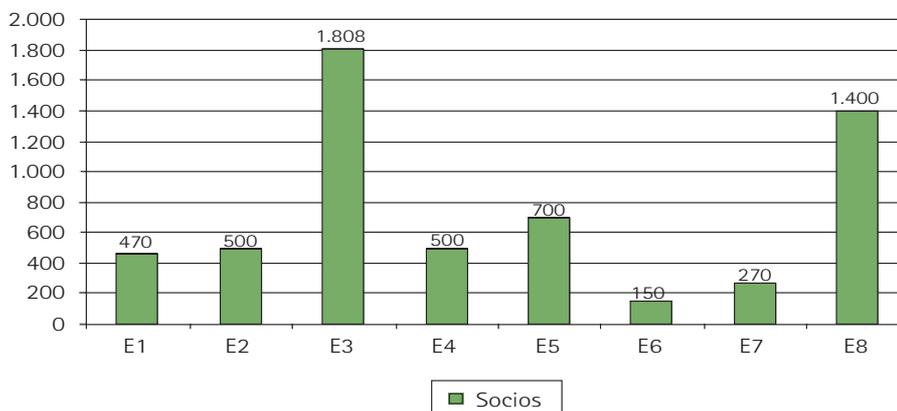
La presencia territorial de las asociaciones está directamente relacionada con la reivindicación de la normalización de la discapacidad y la defensa de su acción social ante la sociedad. Factores como la antigüedad, la valoración de las relaciones con las administraciones públicas, el tamaño o el ámbito de actuación (dirigido hacia una mayor o menor población) son importantes a la hora del reconocimiento público: "Estamos en contacto y sí que nos llaman como asociación porque realmente representamos a un colectivo que es importante y que en el tema de la discapacidad la verdad es que tiene muchas dificultades". Entre los factores que pueden perjudicar su acción reivindicativa, subrayan el hecho de que cada vez existan más asociaciones en todos los ámbitos que dificultan la aparición de otras nuevas: "Hay tantas y estamos tan disgregados todavía no somos visibles en la sociedad no somos visibles de cara a que nuestras reivindicaciones no se hacen muy visibles ni muy patentes, como a lo mejor otro colectivo de personas con discapacidad". En otros casos, el hecho de depender económicamente de las administraciones coarta su libertad para concretar la reivindicación: "Nos utilizan cuando les interesa nada más, pero cuando realmente tú llegas allí a decir oye, que necesitamos, cállate que sino no te voy a dar la subvención".

7.1.1. Los asociados y los voluntarios

El perfil general de las asociaciones analizadas ofrece una variedad significativa del tamaño de las asociaciones de apoyo a la dependencia, lo habitual son asociaciones de carácter local, muy centradas en unos pocos socios y sus familiares (entre cien y trescientos), que, a su vez, se encuentra formando parte de plataformas más articuladas que las representan y coordinan las ayudas desde la organización matriz, canalizando las reivindicaciones ante las distintas administraciones.

GRÁFICO 7.1.

Número de socios de las asociaciones entrevistadas



Fuente: elaboración propia.

A la hora de buscar asociados, estas asociaciones suelen seguir una doble estrategia; por un lado, abrirse a la sociedad, no sólo a los propios discapacitados, sino también a familiares y amigos; y por otro lado, realizar un proceso de selección, es decir, en algunas asociaciones lo que se busca es no perder el trato familiar, por lo que los nuevos socios deben estar de acuerdo con la filosofía de la asociación y con la forma en la que ésta hace las cosas: "Normalmente es una asociación de familiares precisamente por eso porque es el familiar el que detecta el problema generalmente tarde y pide ayuda". El objetivo en este caso no es tanto la cantidad de asociados sino su calidad: "Nosotros no intentamos hacer socios por tener muchos socios sino hacer socios a padres de personas con discapacidad que realmente comulgan con la filosofía de nosotros". Dentro del apartado de socios, la mayoría de las asociaciones suelen establecer la figura de la entidad colaboradora, permitiendo ser socios a organizaciones, fundaciones y otras entidades: "Las personas discapacitadas como socios tienen derecho a voz y voto en el tema asociativo y luego los no numerarios, que pueden ser cualquier otras personas incluso no discapacitados o personas no físicas como entidades".

Las asociaciones de discapacitados cuentan también con personas voluntarias que llevan a cabo actividades que no requieren conocimientos técnicos, aunque todos los directivos entrevistados coinciden en señalar la reducción del número de voluntarios desde la desaparición de la "prestación social sustitutoria", que equivalía al servicio militar para los objetores de conciencia: "el movimiento de voluntariado yo creo que ya está un poco a la baja desde hace unos años". Se aprecia un cambio en el perfil tipo de voluntario, abriéndose hacia otros sectores de la sociedad como los prejubilados: "Ahora el perfil es de gente más mayor, prejubilada, generalmente hombre, y como por el tema de la prejubilación se encuentran con más tiempo libre, son personas jóvenes de 55 años que están en plenas facultades y pueden hacer funciones de voluntariado perfectamente"; o los jóvenes que necesitan hacer prácticas en organizaciones como fase final de su formación para el mercado de trabajo: "tenemos mucha gente de

prácticas y voluntarios cada día menos". "Sobre todo durante el curso escolar con alumnos en prácticas de la universidad".

La presencia de los voluntarios o de los jóvenes en prácticas en las asociaciones es importante y en muchos casos los voluntarios coinciden con los propios familiares, subrayándose el carácter familiar de muchas de estas asociaciones: "Entonces los voluntarios suelen ser el marido de no se quién o el padre de alguno de nuestros asociados, todos ellos son voluntarios". Las asociaciones que apuestan por el voluntariado suelen, en primer lugar, seleccionarlos, pues no todo el mundo vale ni está preparado para hacer determinadas actividades de ayuda, y en segundo lugar, suele establecer planes de formación para los mismos: "Nosotros sí que invertimos tiempo y dinero en la formación de nuestros voluntarios porque entendemos que la buena voluntad no vale sobre todo aquí, porque vas a trabajar con personas que tienen unas características determinadas y que puede verse perjudicado y el voluntario también".

7.2. PRINCIPALES OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE LAS ASOCIACIONES

Las asociaciones de atención a la discapacidad centran su acción en la prestación de servicios para mejorar la calidad de vida de sus asociados, tanto de las personas discapacitadas como sus familiares y se concreta en una mayor autonomía y normalización de los enfermos, una mejora en la prestación de los servicios dirigidos a ellos, una atención más continua y una mayor accesibilidad a todo tipo de servicios: "entendemos que la calidad de vida es la normalización, no tienen por qué ser diferentes a cualquier persona", "es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias y luego la reivindicación de sus derechos y de la mejora de toda la red asistencial y de la atención que se les presta". Un servicio prioritario de estas asociaciones es el apoyo mutuo para mitigar el sentimiento de soledad que pueden padecer tanto las familias como los propios afectados, compartiendo las experiencias con otras personas que hayan vivido o estén viviendo situaciones similares.

La reivindicación más importante, sin embargo, es conseguir más visibilidad social, mostrando a la sociedad tanto la situación de las personas discapacitadas y de sus familiares. Su objetivo se fija no sólo en las propias familias que pueden tener una persona con alguna de estas patologías en su seno, también se dirigen al conjunto de la sociedad: "que se les reconozca a estas personas que están aquí", "sensibilizar, qué es el Alzheimer, necesitamos que todo el mundo sepa que es el Alzheimer".

Para alcanzar estos objetivos las asociaciones prestan una gran cantidad de servicios, sacándole partido a los recursos que reciben de las instituciones públicas y privadas, mostrando una variedad de modalidades en su prestación basada en el intercambio relacional frente al meramente administrativo y/o mercantil. Las asociaciones de discapacitados son escuelas de originalidad, humanidad y en muchos casos de eficiencia. En las entrevistas se han mencionado múltiples actividades que pueden agruparse en:

- A. **Actividades informativas.** Uno de los objetivos más importantes de las asociaciones es darse a conocer a la sociedad, tanto a la propia asociación como a la patología en la que trabajan. Así como informar a los propios socios e interesados sobre las ayudas y los recursos disponibles existentes. Para ello ponen en marcha campañas de sensibilización, organización de congresos, e incluso publicación de revistas y folletos informativos. "La campaña mentalízate pretende enseñarles lo

que es la enfermedad mental para que aprendan a abordarla de una forma precoz; en segundo lugar, no confundir los síntomas con las tontunas de la adolescencia, que esa es la edad en la que aparece; en tercer lugar, la lucha contra el estigma, que no discriminen a las personas que padecen este tipo de enfermedades; y finalmente, la prevención porque lo que les enseñamos es a relacionar la aparición de brotes psicóticos con el consumo de porros, de cannabis que los jóvenes no lo relacionan". "Se hace una revista que es un noticiero muy importante para mantener a la gente informada de cómo va la evolución de su enfermedad a nivel clínico".

- B. **Apoyo en la realización de trámites.** Una actividad a la que se presta especial atención es ayudar a las personas discapacitadas y a sus familias a cumplimentar los trámites que exige la administración a la hora de conceder ayudas. Los trabajadores sociales de las asociaciones asesoran a las familias y las apoyan en la tramitación de solicitudes, ayudas, búsqueda de subvenciones, grados de discapacidad, información de recurso y apoyo y seguimiento: "estamos los trabajadores sociales, de movernos entre las administraciones y hacer, buscar todos los recursos que hay, porque además hay bastantes recursos".
- C. Otra de las actividades más valorada es la **realización de grupos de autoayuda.** Estos grupos a menudo son entre enfermos y también entre familiares y/o cuidadores: "grupos de autoayuda con los psicólogos, para los familiares, para los usuarios ahí sí que se distingue, en Madrid por ejemplo se hace dos tipos de terapia, la de afectados de esclerosis múltiples, eso es que hablen de sus malestares, que hablen de sus dolencias, que hablen de sus preguntas que hablen de sus interrogantes, y la de familiares, que hablen de sus demandas, que hablen de sus interrogantes igualmente".
- D. **Realización de actividades lúdicas.** Su desarrollo es muy importantes en el proceso de normalización de estas patologías y clave para que salgan de sus casas y se relacionen con otras personas. Estas actividades lúdicas abarcan tanto actividades culturales, como deportivas, talleres educativos, campamentos de integración: "una de las actividades más importantes de la asociación es un campamento de integración", "actividades del ocio y tiempo libre, el ocio y el tiempo libre es muy importante porque claro, es lo que decíamos antes de no mantener a una persona metida en casa".
- E. **Ayuda psicológica para los familiares.** Desde las asociaciones se suele poner en marcha apoyo psicológico para que la familia asuma la discapacidad de la persona afectada, esté bien informada desde el punto de vista médico y encuentre el apoyo emocional que precisa. En esta actividad se incluyen talleres como los de "cuidar al cuidador: porque esta figura está constantemente sometida a un desgaste físico y emocional importante"; o iniciativas para integrar la patología dentro de la familia: es muy importante porque a nivel psicológico hay que decir que el 80 u 85% de las personas afectadas de PARKINSON tienen depresión es un dato, tiende a la depresión y también tenemos un equipo psicológico para familiares".
- F. **Servicios para enseñar a los cuidadores.** A pesar de la importante labor que realizan muchos cuidadores no saben cómo enfrentarse a la enfermedad de sus familiares. Desde las asociaciones

se ponen en marcha diferentes talleres y actividades centradas en la formación de los mismos, abarcando desde cómo deben mover o bañar a una enferma, a la forma de educarles o pedir ayuda. "Hay programas de formación específicos, todos los años hay mínimo 4 modelos formativos diferentes, normalmente siempre hacemos uno de introducción con el modelo inicial de qué es la enfermedad y cómo tratarla y luego hay módulos de comunicación, de higiene postural, de anti-estrés, de relajación".

- G. **Actividades para la inserción laboral** en los casos que se pueda. Las personas con una gran discapacidad no suelen poder realizar una vida activa, por lo que se trabaja sobre todo en mejorar su calidad de vida. Sin embargo, también existen discapacitados que pueden realizar funciones productivas para la sociedad. Las asociaciones prestan un servicio especializado de formación ocupacional, módulos ocupacionales, punto informativo, cursos del fondo social europeo (limpieza, restauración, jardinería), cursos de formación de adultos, o programas de garantía social, con apoyo de las diferentes administraciones.
- H. Servicios de **ayuda domiciliaria o gestión de centros de día**. Aunque ésta es una actividad que se presta sobre todo desde los poderes públicos, en algunas comunidades autónomas se han firmado convenios con las asociaciones para prestar estos servicios: "fisioterapia y logopedia pues las damos, también las ofrecemos en el domicilio". El papel de las asociaciones es importante sobre todo a la hora de proporcionar servicios en el ámbito rural: "Servicio de apoyo en el domicilio, sobre todo en el medio rural es muy importante, porque la mayoría de los pacientes no acceden ni tan siquiera a los recursos de rehabilitación que hay en la capital".
- I. **Servicios de rehabilitación**. Estos servicios son claves en la potenciación de las capacidades de muchos discapacitados, su prestación desde las asociaciones contribuye a que se sientan mejor, y al mismo tiempo, aumenta sus probabilidades de sociabilidad. Algunos de estos servicios se centran en la puesta en marcha de talleres como los de psico-estimulación, psico-motricidad, o de memoria: "El taller de psico-estimulación consiste en adaptar las actividades para trabajar el deterioro cognitivo dependiendo del nivel y de los gustos", "El taller de memoria lo que hacen es que te enseñan a hacer trucos para acordarte para fomentar algunas habilidades, como acordarte de cómo hacer ciertas cosas".
- J. **Apoyo médico**. El apoyo médico es otra de las prácticas más habituales en estas asociaciones. Su puesta en marcha permite un diagnóstico especializado, alternativo al que se da en la Seguridad Social, y una explicación más específica sobre las patologías y su evolución. "Hay una primera valoración de cada profesional a nivel de logopedia, de fisioterapia y de psicología sobretodo para ver el estado del afectado y a partir de ahí qué es lo que mejor le viene a él".

7.2.1. Características de los servicios prestados por las asociaciones

La clave en el éxito de muchas de las actividades que realizan las asociaciones debe buscarse en dos características propias de este tipo de entidades. Por un lado, la personalización integral de los tratamientos, es decir trabajar no sólo a nivel médico convencional, sino potenciar otras vías de

tratamiento y considerar el conjunto de la persona discapacitada y su entorno familiar: "rehabilitación, logopedia, psicología, estamos muy motivados en rehabilitación en deporte, nosotros hacemos cosas con caballos, hacemos natación, deportes adaptados, en el centro ocupacional se hace sobretodo terapia de rehabilitación, talleres de reciclaje, se hace informática, se hacen talleres de debate".

Para ofrecer todos estos servicios las asociaciones tienen que contratar profesionales muy especializados como máximos responsables de la prestación de ayudas que definen la labor de la asociación. A medida que la asociación crece, aumenta también el número de profesionales y la complejidad para organizarlos y una mayor exigencia en la gestión interna sin perder el trato relacional, que constituye el principio originario en muchas de ellas. Algunas asociaciones analizadas incluyen en sus plantillas a profesionales del ámbito de la medicina, la psicología, el trabajo social, orientadores educativos, fisioterapeutas, logopedas: "Tenemos gente trabajando con nuestros chavales pues logopedas, psicólogos, pedagogos, maestros de educación especial, una plantilla de 30 y tantas personas". En algunos casos puede haber incluso entre 80 y 90 personas trabajando, convirtiéndose en auténticas empresas dentro del tercer sector: "Cuando llegas a un determinado volumen también te tienes que empezar a cuestionar sobre la gestión de la asociación, porque estás jugando con un montón de dinero que hay que gestionar de una manera más racional".

7.2.2. Los ingresos y gastos de las asociaciones

Para su funcionamiento todas las asociaciones precisan mantener un equilibrio entre los ingresos de los que disponen y los gastos que implica su acción. El hecho de prestar un importante número de servicios y actuar en un ámbito prioritario de intervención social, convierte a estas asociaciones en actores "privilegiados" a la hora de recibir recursos, pero también las hace responsables de significativos gastos. Algunas asociaciones gestionan presupuestos superiores al millón de euros. La buena gestión de los recursos por parte de las asociaciones es clave para multiplicar las actividades y el esfuerzo en la mejora de la gestión les permite ser muy eficientes en sus servicios.

En relación a los gastos, el discurso asociativo más fuerte señala casi con unanimidad que las principales partidas presupuestarias se destinan en primer lugar, a pagar los salarios de las personas contratadas: "En el personal es donde se va el gros, o evidentemente pues los gastos de funcionamiento pero sobre todo el personal". En segundo lugar suelen aparecer también otro tipos de gastos como el inmobiliario, correspondiente tanto a partidas destinadas al alquiler de locales de la propia asociación como la construcción de residencias o centros de día para prestar servicios: "El hecho de la residencia pues ahora hay que construir una residencia nueva". Por último, también se señalan otros gastos menores relacionados con la gestión de las actividades cotidianas, tales como: material informático, servicios de transporte, actividades lúdicas: "Gasto informático porque ya tenemos una red con 8 equipos que hay que mantener, el tema de contabilidad, al ser de utilidad pública necesitas un contable especializado en entidades sin ánimo de lucro tal y cual y luego con el tema del transporte".

En relación a los ingresos, la mayoría de las asociaciones suelen estar abiertas a todas las fórmulas posibles de financiación, pero la realidad muestra una dependencia muy significativa de las subvenciones

públicas. En las grandes organizaciones existe incluso dentro del propio organigrama personas encargadas de buscar financiación, presentar proyectos y rellenar solicitudes de subvenciones: "El 80% financiación pública. Sí, bueno, tenemos varios sistemas porque dependiendo de la relación con la administración pues tenemos una vía o tenemos otra, pues desde subvenciones directas, por ejemplo, a convenios o conciertos, otra simplemente es el concurso de subvenciones, entonces es un poco todo". A diferencia de otro tipo de asociaciones, en el caso de la discapacidad destacan las importantes ayudas procedentes de instituciones privadas, sobre todo de Cajas de Ahorros, que en sus presupuestos de acción social suelen destinar importantes recursos a estas organizaciones. Sobre todo las partidas se destinan a financiar proyectos concretos que permitan la visibilidad de la entidad que financia: "Las entidades financieras en todos los proyectos, yo creo que en muchísimos proyectos de los que hacemos colabora alguna entidad". "De Caja Madrid, Caja Navarra, tenemos Caja Burgos, Bancaja, Caja de Ahorros del Mediterráneo". "Todas las actividades van subvencionadas por diferentes entidades: la Generalitat, el Ayuntamiento y también entidades financieras sobre todo vamos subvencionando y los costes son lo más reducidos posibles, por ejemplo, la ayuda a domicilio 1 hora es 7€". Un carácter más marginal son los ingresos procedentes de las aportaciones de los socios que en muchos casos son "testimoniales", o de donaciones, una vía poco desarrollada e incentivada en general en España.

7.3. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS Y SUS FAMILIAS. EL APOYO ECONÓMICO DE LAS ASOCIACIONES

Las asociaciones están en continuo contacto con las personas discapacitadas y sus familias, conocen bien sus problemas, la situación económica en la que se encuentran, los apoyos que reciben desde las diferentes administraciones y las fórmulas más apropiadas para ayudarles. El discurso asociativo constituye un buen complemento del discurso que realizan las familias, expuesto en el apartado anterior, pues supone una perspectiva integradora dispuesta a encontrar soluciones y reivindicativa con capacidad para lograr visibilidad social de los problemas micro-sociales y macro-sociales que afectan a la dependencia.

El análisis ha permitido descubrir los problemas económicos y materiales que afectan a las personas discapacitadas, a pesar de una cierta mejora en su situación económica experimentada en los últimos años, derivada sobre todo de la política de dar cobertura universal a todas estas personas. Estas necesidades están muy presentes en los grandes dependientes, que requieren una serie de apoyos materiales que las ayudas actuales cubren parcialmente. Las más señaladas se refieren a ayudas para algunos tratamientos médicos y medicinas o para adaptar sus viviendas a la discapacidad (por ejemplo a través de ascensores) e incluso a nivel local y municipal en todo lo concerniente a medios de transporte públicos y aceras: "los grandes dependientes sí que se encuentran con muchos problemas de ayudas materiales, de soportes materiales, por ejemplo, gastos de ayudas instrumentales como grúas, sillas de ruedas, pañales, suero, cremas, gastos de fisioterapia, logopedia, todo ese gasto tiene que correr al menos un porcentaje de ese gasto sí que sale de la economía familiar". "Yo hablo del tema de la vivienda porque es muy importante, todos tienen que hacer un cambio en sus viviendas porque hay barreras arquitectónicas, ya sea el baño, ya sea las puertas o si tienen que utilizar sillas de ruedas, y eso tiene un coste económico importante".

Una queja habitual es la que se refiere a la desigualdad existente a nivel territorial según la residencia de la persona discapacitada. Existen diferencias importantes por el hecho de residir en una Comunidad Autónoma o en otra, también hay diferencias en la atención que prestan los Ayuntamientos. Algunas Comunidades Autónomas como Castilla y León se encuentran con el importante problema de su extensión y dispersión del habitat, lo que dificulta prestar un mismo servicio en todos los núcleos: "El problema de Castilla y León es la dispersión por un lado y la extensión, ese es un problema bastante grande, o sea la extensión por los kilómetros el acceso a un determinado servicio y luego la dispersión de la población eso encarece todo". "Por ponerte un ejemplo, a nivel de la provincia de Valladolid que puede ser lo que mejor conozco, pues son mucho más rentables y ventajosas las que da la diputación para municipios de 20.000 que las que da el ayuntamiento de Valladolid, sin embargo hay otro tipo de ayudas que en las zonas más pequeñas no existen".

Independientemente de los criterios de universalidad en la atención, la realidad muestra que la persona afectada no está igual atendida en una provincia que en otra y no tiene los mismos recursos en una provincia que en otra. A este hecho debe sumarse la heterogeneidad a nivel municipal, es decir, no es lo mismo un ayuntamiento muy poblado y con pocos recursos, que otro mediano o pequeño y socialmente comprometido: "Aquí en Barcelona creo que está bastante cubierto pero hay pueblos muy pequeños que yo creo que no llega el servicio". "Cada ayuntamiento, cada corporación local tiene una carta de servicios diferente, o sea nos encontramos con que hay diferencias de prestación de servicios entre comunidades autónomas y además entre Ayuntamientos".

El agravio comparativo se hace patente y preocupa a estas personas cuando se ponen en contacto las personas discapacitadas de diferentes comunidades: "Tienen un conocido en otra comunidad autónoma que da más facilidades y apoyos, entonces, el tema está en ¿por qué en Canarias o en Valencia sí y aquí no?".

Con relación a los problemas derivados de la desigual atención a la discapacidad y la dependencia, las asociaciones también señalan los riesgos del aislamiento social progresivo: "el aislamiento social, como la sociedad todavía no tiene eliminadas todas las barreras, ya sean físicas como psicológicas y morales". Por otro lado, la imposibilidad de poder realizar una vida normal y la imposibilidad por ejemplo de actividades de ocio que normalicen su situación: "El otro gran problema que yo veo, no veo grandes problemas económicos, todas las familias están cobrando alguna prestación, sería el tema de ocio que es muy limitado".

Otro tipo de problemas se refiere a los propios familiares cuidadores de estas personas y abarca desde la necesidad de ayuda a los padres para superar el "duelo" inicial al conocer la situación de dependencia de su hijo, apoyos para superar el miedo de no saber cómo va a ser el futuro de su hijo cuando ellos falten: "El miedo de cuando yo me muera qué va a ser de mi hijo entonces viendo el trabajo desde hace tiempo en el tema de incapacitación, de la tutela para que las familias se queden tranquilas pero no es un tema fácil de tratar".

7.3.1. La situación económica de las personas discapacitadas y sus familias

La situación económica en la que se encuentran las familias de las personas discapacitadas depende de múltiples factores. Tanto la posición económica familiar previa a esa situación, como si es una discapacidad de nacimiento o aparece a lo largo del ciclo de vida, e incluso el grado de discapacidad que se le reconoce, o las ayudas a las que se tienen acceso, son factores que deben tenerse muy en cuenta. La articulación de todos estos factores da lugar a una situación muy heterogénea: "Si le han concedido una invalidez absoluta o de gran invalidez que son 150% de la base reguladora pues bueno, si que tienen buenas pensiones y, se puede ir llevando la situación, el problema está cuando son personas más mayores que tienen solamente una pensión de jubilación o una pensión no contributiva entonces ahí es cuando viene el problema, no tienen suficientes medios económicos para afrontar la situación de dependencia pero ni ellos, la familia, el entorno familiar". Lógicamente, cuando no hay recursos o las pensiones que se les reconocen son mínimas, deben ser las propias familias las que se hagan cargo de esta situación de dependencia, dando lugar a situaciones de temor y angustia ante el futuro: "Que la propia familia se encarga de ella o algún día pueden contratarlo a nivel privado, pero está todo muy difícil a nivel económico, si no tienes economía no puedes, la propia familia es la que se hace cargo del caso y es por eso que llegan también a situaciones un poco desesperadas".

Sobre la situación económica de las familias afectadas por una persona con discapacidad y dependencia se distinguen dos tipos de argumentaciones diferentes. Por un lado, la importancia que tiene para esta situación el hecho de que las personas dependientes hayan podido o no trabajar, ya que éste es un aspecto clave para la situación económica final de estas familias y por otro lado, una crítica a la distribución general de ayudas que no llega a las clases medias, es decir, los más necesitados acceden a múltiples recursos públicos, pero el baremo para que estas ayudas lleguen hasta las clases medias es demasiado ajustado: "Entonces o no tienes nada y en ese caso la administración asume un montón de cosas o como tengas un mínimo, pues apaga y vámonos, ese es el gran problema" (E3).

7.3.2. Tipologías de ayudas públicas según los ámbitos de la administración

Las ayudas más importantes de la administración pueden dividirse entre las ayudas económicas directas y las instrumentales. Entre las primeras destacan: las pensiones no contributivas en general, las pensiones no contributivas por invalidez, las prestaciones por hijos a cargo y el complemento por orfandad. Entre las instrumentales, las personas entrevistadas se han referido a: sillas de ruedas, elevadores, grúas, ayudas para adaptar el hogar, teleasistencia o telealarma, e incluso ayudas individualizadas para el transporte, aunque en este caso depende sobre todo de los programas de los Ayuntamientos: "Han puesto un servicio que se llama el servicio puerta a puerta que es un servicio de taxis contratado que por un módico precio de 1,5 €, pueden trasladar a esta persona en un taxi pues desde su casa a otro sitio y bueno viceversa pero ya dentro de lo que es el territorio de Barcelona nada más". Otro tipo de ayudas, que son muy demandadas pero que no siempre se logran, es la ayuda a domicilio y los centros de día, donde normalmente suele haber listas de espera, aunque menos que en las residencias: "Están unas horas al día y por lo menos es una descarga para la propia familia, luego está la residencia pública pero es muy difícil, si ya el centro de día es difícil porque hay lista de espera ya la residencia es como

imposible". En general, las asociaciones consideran que en los últimos años ha aumentado el grado de implicación de la administración: "Hemos notado una sensibilización bastante grande en estos últimos años, yo diría que en estos últimos 5 años nosotros hemos notado un cambio, una implicación mucho mayor en todas las administraciones".

7.3.2.a. Las ayudas de los ayuntamientos

Los ayuntamientos constituyen las unidades administrativas más cercanas a los ciudadanos y a sus necesidades. Son los responsables de implementar y distribuir las ayudas y al mismo tiempo el principal centro de atención ante las necesidades básicas. La valoración de las asociaciones de la labor de atención municipal a la dependencia es generalmente positiva, a pesar de las múltiples limitaciones con las que se enfrentan en muchas ocasiones: "El ayuntamiento enseguida te pone una persona para ayuda a domicilio, para ponerte una persona que te ayude a limpiar o lo que sea".

No obstante, el análisis desvela la influencia del tamaño de los municipios. Desde el punto de vista de las asociaciones es mucho más fácil llegar a los ayuntamientos pequeños que a los grandes, pues en éstos hay más trabas: "Es más fácil acceder al ayuntamiento de un pueblo, porque hay menos volumen o menos gente y la comunicación o la conversación es más directa que a nivel de Barcelona que siempre es lo normal". "Si tienes la suerte de estar en un municipio normalmente pequeño y rico pues vas a tener muchas más ayudas por parte municipal y también por comarcas... hay ayuntamientos que son ricos, ricos porque yo que sé, porque tienen 2 centros comerciales o tienen una zona industrial increíble entonces esos ayuntamientos te pueden dar no sé, 40 horas de trabajadora familiar a la semana".

A pesar de esta buena valoración de la ayuda municipal, desde las asociaciones son conscientes de que se puede hacer más y se expresa también la exigencia de una mayor implicación de estas administraciones locales, sobre todo en todo lo relativo a la asignación de un mayor número de personas encargadas de atender a las personas dependientes, la adaptación de las ciudades hacia las personas discapacitadas, e incluso, el facilitar terreno municipal a asociaciones e instituciones privadas para la puesta en marcha de servicios que redunden en la mejora de la calidad de vida de los discapacitados. "Más personal en el tema de servicio de ayuda a la dependencia, a nivel de plazas para centros de día, de residencias en el tema esto ya tendrían que ampliar todo". "El ayuntamiento lo que hace más es más que dar dinero que también nos da un poquito de dinero pero lo que hace más es ceder solares".

7.3.2.b. Las ayudas de las Comunidades Autónomas

Las ayudas de las comunidades autónomas son valoradas con una actitud más crítica. Las asociaciones consideran que la relación de ayudas existentes no se adapta a la demanda de necesidades y que su gestión adolece de demasiada burocracia, también piensan que algunas soluciones requieren un esfuerzo posterior de información y de adaptación a las situaciones cotidianas para evitar falsas expectativas: "Hay un programa específico de ayudas, es una cantidad ridícula no sé si son 2.000 o 3.000 € al año que es lo que ellos solicitan pero que no sé a quien le llega, ya te digo, no sé, estar la ayuda está o sea que". "Estamos hablando de que tenemos ayudas a domicilio que no están formadas,

que no están implicadas... la ayuda a domicilio está genial, la teleasistencia está genial pero adaptadas a las necesidades reales".

Especialmente culpan a las administraciones autonómicas de la lentitud en la implementación de la Ley de Dependencia, en parte debido a la necesidad de adaptar el sistema anterior de ayudas a la nueva legislación, dando lugar a un período de transición que genera cierta inseguridad en el sector: "Están las ayudas individuales que han sufrido varias reformas, primero, interna a nivel de comunidad autónoma por el tema de competencias entre diferentes consejerías y ahora un poco estamos en stand by por el tema de la Ley de Dependencia". "Estamos trabajando con una Ley nueva en principio pero con recursos de la anterior".

Todas las personas entrevistadas coinciden en señalar que las administraciones autonómicas deben establecer prioridades en la aplicación de la Ley de Dependencia y ordenar la importancia de las necesidades según los grupos de atención: "Los enfermos crónicos que teníamos están todos en torno a los 45 o 50 años, claro, los familiares tienen 75 o 80, entonces quiero decir ahí había que moverse porque si no se movían las administraciones autonómicas nos íbamos a quedar ahí con un grupo de desamparados".

También se reclama una coordinación en determinadas ayudas económicas: "A nivel de comunidad autónoma yo creo que bien, pero siempre se puede hacer más, sobre todo el tema de ayudas, ayudas económicas para el tema que te decía de la vivienda".

7.3.2.c. *La valoración de las ayudas*

A la hora de valorar las ayudas, los responsables de las asociaciones se consideran afectados directamente por su prestación de servicios a las personas discapacitadas basada en su mayor parte en los presupuestos de las distintas administraciones públicas. La crítica más común es que la administración no paga realmente lo que cuesta la prestación de los servicios que las asociaciones aportan y que es mucho más de lo que reciben: "La ayuda le llega cuando le llega... Tienes dos opciones o lo ejecutas o ese programa lo ejecutas cuando te lo comunican o cuando te llega la ayuda o lo vas ejecutando y si luego llega la ayuda bueno y sino pues ya buscarás recursos por otro lado"; también la tardanza a la hora de cobrar muchas de las subvenciones, en algunos casos las asociaciones tienen que llegar a pedir préstamos para hacer frente a los pagos más inmediatos: "No es que lo cobres a los tres meses, es que lo cobro al año siguiente y eso de poco me sirve". Otra argumentación que forma parte de la valoración crítica hacia las ayudas se refiere a la cantidad de trámites que se deben superar para recibirlas y que sin embargo no exista ningún tipo de subvención que contemple la contratación de personal administrativo cada vez más necesario en la gestión de estas organizaciones: "No nos ayudan con la gestión y tú les presentas un programa y tienes que camuflar a la persona que te hace la gestión porque no te la pagan, un administrativo no te lo pagan".

Desde las asociaciones se ofrecen dos posibles salidas para mejorar tanto las ayudas como su tramitación. Por un lado, crear una ventanilla única que agilice los procedimientos administrativos y no duplique o triplique estos procedimientos: "Crear una ventanilla única donde todas las ayudas públicas

estuvieran conjuntas hubiera sido el ideal pero como no se ha hecho pues ahí el problema de las ayudas es que hay bastantes pero están todas muy diversificadas y necesitas hacer mucho papeleo". Por otro lado, la necesidad de buscar fórmulas variadas de copago para lograr el acceso a algunos de estos servicios para un mayor número de beneficiarios: "Entonces yo estoy más por el copago, aunque sea un copago pequeño, dependiendo de las posibilidades de la familia, para que llegue al mayor número de familias...".

7.3.2.d. Valoración de la Ley de Dependencia

Con relación a la Ley de Dependencia, la mayoría de los entrevistados coincide en señalar las expectativas sociales despertadas desde su aprobación: "La idea me parece fantástica, estoy muy contento con el gobierno de que hiciera una Ley como esta y realmente es fantástico", mostrando especial interés por su aplicación en las familias, como una forma efectiva de reconocer la labor que realizan los cuidadores familiares y compensar así su trabajo: "De alguna forma va a compensar el tiempo de dedicación, porque puede también contratar a otra persona para que le atienda y ella está libre, no debemos olvidar que esa madre no se dedica a trabajar y a traer un sueldo a casa porque tiene que dedicarse al hijo, ya algo compensa".

Junto a esta valoración positiva relacionada con la filosofía de la Ley, se expresan numerosas críticas basadas en su aplicación práctica. En primer lugar, manifestando escepticismo sobre su desarrollo, sobre todo por la presunta precipitación con la que se ha elaborado y por el importante desembolso económico que supone para las administraciones públicas en una época de recesión económica: "Creo que es una herramienta necesaria, creo que se ha hecho de manera precipitada y eso va a dificultar mucho la puesta en práctica pese a los plazos y todo lo que sea la puesta en práctica y la aplicación presupuestaria va a estar muy complicada y que llegue a donde tiene que llegar". "Yo reconozco que esta Ley es muy bonita, pero el Estado yo creo que no se ha dado cuenta de la cantidad de gente que está en dependencia y bueno se le ha hecho grande". En segundo lugar, se destacan las diferentes interpretaciones políticas de la aplicación de la Ley por parte de las administraciones autonómicas según los partidos gobernantes: "Con la Ley de Dependencia estamos hablando de política y de votos, y es lamentable que el bienestar de los enfermos y de sus familias pase por la política ¿por qué le voy a dar facilidades a la Ley de Dependencia? No, voy a poner todas las trabas que pueda".

Los representantes de las asociaciones ofrecen propuestas para mejorar la aplicación de la Ley en función de las fases en cada Comunidad Autónoma:

- En **Andalucía**: se encuentra muy avanzado el proceso de valoración de las personas dependientes, pero la Ley aún no está funcionando desde el punto de vista de las ayudas: "aquí en Andalucía estamos con la Ley de la dependencia que, como sabrás, está articulada pero todavía no está funcionando, la mayoría en general están todos valorados pero los servicios que ofrece la Ley de Dependencia no está en marcha y yo creo que se les está creando muchas expectativas a la gente y eso es malo".

- En **Castilla y León**, se está haciendo una ley que permita coordinar todas las ayudas y servicios acordes con la Ley de Dependencia, pero aún no está funcionando "Poco, poco porque por un lado están intentando desarrollar todo el tema de la cartera de servicios a nivel administración y por otro lado sí que se ha presentado un borrador de una ley muy genérica a mi modo de ver de acción social en la que está incluida la dependencia".
- En **Cataluña**, ya se está aplicando la Ley de Dependencia, el gran problema es que se tarda mucho en cobrar las ayudas "la Ley de Dependencia tiene una cosa muy mala que es el tiempo de aplicación, desde que haces la solicitud hasta que empiezas a cobrar por el fondo que van a hacer de principio, pasan nueve meses, un año, en Cataluña".
- En la **Comunidad de Madrid**, esta Ley no ha llegado a aplicarse aún. "La Ley de Dependencia en teoría debería venir a paliar eso pero todavía no ha llegado, hemos oído de la Ley, nos la han metido con cuchara pero todavía la Ley de Dependencia no ha llegado a la gente que la necesita no le ha llegado".

Las principales medidas que se deberían impulsar, junto con el mayor desarrollo de la Ley en cada una de las Comunidades Autónomas, se refieren a: destinar más recursos para hacer efectiva la Ley, mejorar los criterios de baremación en aquellas comunidades donde se están realizando, sobre todo para que llegue al mayor número de personas posibles; acelerar su puesta en marcha en las comunidades donde ya se aplica, sugiriendo por ejemplo la contratación de un mayor número de personas para ponerla en marcha; y coordinar mejor la sustitución de los anteriores servicios por los que asume esta nueva legislación. "Los recursos no están en marcha, hay una diferencia importante entre comunidades autónomas y luego como eso también se transfiere a los Ayuntamientos, pero el gran problema es como llega eso al usuario". "Ley yo creo que vale, que estará muy bien que el día de mañana todos los servicios se centren a través de la Ley de Dependencia pero en el día de hoy hasta que no funcione yo creo que tendrían que considerar que estas personas mientras tanto tengan un servicio".

7.3.3. Problemas detectados en la solicitud y en la gestión de ayudas

Uno de los obstáculos más mencionados se refiere a la desinformación de las personas discapacitadas y de los cuidadores familiares: "Los socios suelen tener bastante desinformación sobre recursos que hay actualmente a su disposición". Las vías de información son la propia administración, los médicos y el personal sanitario, las asociaciones de apoyo a la dependencia: "La familia que no ha estado vinculada a una asociación le falta mucha información porque se da de forma muy difícil de entender", los familiares, vecinos y amigos, otros medios de información: "Se trata que las familias tengan toda la información de todo en soporte de papel o en soporte telefónico o en soporte de e-mail". La vía de información más utilizada es el "boca a boca" y suele llevar a equívocos, ya que hay quien piensa que tiene derecho a todo sin tener en cuenta los distintos baremos de diagnóstico en función del grado de dependencia de su patología.

En las vías informales no sólo circula información sobre las características y la cuantía de las ayudas, que puede encontrarse en los documentos públicos, sino sobre todo un tipo de información más

personalizada que advierte sobre los problemas o las ventajas de solicitarla. Este tipo de información origina ciertos equívocos, que luego deben explicar las asociaciones o la propia administración. Otro de los medios más utilizados se refiere a los profesionales de la medicina y de los cuidados de rehabilitación, que suelen estar también muy en contacto con las asociaciones. Los medios de comunicación o internet suelen ser una opción menos elegida a la hora de informarse.

Por último, un aspecto característico de las relaciones con las administraciones es la cantidad de certificados y papeles necesarios para la solicitud de las ayudas: "Mucha documentación, las familias se agobian un montón al ver todos aquellos papeles que han de rellenar". Muchas asociaciones tienen a trabajadores sociales o personal administrativo especializado en la realización de los trámites relacionados con la solicitud de ayudas: "Sí, la trabajadora social, aquí hay dos y ellas se encargan específicamente de todo ese trámite".

Entre los problemas de gestión destaca la demora con la que suelen aprobar tanto las resoluciones de concesión de ayudas como su disponibilidad efectiva: "No, simplemente que la administración tarda en resolver... De nueve meses a un año todo, salvo la Seguridad Social que es la que mejor trabaja, obviamente a nivel de ayudas clínicas". También se señala la necesidad de mejorar la gestión de determinados servicios, como las ayudas a domicilio, que permitan mantener al discapacitado dentro de su contexto original, pero disfrutando de muchas de las ventajas de las que dispondrían si residieran en una residencia: "La ayuda a domicilio, yo soy partidaria de que la persona afectada, la persona dependiente esté cuidada en su casa en su domicilio entonces yo creo que es importante potenciar esa ayuda". En este sentido, consideran que se deberían potenciar los servicios de rehabilitación y fisioterapia dirigidos al propio discapacitado: "No tienen que ser paralíticos cerebrales necesariamente para recibir fisioterapia, lo necesitan también grandes dependientes que se mueven mucho y que les vemos así, hinchados porque cada vez engordan más y más y más, eso hay que hacerlo moverse y eso no necesita un fisioterapeuta detrás".

Una demanda muy mencionada es mejorar la gestión en las residencias, que sean cada vez más especializadas y donde el trato sea mucho más cercano: "Que todos los centros de atención a personas con Alzheimer sean especializados, que no sean centros de día parking". "Centros especializados, pero que realmente sean especializados y en los que realmente se trabaje con el enfermo y que se les trate como personas no como trastos".

En los casos de cuidado familiar se trata de aumentar y gestionar mejor el número de plazas en los programas de respiro familiar, pensando en los propios cuidadores: "Porque el tema del respiro familiar es una cosa muy buena, sí, que está ahí un programa que luce mucho, que está muy bonito pero luego la realidad es que las personas que lo pueden utilizar son muy pocas".

7.4. LAS CONSECUENCIAS DEL CUIDADO FAMILIAR

Una argumentación muy frecuente entre los responsables de asociaciones es la que se refiere a la relación entre el cuidado de la familia y el bienestar de la persona discapacitada: "Realmente cubren un papel muy importante, si no estuvieran ellos no sé que pasaría con esta persona, creo que hacen un papel muy

importante". En función de la situación de mayor o menor estructuración en la que se encuentre la familia, junto con la propia forma en la que desde ésta se viva la enfermedad, repercute directamente en la calidad de vida de la persona discapacitada: "La familia es tan importante que un niño puede evolucionar a mejor o a peor dependiendo de cómo sea la familia". "La forma en que la familia vivía la enfermedad mental y acogía al enfermo influía muchísimo en el desarrollo de la enfermedad".

El análisis sobre la forma en la que se producen los cuidados familiares está fuertemente influido por el género. Cuando una familia tiene uno de sus miembros con discapacidad suele ser la mujer la que más se vuelca en sus cuidados: "El cuidado del discapacitado suele hacerlo la madre o la mujer y recae casi siempre en una persona". "La mujer más que el hombre, siempre, nuestro perfil principal de cuidador mujer de entre 50 y 70 años".

La argumentación sobre la mujer cuidadora destaca la importancia de los patrones de socialización de muchas de estas mujeres educadas durante las décadas de los cincuenta y sesenta, con una marcada diferenciación de género y una asignación de este rol desde el nacimiento, son "madres volcadas": "Las madres de 50 años o 60 para arriba son las que están cien por cien volcadas en el hijo y las que tienen menos de 55 ya intentan irse alguna vez de vacaciones, alguna vez cada dos o tres años, intentan salir alguna vez, que todas las otras madres no lo hacen, no lo hacen ni lo harán en la vida porque su hijo es su hijo y ellas tienen que cuidar de él". Los responsables de las asociaciones señalan las secuelas que tiene para muchas de estas mujeres el mantenimiento de este rol, es decir, el esfuerzo referido a estos cuidados tiene unos efectos sobre la vida personal, la vida familiar y sobre la salud de las mujeres cuidadoras: "Las mujeres asumen la carga "es que es mi obligación" porque a mí me han educado para eso y es mi obligación cuidar... la mujer es muy difícil que pida ayuda para cuidar, tienen que tener los brazos mal, las muñecas mal, la espalda mal del cuidado continuo...".

Sin embargo se está produciendo un cambio en la familia con la incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo y la mayor esperanza de vida, que puede suponer un importante reto en la gestión de los cuidados a las personas dependientes. Una de las posibles soluciones es la demanda de una mayor implicación del hombre en la realización de estos cuidados aunque, hasta ahora, su aportación se centre más en tareas de acompañamiento o gestiones externas, pero no en el cuidado directo: "Los padres sí que consiguen mucho dinero y hacen las gestiones, cosas para que su hijo esté bien pero no se meten tanto en su cuidado", "Es un porcentaje pequeño de padres que se vuelquen, los hombres no somos cuidadores".

La única excepción que motiva a la participación masculina es cuando la afectada es su pareja, sobre todo si el hombre está fuera del mercado laboral: "Cuando es ella la persona afectada sí la suele atender el marido si está desocupado, no voy a decir jubilado pero sí desocupado, entonces es el hombre el que asume esas funciones". A pesar de esta escasez de ayuda masculina, los nuevos patrones educativos más igualitarios influirán en los próximos años. Del mismo modo que en la actualidad se constata una mayor implicación del hombre en la educación y cuidado de sus hijos, esta tendencia debe llegar también a las personas con alguna discapacidad: "Tenemos un caso que es un matrimonio joven y el marido ha asumido el rol de cuidador, pidió una prejubilación para poder cuidar a su mujer, cuando se dio cuenta de cuál era el problema, se ha formado pide ayuda a sus hijos cuando lo necesitan,

las hijas están ahí para todo lo que necesitan pero él ha querido aprender a cocinar, a planchar, a lavar", "También hay hombres cuidadores y además lo hacen, no cuidan de una persona sola sino que comparten más los cuidados".

De una forma o de otra, el hecho de poder contar con la ayuda de otros miembros de la red familiar contribuye a que se repartan las tareas y esta función no recaiga sobre un solo miembro. Sin embargo, no todos los discursos son positivos, existen también casos en los que los hijos no pueden hacerse cargo de estos apoyos, desentendiéndose de los mismos: "Generalmente hay un cuidador principal pero sí es cierto que se nota mucho cuando ese cuidador principal está solo y tiene alguna ayuda ocasional y cuando ese cuidador principal tiene un entorno que le ayuda, la descarga que se produce en esa persona es mucho mayor, claro".

7.4.1. Los efectos del cuidado en la vida familiar

Gestionar una situación de dependencia supone todo un reto para la unidad familiar. El impacto de esta situación sobre la organización de las relaciones sociales y familiares, la vida cotidiana e incluso las expectativas de vida, no es fácil de asumir y puede tener dos consecuencias opuestas: la ruptura familiar o una unión más estrecha. A la hora de analizarlas es importante considerar el momento del ciclo familiar y qué miembro de la familia asume la carga principal del cuidado.

Por regla general los cambios en la vida familiar afectan a las relaciones de pareja y a las relaciones de padres con hijos y entre hermanos:

- A. En la relación de pareja, el hecho de tener que cuidar a un familiar dependiente tiene un efecto directo sobre la propia relación. Lo más habitual suele ser la renegociación de los roles familiares y domésticos, que suele ser diferente si la discapacidad afecta a un hijo que si lo hace respecto a un mayor. En este proceso de renegociación se vuelven a repartir las tareas y las responsabilidades familiares para minimizar su impacto sobre la situación original. Los efectos de esta nueva circunstancia sobre la dinámica familiar puede dar lugar a la aparición de miedos e incluso a la pérdida del deseo sexual entre la pareja, lo que puede desestabilizar su unión: "En el momento en que aparece una persona con discapacidad de alguna manera altera la dinámica familiar, supone eso, una negociación de nuevo de esos roles y no siempre es la adecuada". "Afecta a nivel de pareja, afecta a no tener ganas de tener relaciones sexuales con el marido o la mujer, a encontrarte matrimonios que duermen encerrados con cerrojos porque viven con enfermos violentos o han vivido episodios violentos y tienen miedo".

Las parejas que no integran la nueva situación pueden terminar disolviendo su matrimonio. Los divorcios suelen aparecer por dos motivos, en primer lugar porque uno de sus miembros se siente "abandonado/a", porque éste/a ha volcado su atención sobre la persona discapacitada; y en segundo lugar, porque la discapacidad ponga de manifiesto la desunión existente previamente en esa relación: "Porque hay veces que cuando se produce un diagnóstico de una de estas patologías en un niño, supone un choque para la pareja y hay veces que la pareja acaba rompiéndose que tenemos muchos casos de esos". "¿Qué pasa muchas veces? Que la madre se vuelca mucho, mucho

al cuidado del hijo y deja al padre un poco de banda, o el padre se centra mucho en trabajar y tener dinero para que el hijo esté bien y hay muchas familias o parejas que no superan esta fase y tenemos creo que todas las asociaciones muchas parejas de divorciados".

- B. Los efectos que tiene la discapacidad sobre la familia también repercuten en las relaciones de los padres con los otros hijos y entre los hermanos, porque al prestar más atención al hermano discapacitado los otros hijos pueden sentirse también "abandonados" por sus padres; también porque los padres pueden delegar en los hermanos la realización de determinadas tareas y cuidados para fomentar un sentimiento de dependencia y conseguir que se ocupen de ellos cuando los padres falten: "Los padres dejan demasiada responsabilidad a los hermanos, a veces hemos trabajado en talleres de estos, talleres psicológicos con los hermanos, a los hermanos se les da demasiada responsabilidad". La consecuencia en algunos casos es la huida prematura de la casa por parte de los hermanos cuando existen personas discapacitadas en su seno: "Los otros hermanos salen del hogar cuanto antes es decir cuando la situación es muy conflictiva y el hermano crea muchos problemas, hay familias con situación muy grave que han sacado a sus otros hijos a estudiar fuera"; mientras que en otros casos se refuerza la cohesión familiar, aunque siempre con el sacrificio personal de alguno de sus miembros: "En las familias más mayores y la hermanita es la que está, la que ha perdido la vida por el otro, por el hermano, entonces tenemos desgraciadamente bastantes hermanas que están adosadas al hermano para que luego le cuiden".

7.4.2. Los efectos económicos en la familia

Aunque tradicionalmente no es un aspecto que se destaque, para muchas familias el hecho de tener en su seno una persona discapacitada puede suponer un problema económico importante con repercusión en el presente y en el futuro. Las implicaciones desde el punto de vista económico deben valorarse de forma directa e indirecta:

- Incremento de los gastos. Debido a los tratamientos que las personas discapacitadas necesitan, tanto a nivel médico como también de cuidados o incluso de ocio, así como la demanda de medicamentos específicos. En algunos casos la ayuda de las administraciones sufraga en parte el coste de estas necesidades, pero siempre hay gastos a las que las administraciones no llegan: "Hay muchas cosas que ellos necesitan como apoyo al tratamiento que están recibiendo que no se les costea a través de la Seguridad Social". Por ejemplo, la demanda de un segundo diagnóstico, el tratamiento de enfermedades raras, el hecho de tener que adaptar la vivienda a las necesidades de la persona dependiente, el transporte de la misma, o incluso la receta de ciertos medicamentos novedosos, no forman parte en muchas ocasiones de las ayudas de la Seguridad Social: "En fin los gastos crecen vertiginosamente". En los casos en los que no llega la ayuda pública, deben ser las propias familias las que se hagan cargo de los gastos, y/o a veces también de algunas asociaciones de discapacitados: "los tratamientos, dependerá de si el paciente es un pensionista o no, de si sus tratamientos los cubre la Seguridad Social o no, y hay muchas otras cosas como ayudas técnicas, es que dependiendo de la fase de la enfermedad".

Los gastos económicos de la discapacidad están relacionados con el nivel económico previo de la familia y sus gastos se han calculado en una cifras anuales que rondan desde los 10.000 a los 30.000€, dependiendo de la patología y el grado de autonomía de la persona: "Hay padres que se han puesto a hacer números y cada año han de invertir 10.000 € o 15.000 € en sus hijos: cuidadores, transporte, centro, vacaciones...", "La Confederación Nacional establece que el coste anual de un enfermo de Alzheimer es de 30.000 € anuales, en el tema de Alzheimer".

- En segundo lugar, las familias también experimentan un empobrecimiento debido a la renta cesante, que viene marcado por la necesidad de que uno de los miembros de la pareja deje de trabajar para cuidar a la persona discapacitada: "Primero la persona que deja de trabajar pierde un sueldo o sea ya el coste económico es importante". "Te hablo de madres jóvenes, sobre todo en los casos de los jóvenes que empiezan con patología dual pues muchas madres no se atreven a dejarlos cuando empiezan ya con este tipo de historias". Incluso hay situaciones donde la discapacidad afecta al principal proveedor/a económico de la familia: "La persona afectada de Parkinson va a llegar un día que no va a poder trabajar por ejemplo las ocho horas diarias e igual tiene que pedir una reducción de jornada, entonces eso también a nivel económico afecta a la familia, esto también está pasando en parejas que tienen 40 o 50 años". El efecto tiene distinto grado de importancia según sea la fase del ciclo familiar y la circunstancia de que trabajen los dos miembros de la pareja o sólo uno, dando lugar a situaciones de extrema precariedad o a que el impacto sea menor.

7.4.3. Efectos sobre las relaciones sociales

En muchas ocasiones los efectos sobre las relaciones sociales son tan importantes como los que acontecen a nivel económico. El hecho de convivir con una persona discapacitada aumenta la probabilidad de aislamiento y de pérdida de relaciones sociales: "Es importante trabajar ese tema con ellos, la mayoría de los cuidadores se olvida de su vida social, no trabaja, no sale, no puede ir a la compra". Existen muchos factores que influyen en este proceso, en algunos casos, son los propios discapacitados los que tienden a aislarse, al darse cuenta de que no pueden llevar a cabo una vida "normalizada": "Esa pareja no van a poder salir con sus amigos habituales con la misma frecuencia que salían antes, no van a poder hacer las mismas cosas con sus amigos o con su entorno que las que hacían antes"; en otros casos son los propios familiares los que pueden tener miedo o avergonzarse del comportamiento de estas personas: "Como no saben cómo reaccionar ante ese comportamiento me retraigo y me quedo en casa, que no me vea nadie, que no venga nadie a vernos y no voy a ver a nadie por lo tanto aislamiento social total"; también la plena dedicación al cuidado de la persona dependiente les lleva al abandono de sí mismos: "Para la persona cuidadora su vida personal pasa a un segundo plano y ya no cuida sus relaciones personales ni se cuida a sí misma".

El aislamiento social está muy relacionado con el tipo de discapacidad, su aparición y su evolución. Cuando la dependencia es sobrevenida de manera rápida, al principio la red social suele movilizarse para arropar a la familia: "una primera fase en la que el entorno social se vuelca, pues un poco por la tragedia que supone, en la medida en que se va normalizando también van disminuyendo esas relaciones". Pasado un tiempo es cuando se suele caer en el aislamiento, y superada esta segunda fase

se buscan nuevas relaciones entre personas que se encuentren en esa misma situación: "Yo creo que se pierden o al menos se cambian, tienes relaciones entre los padres, los amigos que probablemente tengan también un hijo con discapacidad". El papel de las asociaciones en este momento es clave, pues actúan como ámbitos propicios para el intercambio y el mutuo conocimiento favoreciendo la salida del aislamiento: "Hay familias que realmente acaban por no tener relaciones sociales, venir a la asociación es su sitio es expansión".

7.5. EL APOYO DE LAS ASOCIACIONES A LAS FAMILIAS CUIDADORAS

Existen múltiples formas de ayudar a las familias encargadas de cuidar a un familiar discapacitado. En algunos casos se mencionan las ayudas económicas directas, tanto para los afectados como para sus cuidadores; en otros casos, se da más importancia a los servicios para su cuidado, e incluso hay quien destaca la importancia de tener más espacios de relación y más capacidad de comprensión. Es interesante reflexionar sobre este último discurso, pues por un lado, pone de manifiesto la necesidad de más ayuda "cercana" y basada en las relaciones sociales, y por otro, supone un escalón superior en la mejora del bienestar de estas personas.

1. Para algunas asociaciones, la mejor forma de ayudarles es a través del **apoyo económico**. Tanto a la persona discapacitada como a sus cuidadores. Sobre todo porque esta ayuda te permite la posibilidad de desarrollar tus propias estrategias de adaptación a la discapacidad, y también supone un modo de cierta compensación por la labor que estás realizando: "Es importante el reconocimiento del cuidador personal con la Ley de Dependencia, un reconocimiento económico que puede ayudar y, al mismo tiempo, un reconocimiento laboral de cara a una jubilación, de alguna manera es un reconocimiento a una labor que siempre se ha hecho y no estaba reconocida".
2. En otras asociaciones se considera que las ayudas no deben ser exclusivamente económicas, pues en muchos casos no solucionan realmente el problema de los cuidados. En este sentido, se aboga por un **mayor número de servicios** cada vez más accesibles e incluso adaptados a las propias necesidades del discapacitado y su familia: "Yo creo que el dinero soluciona poco, pero sí más servicios, sí más trabajadores familiares que te ayuden a levantarlo por la mañana y a lavarlo por la tarde pero esto no, la Ley de la dependencia lo prometía pero no lo ha hecho".

Hay quienes plantean unos servicios personalizados, a la carta: "Que cada uno reciba la ayuda que necesite, tanto puede necesitar un centro como puede necesitar un taller, o puede necesitar ayuda a domicilio o puede necesitar poder contratar a una persona especializada que haga la terapia en mi casa o poder contratar a un psicoterapeuta si está enfermo en casa, es analizar cada familia lo que requiere".

3. La mayoría de las asociaciones señalan la importancia de las **ayudas psicológicas** y entre ellas mencionan unas ayudas directas, como **los grupos de autoayuda**, en los que se combate el sentimiento de soledad, se conocen experiencias similares de otras personas y se aprende a asimilar la situación y la forma de comportarse en determinadas circunstancias. Los cuidadores también deben aprender a desconectar de este rol y en estos grupos pueden encontrar respuesta

a cómo hacerlo: "así se reúnen y se ponen en contacto unos con otros pues así se ponen al día en tratamientos, en la salud de sus hijos, en tratamientos, en cómo va a evolucionar él si uno es mayor que otro, en ese sentido", "La calidad de vida de la familia mejora con el soporte del grupo: expresar lo que cada uno ha vivido, cómo lo ha superado, cómo no lo ha superado, qué le ha ayudado, qué problemas se ha encontrado..."

Otra forma de ayuda psicológica indirecta es la que proporcionan **los servicios de respiro familiar**, uno de los recursos que consideran que mejora de forma importante la calidad de vida de las familias, concebidos desde una gestión muy cercana con el objeto de ganarse la confianza de las familias y que verdaderamente sirvan para desconectar del cuidado permanente: "Todo el mundo necesitamos una vía de escape, dejar a la persona con alguien de confianza, yo creo que es muy importante porque ellos ya se van tranquilos". "Una persona de confianza que vaya a su casa y que el cuidador principal le deje a la persona afectada y el tenga un tiempo para sí mismo, esto es muy importante".

4. El **apoyo asociativo** es una ayuda importante para las familias tanto por el cuidado proporcionado a la persona dependiente como por formar parte de una comunidad con la que te identificas: "Las familias lo que más valoran es tener un sitio donde se les entienda, sentirse parte de un todo... no sé si lo que más te agradecen es el respiro que les das con el taller, el cuidado con el enfermo, la ayuda psicológica o el sentirse entendidos". También el hecho de poder **contar con una persona de confianza** con la que desahogarse, pedir ayuda, recibir un consejo, un asesoramiento: "El hecho de tener alguien a quien recurrir cuando surgen los conflictos, cuando surgen que haya una respuesta ahí tanto si es un ingreso el tener un apoyo, alguien que te asesore o que te ayude o que intervenga de una forma rápida".
5. Favorecer el ocio de las personas discapacitadas y de sus cuidadores contribuye eficazmente al proceso de normalización de la discapacidad y supone momentos de respiro que rompen con la rutina habitual de los cuidados, que en muchas ocasiones da lugar al fenómeno del "cuidador saturado": "El ocio y el tiempo libre hay que ocuparlo de alguna manera si no lo ocupas de alguna manera ¿Qué haces?". "Los viajes, los grupos de amigos, algo que haga parecer que la vida puede ser un poco más normalizada de lo que hasta ahora".
6. Las propias asociaciones reclaman más **recursos y ayudas** de la administración porque consideran que su labor es esencial con las personas discapacitadas y sus familias y que la prestación de los servicios que ofrecen se caracterizan por su gestión eficiente: "con más recursos a las asociaciones para que nuestro trabajo con las familias pueda ser más continuo, de más calidad y con más eficacia".

Consideran que su labor **futura** será más reconocida por la sociedad y seguirán creciendo tanto a la hora de defender los derechos de las familias como en la prestación de servicios: "Nuestro futuro es seguir trabajando por nuestras personas y seguir proporcionando lo que necesiten", "Yo creo que la asociación tiene que seguir ofreciendo cada vez más y mejores servicios creo que tiene que seguir siendo el nexo de unión entre la familia y la realidad social".

7.6. LAS EXPECTATIVAS DE FUTURO

Un tema importante es el que se refiere a la evolución futura de la dependencia respecto al crecimiento, mantenimiento o disminución de las personas discapacitadas y la mayor o menor presencia de las asociaciones en su atención. Los testimonios son bastante optimistas, aunque existen matizaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de planificar actuaciones futuras.

Con referencia a **la discapacidad**, las asociaciones consideran que es bastante probable que existan más personas a las que les afecte estas patologías en el futuro debido al aumento de la esperanza de vida y al mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales: "Todas las enfermedades relacionadas con el estrés, ansiedad, depresión, enfermedades mentales por consumo de tóxicos son las que se van a disparar en el futuro". Sin embargo, la visión general es optimista siempre que se mantengan las ayudas y no se pierda lo que se ha ganado hasta el momento: "Ahora se está dando la respuesta a muchas cosas que pedíamos, se están creando ese tipo de recursos y es importante que no se pierdan". Las asociaciones consideran que se están dando pasos, dotando de mayores recursos a las familias y trabajando por mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias y logrando que la situación de dependencia no sea sólo un asunto privado, sino que también la sociedad sea consciente de que es una situación que la afecta a toda ella: "Partiendo de la base de que hace 25 años estaban muy mal, que hace 15 años estábamos así, así, yo veo que cada vez se están haciendo más cosas para que las personas con discapacidad estén un poco mejor". "Solucionar estos temas que no solo lo viva la familia como un problema de solo ellos nada más".

Desde el punto de vista del **futuro de los cuidadores**, las asociaciones destacan los aspectos positivos, porque consideran que se están haciendo las cosas de forma adecuada para que siga creciendo el apoyo a los cuidadores familiares: "¿El futuro de los cuidadores? Yo creo que la Ley de Dependencia aunque no sea la panacea de nada, aunque no vaya a cumplir con todas las expectativas que tiene la gente puestas en ella pero sí mejorará tanto el cuidado como la vida que tienen los cuidadores", tanto desde el punto de vista administrativo, donde se valora la disponibilidad de más ayudas a las familias: "Ahora hay servicios de rehabilitación que antes no había, hay una fundación tutelar que no había, hay o va a haber unas mini residencias, pisos que no había, también el hecho de que haya una respuesta para cuando yo no esté el cuidador o para cuando yo no lo pueda cuidar"; como en un reparto más equilibrado del cuidado entre hombres y mujeres, debido principalmente al cambio generacional en la distribución de roles: "Compartir más esa carga entre todos, que no sea siempre la madre, la hermana o la hija". No obstante, esta visión positiva no debe ocultar la necesidad que manifiestan las asociaciones de manera destacada, de seguir ayudando a las familias porque aún queda mucho por hacer y requieren de más apoyos: "Va a ir a mejor si se hace algo por ayudarles más, que se les preste más atención porque va a llegar un momento en que el propio cuidador se va a convertir en una persona discapacitada por el desgaste físico y emocional".

En cuanto al futuro de las **asociaciones de apoyo a la dependencia**, todos los entrevistados coinciden en reconocer la importancia de las asociaciones en la sociedad por la labor de coordinación que realizan y la aportación de soluciones de cara al futuro: "Ojalá no hiciéramos falta porque todos los problemas que tienen las personas con discapacidad la sociedad en general se encargara de solucionarlos pero

creemos que no será así". Por esta razón, consideran que seguirán creciendo: "El funcionamiento de la asociación es igualmente esperanzador porque cada vez más esto es una demanda social, no mía" y teniendo más presencia en la sociedad, tanto a la hora de defender los derechos de estas familias, como sobre todo en la prestación de servicios: "La asociación es un poco crecer como lo que hemos hecho hasta ahora, si en dos años está hecha la residencia habrá muchas familias que se quedarán tranquilas y que van a poder dejar a sus hijos allí y entre comillas morirse en paz sabiendo que su hijo va a estar muy bien cuidado y que va a estar muy bien". "Yo creo que la asociación tiene que seguir ofreciendo cada vez más y mejores servicios creo que tiene que seguir siendo el nexo de unión entre la familia y la realidad social".

Capítulo 8. El apoyo a la dependencia en las Comunidades Autónomas

8. EL APOYO A LA DEPENDENCIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Los responsables públicos entrevistados ofrecen información sobre las distintas líneas de actuación con relación a las ayudas existentes a través de la oferta de servicios y la implementación de las prestaciones. A partir de un consenso básico sobre la finalidad del sistema de atención, que permite hacer efectivo el derecho a atención y la autonomía del dependiente pero con escasa voluntad de coordinación, se aprecian diferencias interpretativas en la aplicación de la Ley de la Dependencia 39/2006. En este apartado las personas entrevistadas pertenecen al área de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas y en su elección se consideraron los criterios de responsabilidad técnica, a ser posible en el área de valoración, y tener experiencia en la atención a la dependencia superior a dos años.

Si bien la atención a la dependencia es competencia de los tres niveles de la administración española: central, autonómico y local, según se establece en el desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia que contempla la Ley 39/2006 y se articula en su Consejo Territorial, en el presente estudio se ha entrevistado a representantes de las administraciones autonómicas como artífices principales de la provisión de las prestaciones y de su financiación, pues más allá del Nivel Mínimo Establecido, cuya financiación está a cargo de la Administración General del Estado, las administraciones autonómicas contribuyen a mantener los otros dos niveles contemplados en la Ley de Dependencia: el Nivel de Protección Acordado, que se financia con los recursos de la administración central y de las administraciones autonómicas, participando esta últimas con una contribución, al menos, de igual cuantía que la administración central y el Nivel de Protección Adicional, que aporta la Comunidad Autónoma con cargo a sus presupuestos. El desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia se apoya fundamentalmente en las carteras de servicios que existían en las Comunidades Autónomas con anterioridad a la promulgación de la Ley de Dependencia y en la concreción de medidas puestas en marcha por las entidades locales.

En las entrevistas realizadas a responsables y técnicos de las administraciones autonómicas se abordan las cuestiones más relevantes relacionadas con la atención a la persona dependiente y al cuidador familiar, así como las diferentes interpretaciones que se vienen haciendo de la aplicación de la Ley de Dependencia en cuatro administraciones autonómicas: Andalucía, Castilla y León, Comunidad de Madrid y Cataluña.

8.1. LA OFERTA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Con relación a la oferta de servicios, existe un consenso básico entre las distintas administraciones sobre los fines al asumir que las prestaciones permiten hacer efectivo el derecho a la atención y la autonomía de la persona dependiente como finalidad de la Ley de Dependencia y en el denominado Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que proporciona un catálogo de prestaciones específicas para la atención de las personas en situación de dependencia con derecho a ser protegida.

En el mencionado catálogo se diferencia entre **prestaciones de servicios sociales** y prestaciones económicas. En los servicios sociales se incluyen los siguientes:

- Atención residencial.
- Ayuda a domicilio.
- Centro de Día y de Noche.
- Prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal.
- Teleasistencia.

Las **prestaciones económicas** se refieren a:

- Prestación económica vinculada al servicio, que se concederá exclusivamente cuando no sea posible el acceso al servicio.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar, que se concederá de manera excepcional cuando el beneficiario esté atendido en su domicilio por su entorno familiar.
- Prestación económica de asistencia personal, dirigida a la contratación de una asistencia personal para promover la autonomía de las personas con gran dependencia.

Las entrevistas realizadas muestran distintas orientaciones entre las Comunidades Autónomas a la hora de prestar los servicios, asumiendo que una atención plenamente satisfactoria a la dependencia es una meta que no se puede alcanzar a corto ni a medio plazo: "Las necesidades de las personas con gran dependencia responden a una situación tan heterogénea que es imposible poder definir todo". "Con las medidas que hemos adoptado resolvemos el problema de muchos, pero no de todos ni todos los problemas de todos".

En Andalucía se enfatiza el papel de la familia frente al protagonismo de la persona discapacitada. En Madrid, el sistema de atención trata de ofrecer distintas opciones a la persona dependiente. En Cataluña y Castilla León se ha iniciado un proceso de personalización de los servicios para optimizar su gestión más allá de los reconocidos como derecho. La principal diferencia entre Cataluña y el resto de comunidades es la mayor relevancia concedida a los ayuntamientos como institución complementaria de la administración autonómica y la consiguiente ganancia en cercanía a la persona dependiente.

8.1.1. Servicio de atención residencial

La atención residencial se ha convertido en un derecho que afecta a los casos en los que se necesitan cuidados intensos y muy especializados: "Se ofrece un conjunto de recursos mucho más adaptados a las personas muy dependientes porque tienen una edad avanzada, una discapacidad mental o un deterioro físico muy acusado"; y para los casos en los que no existen los cuidadores en el domicilio, aunque no siempre puede hacerse efectivo: "Antes de la Ley no era un derecho y podían decirte que no había plazas, ahora ya no se puede, si no hay se pintan o se quita el dinero de otro sitio".

En general, se reconoce que es un servicio que todavía presenta carencias en cuanto a la cobertura de ciertas patologías, especialmente de las mentales. De lo que se puede deducir que mientras no se complete la cobertura, es el cuidador doméstico el responsable de la atención a las personas discapacitadas:

- En **Madrid** existe una amplia relación de plazas residenciales de centros públicos, plazas concertadas en centros privados y centros privados, pero en los dos últimos años se está prestando especial atención a las patologías mentales relacionadas con la gran dependencia. Personas discapacitadas que ante la falta de cuidadores, la complejidad de los cuidados que necesitan, y la intensidad de la atención que requieren tienen que ingresar en centros residenciales: "En la Comunidad de Madrid una especialización que para los mayores resulta palpable es el notable incremento inversor efectuado por el Gobierno regional en la atención del alzhéimer, párkinson y otras demencias".
- En **Castilla-León** se está desarrollando un modelo de atención residencial a personas con enfermedad mental grave y prolongada que se verían obligados a ingresar en centros residenciales. Por esta razón, se está haciendo un esfuerzo de reconversión de centros residenciales que contaban con plazas para dependientes válidos asistidos a plazas para grandes dependientes: "No es igual necesidades de grado III con demencia que necesidades con enfermedad mental grave y prolongada, es diferente de las necesidades de una persona con ictus o con accidente cardiovascular que está inmovilizado en su cama". La mayor demanda de plazas residenciales ha impulsado también a una ampliación de **plazas de concierto** (plazas para residencias públicas o privadas concertadas) en la idea de ofrecer un servicio polivalente con plazas disponibles para el cuidado geriátrico y otras situaciones de discapacidad: "No es igual el paralítico cerebral de 3 años que el mayor de 70 años que vive solo, ni el enfermo de alzhéimer de 55 años que el lesionado medular de 45 años".
- En **Cataluña** se está realizando un estudio sobre las necesidades específicas de dependientes con problemas de salud mental internados en centros residenciales. Concertación de **plazas residenciales** para incorporarlas a la red pública. Centros que en su día eran colaboradores y tienen condiciones de acreditación para formar parte de la red pública. Incrementando la red pública. También se está realizando un **estudio** sobre las necesidades específicas de dependientes con problemas de salud mental que están en centros residenciales.
- En **Andalucía** se señalan las carencias actuales en la oferta de plazas de atención a grandes dependientes, al mismo tiempo se manifiesta que no se han previsto actuaciones para ampliar su cobertura. Existe menos **ayuda residencial** que en otras comunidades autónomas y la carencia de **plazas residenciales** es más notoria en los casos de **enfermedad mental**, donde se percibe un problema. En parte se justifica por la tendencia de los psiquiatras de que el enfermo mental no esté recluso en ningún sitio. "Esto es como las enfermedades raras, que la actuación siempre va a la mayoría".

La falta de plazas residenciales para dependientes mayores (el 80 % de grandes dependientes son personas mayores, pero también existen grandes dependientes que no son de edad avanzada), se suple

con la **prestación económica** para ayudar al cuidador. La Ley en general habla de la atención en el domicilio y reconoce de manera excepcional la prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales¹. Desde la atención sanitaria, la necesidad de una persona en edad avanzada que tiene un deterioro en el tiempo está muy definida, pero en Andalucía se ha interpretado que la vía más idónea de "atención a los grados altos de dependencia es el recurso económico, porque quien está quemado es el cuidador porque el dependiente necesita cuidados constantes".

Desde la aprobación de la Ley de Dependencia el **aumento** de la cantidad de **plazas residenciales** es más relevante en Madrid, Cataluña y Castilla-León, que en Andalucía. En todas las comunidades autónomas se ha optado por ampliar la cobertura de las plazas residenciales recurriendo a acuerdos de concertación con el sector privado:

- En Cataluña hay en marcha un proceso de concertación de plazas residenciales para incorporar a la red pública centros que en su día eran colaboradores y tienen condiciones de acreditación para formar parte de la red pública.
- En Castilla-León también se están ampliando las plazas concertadas ofreciendo un servicio polivalente orientado a la atención geriátrica.
- La ampliación de plazas en Madrid es consistente con el objetivo de garantizar la libertad de decisión del dependiente, porque "...ante casos similares no siempre el servicio demandado es el mismo. Mientras que el ingreso en una residencia es la mejor opción para unos, continuar en el entorno familiar con ayudas como el centro de día, la ayuda domiciliaria o la teleasistencia es la mejor solución para otros".

8.1.2. Los centros de día

Una segunda prioridad para las Comunidades Autónomas es ampliar y mejorar los servicios de los **centros de día**, según se especifica en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, estableciendo una red de centros que estén dotados de todas las coberturas. Pero consideran que, aún siendo un servicio importante, antes hay que atender otras necesidades: "Esto es como si estás haciendo un pastel y te dicen que te falta la guinda, pues sí es verdad, pero es que ahora lo que estoy es haciendo la masa". En cada Comunidad Autónoma, sin embargo, se da una importancia distinta a este servicio:

- En **Castilla-León** la administración autonómica se ha propuesto el desarrollo de una red de **centros de día**, garantizando que haya una distribución homogénea con un mínimo de un centro de día en cada comarca. El cumplimiento de este objetivo se presenta problemático por tres motivos: a) porque no todos los centros se pueden ocupar de todas las formas de dependencia, lo que provoca desigualdades geográficas en la cobertura: "No se puede tener

1) En concreto, en el artículo 14.4 de la Ley de Dependencia se expone: "El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendidos por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención".

un centro de día para enfermos de Alzheimer en cada cabecera de comarca porque a lo mejor sólo hay tres"; b) en muchas ocasiones los centros de día son cofinanciados y su puesta en marcha depende de los recursos económicos que reciban los Ayuntamientos o Diputaciones para ponerlos en marcha: "Si hay sitios donde no hay demasiada voluntad o no hay iniciativas o no hay capacidades financieras, pues son lugares que quedan desasistidos"; c) En cuanto a la gestión, intervienen asociaciones y entidades especializadas, que se han desarrollado con procesos muy peculiares, sin cubrir todo los tipos de dependencia, y que en algunos casos aspiran a gestionar sus propios centros de día: "Las hay con muchos años de actuación y las hay que acaban de empezar".

- En la **Madrid** la aspiración es que el crecimiento de los centros de día sea homogéneo en todo el territorio, ya sea con el apoyo directo de los ayuntamientos o bien con la intervención de las asociaciones en sus distintas áreas especializadas de intervención. En este último caso, los centros de día tienen que estar ubicados en municipios de cierto tamaño: "porque cada asociación es distinta y atienden a discapacidades específicas". Los centros de día tienen la ventaja de que proporcionan un respiro en la atención familiar a la dependencia de forma periódica o de manera puntual: "A veces se trata de proporcionar una atención una hora al día y en otros casos de cubrir una necesidad en determinadas épocas del año, pero siempre con la garantía de que va a estar bien atendido..."
- En **Cataluña** existe también la preocupación por ofrecer este servicio en todo el territorio buscando una mejor atención a la persona discapacitada y aliviando el cuidado a domicilio: "porque la dependencia en grado III necesita atención las 24 horas al día". También consideran que se pueden ofrecer otro tipo de apoyos complementarios que faciliten la vida en el hogar: "Si la voluntad de la persona es estar en casa, y la de la familia es cuidarle pues mirar de evitar las situaciones de agotamiento o de claudicación". Son servicios de oferta al domicilio: comida a domicilio, compra a domicilio, lavandería y otros para evitar situaciones de negligencia que pueden afectar a la persona dependiente.
- En **Andalucía** los centros de día se relacionan con un tipo de dependencia en grado menor que no necesite cuidados continuos, especialmente adaptados para personas mayores con alguna deficiencia física o mental, que les permita mantener relaciones sociales y evitar el deterioro: "A veces estamos pensando en una residencia y lo que se necesita es un centro de día para discapacitados".

8.1.3. La ayuda a domicilio y la ayuda económica al cuidador familiar

El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia contempla la ayuda a domicilio como un servicio destinado a garantizar la autonomía de la persona dependiente, ya que es una ayuda proporcionada por cuidadores profesionales, generalmente adscritos a las áreas de servicios sociales de los ayuntamientos, que se desplazan al domicilio de la persona dependiente y les proporcionan servicios personales o relacionados con las tareas del hogar. Sin embargo, la interpretación de la Ley varía de

una Comunidad Autónoma a otra, según sea el grado de prioridad otorgado al principio de autonomía personal del dependiente.

En Castilla León, en Cataluña y en Madrid se enfatiza la ayuda a domicilio, como medio para garantizar la autonomía personal del dependiente, pero se trata de un servicio muy heterogéneo, puesto que en su prestación intervienen como instancias necesarias los ayuntamientos.

- La gestión de las ayudas a domicilio en **Madrid** responde al modelo general de gestión centralizada de los servicios sociales, con delegación en los ayuntamientos: "La Comunidad Autónoma es la que tiene la competencia de servicios sociales, pero le da un papel a los ayuntamientos". En el sistema de prestaciones establecido se potencia la ayuda a domicilio: "Lo normal es que, tras la valoración, el enfermo reciba ayuda en forma de servicios" y no se contempla la ayuda económica al cuidador familiar, un modelo de gestión radicalmente diferente al que se aplica en Andalucía.
- En **Castilla-León**, los ayuntamientos son meros gestores de las ayudas a domicilio, quedando la definición de las directrices de actuación en manos de la Junta de Castilla y León. Para gestionar la ayuda a domicilio se les ha dotado de recursos, con el objetivo de que puedan garantizar que la atención que reciben los grandes dependientes alcance las 95h/ mes tal como establece la Ley (hasta ahora eran 40h/mes).
- En **Cataluña**, también se están incrementando los servicios domiciliarios, pero al corresponder la competencia de los servicios sociales a los ayuntamientos, el papel protagonista de estas instituciones es mayor y están más adaptados a las singularidades de los municipios y barrios, existiendo una mayor variedad de modalidades de ayuda a domicilio: "Ver cada caso lo que necesita y en función de esto dárselo".
- En **Andalucía**, al dar prioridad a la ayuda económica para el cuidador familiar, hay una clara primacía de este recurso, en el que se estima una cobertura del 60% de los grandes dependientes, asumiendo que el dependiente vive con miembros de su familia, la ayuda económica se entiende más como una necesidad del cuidador que como una necesidad del propio dependiente siendo incompatible con la ayuda a domicilio: "No tiene sentido que se abone una prestación económica para el cuidador familiar, y al mismo tiempo se establezca una ayuda adicional, esto es incompatible". Las ayudas económicas al cuidador familiar presenta problemas añadidos como es la especialización en el cuidado: "A veces no es el familiar la persona idónea para el cuidado sobre todo en grados de dependencia muy avanzados y con características muy especiales como son los enfermos mentales" o el envejecimiento de la persona cuidadora: "¿Puede una persona de 80 años cuidar a una de 85 años?".

8.1.4. Las ayudas económicas para adaptación del hogar

El máximo grado de personalización de los servicios al dependiente son las adaptaciones específicas para facilitar la prestación de servicios en el hogar. Dado que este tipo de servicios no está reconocido

específicamente como derecho, su puesta en práctica es contingente, pero es una preocupación que se observa principalmente en la administración de Cataluña, Madrid y Castilla León.

En **Cataluña** la ayuda económica es complementaria del servicio que presta la administración cuando los servicios habilitados no cubren las necesidades, bien porque las necesidades a atender sean muy especializadas, bien porque el ámbito geográfico quede fuera de la cobertura: "Si una persona necesita asistencia técnica tipo grúa para movilizarla es un tema de que exista o no exista la grúa en ese territorio". "La Ley dice que si no hay disponibilidad de servicio público se propone una prestación económica vinculada a la compra del servicio, sea zona rural o urbana".

En **Madrid** la personalización de los servicios es la línea estratégica en la que se pretende seguir insistiendo: "Si estamos pensando permanentemente en servicios de atención a la persona, pues que sean realmente servicios de atención pensando en ella", "En unos casos son adaptaciones en el hogar, en otros son plazas residenciales, en otros son ayudas a domicilio". "Lo que hay que hacer es atención personalizada, es decir adaptarse a la situación de la persona y no que la persona se tenga que adaptar a lo que existe".

En Castilla León se echa en falta carencias de presupuesto para proporcionar estas ayudas y se confía en mejorarlas a medio plazo: "Las ayudas técnicas puede que no las tenga por falta de presupuesto, entonces tendrá que solicitarlo al año siguiente y ver si tiene suerte".

8.2. LOS CONTENIDOS DE LA ATENCIÓN AL CUIDADOR FAMILIAR

El modo en el que se conceptúa y se dota de contenido a la atención al cuidador familiar en el ámbito doméstico en cada una de las Comunidades Autónomas es muy diferente y responde a los diversos modelos de entender la gestión de la dependencia.

En todos los casos se reconoce que la administración ha de garantizar que el cuidador familiar cumpla con unos requisitos mínimos que le permitan garantizar la calidad del cuidado, por lo que resulta inevitable establecer unos límites que permitan distinguir al familiar competente del que no lo es: "¿Puede cuidar un adulto con discapacidad intelectual que convive con su madre que era cuidadora hace unos años, pero ahora pasa a ser cuidada?", pero hay distintas maneras de interpretar el cuidado y la atención al cuidador familiar entre las administraciones autonómicas, distinguiéndose claramente cuatro modalidades: en primer lugar, Andalucía, que aboga por la retribución económica del cuidador; en segundo lugar, Madrid, que cuenta con servicios que alivian la carga de los cuidadores, a los que asigna una responsabilidad paralela a la del sistema de atención; en tercer lugar, Castilla León, donde se aspira a que el cuidador sea parte de una cobertura sistemática, y en tercer lugar Cataluña, donde se pretende que el cuidador sea tratado a su vez como un objeto de cuidados y por tanto un receptor de servicios públicos mediante una gestión descentralizada.

8.2.1. Andalucía: la retribución del cuidador familiar

En **Andalucía** se entiende que el trabajo de cuidado de atención al dependiente impide desarrollar un trabajo remunerado dentro del sistema productivo y que debe ser considerado como una alternativa equivalente en cuanto a su retribución y a su reconocimiento. Exige además una atención e implicación especiales por parte de la administración pública debido a que es desempeñado por miembros de colectivos desfavorecidos: "Tu estás cuidando a tu madre, has renunciado al trabajo", "La figura del cuidador es digna de estudio, no se han dedicado al mercado laboral se han excluido, sobre todo mujeres que se han dedicado al cuidado de sus padres, y han renunciado a mucho". En un contexto de escasez de trabajo remunerado, la administración en ocasiones encuentra dificultades para mediar en la competencia entre los familiares por optar a la retribución como cuidadores: "Familia donde existen varios hijos, una ha sido la cuidadora toda la vida, la hija Pepita, y la hija Manolita y el hijo Pepe que ahora dicen que van a cuidar porque el cuidado implica ayuda económica. Los propios trabajadores sociales de los ayuntamientos que están llevando el tema han tenido que hacer una labor de mediación familiar, y de resolución de conflictos"

Una forma de facilitar el cuidado especializado que requieren algunas personas dependientes es fomentando el contacto entre cuidadores para que así puedan conseguir apoyo y compartir experiencias: "En Andalucía existen algunas ideas de ayuda tecnológica para el cuidador: se unen las personas cuidadoras de dependientes para que estén en conexión".

8.2.2. Madrid: el cuidador como sujeto de una responsabilidad

En la Comunidad de Madrid se establece una distinción entre las responsabilidades de la administración y las de los familiares. A la administración le corresponde el cuidado de los grandes dependientes, y para este cometido cuenta con una infraestructura y una gama de servicios consolidada; al familiar le corresponde continuar con el cometido de atender a los miembros de su hogar en dificultades. Para entender el papel asignado por la Comunidad de Madrid al cuidador familiar ha de tenerse en cuenta que la Comunidad había asumido el mantenimiento de una red de atención que se había ido construyendo como consecuencia de la presión social: "En Madrid hay una red pública gratuita, donde no hay copago, para los menores de 65 años. No porque la Comunidad fuera graciosa, sino porque hubo muchas manifestaciones, muchos movimientos de padres". Se trata de una red que prestaba algún tipo de atención a las situaciones más graves, propiciando el número de peticiones para acceder a ella: "La red de Madrid no era de derecho y es una red que tiene una lista de espera enorme".

Por lo tanto en Madrid quedaba una responsabilidad asignada a la familia para la prestación de cuidados a dependientes no atendidos por la red (que en su mayoría no eran grandes dependientes) y la de aquellos que recibiendo algún tipo de atención exigían cuidados adicionales.

La actual orientación de la política de dependencia mantiene esta atribución de responsabilidad a la familia. La modificación que supone el reconocimiento en la Ley de Dependencia del derecho de los dependientes a recibir prestaciones públicas no desplaza la responsabilidad de la familia hacia el

Estado, sino que obliga a contemplar un nuevo ámbito de actuación para asegurar su cumplimiento. De ahí se deriva que el diseño de la oferta de servicios que la Comunidad de Madrid dirige a los cuidadores familiares de dependientes se articule bajo la idea de "apoyo": "Si además tenemos en cuenta la evolución de las estructuras familiares y que el cuidado de las personas dependientes ha sido delegado tradicionalmente en las familias y más concretamente en las mujeres, la atención integral de las situaciones de dependencia se convierte en un cometido esencial. Y esto significa ofrecer apoyo al cuidador no profesional y, por supuesto, a las familias como piedra angular que son de nuestra sociedad y como base y pilar en la atención y cuidado a las personas dependientes".

8.2.3. Castilla y León: el cuidador como parte de una cobertura sistemática

En Castilla León se pretende una integración del cuidador familiar en el sistema de atención habilitado por la administración, sin que se haya delimitado con claridad por el momento cuál es el contenido del papel del cuidador: "Con la Ley de la Dependencia tenemos que determinar los cuidados en el entorno: el trabajador social va al domicilio y tiene que valorar la posibilidad de los cuidados en el entorno". "El papel del cuidador todavía está muy diluido".

No obstante, se reconoce que una atención integral en el hogar sería en muchas ocasiones preferible al internamiento en una residencia: "Si en vez de llevarlo a una residencia pública que me cuesta 1.000 € al mes, ese dinero lo meto en su domicilio pongo 4 barandillas para que ande por el pasillo, suelo para que no se resbale, cama articulada posiblemente muchas personas se hubieran podido quedar en casa".

Los servicios dirigidos específicamente a los cuidadores familiares son contingentes y esporádicos. No son un fin en sí mismo, sino un medio para mejorar la eficacia de los familiares como cuidadores: "Hasta ahora hay medidas de apoyo a los familiares: estancias temporales, respiro familiar para que puedan seguir manteniendo sus capacidades de cuidadores. Hay que tener en cuenta que un porcentaje altísimo de mayores residen en su domicilio, por tanto hay un porcentaje altísimo de familia/ cuidadores alrededor".

De ahí que en muchas ocasiones estos servicios se hayan delegado al voluntariado, cuyo concurso siempre resulta escaso y de cobertura muy variable: "Voluntarios que acuden al domicilio y el tiempo que ellos están en el domicilio conversan con el dependiente, lo sacan de paseo, etc. Y la familia respira". "El cuidador necesita hablar con alguien porque desde las 0h hasta las 24h del día está continuamente pendiente de su familiar, no sale, no habla".

La contingencia afecta también a la prestación de servicios tales como estancias temporales para el respiro de la familia, ayudas técnicas y adaptaciones del hogar, puesto que no están reconocidas como derecho y dependen de la disponibilidad de recursos económicos: "No es como la asistencia sanitaria o la educación que no te pueden decir que no te lo dan porque no hay dinero porque es un derecho que tienes".

Solo como un desarrollo futuro, como consecuencia de una atención integral al dependiente, se concibe la ampliación y la especialización de las prestaciones actuales al cuidador doméstico: "Además

tenemos que ir a diversificar la ayuda a domicilio: tenemos que ir a una ayuda a domicilio cada vez más polivalente, reforzar servicios a domicilio como por ej. fisioterapia, rehabilitación etc." Dentro de este desarrollo se aspira a proporcionar una formación sistemática al cuidador, tomando el relevo del protagonismo que en este campo han tenido las asociaciones: "Hasta ahora lo hacen las organizaciones sin ánimo de lucro, pero hasta ahora no está reglada la formación del cuidador, falta ponerlo en marcha. Esto hay que estructurarlo en un servicio de atención al cuidador".

A pesar de la aspiración a una cobertura sistemática se reconoce que hay factores ambientales que inciden en la calidad del cuidado. Particularmente, se valora el hecho de vivir en un entorno rural como una circunstancia favorable para el dependiente y la familia: "Hay gente que cuida a dependientes en su pueblo y tiene mucha más calidad de vida que si les atienden en las ciudades".

8.2.4. Cataluña: el cuidador objeto de cuidado

En Cataluña se reconoce en la Ley de Servicios Sociales como una necesidad que la familia cuidadora reciba servicios continuos que mejoren su calidad de vida, aunque se mantenga como finalidad última asegurar los cuidados a la persona dependiente: "No es tanto lo que se espera de ellos, porque han estado aguantando la responsabilidad sino descargarles facilitándoles un respiro". En esta línea, la administración presta servicios sanitarios especializados a domicilio, especialmente dirigidos a dependientes de grado III: "Sobre todo hay un grupo dentro del grado III que lo requiere, que son los que no es una enfermedad por envejecimiento, están encamados y tienen algún otro tipo de enfermedad degenerativa que implica que necesitan cuidados de tipo sanitario: control de medicación, es decir, mayor asistencia que un estándar".

Existe una preocupación por ampliar los servicios actuales teniendo en cuenta las necesidades específicas que se presentan en cada una de las familias: "Se les pide a las familias, que a través de los Consejos de participación indiquen sus necesidades", en la idea de que las necesidades básicas actuales de servicios prestados a las familias de grandes dependientes están garantizadas: "Tiene garantía de que esos son los servicios que hay, y a los que puede acceder".

Como líneas de mejora se señalan sobre todo, en un primer momento, facilitar la movilidad del dependiente mediante la adaptación de los transportes, y en un segundo momento facilitar la movilidad de los propios servicios sanitarios requeridos por el dependiente para integrarlos con los servicios de carácter social, mejorando con ello la calidad de vida del dependiente y del cuidador: "En revisión está el tema del transporte adaptado", "Coordinar servicios sociales y sanitarios pero en el sentido de trabajar desde un criterio socio-sanitario".

8.3. LA DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

En la identificación de la demanda se parte de la premisa común de la heterogeneidad en las situaciones de discapacidad y de la manifiesta complejidad en cada caso de dependencia: "Es muy variado, es todo un mundo". Un primer aspecto a señalar es que en cada Comunidad Autónoma se interpreta de

forma distinta los trámites de solicitud y el papel de la familia y la persona discapacitada en dicho proceso. En algunos casos es la propia administración autonómica quien gestiona los trámites, en otros casos son los ayuntamientos a través de sus servicios sociales: "Aquí quien brea con la familia en la determinación de la solicitud o del recurso es el Ayuntamiento". También hay diferentes formas de interpretar el protagonismo de la persona dependiente o de la familia, una vez tramitada la ayuda solicitada. En alguna administración autonómica es la persona discapacitada quien establece el acuerdo con la administración: "Intentamos que sea el propio dependiente el que tome decisiones, pero depende de su capacidad. Incluso intentas que hasta en casos de discapacidad intelectual sean ellos quienes tomen las decisiones". En otros casos se establece una especie de acuerdo o contrato entre la persona dependiente y la Administración en el que se recogen los servicios que se le van a prestar, y las condiciones de estos servicios. Este procedimiento es una herramienta básica, para que los dependientes y las familias tengan claro qué pueden esperar de la Administración pública, y qué obligaciones tienen con la Administración. No son sólo derechos, sino que es un compromiso. Otras Comunidades Autónomas otorgan el protagonismo del acuerdo sobre los servicios y prestaciones que va a recibir la persona dependiente a la familia: "La familia tiene un papel importantísimo, orientan la valoración, se nos han dado casos de mamá no hables, no digas nada..."

En general, cabe afirmar que los límites entre el papel de la familia y el papel del dependiente son muy difusos, una cosa es la legalidad y otra la realidad. La realidad es que las personas tienen más capacidad de decisión de lo que puede decir el juez y esto hay que considerarlo, aunque la familia siempre es interlocutora, especialmente cuando hay alguna tutela o responsabilidad, cuando la persona dependiente ya está incapacitado o sea menor de edad, la familia es la interlocutora; o porque se produzca disparidad de opiniones entre el diagnóstico del facultativo, el parecer de la persona discapacitada y su familia: "Por ejemplo, puede ser el caso de un discapacitado intelectual adulto que vive en su pueblo donde todo el mundo le conoce, sale, es libre, puede hasta trabajar, puede tener familia. La prescripción del profesional de ir a un centro residencial no la toma él, pero sí hay que tener en cuenta su opinión".

8.3.1. La información de las ofertas de atención a la dependencia

La aprobación de la Ley de Dependencia se ha visto acompañada por una amplia campaña de difusión en los medios de comunicación, que ha superado las expectativas más favorables: "Se hizo una buena política de información estatal y la gente echó solicitudes como loca". Desde su publicación se han generado muchas expectativas entre las familias: "Hay más grandes dependientes de lo que se pensaba". "Las solicitudes responden a una realidad muy superior de lo que se preveía".

Al mismo tiempo se detecta entre la población afectada una gran confusión entre las distintas situaciones de discapacidad que pueden dar derecho a las prestaciones, no se diferencia bien entre los conceptos de discapacidad, los grados y los niveles de la discapacidad, el límite de la edad avanzada y entre los tipos de prestaciones como subsidio, servicios externos, ayudas en el hogar. Las preguntas a las que se enfrentan los servicios sociales de las administraciones autonómicas suelen ser de este orden: "¿Por qué me dan grado 1 si tengo una discapacidad de un 85%?". "Como soy viejo ya me tocan 500 €,

la confusión entre ancianidad y discapacidad es uno de los agujeros negros de la dependencia", "¿Es mejor solicitar una residencia o pedir ayuda económica para adaptar el hogar?"

La mayoría de las Comunidades Autónomas han realizado un esfuerzo adicional de información con campañas locales para aclarar los procedimientos de acceso a las ayudas.

En **Castilla y León** se realizó una campaña específica para grandes dependientes con motivo de la entrada en vigor de la Ley de la Dependencia, que consistía en visitas personalizadas: "Se les visitaba, se les decía a lo que podían acceder, que estuvieran pendientes que en el Ayuntamiento se recibirían las solicitudes".

En la Comunidad de **Madrid** se ha diseñado un díptico en el que se informa sobre cuáles son los procesos para solicitar el reconocimiento de la dependencia y se enumeran los distintos servicios con campañas complementarias de difusión: "Todo el mundo sabe dónde tiene que ir para solicitar una residencia, y cuando no se sabe todo el mundo sabe dónde se puede informar.."

En **Cataluña**, como complemento de la campaña estatal, se realizan campañas divulgativas y folletos, implicando a distintas instancias como profesionales y asociaciones: "De asistencia médica a Ayuntamiento y de Ayuntamiento a Generalitat". "La población tiene muy identificado dónde puede ir a preguntar, no donde resolver el problema pero si dónde preguntar para saber dónde se resuelve"

En **Andalucía** han sido las administraciones locales las que se han implicado directamente en la difusión de las ayudas existentes: "La primera cara que tu ves de dependencia en Andalucía son los ayuntamientos, y ellos nos mandan a nosotros las solicitudes y nosotros las procesamos". "Los servicios sociales del ayuntamiento son los que mejor conocen a su parroquia".

8.3.2. La presencia de las asociaciones

Las asociaciones desempeñan una función mediadora entre la administración y las familias que abarca diferentes funciones, especialmente las de informar y gestionar determinados trámites a las personas discapacitadas y a las familias, prestar determinados servicios por medio de concertos con la administración y reclamar mejora de los cuidados a las distintas administraciones. En las entrevistas realizadas se aprecian diferencias a la hora de valorar la aportación de las asociaciones y fundaciones de atención a la dependencia en cada Comunidad Autónoma.

320 En **Andalucía**, a pesar de que se valora positivamente la contribución de las asociaciones, los servicios que prestan tienen una importancia de segundo orden como prevención, difusión de hábitos de vida saludables o formación de los cuidadores, pero no se las considera prestadoras directas de servicios: "Que una asociación atienda a un dependiente es caro porque es una duplicidad de coste social y sanitario".

En **Madrid**, como ya se ha mencionado, las asociaciones han desempeñado un papel clave en la construcción de la red de atención de las personas discapacitadas menores de 65 años sobre todo en patologías raras; también prestan servicios en régimen de concertación y proporcionan cuidados complementarios, a través de determinados servicios de apoyo a la rehabilitación y diversas prestaciones

sociales a los familiares y a las personas dependientes. Además colaboran con la administración en el conjunto del sistema: "Pueden decir que los medios que tienen no son suficientes por diversas razones, y decir que es lo que tienen que tener en cuanto a número de personal, especialidad del personal..."

En **Castilla León** ya hay un conjunto de asociaciones que han alcanzado la madurez suficiente como para prestar activamente servicios a los dependientes, como residencias, centros de día, y a los propios familiares, como grupos de apoyo y asesoría jurídica, gestionando profesionalmente recursos. Pero todavía queda un amplio margen de desarrollo en muchos casos concretos y para muchas patologías: "La que funciona bien en Burgos, puede funcionar mal en Palencia".

En **Cataluña** es una práctica consolidada la reclamación de medidas por parte de las asociaciones, a las que se les ha reconocido legalmente un papel como interlocutoras de los dependientes: "La ley de servicios catalana ya establece que en los consejos de participación las asociaciones y fundaciones, sean las que sean, participen en ellos". También son prestadoras de servicios en régimen de concertación, siendo esta práctica también una fuente de reclamación a la Administración pública. Además de prestar servicios, en Cataluña se reconoce a las asociaciones un papel importante en la comunicación con las familias y en la sensibilización de la sociedad: "Su gran papel es ser transmisor de información. No es sólo la Administración la que informa".

8.3.3. La valoración de la demanda de atención

La Ley de Dependencia fija el marco normativo por el que se pueden satisfacer determinadas demandas de atención a las situaciones de discapacidad según sus grados y niveles, pero hasta la publicación del Real Decreto 504/2007 no han quedado establecidos los criterios de aplicación de la atención a la dependencia a través de un baremo resultante de calcular el apoyo que necesita la persona discapacitada para desempeñar once actividades de la vida diaria subdivididas en cincuenta y una tareas. Cuando se obtiene la valoración de todas las actividades, todas ellas se suman y se obtiene la valoración final. Existe además un baremo específico para las personas con enfermedades mentales y deficiencias intelectuales. Tanto en el baremo general como en el baremo específico se establecen peculiaridades en función de la pertenencia a cuatro grupos de edad: de 3 a 7 años; de 7 a 10 años; de 11 a 17 años; y de 18 años y más; también para los menores de 3 años se aplica un procedimiento de valoración específico.

El proceso de valoración se ha aplicado en cada Comunidad Autónoma estableciendo diferentes órdenes de prioridad en los criterios y por iniciativa en la mayoría de los casos de la propia familia: "Quien manifiesta más interés en la valoración es la familia, en muchos casos es porque el propio dependiente no puede". También influyen otros factores como el tamaño del hábitat: "En la zona rural la valoración de la dependencia es muchísimo mayor porque hay menos población, menos solicitantes de dependencia y se atienden antes en valoración".

En **Madrid** la administración ha intentado adherirse a un baremo común para todo el territorio nacional: "Tras la aprobación del Real Decreto por el que el Ministerio establece el baremo de valoración, es cuando se han recibido y tramitado las solicitudes de reconocimiento de la dependencia. Antes de la aprobación

de esta norma era imposible". Así, el número de prestaciones reconocidas, en torno a las 18.000, se fundamenta en unos criterios comunes y se evitan interpretaciones parciales y procedimientos que entorpezcan el buen uso de los servicios y las prestaciones económicas.

En **Castilla y León** se ha querido identificar primero a los grandes dependientes. Para esta tarea se ha contado con el apoyo de los Ayuntamientos y en algunas ocasiones de las redes sociales en las que se integra el dependiente: "Entre sanidad y los servicios sociales se detectaron unos 13.500 grandes dependientes". "Los servicios sociales ya estaban atendiendo en el hogar, y ya los conocían. Los médicos y enfermeras ya sabían la gente que estaba en cama."

En **Andalucía** se ha diseñado un procedimiento complejo. Los criterios de valoración son aplicados por los trabajadores sociales de los ayuntamientos. Se valoran por tanto necesidades más sociales que sanitarias: primero, se valora el certificado médico que nos han mandado para el baremo de la dependencia. En segundo lugar, se elabora el informe del entorno: condiciones de habitabilidad de la vivienda, cómo es la casa, superficie, qué planta es, equipamiento (electrodomésticos, calefacción), cuántos viven en la casa, si hay escalones, si el dependiente se puede desenvolver bien por su casa. El informe de valoración del entorno puede dar lugar a indicaciones sobre adaptaciones de la vivienda. En tercer lugar, una vez determinado el grado y el nivel de dependencia se envía al interesado y los servicios sociales de ayuntamiento se ponen en contacto con la familia para que aporte documentación complementaria: renta, y ya se define con más rigor las condiciones socioeconómicas del dependiente. Por último, se desplazan otra vez al domicilio para elaborar el informe social que es una pieza clave en la determinación del recurso, se detectan con bastante nitidez sus necesidades reales, lo que permite presentar la propuesta de recurso. La valoración final la hace la Junta y asigna una dotación financiera a los ayuntamientos.

En **Cataluña** la valoración del dependiente también corresponde a los servicios sociales de los ayuntamientos, pero la administración autonómica ha tratado de definir y conocer cuáles son las necesidades específicas de las distintas situaciones: "Se han realizado estudios para plantear la necesidad de atención y de servicios que requieren. Se ha hecho en general con familias, dependientes, profesionales, estudios técnicos de la Generalitat". Los equipos de valoración son multidisciplinares, combinándose necesidades sociales y necesidades sanitarias: "Son profesionales formados en este instrumento de valoración: fisioterapeutas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, médicos, trabajadores sociales". Cuando está la valoración y la resolución de la valoración grado III nivel 2, los trabajadores sociales de las entidades locales son los que acuden al domicilio a establecer este tipo de acuerdo para proponer a las familias la mejor forma de atender al dependiente. La intervención de la familia en el proceso de valoración alcanza el máximo protagonismo en la determinación mediante el Plan Individual de Atención: "En el momento de realizar el plan individual de atención (PIA) se escucha a la familia de la manera más idónea para atender al dependiente".

8.4. TIPIFICACIÓN DE LAS ORIENTACIONES EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Las distintas maneras en que cada Comunidad Autónoma ha venido interpretando la atención a la dependencia con relación a los objetivos marcados y a los medios institucionales habilitados permite resumirlas en tres orientaciones básicas: la primera es la **consolidada y basada en la experiencia** anterior a la Ley de Dependencia; la segunda orientación es la que busca la **ampliación y mejora del sistema** y la tercera es la que aplican las comunidades autónomas que han debido realizar un esfuerzo por organizar el sistema de atención a la dependencia partiendo desde cero con iniciativas pero en **fase inicial**.

En el primer caso se encuentran aquellas comunidades autónomas que tienen tradición en garantizar los cuidados a los dependientes en todos sus grados y niveles, cuentan con una red institucional de servicios y diseñan planes y programas que se vienen aplicando antes de la aprobación de la Ley de Dependencia. En este caso se incluye la Comunidad de **Madrid** con su Plan de Acción para personas con discapacidad 2005-08 y su Plan de mayores de la CAM 1996-2006: "Lo que [la Ley de la Dependencia] hace es, únicamente, reconocer un derecho porque la mayoría de prestaciones y recursos que plantea ya los ofrece la Comunidad de Madrid a los ciudadanos desde hace años, como es el caso de servicios de ayuda a domicilio o las plazas en centros de día". Su objetivo actual es desarrollar las alternativas de atención a los cuidadores familiares propiciando los apoyos técnicos que les proporcionen "respiro" en su ocupación y las ayudas psíquicas que eviten el síndrome de agotamiento: "Hasta ahora nuestro objetivo básico era la atención al dependiente, pero el apoyo a los cuidadores familiares nos parece esencial".

También **Cataluña** representa esta misma orientación con una amplia red de servicios institucionales y tratando de establecer una mayor personalización de los servicios con el desarrollo de los Planes Individuales de Atención: "Habría que modificar el modelo de servicios para que el dependiente tenga más opciones donde elegir", considerando la posibilidad de integrar algunos servicios sanitarios en el domicilio del dependiente y prestando especial atención a la atención descentralizada mediante los asistentes sociales para reforzar la capacidad de decisión y la autonomía del dependiente con el apoyo de asistentes sociales: "Queremos llegar en dos años a un trabajador social de servicios sociales básicos por cada 5.000 habitantes". Otra línea de desarrollo experimental es la figura del asistente personal: "Se están haciendo experiencias piloto de asistente personal desde hace dos años porque aquí es una figura nueva, aunque en otros países sí existe".

En el segundo caso se puede hablar de **Castilla y León**, donde la atención residencial constituye el núcleo central de la atención al dependiente que tiende a reforzarse como un derecho: "Ahora, con la Ley las residencias son un derecho, si no hay plazas tienen que darte dinero no pueden decirte que no hay", al mismo tiempo, hay una marcada preocupación por ampliar la gama de servicios actuales que recibe el dependiente en el hogar, mejorando así la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y también la de sus cuidadores porque se considera a la familia un complemento necesario para la atención a las personas dependientes. De momento, los esfuerzos se dirigen a garantizar unas

condiciones de vida mínimas en el hogar y a corto plazo pasar a apoyar a las familias: "Espero tener un buen procedimiento de apoyo a las familias en un plazo de 2 años".

En el último caso se puede situar a **Andalucía** que ha hecho un gran esfuerzo de gestión desde la aprobación de la Ley de Dependencia con una valoración del número de dependientes en un número comparativamente muy elevado, algo más de 104.000 beneficiarios con derecho a prestación, pero donde la ausencia de dotaciones institucionales ha obligado a canalizar los apoyos a las ayudas en el domicilio: "Hemos hecho lo más estándar, después se harán los casos concretos, porque montarlo ha sido tan complicado". "Hemos trabajado muchísimo para poner todo esto en marcha, nos ha tocado bailar con la más fea". Se aspira a desarrollar una red de servicios públicos: "El aumento de plazas residenciales disminuirá la ayuda de cuidado a domicilio", pero es la ayuda a domicilio el prestador central del servicio y los cuidadores familiares son retribuidos con efectos en las economías familiares y altas en la seguridad social: "Si en mi entorno inmediato no hay residencias eso se trueca en que te doy una prestación para cuidado en el entorno familiar". El desequilibrio actual de la dotación institucional no impide mantener una visión optimista y expresar su aspiración en lograr una cobertura básica universal: "Que el nivel de atención a la dependencia fuese igual que el sanitario".

Atendiendo a la evolución histórica de la atención a la dependencia en otros países con una larga tradición de estos servicios, la tipología precedente de orientaciones en la política social de la discapacidad es ilustrativa de las distintas fases que son previsibles en su aplicación y cuyo cumplimiento depende tanto de los recursos disponibles como de la voluntad política de destinarlos a la atención de la dependencia en el medio y largo plazo, porque: "Los efectos de la ley están por ver" y tratando siempre de respetar la autonomía y la capacidad de decisión del dependiente: "En los países nórdicos que tenían grandes servicios que proveían de mucho bienestar material, pero a costa de la autonomía de la persona, la gente está harta de instituciones cerradas".

II. Anexo Metodológico 2

MEMORIA TÉCNICA DEL TRABAJO DE CAMPO

1. JUSTIFICACIÓN

El objetivo prioritario del proyecto de investigación *DEPENDENCIA Y FAMILIA: UNA PERSPECTIVA SOCIO-ECONÓMICA* es profundizar en el conocimiento de la familia como instrumento esencial de atención a los dependientes y analizar las múltiples implicaciones que se derivan de este apoyo, desde una perspectiva multidisciplinar centrada en los enfoques sociológico y económico. Desde la perspectiva sociológica, este objetivo se concreta en el análisis de la información referida a:

- Las prácticas del cuidado familiar y la percepción de sus consecuencias sociales y económicas.
- Los apoyos destinados a las personas dependientes y sus familias a través de las redes asociativas.
- La aplicación de las políticas públicas de ayudas a la dependencia y su valoración.

Para obtener la información requerida se ha decidido sistematizar la información documental de Informes y Estudios precedentes y analizar la información primaria procedente de una metodología cualitativa basada en las técnicas de investigación de la entrevista y el grupo de discusión, aplicadas a una muestra significativa de personas dependientes en grado III, cuidadores principales de personas dependientes de grado III, directivos de fundaciones y asociaciones de ayuda a la dependencia y responsables técnicos de la administración pública con competencias en el área de dependencia.

La elección de la metodología cualitativa es la más conveniente y adecuada ya que en el objeto de estudio concurren tres características: a) Una gran heterogeneidad de situaciones en cada uno de los colectivos afectados por la situación de dependencia y la aplicación de ayudas; b) Los temas que se pretenden analizar son de respuesta compleja; c) La situación de dependencia tiene diversa repercusión en los ámbitos micro-sociales y macro-sociales, que sólo puede aflorar en las elaboraciones discursivas de aquellos grupos de población especialmente afectados por la Ley 39/2006 de Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.

Conviene recordar que la metodología cualitativa se refiere a un conjunto de técnicas interpretativas que tratan de describir y decodificar el significado, no la frecuencia, de determinados fenómenos o situaciones que ocurren en el mundo social, permitiendo apreciar una variedad de significados expresados por distintas personas relacionadas con el tema de estudio. La metodología cualitativa permite además precisar los contenidos y las categorías de análisis para estudios cuantitativos posteriores.

2. DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO

Para cada uno de los cuatro grupos sociales identificados con la situación de dependencia: personas dependientes de Grado III; cuidadores principales; directivos de fundaciones y asociaciones de apoyo a la dependencia y responsables de la administración pública de ámbito autonómico, se decidió aplicar las siguientes técnicas:

- **Entrevistas** en profundidad a personas dependientes de Grado III con capacidad de ofrecer respuestas y con diferentes situaciones en cuanto a tipo de discapacidad (sobvenida o congénita), diferente edad, sexo y situación laboral (con experiencia y sin experiencia laboral previa a la situación de dependencia).
- **Grupos de discusión** de cuidadores principales con seis participantes en cada grupo seleccionados según las diferentes relaciones de parentesco del cuidador o cuidadora con la persona dependiente y que llevaran, al menos, un año cuidando a la persona dependiente.
- **Entrevistas** en profundidad a los directivos de Fundaciones y Asociaciones de apoyo a la Dependencia.
- **Entrevistas** en profundidad a los responsables públicos de ámbito autonómico con competencia en la aplicación de la política de dependencia.

Para facilitar la explotación analítica de las entrevistas y grupos de discusión se diseñaron los correspondientes **guiones específicos** que se detallan a continuación:

2.1. Guiones de entrevistas y grupos de discusión:

2.1.1. ENTREVISTAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE GRADO III

1. Situación general.
 - Tipo y nivel de discapacidad.
 - Formas de convivencia.
 - Problemáticas básicas.
2. Situación psicosocial de los familiares.
 - Cambios en las relaciones familiares.
 - Cambios en el resto de esferas.
3. Consecuencias económicas de la discapacidad:
 - Situación económica previa y actual, diferencias.
 - Principales consecuencias económicas de la discapacidad (empleo, pensiones, etc.).
 - Costes directos de la dependencia por año. Estimación general aproximada del porcentaje sobre total de ingresos. Esto puede hacerse a través de una dinámica de grupo, para que se llegue a una cifra o rango global.
 - Expectativas de futuro.
4. Ayudas recibidas: formales (instituciones, asociaciones, etc.) e informales (familia y amigos).

- Percepción de la institución que más apoya (Estado, Comunidad, Ayuntamiento).
- Valoración de cada tipo de ayuda: aspectos a mantener y a mejorar.
- Qué valora más: ayuda en recursos humanos (alguien que ayude) o económica.

5. Expectativas de futuro.

- Expectativas laborales.
- Expectativas en las relaciones sociales.
- Expectativas en la calidad de vida.

2.1.2. GRUPOS DE DISCUSIÓN CON CUIDADORES FAMILIARES (4 grupos)

1. Situación general.

- Nivel y tipo de dependencia de la persona a la que cuidan.
- Formas de convivencia: si cohabitan con la persona, número de miembros del hogar (otras cargas de mayores o niños), etc.
- Problemáticas básicas.

2. Situación psicosocial.

- Cambios en las relaciones familiares.
- Cambios en el resto de esferas.

3. Consecuencias económicas de la dependencia en la familia:

- Situación económica de la familia previa a la aparición de la dependencia y situación actual, diferencias.
- Principales consecuencias económicas de la discapacidad de un familiar, especialmente en el empleo.
- Costes directos de la dependencia en la familia por año. Estimación general aproximada del porcentaje sobre total de ingresos. Esto puede hacerse a través de una dinámica de grupo, para que se llegue a una cifra o rango global.

4. Ayudas que reciben. Formales (instituciones, asociaciones, etc.) e informales (familia y amigos).

- Percepción de la institución que más apoya (Estado, Comunidad, Ayuntamiento).
- Valoración de cada tipo de ayuda: aspectos a mantener y a mejorar.
- Qué valora más: ayuda en recursos humanos (alguien que ayude) o económica.

5. Expectativas de futuro de los cuidadores.

- Expectativas en el trabajo.
- Expectativas en las relaciones sociales.
- Expectativas en la calidad de vida.

2.1.3. ENTREVISTAS A DIRECTIVOS DE FUNDACIONES Y ASOCIACIONES

1. Consideraciones referidas a la asociación/fundación:
 - Háblenos un poco sobre el origen de su asociación, (cuando, por qué y cómo se constituye, etc...).
 - ¿Cuáles son sus principales reivindicaciones?
 - ¿Cuál es la estructura interna de su asociación? (número de socios, la existencia o no de voluntarios, trabajadores contratados, toma de decisiones, etc.).
 - Tipo de socios: personas con discapacidad o sus familiares. ¿Su asociación pretende ayudar a las familias/personas que forman la asociación, o a todo tipo de familias/personas aunque no pertenezcan a ésta?
 - ¿Cuáles son sus principales actividades? ¿De cuáles actividades se sienten ustedes más satisfechos? ¿Prestan algún tipo de servicio? ¿cuál/es?
 - ¿Cuáles son sus principales gastos? ¿y sus ingresos? ¿reciben donaciones?
 - ¿Cómo valorarían ustedes la representación de los intereses de su asociación en la vida pública?
2. Consideraciones referidas a las personas con discapacidad:
 - Pensando en las personas con discapacidad para las que ustedes trabajan y con las que están en continua relación:
 - ¿Cuáles considera que son actualmente los principales problemas que les afectan? (económicos, de integración social, discriminación, etc...).
 - ¿Qué valoración tienen de la situación económica de las personas con discapacidad?
 - ¿Qué tipo de ayudas públicas reciben? (ayudas económicas, residencias de día, teleasistencia, subvenciones para adaptar el hogar... (Valorar cada una de ellas) ¿de qué administración (local autonómica, nacional)?
 - ¿Cómo valoraría las ayudas prestadas por el ayuntamiento? ¿y por la CC.AA.?
 - ¿Quién suele tramitar la solicitud?
 - ¿Suelen existir problemas burocráticos en la tramitación de ayudas?
 - ¿Qué servicios cree que son insuficientes y se deberían impulsar más?
 - ¿Cuál considera usted que sería la manera idónea de ayudarles? (vía pública, privada, semi-pública, asociativa, familiar, libertad para elegir entre todas...).

3. Consideraciones referidas a los cuidadores familiares:

- ¿Cómo valora el papel de la familia en el cuidado de personas con discapacidad?
- ¿Cuál suele ser el tipo de familia cuidadora y qué tareas de cuidados suelen realizar sus distintos miembros (diferenciación por sexos)?
- ¿Cómo considera que afecta a la vida cotidiana de una familia en cuyo seno hay alguna persona con esta discapacidad? Principales cambios y problemas.
- ¿Qué costes económicos directos e indirectos supone para las familias la existencia de una persona discapacitada?
- ¿Qué tipo de ayuda considera usted que valoran más las familias? (económica, psicológica, relacional, temporal) (profundizar en cada una de ellas).
- ¿Considera que las familias están suficientemente informadas de las ayudas existentes? (dinero, centros de día, exención de impuestos) ¿qué opinión tiene al respecto? ¿Cuáles suelen ser las vías de información más habituales? (médico, familiares, servicios sociales).
- ¿Qué grandes y/o pequeñas cosas se podrían realizar para mejorar la calidad de vida de las familias?
- ¿Cómo considera que valoran los familiares la existencia de su asociación?

4. Consideraciones finales.

- ¿Qué opinión tiene de la Ley de Dependencia?
- ¿Cómo asociación, qué tipo de relación mantienen con la administración pública?
- ¿Mantienen relaciones con otras asociaciones de su mismo ámbito? ¿cuáles?
- ¿Cuál es su visión sobre el futuro de la discapacidad y de sus cuidadores?, ¿y de su asociación?

5. Ficha técnica de la asociación y del entrevistado/a.

- Año de fundación.
- Ciudad de empadronamiento (dirección de la sede social).
- Horario de atención al público.
- Ámbito de actuación (local, provincial, autonómico, nacional).
- Configuración jurídica (asociación, federación, fundación).
- Número de socios.
- Confesional o aconfesional.
- Cuota asociativa.
- Teléfono/ Fax.

- E-mail.
- Hora de realización y duración de la entrevista.
- Lugar de realización de la entrevista.

2.1.4. GUIÓN ENTREVISTA A RESPONSABLES POLÍTICOS / EXPERTOS

Prestaciones actuales

1. ¿Cuáles son los objetivos y las medidas que se han asumido en la atención a la gran dependencia?
 - Necesidades que se han definido.
 - Líneas principales de actuación.
 - Planes.
2. ¿Qué papel se ha asignado a la familia en la atención a la gran dependencia (que se espera de la familia)?
 - Como prestadora de cuidados.
 - Como mediadora entre la administración y el dependiente.
 - Como mediadora entre otros prestatarios de servicios y el dependiente.
3. ¿Cómo es la relación entre la administración y las familias cuidadoras en situaciones de gran dependencia?
 - Acciones para conocer la situación de las familias.
 - Canales de comunicación habilitados.
 - Campañas informativas.
 - Procesos de valoración y reconocimiento.
 - Agilidad de respuesta.
4. ¿Cuáles son los apoyos que recibe de la administración la familia cuidadora en situaciones de gran dependencia?
 - Tipos de servicios generales.
 - Definición de situaciones especiales.
 - Ayudas económicas y en especie.
 - Servicios indirectos (asistencia a domicilio, teleasistencia).

Diagnóstico de la situación actual

1. Estimación de la cobertura actual de la gran dependencia (beneficiarios y gasto).
2. Valoración de la situación de las familias cuidadoras en situaciones de gran dependencia.
 - Conciliación de la vida familiar y laboral.
 - Profesionalización como cuidadores.
 - Posibilidades de mantenimiento de una vida familiar más allá del cuidado.
 - Detección de factores que influyen en la calidad de la cobertura de las necesidades de las familias cuidadoras (nivel de estudios, ámbito geográfico, tipo de dependencia, integración en asociaciones).
3. Necesidades sin atender en la actualidad (estimación cuantificada a ser posible).
4. ¿Qué función desempeñan las asociaciones y fundaciones de atención a la dependencia?
5. Balance y expectativas ante la aplicación de la Ley de Dependencia.
6. Escenario futuro de la vida cotidiana de la familia cuidadora (definición del escenario posible y del escenario ideal).

2.2. Ámbito territorial

En representación de todo el territorio nacional se seleccionaron cuatro Comunidades Autónomas que fueron resultado de combinar los siguientes criterios:

- Representatividad poblacional en cuanto a dimensión de la población dependiente (la población dependiente de grado III en las cuatro CC.AA. seleccionadas supone más del 50 por 100 del total).
- Gobiernos autonómicos representativos de diferentes partidos políticos.
- Concentración y dispersión de la población y otras características demográficas estructurales, como el envejecimiento.

De la combinación de estos tres criterios han resultado seleccionadas:

- Comunidad de Madrid (Estimación Dependencia Grado III 2007: 23.383 personas).
- Cataluña (Estimación Dependencia Grado III 2007: 31.550 personas).
- Castilla y León (Estimación Dependencia Grado III 2007: 15.880 personas).
- Andalucía (Estimación Dependencia Grado III 2007: 34.019 personas).

El total de población dependiente Grado III en las cuatro CC.AA. es de **104.832** personas, frente a la Población estimada a nivel nacional de **205.915** personas en 2007.

3. APLICACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

La aplicación del Trabajo de Campo se ha realizado durante los meses de Julio, Septiembre y Octubre del presente año, cubriéndose los objetivos enunciados tanto en las Entrevistas como en los Grupos de Discusión, según se refleja en las siguientes Tablas:

TABLA 3.1.

Características de las personas dependientes de grado III entrevistadas

Entrevista	Ciudad	Patología	Sexo	Edad	Situación	Sexo cuidador	Edad cuidador
E1	Madrid	Esclerosis múltiple	Mujer	36 años	Inactiva Licenciada	Hombre y mujer: padres	71 y 67 años
E2	Valladolid	Esclerosis múltiple	Mujer	75 años	Ama de casa	Hombre	80 años
E3	Barcelona	Enfermedad de Charcot	Hombre	85 años	Jubilado	Mujer	63 años
E4	Sevilla	Poliomielitis + miopía magna	Hombre	49 años	Ocupado (venta cupones)	Mujer	> de 55 años

TABLA 3.2.

Características de los participantes en los grupos de discusión

Entrevista	Ciudad	Relación parentesco	Patología	Sexo	Sexo dependiente	Edad	Edad dependiente
G1	Madrid	Madres	Esclerosis múltiple Parálisis cerebral Ataxia de Freddy	Mujeres	4 Hombres 2 Mujeres	De 50 a 60: 4 De 60 a 70: 2	De 26 a 35 años
G2	Valladolid	Espos@ Hij@ Hermana Madre	Alzheimer Esclerosis múltiple	2 Hombres 4 Mujeres	3 Hombres 3 Mujeres	De 20 a 30: 1 De 30 a 40: 1 De 40 a 50: 2 De 70 a 80: 2	De 30 a 40: 1 De 40 a 50: 2 De 70 a 80: 2
G3	Barcelona	Esposas	Alzheimer Demencia Embolia Ceguera Infarto	Mujeres	6 Hombres	De 50 a 60: 2 De 60 a 70: 2 Más de 70: 2	De 50 a 60: 1 De 60 a 70: 2 Más de 70: 3
G4	Sevilla	Hijas	Alzheimer Arteriosclerosis Artrosis Demencia	Mujeres	1 Hombre 5 Mujeres	De 40 a 50: 1 De 50 a 60: 4 De 60 a 70: 1	De 70 a 80: 3 De 80 a 90: 3

TABLA 3.3.

Entrevistas realizadas a Directivos de Asociaciones de apoyo a la Dependencia

E	Asociación	Patología	Localidad	Entrevistado	Sexo y edad	Características de la asociación
E1	1. Asociación de deficiencias de crecimiento y desarrollo ADAC	Discapacidad física	Sevilla	Trabajadora Social de la Asociación	Mujer (35)	Agrupación de personas con patologías raras con una importante dependencia física.
E2	2. Asociación Andaluza de padres y madres para la integración, normalización y promoción de las personas con discapacidad psíquica ASPANRI	Discapacidad mental	Sevilla	Presidenta y Director Adjunto	Mujer (58) Hombre (61)	Agrupación de familias con hijos sobre todo con síndrome de Down. Asociación familiar. Gran implantación.
E3	3. Asociación de paraplégicos y grandes minusválidos de Castilla y León	Discapacidad física y mental	Valladolid	Directora Gerente de la Asociación	Mujer (51)	Asociación especializada en dar servicios, muy desarrollada en las dependencias físicas.
E4	4. Asociación de enfermos mentales , familiares y amigos El Puente	Discapacidad mental	Valladolid	Presidenta Asociación	Mujer (53)	Asociación familiar consolidada y reconocida en dependencia mental.
E5	5. Asociación Catalana de Párkinson	Discapacidad física y mental	Barcelona	Trabajadora Social	Mujer (32)	Asociación muy bien organizada.
E6	6. Asociación de personas con parálisis cerebral Esclat	Discapacidad mental	Barcelona	Trabajador Social	Hombre (42)	Asociación con objetivos claros y muy dinámica en el apoyo a las familias.
E7	7. Federación madrileña de Alzhéimer	Discapacidad física y mental	Parla (Madrid)	Directora Gerente	Mujer (39)	Muy visible en los medios de comunicación.
E8	8. Asociación Española de Esclerosis Múltiple	Discapacidad física y mental	Madrid	Presidente de la Federación Madrileña (padece también la enfermedad)	Hombre (43)	Dificultad del entrevistado para diferenciar entre su situación personal y la Asociación.

TABLA 3.4.

Características de los representantes de Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	ADMINISTRACIÓN	Situación Profesional	AÑOS DE EXPERIENCIA	SEXO	EDAD
CATALUÑA Barcelona	Servicios Sociales Generalitat	Coordinadora técnica de atención y dependencia	Más de 12 años en dependencia de 3ª edad	Mujer	46 años
ANDALUCÍA Sevilla	Servicios Sociales Junta de Andalucía	Jefe de servicio de valoración de la dependencia	2 años en dependencia, anteriormente en temas sociosanitarios	Hombre	39 años
CASTILLA y LEÓN Valladolid	Gerencia Servicios Sociales Junta Castilla y León	Jefe de servicio de valoración de la dependencia	> de 4 en servicios sociales	Hombre	44 años
MADRID Madrid	CERMI	Dirección general de la institución	12 años	Hombre	41 años

4. REDACCIÓN DE PREINFORMES Y DEL INFORME FINAL

La información obtenida en cada grupo identificado ha permitido realizar un diagnóstico de la situación de la dependencia en España, a partir de los propios testimonios expresados en las entrevistas y grupos de discusión redactando tres Preinformes: el primero referido a las personas dependientes y sus cuidadores principales; el segundo elaborado con las entrevistas a directivos y técnicos de Asociaciones de Ayuda a la Dependencia; y el tercero recogiendo la interpretación de los responsables y expertos en las ayudas a la dependencia en el ámbito autonómico. Una vez depurados los textos y contrastadas las diferentes perspectivas se ha elaborado el Informe definitivo.

Capítulo 9. Conclusiones

9. CONCLUSIONES

1. MARCO CONCEPTUAL

Internacional

1. El reconocimiento internacional de abordar la dependencia desde el ámbito de la protección social no implica un marco único y uniforme de atención, sino modelos diversos y diferenciados tanto en términos de prestaciones, como de fuentes de financiación o entidades responsables y suministradoras. Unos modelos que, a su vez, se enfrentan a un continuo proceso de cambio y reformulación, entre otras razones, por problemas de sostenibilidad.
2. Como media, el gasto total en dependencia para los países de referencia se sitúa en torno al 2,3%. Esta media es resultado de un amplio espectro que se extiende desde un nivel mínimo del 0,4% (Chipre) a un nivel máximo del 5,2% (Noruega). España se sitúa claramente por debajo de la media con un valor del 1,1%.
3. El desglose entre el gasto social y el gasto sanitario en dependencia refleja que no existe un claro predominio de uno sobre otro. Muy al contrario, podemos agrupar los países entre aquellos en los que el gasto social en dependencia supera ampliamente al sanitario, frente a aquellos en los que se da la circunstancia contraria y otro grupo (entre los que se encuentra España) en los que ambos obtienen un valor similar.
4. Existe un predominio del gasto público sobre el gasto privado, puesto que el primero absorbe, como media, casi el 80% del gasto total, aunque con importantes divergencias entre países. En este sentido, destaca la escasa proporción que representa el gasto público en España, se sitúa en el nivel más bajo, apenas un 26% del gasto total.

En la distribución del gasto total, atendiendo a si cubre atención a domicilio o institucional, es esta última categoría de gasto la que absorbe la mayor parte del mismo. Si bien el volumen de personas atendidas en domicilio es superior. En casi todos los países se prestan servicios a través de un mercado competitivo, con proveedores tanto públicos como privados (lucrativos o no lucrativos), y existen problemas de sostenibilidad.

5. El tratamiento que recibe el cuidado informal en los distintos sistemas de dependencia es muy importante. Este tipo de apoyo constituye, en todos los países, la forma predominante a través de la que se prestan cuidados a los dependientes (fundamentalmente la familia) y supone un elevado "coste invisible" que se ha intentado estimar a nivel internacional, llegando, por ejemplo, en el Reino Unido a superar el gasto sanitario.
6. El enfoque adoptado por cada sistema protector suele estar muy relacionado con la responsabilidad que tiene la familia, dentro de cada sociedad, de atender y cuidar a sus ancianos, incluso desde una perspectiva legal. En términos generales, se puede afirmar que a mayor responsabilidad de la familia en el cuidado de sus mayores, mayor incentivo al cuidado informal.

7. A nivel internacional el tratamiento del cuidado informal puede sintetizarse en dos modelos diferentes: los sistemas que lo incentivan, con mayor o menor intensidad (Alemania, Finlandia, Reino Unido, España y Estados Unidos, son buenos ejemplos), frente a los que no lo hacen (como Japón).
8. El incentivo más amplio se establece mediante el pago monetario al cuidador informal unido a otro tipo de prestaciones no monetarias (seguro de pensiones, seguro de accidentes de trabajo, períodos de respiro, cursos de formación...). El apoyo más restringido se limita a prestaciones específicas (no monetarias). Los importes monetarios destinados al cuidado informal se caracterizan por no retribuir plenamente el trabajo realizado (su cuantía se sitúa muy por debajo del salario mínimo y suele ser inferior a la que se entrega para el cuidado formal) y suelen limitarse a personas con bajos recursos.
9. A nivel internacional, un factor clave en las orientaciones futuras de políticas públicas en la atención de la dependencia pasa por asegurar que el cuidado informal continúa jugando un importante papel en el cuidado de las personas dependientes. En esta dirección se han movido países como Finlandia, Reino Unido e Irlanda.

España

10. La protección de las personas en situación de dependencia en España, se encuentra regulada desde el uno de enero de 2007 por la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. El concepto de dependencia que enmarca la Ley se identifica con un *estado permanente* de pérdida de autonomía asociada a una limitación física, psíquica, mental o sensorial y la *necesidad de ayuda importante* para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y de *apoyos para la autonomía personal*.
11. Los principios rectores del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) son: el carácter público, universalidad, equidad, accesibilidad del Sistema y cofinanciación entre Administraciones Públicas (central y autonómica) y usuarios (copago) en función de su capacidad económica.
12. La Ley admite tres grados de dependencia (gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada). Dentro de cada grado se distinguen dos niveles de severidad (nivel 1 y nivel 2) en función de la puntuación obtenida en el Baremo General de Valoración, Baremo Específico de Valoración (aplicable a mayores de tres años que presenten discapacidad intelectual, enfermedad mental o limitaciones perceptivo-cognitivas) o Escala Específica de Valoración (para menores de tres años).
13. El SAAD se concibe como un sistema que prioriza servicios frente a prestaciones monetarias y establece un catálogo de servicios y prestaciones (públicos y concertados), distinguiendo tres niveles de protección: el primero es el nivel mínimo garantizado y financiado por la

Administración General del Estado (AGE); el segundo es el nivel acordado cofinanciado por la AGE y las Comunidades Autónomas; y, el tercero es el nivel adicional competencia exclusiva de cada Comunidad Autónoma.

14. A finales del año 2008 el desarrollo del SAAD se concretaba en los siguientes aspectos: aprobación del Baremo de Valoración; determinación del nivel garantizado y del nivel acordado; determinación de las cuantías máximas correspondientes a las prestaciones económicas; determinación de los servicios y prestaciones que corresponden a los grados III y II de dependencia y establecimiento de los criterios para determinar la intensidad; determinación de la condición de cuidador no profesional y regulación del régimen de Seguridad Social al que deben acogerse; regulación de la hipoteca inversa y del seguro privado de dependencia; creación del fichero de datos del SADD y publicación mensual de estadísticas; creación de la Comisión Especial para Mejora de la Calidad del SAAD, como instrumento de evaluación y seguimiento; determinación de los criterios comunes de acreditación exigibles a centros, servicios y entidades; determinación de la capacidad económica del beneficiario y criterios comunes de participación del beneficiario en las prestaciones que recibe.

2. DELIMITACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

15. En España existen 4,1 millones de personas que presentan alguna discapacidad, el 8,5% de la población total, según los datos de la nueva *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia* (EDAD-08).
16. La mayoría de los discapacitados (93,5%) residen en sus hogares, existiendo un total de 269.400 discapacitados de 6 y más años ingresados en centros. En su mayoría, las personas discapacitadas ingresadas en centros son personas mayores (222.500) que en el 73% de los casos tienen 80 y más años.
17. Las personas de 6 y más años que presentan alguna discapacidad para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) representan el 74% de las personas de 6 y más años discapacitadas. Este colectivo, de 2,8 millones de personas, en términos generales se puede identificar con personas dependientes. Según la EDAD-08, la discapacidad para realizar ABVD incide más en las mujeres (65%) y en las personas de 65 y más años (64%), así como en las de edad más avanzada ya que el 59% de los mayores con limitaciones para ABVD tienen 80 ó más años.
18. Asimismo las personas de 6 y más años con discapacidad para ABVD se caracterizan por un alto grado de discapacidad: la mitad presenta una discapacidad total para ABVD (1,4 millones de personas), 718.000 personas presentan discapacidad severa y la minoría tiene discapacidad moderada para ABVD (543.600).
19. La distribución territorial de la discapacidad para realizar ABVD muestra una fuerte concentración territorial. El 70,5% de la población de 6 más años con discapacidad para ABVD se encuentra

localizada en seis Comunidades Autónomas: Andalucía, Castilla y León, Cataluña, C. Valenciana, Galicia y Madrid. A su vez, las regiones con porcentajes más altos de discapacidad total son: Ceuta (68,8%), Navarra (59,5%), Cantabria (59%) y Galicia (58,5%), todas ellas sobrepasan como mínimo en nueve puntos la media nacional (49,4%).

20. El peso de las ayudas para discapacitados es muy significativo tanto por el número de personas discapacitadas que reciben ayuda como por su incidencia en la discapacidad. Según la EDAD-08, el 55% (2,1 millones de personas) de los discapacitados reciben cuidados personales, siendo la mayoría mujeres (57,4). Por edad, las ayudas personales se concentran en los grupos de 45 a 64 años (34,3%) y 65 y más años (20%). En el 61% de los casos el cuidador convive con la persona a la que cuida. Las ayudas técnicas benefician a 439.400 personas de 6 y más años con discapacidad, siendo el grupo de 80 y más años el que recibe menos ayudas técnicas (21%).
21. El alcance de las ayudas es todavía mayor en el caso de personas de 6 y más años con discapacidad para realizar ABVD, ya que el 80% de este colectivo recibe ayuda para realizar ABVD. La incidencia en la reducción del número de discapacitados es mayor en el caso de las mujeres y en el grupo de edad de 6 a 64 años. Según grado de discapacidad, donde más se aprecia la reducción como consecuencia de la existencia de ayuda es en la discapacidad total con un 99% menos de personas discapacitadas para ABVD. Las ayudas también inciden positivamente en la reducción del número de discapacitados para ABVD con 1-2 discapacidades, con un 71% menos de personas con discapacidad, sin embargo para aquellos que presentan un elevado número de discapacidades (entre 14-18) sólo se reduce en un 2%.
22. La población valorada como dependiente por el SAAD a noviembre de 2008 era de 496.836 personas, correspondiendo una mayoría (66,8%) a grandes dependientes (332.091); el 22,7% fueron valorados como dependientes severos (113.009) y el 10,4% restante como dependientes moderados (51.736).
23. El fuerte peso de la gran dependencia en los beneficiarios explica que, en el año 2008, la cobertura alcance el 80% de los dependientes valorados. Del total de beneficiarios en noviembre de 2008 (397.414), el 36,5% corresponde a grandes dependientes del Nivel 2, un 47,1% a grandes dependientes del Nivel 1 y un 16,4% a dependientes severos del Nivel 2.

3. PRINCIPALES APORTACIONES ECONÓMICAS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS

24. La aportación económica del apoyo familiar a personas en situación de dependencia, que se ha estimado en la presente investigación, se basa en aplicar un coste de sustitución al número total de horas dedicadas al cuidado por el total de cuidadores en cómputo anual. Los resultados obtenidos contemplan tres escenarios según el coste de sustitución utilizado (SMI por hora efectiva trabajada; SMI anual vigente y prestación económica media para cuidadores familiares/ salario anual medio neto del personal doméstico). Se estima la aportación económica tanto de

los cuidadores familiares no remunerados por el SAAD como de los cuidadores contratados no profesionales (servicio doméstico).

25. El número de cuidadores familiares que no reciben remuneración por realizar esta actividad se estima para 2008 en 1,5 millones de personas. La cantidad total de horas que dedican al cuidado de sus familiares es de 5,2 millones de horas en cómputo anual, lo que equivale a 2,9 millones de puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo (PTETC). La valoración económica derivada de su actividad de cuidadores oscila, según el coste de sustitución considerado, entre 12.000 millones de euros y 24.930 millones de euros en el año 2008. En términos del PIB su aportación representa entre 1,1% y 2,4% del PIB.
26. El número de cuidadores no profesionales contratados en el entorno familiar para el cuidado de personas dependientes se estima en 141.332 personas para 2008. Este colectivo dedica un total de 61,7 millones de horas al año, lo que equivale a 35.317 puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo (PTETC). La valoración económica de su actividad oscila, en función del coste de sustitución considerado, entre 290 millones de euros y 328 millones de euros del año 2008. En términos de PIB su aportación se sitúa en el 0,03%.
27. La cobertura de ayudas técnicas y para adaptación del hogar supone un complemento imprescindible a los servicios de atención a domicilio, favorecen la permanencia del dependiente en su hogar (en línea con sus deseos y con las tendencias predominantes a nivel internacional) y suelen constituir una alternativa menos costosa que el internamiento.
28. Se trata, además, de un mercado con una clara perspectiva de crecimiento en España, por tres razones fundamentales: 3,8 millones de personas presentan algún tipo de discapacidad y residen en sus hogares, nuestro parque inmobiliario/residencial se caracteriza por su antigüedad, con problemas de accesibilidad y sin ascensor en una proporción significativa (79%), y se espera un mayor conocimiento/expectativas, por parte de los potenciales usuarios, sobre los servicios y atenciones públicas en el ámbito de la dependencia.
29. Una característica importante a destacar en la cobertura de estas necesidades es el elevado coste que puede llegar a representar para el dependiente. Un coste que además suele concentrarse en un momento del tiempo y que requiere un período prolongado de amortización. Los estudios disponibles apuntan a que el coste medio total puede variar dentro de un intervalo muy amplio, comprendido entre los 27.160 euros y los 6.094 euros, representando los costes de albañilería en el interior de la vivienda del dependiente, la partida más importante, alrededor del 80%. Dentro de este ámbito, la adaptación del cuarto de baño suele ser la reforma más frecuente, con un coste medio que asciende a los 3.500 euros. En lo que respecta a la supresión de barreras externas, la instalación de ascensor suele constituir el elemento común que requiere modificación, con un coste medio comprendido entre los 12.000 y 14.000 euros (con un elevado grado de variabilidad), a asumir por el conjunto de la comunidad de vecinos, salvo en el caso de viviendas unifamiliares.

30. En relación con las ayudas técnicas, los datos más recientes de la EDAD-08, señalan un aumento significativo del número de personas con demanda satisfecha. Éstas ascienden a 1.424 millones de personas (el 38% del total de discapacitados de 6 años y más residentes en su hogar), mientras que la demanda satisfecha en la encuesta anterior (EDDES-1999) sólo suponía el 29% respecto de ese mismo total.
31. Los productos de apoyo (ayudas técnicas) se han convertido, cada vez más, en un recurso esencial para garantizar la realización de actividades cotidianas por las personas dependientes. La propia EDAD-08 refleja esta realidad, puesto que la utilización de ayudas permite reducir sensiblemente sus limitaciones o incluso superarlas (339.200 personas).
32. Sin embargo, no siempre constituyen un recurso al alcance de los potenciales usuarios por distintas razones, entre ellas, el coste, especialmente relevante en aquellos productos de alto contenido tecnológico. Ello, en España, está unido al hecho de que unos apoyos técnicos tienen cobertura sanitaria, mientras que otros sólo disfrutan de una ayuda de carácter social, con las importantes diferencias que esto implica.
33. Una aproximación al coste que supone para el dependiente la adquisición de este tipo de ayudas requeriría una evaluación multidisciplinar atendiendo a varios parámetros (el grado de dependencia, el grupo de discapacidad, el tipo de deficiencia que causa la discapacidad, el número de discapacidades que presenta el dependiente, el entorno del dependiente o la disponibilidad de los productos en el mercado). Dicho análisis debería constituir, a nuestro juicio, una de las líneas de investigación prioritarias a desarrollar y profundizar en el futuro inmediato, especialmente si se tiene en cuenta, la escasísima/nula información que existe al respecto.
34. Como primera aproximación al importe global que, como media, soportan los dependientes en este ámbito, hemos utilizado los datos que ofrece la OCDE del gasto sanitario total (privado y público) en dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no percederos. Para el último año disponible (2006), el importe global de esta partida en España asciende a 1.740 millones de euros, correspondiendo 191 millones de euros a gasto público (11%) y 1.549 millones de euros a gasto privado (89%). Un importe total que representa el 2,1% del gasto total en salud y el 0,2% del PIB, situación que se encuentra muy por debajo del gasto de otros países de nuestro entorno, que duplican esos porcentajes debido exclusivamente al menor peso del gasto público por este concepto en España, puesto que el gasto privado se sitúa en la media.
35. La aportación económica de las personas mayores dependientes que viven en centros residenciales se estima en 3.300 millones de euros, lo que supone el 0,3% en términos del PIB.

4. LOS PRINCIPALES RECURSOS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS

36. El tratamiento que reciben las prestaciones económicas, dentro de la Ley de Dependencia, tiene carácter excepcional: se prioriza la prestación de servicios y la cuantía obtenida por este concepto se ve reducida por el importe que se perciba de otras prestaciones de protección social de similar naturaleza/finalidad. De hecho, los datos disponibles sobre las prestaciones económicas a finales de 2008, indican que el número total de estas prestaciones reconocidas apenas representa el 3% del total de prestaciones de dependencia (con sensibles divergencias por Comunidades Autónomas) y el 99% de las mismas son prestaciones vinculadas al servicio. El SAAD no ofrece información sobre la cuantía media de estas prestaciones.
37. Las principales prestaciones económicas de carácter público que se han podido cuantificar en esta investigación se refieren a las prestaciones económicas derivadas de discapacidad, las prestaciones sociales, a mayores, en ayudas técnicas y adaptación de vivienda, y el gasto sanitario en ayudas técnicas. El importe total asciende a 11.397 millones de euros. Los datos ponen de manifiesto la importancia de las prestaciones económicas derivadas de discapacidad (98,5% del total) y el escaso peso que representa el conjunto de prestaciones sobre el PIB (poco más del 1%).
38. El gasto social total destinado a mayores en adaptación de vivienda y ayudas técnicas supone en torno a 14,3 millones de euros, lo que representa un insignificante 0,001% del PIB (el 80% destinado a adaptación de la vivienda y el 20% a ayudas técnicas). Se aprecia una enorme dispersión y diferencias, tanto en número de beneficiarios como en la cuantía en euros al año que recibe cada uno de ellos entre Comunidades Autónomas.

Esta dispersión evidencia una gran desigualdad y disparidad en las ayudas prestadas al usuario entre unas regiones y otras, y merece ser objeto de reflexión y análisis bajo el prisma de la igualdad y la solidaridad interregional.

39. Las estadísticas sanitarias ofrecen una aproximación al gasto sanitario público destinado a ayudas técnicas, mediante el gasto que se incluye dentro del apartado "prótesis y aparatos terapéuticos". El gasto total destinado a esta partida asciende a 158,14 millones de euros, lo que supone el 0,02% del PIB, con un gasto medio por persona protegida de 4 euros a nivel nacional, con importantes oscilaciones por regiones. Andalucía y Valencia registran los valores más altos con 7-8 euros, mientras que los mínimos se sitúan entre 1-2 euros, situación en la que se encuentran varias Comunidades Autónomas.
40. El total de prestaciones económicas derivadas de una situación de discapacidad asciende a 11.224 millones de euros al año, lo que representa el 1% del PIB. El desglose de las mismas por fuentes refleja la importancia de las pensiones frente al resto de ayudas. Las pensiones representan el 93 % del gasto total (84% contributivas y 9% no contributivas), les siguen a mucha distancia las prestaciones familiares (6%) y las prestaciones derivadas de la LISMI (1%).

41. El importe medio de las distintas prestaciones es muy desigual, en sintonía con su distinta finalidad y carácter. Así, las pensiones de invalidez de carácter contributivo alcanzan el valor más alto (761 euros/mes) frente a los apenas 392 euros/mes de las no contributivas. El resto de prestaciones económicas, en la medida en que se consideran complementos, alcanzan valores muy inferiores, especialmente los derivados de la LISMI, a excepción de la prestación por hijo a cargo con una discapacidad superior al 75% que alcanza casi 470 euros/mes.
42. El perfil de los perceptores de prestaciones contributivas es el de un hombre, entre 45 y 64 años de edad, con incapacidad permanente y residente en Andalucía, Cataluña o C. Valenciana. Mientras que las prestaciones no contributivas se perciben fundamentalmente por mujeres residentes en esas mismas Comunidades Autónomas.
43. Los recursos derivados de las prestaciones en especie dirigidas al colectivo de discapacitados y/o personas dependientes se concretan en cuatro áreas: servicios sociales, atención sanitaria, atención educativa e inserción laboral.
44. **Los servicios sociales** dirigidos a personas dependientes y a sus familiares se encuentran regulados, a nivel estatal, por la Ley 39/2006 de Dependencia, que regula los contenidos mínimos para todo el territorio nacional. Las Comunidades Autónomas pueden mejorar y ampliar el catálogo de servicios mínimos, la intensidad de los mismos, y regular los aspectos relacionados con la compatibilidad entre servicios y copago. A finales de 2008, solamente Cantabria y Cataluña tienen regulados los cuatro aspectos mencionados (catálogo, intensidad, compatibilidad y copago); ocho comunidades autónomas han regulado el catálogo, la intensidad y la compatibilidad; y, sólo tres de ellas, los criterios de copago. La mayoría, además, se ajustan a lo estrictamente establecido en los mínimos estatales.
45. Para el año 2008 se desarrolla y regula el catálogo e intensidad de prestaciones y servicios para los dependientes que hayan sido valorados como grandes dependientes y dependientes severos. En el ámbito de las prestaciones en especie se diferencian los siguientes servicios: servicios de prevención y promoción de la autonomía personal, servicio de ayuda a domicilio, servicio de teleasistencia, centro de día/noche y atención residencial (permanente o temporal). Este último es incompatible con los servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia y centros de día/noche.
46. El número de prestaciones en especie concedidas a noviembre de 2008 por el SAAD asciende a 100.859, un 25% del total de prestaciones monetarias y en especie concedidas. Más de la mitad (54%) son prestaciones en atención residencial (54.238), lo que resulta lógico debido al alto porcentaje de grandes dependientes que requieren una atención integral y continua siendo este recurso el más apropiado. El 27,3% de las prestaciones en especie son servicios de ayuda a domicilio (27.520), un 10,8% servicios en centros de día/noche (10.909) y un 8% servicios de teleasistencia (8.192).

La distribución territorial de las prestaciones en especie muestra una fuerte concentración en Andalucía y País Vasco, donde se han concedido el 55% del total de prestaciones en especie.

47. **En el ámbito de la asistencia sanitaria**, la gestión es competencia de las Comunidades Autónomas si bien, al igual que ocurre con los servicios sociales, se garantiza una cartera de servicios comunes en todo el ámbito nacional. Asimismo, éstas pueden ofrecer y financiar una cartera de servicios sanitarios complementarios.
48. El acceso y contenido a las prestaciones sanitarias tiene carácter universal. No obstante, existen una serie de actuaciones específicas para personas discapacitadas y personas dependientes, como son el desarrollo de programas de salud pública para grupos con especiales necesidades; atención especializada a la salud mental y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable; nutrición enteral a domicilio con sonda; prestaciones ortoprotésicas y exención, para personas con discapacidad, de la aportación económica en las prestaciones farmacéuticas.
49. **En materia educativa**, la atención a personas con discapacidad y/o personas con trastornos graves de conducta puede ser prestada en centros educativos ordinarios o centros de educación especial.
50. Las actuaciones dirigidas a personas con discapacidad en el ámbito de los centros educativos ordinarios se concretan en la adopción de medidas curriculares y organizativas adaptadas a las necesidades específicas; así como la flexibilización o prolongación en un año más el período de escolarización en los niveles de atención primaria y secundaria. Igualmente, la concurrencia de discapacidad constituye un criterio prioritario para la admisión cuando no hay plazas suficientes y, en el caso de Formación Profesional y Educación Universitaria, existe una reserva del 5% de las plazas totales para alumnos con discapacidad.
51. La atención educativa en centros de educación especial tiene carácter excepcional, limitada para aquellos casos en los que se constata mediante una evaluación psicopedagógica que no se puede recibir la atención educativa en un centro ordinario. Bajo esta opción la atención educativa está integrada por la Enseñanza Obligatoria Básica (EBO) y los Programas de Formación para la Transición a la vida adulta dirigidos a alumnos discapacitados de 16 años, que hayan cursado la EBO.
52. En el **ámbito laboral**, los recursos dirigidos a personas con discapacidad y personas dependientes en edad de trabajar se enmarcan dentro de la *Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008-2012*. Los recursos asignados –740 millones de euros cada anualidad– se destinarán en un 59% (440 millones de euros) a bonificaciones en las cuotas de la seguridad social a cargo del empresario y en el 41% restante (300 millones de euros) a medidas de fomento del empleo.
53. Básicamente existen tres grandes áreas de actuación dirigidas a la integración laboral de las personas con discapacidad: los centros de atención a personas con discapacidad, los centros especiales de empleo y la contratación de personas con discapacidad.
54. Los centros de atención a personas con discapacidad tienen como objetivo prioritario la formación profesional y ocupacional. Existen cinco tipos de centros en función de su ámbito

territorial de competencia, colectivo de beneficiarios y actividad principal: Centros Base, Centros de Recuperación de Personas con Discapacidad Física, Centros de Atención a Personas con Discapacidad Física, Centros de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica y Centros Ocupacionales.

55. Los Centros Especiales de Empleo (CEE) tienen como objetivo principal facilitar la integración laboral de personas con discapacidad. Para ello desarrollan dos líneas de actuación: la primera dirigida a proyectos generadores de empleo, mediante la concesión de subvenciones para asistencia técnica, subvenciones financieras y subvenciones por contratación. La segunda línea de actuación se dirige al mantenimiento de puestos de trabajo, mediante subvenciones de las cuotas sociales a cargo de la empresa y del coste laboral, subvenciones para adaptación del puesto de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas y subvención única para saneamiento financiero.
56. Las medidas dirigidas a la contratación de personas con discapacidad consisten, por una parte, en la obligatoriedad de contratar personas con discapacidad en al menos el 2% de la plantilla total para empresas de 50 ó más empleados y, por otra parte, en actuaciones dirigidas a incentivar la contratación. Estas últimas consisten básicamente en bonificaciones en la cuota de la Seguridad Social a cargo de la empresa; subvención por contratación indefinida y subvenciones para adaptación del puesto de trabajo, eliminación de barreras arquitectónicas y dotación de medios de protección personal.
57. La renta bruta media de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años es inferior a la media, situación que se acentúa para la población más mayor (personas con edades superiores a los 74 años) cuyos niveles de ingresos sólo suponen la mitad de la media total (14.400 frente a 27.200 euros anuales en términos brutos). La desagregación por sexos muestra diferencias de género en todos los tramos de renta, pero éstas se acentúan con la edad: las mujeres de 65 y más años poseen como media un 30% menos de renta que los mayores varones, lo que equivale a 5.558 euros menos al año.
58. La renta media de los hogares cuyo cabeza de familia tiene entre 65 y 74 años se sitúa como media en 24.800 euros y su riqueza neta alcanza un valor medio de 242.5000 euros, cuantías que se reducen a 15.200 euros y 201.200 euros respectivamente, en el caso de los hogares de 74 y más años. En términos relativos, las familias cuya persona de referencia tiene entre 65 y 74 años presentan una renta media un 30% inferior a la del conjunto de hogares españoles, reducción que alcanza el 47% en el caso de los hogares de 74 y más años (EFF 2005).

En el caso de la variable riqueza estas diferencias son mucho menores para los hogares comprendidos entre 65 y 74 años (su riqueza es un 6% inferior a la del conjunto de hogares) pero aumentan significativamente para los hogares de 74 y más años (un 30% menos).

59. Las posibilidades de ahorrar aumentan con la edad a medida que la situación laboral se consolida hasta alcanzar la jubilación, edad a partir de la cual el peso de los hogares que puede

ahorrar se reduce significativamente. El 37,2% de los hogares de 65 y más años manifestaba llegar a final de mes con facilidad frente al 41,5% de los hogares comprendidos entre 35 y 65 años.

60. El valor de los activos, en términos medianos, sigue el ciclo vital: aumenta progresivamente hasta alcanzar un valor máximo para los hogares cuyo cabeza de familia tiene entre 55 y 64 años (254.100 euros) y disminuye considerablemente a partir de los 65 años, hasta alcanzar el valor mínimo para los hogares de 74 y más años (135.800 euros).

Esta trayectoria es inversa a la experimentada por las deudas cuyo valor disminuye paulatinamente con la edad, de manera que solamente el 5,6% de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 74 y más años se encuentra endeudado y el valor mediano de su deuda asciende a 6.000 euros.

61. La estructura de los activos patrimoniales pone de manifiesto que en el caso de las personas mayores de 65 años, el 98% utiliza cuentas y depósitos para realizar pagos frente al 92,3% del total de hogares y más del 84% declara poseer la vivienda habitual en propiedad frente al 81% del total de hogares. Además, el valor mediano de estos activos es significativamente menor para las familias mayores; concretamente, la mitad en el caso de la vivienda principal (90.000 euros frente a 180.300 euros) y la tercera parte en relación con las cuentas bancarias (2.000 euros frente a 3.000 euros).
62. Respecto de los bienes duraderos, algo más de la mitad de los hogares cuya edad del cabeza de familia se sitúa entre 65 y 74 años poseen un vehículo en propiedad (58,2%), reduciéndose a la quinta parte de los hogares en el caso de 74 y más años (25,4%); como era de esperar estos valores son inferiores a la media nacional.

Sin embargo, el valor mediano de los automóviles no disminuye para estas edades, probablemente porque los mayores de 74 años conservan el vehículo que ya tenían y que no se desprenden de él por variadas razones (por el valor residual bajo, por razones afectivas, por no reconocer la pérdida de facultades...).

63. En los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años los activos reales suponen el 89,0% del valor de los activos totales y, dentro de ellos, las propiedades inmobiliarias (vivienda principal y otros inmuebles) representan alrededor del 91,0% de los mismos. Los negocios relacionados con actividades por cuenta propia pierden importancia y apenas son significativos para los hogares cuyo cabeza de familia tiene una edad superior a 74 años, al igual que ocurre con la tenencia de joyas, obras de arte y antigüedades.

Pero no solamente se reduce el número de hogares que poseen activos reales en los estratos de más edad, sino que, también, disminuye su riqueza: la mediana del valor de los activos reales para los hogares mayores de 74 años es casi la mitad de la de los hogares con edades comprendidas entre 55 y 64 años (135.800 euros frente a 254.100 euros).

64. La tenencia de activos financieros por grupos de edad señala que la capacidad inversora se reduce a partir de los 65 años, de manera que el valor de los activos financieros se sitúa en 3.000 euros para los hogares menores de 35 años, crece hasta alcanzar 12.300 euros para los hogares entre 55 y 64 años y decrece hasta 4.800 euros para los hogares mayores de 74 años.
65. El activo financiero preferido por las personas mayores para invertir son los depósitos (el 19,9% de los hogares) y, en menor medida, las acciones cotizadas en bolsa (el 10,3% de los hogares con edad comprendida entre 65 y 74 años y el 7,1% de los hogares con edad superior a 74 años).

Sin embargo, estos productos financieros tradicionales no son los que canalizan el mayor volumen de ahorro. Cuando se observa el valor mediano se comprueba que existe un número relativamente pequeño de familias de 65 y más años que invierte en valores de renta fija y fondos de inversión (el 16,0% y el 7,5% respectivamente), pero que mantiene elevados valores medianos que duplican o incluso triplican los valores de los productos financieros tradicionales (35.600 euros y 22.400 euros respectivamente).

66. La capacidad de endeudamiento disminuye considerablemente en los hogares de las personas mayores: sólo el 19,8% tiene deudas pendientes, porcentaje que disminuye al 5,6% en el caso de los hogares de 74 y más años. Algo similar ocurre con la cuantía de la deuda pendiente, cuyo valor mediano asciende a 11.100 euros para las familias con edades entre 65 y 74 años y se reduce a 6.000 euros en el caso de los hogares mayores de 74 años.
67. A diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la solicitud de un crédito personal es el principal motivo de endeudamiento en los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años. Además, llama la atención la elevada cuantía de las deudas contraídas para adquirir propiedades inmobiliarias distintas a la vivienda principal en el segmento de población mayor de 74 años, cuyo deuda pendiente asciende a 68.000 euros en valor mediano.
68. La capacidad de endeudamiento disminuye considerablemente en los hogares de personas mayores: sólo el 19,8% de los hogares cuyo cabeza de familia tiene entre 65 y 74 años tienen deudas pendientes, porcentaje que disminuye al 5,6% en el caso de los hogares de 74 y más años. Algo similar ocurre con la cuantía de la deuda pendiente: el valor mediano asciende a 11.100 euros para las familias con edades entre 65 y 74 años mientras que se reduce a 6.000 euros en el caso de los hogares mayores de 74 años.
69. A diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la solicitud de un crédito personal es el principal motivo de endeudamiento en los hogares de personas mayores. A este respecto, llama la atención el nivel de endeudamiento destinado a la adquisición de otras propiedades inmobiliarias en el segmento de población mayor de 74 años, cuya deuda asciende a 68.000 euros en valor mediano.
70. Como era de esperar, la carga financiera (pagos por deudas pendientes entre renta bruta del hogar) y el stock de la deuda (deuda entre renta bruta del hogar) disminuye con la edad, siendo

los hogares de 74 y más años los que presentan mayor solvencia financiera. Además, son los que soportan menor presión ya que tan sólo en el 1,7% de las familias cuya persona de referencia tiene 74 y más años la deuda es tres veces superior al valor de sus rentas anuales y sólo en el 2,12% triplica el valor de los activos totales (reales y financieros).

71. En términos relativos, el número de hogares que soportan una mayor carga financiera y un mayor nivel de endeudamiento en el segmento de edad comprendido entre 65 y 74 años es superior a los situados en el estrato inmediatamente anterior (55 y 64 años), lo que sucede igualmente con el valor mediano de las cantidades adeudadas consideradas como porcentaje del valor de los activos totales (7,3% frente a 6,9%). Esto parece indicar que el cambio de la situación económica que origina la jubilación puede ejercer algún tipo de efecto sobre la forma en que los hogares deciden afrontar sus decisiones de endeudamiento y resolver las deudas pendientes.

5. LA FISCALIDAD DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS

72. La experiencia internacional en materia de incentivos fiscales vinculados a situaciones de dependencia muestra que los mismos pueden ir dirigidos tanto a las personas dependientes como a otros colectivos relacionados con ellas (familiares, cuidadores, centros...) y se orientan en dos direcciones: excluir de gravamen las prestaciones monetarias y en especie que se obtienen de los sistemas de protección social, por una parte, y establecer deducciones sobre la cuota en el impuesto sobre la renta, de cuantía fija o variable, para compensar los mayores gastos asociados a la situación de dependencia, por otra.
73. En todos los países analizados (Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Japón, Luxemburgo y Reino Unido) se declaran no sujetas o exentas de gravamen las prestaciones obtenidas a través del sistema de protección a la dependencia. Además, algunos países introducen otros incentivos complementarios; en el caso de Francia, Estados Unidos y Finlandia se permite deducir de la cuota del impuesto sobre la renta las remuneraciones satisfechas a las personas contratadas para realizar trabajos de ayuda al dependiente; en Francia está exonerada la cuota patronal de la Seguridad Social correspondiente a la contratación de personal profesional por la atención al dependiente en su domicilio; mientras que en Estados Unidos se contempla un tratamiento fiscal favorable para la contratación de seguros privados de dependencia.
74. Los incentivos fiscales dirigidos a colectivos distintos a la persona dependiente son menos frecuentes y se encuentran más limitados en todos los países objeto de análisis, de hecho las ayudas monetarias que perciben los cuidadores informales siempre están sujetas y no exentas de gravamen. En Francia, por ejemplo, se exonera del pago de la cuota patronal a la Seguridad Social a las entidades sin fines de lucro que contraten de forma indefinida trabajadores dedicados a prestar servicios de atención a domicilio. En Estados Unidos existen exenciones en el impuesto sobre la renta por gastos de cuidado de familiares dependientes.

75. Hasta el año 2007 el ordenamiento tributario español no se refería de modo particular al término dependencia, sino que los incentivos fiscales que afectaban a este colectivo y sus familias se centraban en el concepto de discapacidad y, en algunos supuestos, en la edad del contribuyente y/o beneficiario.

Aunque la dependencia y la discapacidad son conceptos relacionados, no deben considerarse como equivalentes, pero también es cierto que la evidencia empírica corrobora que: la dependencia es mayor a medida que aumenta la edad, la dependencia conlleva niveles altos de discapacidad y la discapacidad aumenta con la edad.

76. Los incentivos fiscales contemplados en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas para los dependientes y sus familias están relacionados básicamente con tres aspectos: la exención de las prestaciones públicas percibidas, la no sujeción del incremento patrimonial derivado de la venta de la vivienda habitual para afrontar las necesidades derivadas de la situación de dependencia y la desgravación por aportaciones efectuadas a seguros privados de cobertura de la dependencia.
77. Al margen de estos incentivos específicos, en el IRPF también existen otros relacionados con la edad y la discapacidad que también afectan a las personas dependientes y sus familias. Éstos comprenden exenciones (prestaciones públicas percibidas como consecuencia de la incapacidad permanente o por acogimiento de discapacitados y mayores de 65 años); reducciones sobre la base (aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social y aportaciones a patrimonios protegidos de personas discapacitadas); mínimos personales y familiares (edad, discapacidad, gastos de asistencia) y deducciones (adecuación de la vivienda habitual a las necesidades del discapacitado).
78. Las Comunidades Autónomas han establecido deducciones adicionales sobre la cuota, fundamentalmente por razones de edad, discapacidad y acogimiento de mayores. En Navarra los contribuyentes de edad superior a 65 años o con un grado de discapacidad igual o superior al 65% pueden reducir de la base imponible las cuotas sociales correspondientes a contratos formalizados con empleados del hogar.
79. Las transmisiones que se pongan de manifiesto por aportaciones efectuadas a patrimonios protegidos de los discapacitados están exentas del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados. Además, gozan de reducciones adicionales las transmisiones mortis-causa cuando el heredero es un discapacitado y la mayor parte de las Comunidades Autónomas tienen establecidos tipos reducidos en el caso de la adquisición de la vivienda habitual por parte de discapacitados.
80. Los servicios sociosanitarios de asistencia médica, quirúrgica o sanitaria, prestados materialmente a personas físicas, relativos al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades están exentos del Impuesto sobre el Valor Añadido. Igualmente gozan de exención limitada los servicios sociales cuando son prestados por entidades de derecho público

o por establecimientos privados de carácter social y están orientados a la asistencia a la tercera edad, a la asistencia a personas con discapacidad y a la acción social comunitaria y familiar.

Además, los servicios sociales no exentos tributan al tipo reducido del 7%, contemplándose asimismo tipos reducidos del 4% y del 7% para determinadas operaciones interiores relacionadas con servicios sociosanitarios.

81. El 58,3% de los hogares cuyo cabeza de familia tiene 65 y más años manifestaba que no habían presentado declaración en el ejercicio impositivo 2005 (ECV 2006). De los que sí presentaron declaración, dos terceras partes tuvieron derecho a devolución por importe medio de 368 euros (el 29,4%) mientras que para el 12,3% la declaración fue positiva por importe medio de 734 euros.

Según la Muestra IRPF 2003 IEF-AEAT (NO Declarantes), las personas de 65 y más años obtuvieron unas retribuciones brutas en el año 2003 superiores a 6.646 millones de euros, sobre las que se practicaron retenciones por cuantía de 309 millones de euros. La principal fuente de retribuciones de los mayores que no estaban obligados a presentar declaración la constituyen las pensiones y percepciones de haberes pasivos (98,8%), mientras que sólo el 1,2% de los recursos obtenidos corresponde a empleos por cuenta ajena y son meramente simbólicos los ingresos percibidos en concepto de prestaciones o subsidios de desempleo (el 0,02%).

Las rentas declaradas por los contribuyentes de 65 años se distribuyen por niveles de renta de la siguiente manera (J. Montserrat): un 56,3% tiene unas rentas inferiores a 6.000 euros anuales, el 33,5% se sitúa en el tramo comprendido entre 6.000 y 12.000 euros, el 8,1% ingresa ente 12.000 y 60.000 euros y el 2,2% declara rentas superiores a 60.000 euros. Esto pone de manifiesto que las personas mayores de 65 años tienen una capacidad económica relativamente baja: algo más de la mitad presenta unas rentas inferiores a 6.000 euros y uno de cada diez no supera los 12.000 euros de ingresos anuales en el año 2002, patrón que se repite en todas las Comunidades Autónomas.

82. Se estima que las personas mayores han satisfecho algo más de 5.000 millones de euros en el año 2006 por el IVA soportado en los consumos efectuados de bienes y servicios. La carga impositiva individual es ligeramente superior a 700 euros.
83. A la hora de determinar el acceso a prestaciones asistenciales se debe tener en cuenta la capacidad económica, la cual puede medirse a través de la renta o del patrimonio. El consenso es unánime en relación con el primer indicador, sin embargo existe una mayor controversia cuando se plantea utilizar el patrimonio de la persona dependiente como indicador del derecho a percibir prestaciones sociales. Sin embargo, razones de equidad intrageneracional e intergeneracional aconsejan tener en cuenta tanto en el nivel de renta como en el valor del patrimonio no sólo del dependiente sino también de las personas que residan con él (esto es, de la unidad familiar).

6. LA DEPENDENCIA Y LOS CUIDADORES INFORMALES

84. Un tema reiterado por las personas dependientes y sus cuidadores es el que se refiere al aislamiento social provocado por la discapacidad, aunque el problema les afecta de forma distinta en un caso y en otro, tanto en la percepción de las barreras físicas y psicológicas como en las posibilidades de romper el círculo cerrado de la mutua dependencia con una menor o mayor confianza en las ayudas externas proporcionadas por el sistema general. El cambio en la vida personal y familiar producido por la paulatina reducción de la vida social es señalado también por los responsables de las entidades de apoyo a la dependencia y por los representantes de las comunidades autónomas y en ambos planteamientos el aislamiento es considerado como el objetivo central a combatir con servicios que proporcionen tiempo personal al cuidador como, por ejemplo, los centros de día que proporcionen unos días al mes, unas horas al día, en la idea de que cuanto mejor estén los cuidadores, cuanto más medios les permitan combatir su ansiedad y su agotamiento, mejor transmitirán su bienestar a la persona que están cuidando.
85. La reacción ante el aislamiento social y la superación de barreras se puede resumir en dos tipos de respuestas: La pasiva con aceptación de la mutua dependencia entre la persona dependiente y su cuidador familiar, caracterizada por el cuidado directo y permanente y en la que la delegación del cuidado se asocia a sentimientos de culpabilidad; la segunda respuesta es proactiva, trata de normalizar el impacto de la discapacidad en la vida familiar y contempla la delegación temporal del cuidado recurriendo a las medidas del sistema público y al apoyo de las redes asociativas, reservándose para sí mismo la supervisión. En esta tipología de respuestas se aprecia la influencia de ciertas variables sociodemográficas como la edad (con una relación directa entre el grado de pasividad y la mayor edad del cuidador familiar), el estatus socioeconómico y el nivel de educación (a niveles más elevados en ambas variables corresponde una mayor tendencia a respuestas proactivas) y el hábitat (en los núcleos urbanos de dimensión media, es decir, ciudades y pueblos que mantienen relaciones vecinales de comunidad, se aprecia una mayor tendencia a la normalización de las situaciones de dependencia)¹; también influye el origen de la discapacidad: si es congénita o sobrevenida por causa de accidente o como consecuencia del deterioro producido por la edad. La doble tipología de respuestas puede relacionarse con diferentes consecuencias en las relaciones familiares y de amistad, ya que la respuesta proactiva tiende en mayor medida a transformar la situación de dependencia en elemento de cohesión y en nuevas formas de integración familiar, mientras que la respuesta pasiva afecta de forma más negativa a las relaciones familiares.
86. Los efectos económicos de la dependencia en la familia son percibidos de forma plural y con versiones opuestas entre los cuidadores familiares, los directivos de las asociaciones y

1) La medición del grado de influencia de estas variables sociodemográficas y la previsible relación con otras variables de actitud, como son las creencias religiosas y las adscripciones ideológicas, requeriría la aplicación de una encuesta a una muestra estadísticamente representativa de ámbito nacional.

los responsables de las administraciones autonómicas, aunque predominan las apreciaciones negativas sobre las positivas en los dos primeros grupos. Las consecuencias negativas más destacadas afectan a la percepción de ser una carga económica para la familia por parte de la persona dependiente, a la pérdida del empleo y/o de oportunidades de ocupación para el cuidador/a familiar; y de otra parte, a la repercusión en la renta familiar por el incremento de los gastos derivados del cuidado.

87. La apreciación más negativa es la que realizan las personas dependientes, que asocian la discapacidad a una carga económica familiar genérica que enumeran en una relación de gastos directos derivados de una atención sanitaria especial, de los aparatos especiales que requiere, de la atención personal para el cuidado diario, de las obligadas reformas en el hogar y en el vehículo familiar, así como los gastos indirectos derivados de la pérdida de oportunidades y del empleo en el cuidado familiar y de las nuevas prioridades de distribución en el presupuesto familiar.
88. Los cuidadores familiares no son tan negativos en su apreciación, aceptan los gastos de la discapacidad en el presupuesto familiar pero tratan de compensarlos con las ayudas existentes en el sistema público, aunque señalan que casi siempre éstas son inferiores a los gastos y que no existe un criterio homogéneo de aplicación entre las distintas comunidades autónomas. El grado de mayor o menor aceptación guarda relación con la edad de la persona cuidadora, según se acerque o se aleje de su perfil convencional: "mujer de 45 a 65 años con escasa o nula experiencia laboral" (INE: EDAD 2008). Esta misma relación entre proximidad al perfil convencional y grado de aceptación se aprecia en la valoración de los efectos indirectos, que afectan al mantenimiento del empleo y a las oportunidades en el mercado laboral de la persona cuidadora.

7. EL ENTORNO PRÓXIMO DE LA DEPENDENCIA Y LAS REDES ASOCIATIVAS DE APOYO

89. Con relación a los directivos de asociaciones de apoyo a la dependencia, la percepción de la dimensión económica de la discapacidad abarca una amplia relación de sus consecuencias referidas tanto al momento presente como a las previsiones de futuro, ya sea con la intención de aliviar la situación actual de las familias y mejorar el bienestar de la persona dependiente, proporcionando directamente servicios de apoyo y asesoramiento o actuando como entidades mediadoras en la reivindicación de los diferentes tipos de ayudas y en los trámites necesarios para acceder a ellas ante los respectivos ámbitos de la administración, ya sea promoviendo iniciativas que puedan reducir la sensación de inseguridad y miedo de los cuidadores familiares para garantizar el cuidado a la persona dependiente en el medio y largo plazo, o ya sea para atender necesidades no cubiertas por el sistema público debido a la dispersión geográfica.
90. Los responsables de las administraciones autonómicas son quienes más anteponen las cuestiones relativas a la dimensión económica de la dependencia sobre el resto de las cuestiones. En parte, porque en el momento actual de desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia reclaman al

Estado una ampliación de la dotación presupuestaria para equilibrar la distribución de los costes producidos por la dependencia y los aproxime al 50% en cada servicio; de otra parte, porque reclaman más autonomía o más homogeneidad en los criterios del reparto establecido en las ayudas existentes y en los procedimientos de valoración y compensación, manifestando en este punto dos líneas discursivas opuestas: quienes optan por mantener el trato diferenciado en la oferta de servicios y en los criterios de acceso y quienes pretenden corregir las desigualdades territoriales con la aplicación de criterios homogéneos para garantizar una gestión eficiente de los recursos públicos.

8. EL APOYO A LA DEPENDENCIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

91. Una cuestión de especial interés para los responsables públicos en la actual situación económica de recesión es la estimación de empleo generado por la aplicación progresiva de la Ley de Dependencia y la previsible demanda de profesionalización de los cuidadores, especialmente de quienes realicen los servicios a domicilio, por esta razón provoca cierto recelo la interpretación que se hace desde algunas administraciones autonómicas al considerar que las actuales ayudas destinadas a los cuidadores familiares puedan asimilarse a un reconocimiento de profesionalización, ya que en numerosos casos las ayudas a los cuidadores familiares se destinan a personas sin experiencia laboral previa y en algunos casos sin posibilidad de cotizar a la Seguridad Social debido a que su edad supera los 65 años. Por otra parte, la formación profesional de los cuidadores tanto externos como familiares requiere diseñar itinerarios formativos y requisitos adecuados a las tareas que deben desempeñar.
92. La relación de ayudas directas e indirectas del sistema público destinadas a las personas dependientes y a las familias es percibida de forma parcial y heterogénea por los afectados, principalmente por dos razones: porque la información no es completa ni fácilmente accesible y porque en la oferta de servicios prevalece el criterio de resaltar el ámbito administrativo que los sufraga frente a la idea de ofrecer una cartera integrada de ayudas y apoyos, que pueda resultar más comprensible para el ciudadano. En las ayudas del sistema público se reconocen tres ámbitos administrativos de atención a la dependencia: ayuntamientos, comunidades autónomas y cuatro ministerios de la administración central: Mº de Trabajo y Seguridad Social, Mº de Economía y Hacienda, Mº de Educación y Política Social y Mº de la Vivienda.
93. La valoración positiva o negativa entre los cuidadores familiares con relación a las ayudas está influida por su propia experiencia, por el grado de información disponible ofrecido por los servicios administrativos, por el apoyo complementario recibido por parte de las asociaciones y por la orientación especializada de médicos y asistentes sociales. Especialmente valorada es la atención sanitaria proporcionada por la Seguridad Social y los diagnósticos realizados en los Planes Individuales de Atención.
94. En este sentido es significativo que el canal de información más fiable entre los cuidadores sea la información personal del "boca a boca", incluyendo el asesoramiento de médicos y asistentes

sociales, entre los directivos de las asociaciones sea sus propios centros y entre los responsables administrativos de las comunidades autónomas las oficinas de información vinculadas a las consejerías de asuntos sociales, aunque en algunos casos la difusión informativa y la participación en los trámites se encarga también a los ayuntamientos. En algunas comunidades autónomas se ha elaborado una relación integral de servicios en la que pueden figurar hasta 120 tipos de prestaciones. Asimismo, la repercusión mediática de la Ley de Dependencia genera expectativas y añade cierta confusión en las posibilidades de acceder a las diferentes ayudas según las condiciones de participación económica de las personas beneficiarias de la Ley en los servicios que puedan recibir.

95. Otra cuestión relacionada con el acceso a los servicios es la que se refiere a los procedimientos de solicitud establecidos para optar a ellos, considerados simples o complejos en función de la menor o mayor documentación exigida en cada ámbito administrativo y en relación al nivel formativo de los solicitantes. Por esta razón, la opinión entre los cuidadores familiares, los directivos de las asociaciones y los técnicos de la administración es dispar y contradictoria. Hay quienes renuncian antes de promover la solicitud y quienes se sienten asesorados desde su inicio por los asistentes sociales de los ayuntamientos o de la administración autonómica y por los técnicos de las asociaciones de apoyo a la dependencia. Una vez presentada la solicitud, el periodo de espera sobre su resultado puede variar entre las distintas administraciones autonómicas en función de los recursos humanos y económicos asignados.
96. Las personas discapacitadas y los cuidadores familiares valoran sobre todo en la relación de ayudas existentes aquellos servicios que proporcionan apoyo económico, ya se aplique al cuidado directo de la persona dependiente, se destine a las ayudas técnicas o se emplee en la adaptación del domicilio, así como los servicios concebidos en la modalidad de "respiro temporal del cuidado", sean los centros de día o la ayuda a domicilio contratada, sugieren también aumentar la flexibilidad para disponer de plazas residenciales en periodos de estancias breves como fines de semana o vacaciones cortas. En otros servicios como la teleasistencia y las ayudas a domicilio proporcionadas por el sistema público la valoración es dispar y la razón principal es que la atención dispensada no suele ser realizada por las mismas personas y disminuye por tanto el esperado apoyo emocional que acompaña al servicio. Para corregir este efecto, en aquellas comunidades autónomas con sistemas de atención a la dependencia consolidados se están desarrollando experiencias de servicios a domicilio basados en asistentes personales.
97. La valoración de la Ley de Dependencia está directamente relacionada con el grado de información y de conocimiento de los afectados y con el nivel de desarrollo alcanzado en el sistema de atención a la dependencia de cada comunidad autónoma. En aquellas autonomías, que con anterioridad a la Ley contaban con una relación consistente de servicios y ayudas, su aportación se considera complementaria y más dirigida a una imagen positiva en la política social que a conseguir resultados efectivos, mientras que en las autonomías con una dotación anterior escasa en servicios la aplicación de la Ley supone aportar recursos que mejoran

sustancialmente la atención a la dependencia. Esta doble consideración se diluye cuando se trata de valorar la aplicación práctica de las medidas contempladas en la ley, calificada unánimemente de forma crítica debido a la lentitud y a la preocupación entre los afectados por la financiación en el corto y medio plazo.

98. Una línea de actuación a considerar es potenciar la presencia del voluntariado en la atención a la dependencia, no tanto por las aportaciones prácticas como por el apoyo emocional que pueden ofrecer a las personas dependientes y a sus cuidadores. Entre las asociaciones se destaca la función social que prestan y la necesidad de impulsar su presencia en este campo ya sea desde el sistema educativo o a través de programas de reinserción social.
99. Las expectativas de futuro varían en función del tipo de dependencia y de las posibilidades de contar con apoyos del entorno familiar y de acceder a las ayudas del sistema público. Entre personas dependientes y cuidadores se expresa abiertamente el miedo a dejar de recibir o a no proporcionar el cuidado por la propia incapacidad o por el fallecimiento del cuidador. Esta situación de previsible desamparo se agrava en los casos de cuidadores de cierta edad y les exige buscar fórmulas que alivien la sensación de riesgo. En estos casos el apoyo de las asociaciones es importante, ya que cumple una doble función de asesorar en las posibles alternativas de asegurar el cuidado y de tranquilizar sobre la garantía del servicio.

Capítulo 10. Bibliografía

10. BIBLIOGRAFÍA

- Acceplan-IMSERSO (2003): *Libro Blanco de de la Accesibilidad*. IMSERSO. Madrid.
- Acceplan (2007): *Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes*. Proyecto FIPROS 2005/136. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Madrid.
- Ayuso Sánchez, L. (2007): *Las asociaciones familiares en España*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Número 242 Colección Monografías, Madrid.
- Ayuso Sánchez, L. y Meil Landewrlin, G. (2007): "La sociología de la familia en España", en M. Pérez Iruela (coord): *Veinticinco años de sociología en España*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- Banco de España, *Encuesta Financiera de las Familias: 2202 y 2005* (www.bde.es).
- Banco de España (2008): *Boletín Económico*, abril 2007.
- Barton, Len (comp.) (2008): *Superar las barreras de la discapacidad*. Morata, Madrid.
- Bover, O (2004): *Encuesta Financiera de las Familias Españolas (EFF): descripción y métodos de la encuesta de 2002*. Documentos Ocasionales nº 0409, Banco de España.
- Centro Nacional de Tecnologías de la Accesibilidad (2008): *Estudio sobre las Tecnologías de la Accesibilidad en España 2008*. León.
- CERMI (2005): *Ayudas técnicas y discapacidad* (www.cermi.es).
- CERMI (2006): *Discapacidad y asistencia sanitaria* (www.cermi.es).
- CIS-IMSERSO (2006): *Condiciones de vida de las Personas Mayores*. Estudio nº 2.647. Madrid.
- Colectivo Ioé (2003): *La inserción laboral de personas con discapacidad*. Fundación La Caixa, Colección Estudios Sociales.
- Colegio de Politólogos y Sociólogos de Madrid (2007): *Análisis de la situación de personas con discapacidad, con enfoque de género*. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Comisión Europea (2006): *Portfolio of Overarching Indicators and Streamlined Social Inclusion, Pensions, and Health Portfolios*. DG Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Bruselas. (www.europa.eu).
- Comisión Europea (2007): *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2007*. (www.europa.eu).
- Comisión Europea (2008): *Long-Term Care in the European Union*. DG e Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Bruselas. (www.europa.eu).
- Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO) (2008): *Informe sobre protección social e inclusión social 2008* (www.europa.eu).
- Costa-Font J., Gil-Trasfi, j. y Mascarilla-Miró, O. (2007): *Capacidad de la vivienda en propiedad como instrumento de financiación de las personas mayores en España*, II Premio Edad&Vida, Barcelona.

- De la Torre Prados, I. (2007): "La imagen pública del Tercer Sector en España" Revista CIRIEC ESPAÑA, nº 57 Universidad de Valencia y Mº de Trabajo y Asuntos Sociales Madrid 2007.
- De la Torre Prados, I. (2005): *Tercer Sector y participación ciudadana*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Serie Opiniones y Actitudes, Madrid.
- Dirección General de Tributos, Normativa y consultas (www.meh.es).
- Dizy Menéndez, D. (1998): "Tributación de la familia: problemas y soluciones", en La reforma del IRPF en España, *Revista del Instituto de Estudios Económicos* nº 2 y 3/1998, pág. 327-340.
- Dizy Menéndez, D. (2005): *La fiscalidad de los recursos sociosanitarios dirigidos a las personas mayores*, Ponencia del XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Málaga.
- Dizy Menéndez, D., Fernández Moreno, M. y Ruiz Cañete, O. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. I Premio Edad&Vida, Barcelona.
- Dizy Menéndez, D., Fernández Moreno, M. y Ruiz Cañete, O. (2008): *Economía y Personas Mayores*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores Nº 11003- IMSERSO.
- Durán Heras, Mª A. (2003): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Madrid.
- Durán Heras, M. A. y Rogero García, J. (2004): "Nuevas parejas para viejas desigualdades". *Revista de Estudios de Juventud*, nº 67, págs. 25-37. Instituto de la Juventud de España, Ministerio de Asuntos Sociales.
- European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2006): *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. (www.europa.eu).
- García Calvente, MM et alia (2004): "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres" *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl. 1).
- García Calvente, MM et alia (2004b): "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad" *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl. 2).
- García Delgado, J. L. dir. (2005): *Tercer Sector y Economía Social en España*, (Cuatro Volúmenes), Fundación ONCE Madrid.
- Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario-MS (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. (www.msc.es).
- IMSERSO (2003): *I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012*. IMSERSO. Madrid.
- IMSERSO (2005): *Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España*, (www.seg-social.es/imserso).
- IMSERSO (2005): *¡Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas!*, (www.seg-social.es/imserso).
- IMSERSO (2007): *Guía de Prestaciones para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en situación de Dependencia. Recursos Estatales y Autonómicos*. Colección Manuales y guías. Serie Servicios Sociales, nº 33007 (www.seg-social.es/imserso).

- IMSERSO- Aceplan (2008): *Jornadas sobre La adaptación funcional de la vivienda. Programas, técnica y experiencias*. Varias ponencias. Madrid, (www.iuee.eu).
- IMSERSO (2008): *Pensiones no contributivas de la Seguridad Social y prestaciones sociales y económicas de la LISMI. Evolución de las nóminas 2001-2007*, (www.seg-social.es/imserso).
- IMSERSO (2008): *Perfil del pensionista no contributivo de la Seguridad Social y del beneficiario de prestaciones sociales y económicas de la LISMI. Diciembre 2007*, (www.seg-social.es/imserso).
- IMSERSO-Alboma 2000 S.L (2007): *Estado actual y análisis prospectivo sobre la personas mayores y las personas dependientes en España procedentes de la Unión Europea*, (www.seg-social.es/imserso).
- IMSERSO-Fundación SAR (2006): *Calidad y Dependencia. Grados de Dependencia y necesidades de servicios*, (www.seg-social.es/imserso).
- Instituto de Estudios Fiscales: *Muestra IRPF 2003 IEF-AEAT* (Declarantes).
- Instituto de Estudios Fiscales: *Muestra IRPF 2003 IEF-AEAT* (No Obligados).
- Instituto de Estudios Fiscales: *Muestra IRPF 2002 IEF-AEAT* (Declarantes).
- Instituto de Estudios Fiscales: *Muestra IRPF 2002 IEF-AEAT* (No Obligados).
- Instituto de la Mujer (2008): *Cuidados a personas dependientes. Valoración económica*. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística: *Las atenciones recibidas por los niños*, (www.ine.es).
- Instituto Nacional de Estadística: *Encuesta sobre Condiciones de Vida (2006, 2007)*, (www.ine.es).
- Instituto Nacional de Estadística: *Censo de Población y Vivienda*, (www.ine.es).
- Instituto Nacional de Estadística: *Una cuenta satélite de los hogares en España*, (www.ine.es).
- Instituto Nacional de Estadística: *Valoración económica del servicio doméstico en 2003*, (www.ine.es).
- Instituto Universitario de Estudios Europeos- Aceplan (2002): *Libro Verde de la Accesibilidad en España*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.
- Jo Gibson M, Redfoot, D.L. y AARP Public Policy Institute (2007): *Comparing Lon-Tterm Care in Germany and the United States: What Can We Learn from Each Other?* y AARP Public Policy Institute. Washington, D.C.
- La Caixa (2005): *Esperanza de vida en salud y costes individuales de cuidados de larga duración*.
- Lundsgaard, J. (2005): "Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care. How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?" *OCDE Health Working Papers*, nº. 20.
- Instituto de Información Sanitaria (2008): *Ficha técnica de los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2007*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2008): *Guía Laboral y de Asuntos Sociales 2008*, (www.mtas.es).

- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008): *Anuario de Estadísticas y Laborales y Guía Laboral y de Asuntos Sociales 2008*, (www.mtas.es).
- MISSOC (varios años): *Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland*, (www.europa.eu).
- Montserrat, J. (2008): *El impacto de la Ley de la Dependencia en las renta de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago*. IEF, Documento de Trabajo nº 20/08.
- Naredo J.M. Et al. (2005): *Patrimonio inmobiliario y balance nacional de la economía española (1991-2004)*, Funcas, nº4, 2005.
- Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L. (Noviembre 2007): *Servicios Sociales para Personas Mayores en España. Enero 2007*. Perfiles y Tendencias Nº 32. (IMSERSO), (www.imsersomayores.csic.es).
- OCDE (2002): *Sistema de Cuentas de Salud*. Traducción al español por el Banco Interamericano de Desarrollo Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Con la colaboración de Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.
- OCDE (2006): "Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?, Economics department". *Working papers* no. 477. ECO/WKP (2006)5.
- Pérez Díaz, V. y López Novo, P. J. (2003): *El Tercer Sector Social en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Picos, F. et al. (2005): *La muestra de declarantes de IRPF de 2002: descripción general y principales magnitudes*, Instituto de Estudios Fiscales, Documento de Trabajo nº 15/05.
- Raschick, M. Et Ingersoll-Dayton, B. (2004): "The Cost and Rewards of Caregiving Among Aging Spouses and Adult Children", *Family Relations* nº 53.
- Rodríguez Cabrero, G. (Coord.) (2003): *Las entidades voluntarias de acción social en España. Informe general*, Fundación FOESSA y Cáritas Española, Madrid.
- Rogero García, J. (2006): "Costes ligados a la dependencia". *Trabajo Social y Salud*. Nº. 54, págs. 145-172 (Ejemplar dedicado a: IX Congreso de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud I).

FUENTES ESTADÍSTICAS

Eurostat (2008): *Health Data* (www.europa.eu).

Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Educación, Política Social y Deporte: *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia 2008* (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística (2002): *Censos de población y viviendas 2001*. (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística (2007): *Encuesta de Presupuestos Familiares. Base 2006*. (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística (2008): *Contabilidad Nacional de España. Base 2000*. (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística. *Proyecciones de población a corto plazo* (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística. *Principales series de Población*. (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística. *Explotación estadística del Padrón municipal a 1 de enero de 2007* (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística. *Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del Censo de 2001*. (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999*. (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística. *Contabilidad Nacional de España*. (www.ine.es).

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003*. (www.ine.es).

Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. IMSERSO. Datos Estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (www.saad.es).

Ministerio de Sanidad y Consumo (varios años): *Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público*. (www.msc.es).

OCDE (2008): *Health Data*. (www.oecd.org).

VV. AA.: (2008): *Memento Práctico Fiscal*, Ed. Francis Lefebvre, Madrid.

LEGISLACIÓN CONSULTADA

REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado nº 222 de 16 de septiembre de 2006.

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

REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecida por la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

CORRECCIÓN DE ERRORES DEL Real Decreto 504/2007.

REAL DECRETO 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia por la Administración General del Estado.

REAL DECRETO 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

RESOLUCIÓN de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de la dependencia.

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

ORDEN TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal.

REAL DECRETO 727/2007, de 8 de junio sobre criterios para determinar las intensidades de protección de servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

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

LEY 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria.

- REAL DECRETO 7/2008, de 11 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2008.
- REAL DECRETO 6/2008, de 11 de enero, sobre determinación del desnivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ejercicio 2008.
- REAL DECRETO 179/2008, de 8 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 6/2008, de 11 de enero.
- ORDEN ESD/1984/2008, de 4 de julio, por el se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- RESOLUCIÓN de 8 de agosto de 2008, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros en su reunión del 1 de agosto de 2008, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece el contenido de la Cartera de servicios comunes del SNS.
- ORDEN SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la Cartera de servicios comunes del SNS.
- LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- LEY Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- REAL DECRETO 696/ 1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales.
- REAL DECRETO 1538/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece la ordenación general de la formación profesional del sistema educativo y cuantas otras se establezcan, en centros con espacios accesibles y una oferta formativa adaptada.
- LEY Orgánica 4/2007, de 12 de abril, de Universidades.
- RESOLUCIÓN de 6 de mayo de 2008, de la Secretaría de Estado de Educación y Formación por la que se convocan ayudas para el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo para el curso académico 2008-2009.
- RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

NORMATIVA DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ORDEN 3 de agosto de 2007 por la que se establece la intensidad de protección de los servicios, régimen de compatibilidad de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

ORDEN 7 de marzo de 2008 por la que se modifica la Orden 3 de agosto de 2007.

ORDEN 7 de noviembre, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón.

RESOLUCIÓN de la Consejería de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración, de 8 de noviembre de 2007, por la que se regula, con carácter urgente y transitorio el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, la intensidad de la protección de los servicios y régimen de compatibilidades de las prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

ORDEN de 2 de abril de 2008, por la que se establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias para el ejercicio 2008.

ORDEN EMP/18/2008, de 8 de febrero, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y se regula provisionalmente la aportación económica de las personas usuarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

ORDEN EMP/70/2008, de 8 de septiembre, por la que se modifica la Orden EMP/18/2008.

ORDEN 24 de octubre de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se establecen las intensidades de protección de los servicios y régimen de compatibilidad de los servicios y prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.

ORDEN 9 de mayo de 2008, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden 24 de octubre de 2007.

368 ORDEN ASC/55/2008, de 12 de febrero, por la que se establecen los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones del Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia (SCAAD) y las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales (SPSS) en el ámbito territorial de Cataluña.

ORDEN 17 de diciembre de 2007, por la que se establecen los criterios para la elaboración de Programas Individuales de Atención, fijación de las intensidades de protección de los servicios, régimen de compatibilidad de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Galicia.

ORDEN 1387/2008, de 11 de junio, por la que se regula el acceso a los servicios, las prestaciones económicas, la intensidad e incompatibilidades de los mismos para las personas en situación de dependencia en la Comunidad de Madrid.

ORDEN TAS/2455/2007, de 7 de agosto, por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo en el año 2007, de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción para la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia, en las Ciudades de Ceuta y Melilla.

ORDEN TAS/278/2008, de 8 de febrero, por la que se modifica la Orden TAS/2455/2007 y se prorroga su vigencia para el año 2008.

COLECCIÓN ESTUDIOS

SERIE DEPENDENCIA

- 12001. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. *El entorno familiar.*
- 12002. Cuidado a la dependencia e inmigración. *Informe de resultados.*
- 12003. Institucionalización y Dependencia.
- 12004. Sistema Nacional de Dependencia. *Evaluación de sus efectos sobre el empleo.*
- 12005. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales.
- 12006. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar".
- 12007. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeo contemporáneo.
- 12008. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeo contemporáneo. CD-ROM.
- 12009. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas.
- 12010. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. CD-ROM.
- 12011. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores.
- 12012. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. CD-ROM.
- 12013. Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica. CD-ROM.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



IMSERSO



9 788484 461265

P.V.P.: 10 €