

Citar: Apellidos, N. (2016) "Título", en: Santos González, D. y Giménez Rodríguez, S. (coords.) (2016). *Integraciones y Desintegraciones sociales*. Toledo: ACMS, pp. ....

## **LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA (2007-2015). UNA EVALUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS DEPENDIENTES Y SUS CUIDADORAS**

Francisco de los Cobos Arteaga. *Universidad Castilla-La Mancha*

### **1. Introducción**

En España el debate acerca de la dependencia es reciente. Surge con relación a los profundos cambios evidenciados por las ciencias sociales en las últimas décadas. En primer lugar, los datos de la Encuesta de Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud en 1999 revelaron un importante número de personas que acogían cuidados insuficientes o carecían de ellos, mientras los discursos institucionales y populares daban por sentado que la familia tradicional asumía sin esfuerzos las cargas. Poco después, la Encuesta Continua de Hogares registraba importantes cambios en la estructura de la convivencia. Entre ellos, la disminución del tamaño medio de los hogares –lo que significa menos posibilidades de cuidados-, el rápido incremento de las residencias unipersonales –por decisión voluntaria o por soledad forzosa de las longevas- y el surgir de las familias mono(p)parentales sometidas a dobles cargas -laborales y de trabajos de atención a otras personas-. También, se constata que los hogares están modificándose de un solo “para siempre”, a varios de duración limitada y emergen nuevas formas de vivir en unión, con indefinidos nexos de solidaridad entre sus miembros. Hay menos posibilidades de apoyar a otros y, al mismo tiempo, emergen valores culturales que cuestionan el rol subordinado de ser cuidadora, sin reconocimiento social. Por último, las proyecciones demográficas señalan, reiteradamente, el crecimiento exponencial del número de personas que van a precisar cuidados de larga duración. A mediados del siglo XXI, España estará compuesta por un 62,5% de mayores (Eurostat, 2015).

Verificadas estas transformaciones, en el ámbito académico empieza a plantearse que se asiste a un cambio de paradigma en los trabajos de cuidados. De atender a los niños y varones, a estar disponible para ofrecer horas de presencia en la vulnerabilidad y la dependencia. Conforme con (Kittay 1999), (Young, 2003), (Fine y Glendinning, 2005), (Tronto, 2005), (Gilligan, 2006) y (Fineman 2008) estas son las situaciones definitorias del conjunto de la población –no la autonomía-, tanto de forma discontinua asociadas a los cambios inherentes en el ciclo de la vida, como en los estados permanentes de la dependencia, la enfermedad crónica o la diversidad funcional. Asimismo, desde los análisis

## **MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

científicos comenzó a cuestionarse las bases del estado de bienestar español centrado en proteger el ciclo del empleo y, de forma implícita, en hacer descansar el resto de la protección social en los hogares (Alguacil, 2012), (Carrasquer, 2013) y (Gálvez, 2013).

Sin embargo, pese a su importancia, los trabajos de cuidados no tienen peso relevante en la agenda pública española, por los constantes intentos de paliar fenómenos endémicos como el paro y la pobreza. En un lapso de bonanza, el gobierno central promovió una amplia investigación (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005) para orientar a las administraciones acerca de cómo ayudar las personas carentes de autonomía. Concluidos estos análisis, se promulgó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Transcurrida cerca de una década de ser publicada, los análisis de las ciencias sociales acerca de cómo se ha aplicado en España son valiosos, pero todavía exigüos. Con distintas metodologías, hay aproximaciones sobre el conjunto de las regiones (Martínez-Buján, 2014), (Oliva, 2014) y (Jiménez-Martín et al., 2016), a los casos de Andalucía (Cano, 2012) y (Martín Vecino et al, 2015), Cataluña (Comas, 2014), Galicia (Mayobre y Vázquez, 2015), País Vasco y Madrid (Barbieri y Gallego, 2015) y Castilla-La Mancha (Cobos, 2016 a). En este sentido, la presente comunicación intenta suplir alguna laguna centrándose en evaluar las políticas públicas, desde la perspectiva de las personas que experimentan limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y sus cuidadoras.

### **2. La definición de los cuidados a la dependencia en España**

A partir de fines del siglo XIX, tras ásperos conflictos entre las fuerzas obreras y los poderes políticos, económicos y religiosos, algunos estados europeos se atribuyeron la capacidad de proteger socialmente a sus ciudadanos. En este sentido, el primer modelo para amparar el “ciclo del empleo”, denominado Bismarck, se gestó en Alemania para ayudar a los varones cuando eran incapaces de ser empleados por enfermedad o accidente profesional y por la salida del mercado laboral en la vejez. Pero, entre sus objetivos no se encontraba la dependencia, que debía ser atendida en los hogares por las mujeres o, en caso de inexistencia de cuidadoras, por instituciones benéficas. Un modelo más avanzado de protección emergió al término de la segunda contienda mundial, cuando países del norte de Europa adoptaron los postulados de William Beveridge. En este modelo, se reflexiona que la vulnerabilidad y la dependencia son condiciones que afectan a todas las personas en cualquier momento del “ciclo de la vida” y, en consecuencia, deben ser protegidas de la “cuna a la tumba”.

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Los países del sur de Europa constituyen un caso especial. Con gran demora respecto a los demás países del continente, por sufrir dilatados periodos de faltas de libertades, en ellos se instauró un modelo denominado en la literatura de protección social como Mediterráneo o Familiarista (Bettio y Plantenga, 2004), (Adelantado, 2009), (Martín Castro, 2012), (Moreno, 2012), (Rey, 2013) y (Muñoz González, 2015). Sin haber experimentado conflictos con los movimientos feministas acerca de las condiciones en las que deben realizarse los trabajos de cuidados, la administración española se centra en atender las fatalidades que puedan padecer los trabajadores, a través de un sistema sanitario cuyos fines son curativos. Con bajo peso de la prevención y del cuidado profesional, los trabajos de atender a las vulnerabilidades y la dependencia recaen, tradicionalmente, sobre la “obligación moral” de las mujeres con los demás (Aznar y Belmonte, 2013), (Serrano et al 2013) y (Comas, 2015). En última instancia, cuando ningún familiar puede hacerse cargo de cuidar, las personas son confiadas a la beneficencia o a la caridad religiosa (Adelantado, 2009).

Asimismo, los sistemas de protección social, se aproximan de diferentes formas a la dependencia, de acuerdo con la ponderación que otorgan a unos u otros elementos explicativos. Quienes se centran en amparar el ciclo laboral, focalizan intervenir en el síndrome biológico de fragilidad del anciano. Así, en los modelos de inspiración Bismarck se atienden los episodios agudos, las enfermedades crónicas, la comorbilidad o la diversidad funcional en su dimensión biológica. Con posterioridad a ser determinado como frágil, como una fase ineludible de deterioro, se alcanza la dependencia. Una condición que es evaluada como falta de autonomía individual –no relacionada con la unidad de convivencia o la comunidad- y, de este modo, queda desresponsabilizada la sociedad (Comas, 2014) y (Gómez Bernal, 2014). España es partícipe de esta orientación y, además, concibe la falta de autonomía como un coste vinculado a los umbrales legales de poder participar en el mercado laboral. Bajo este prisma, son protegidas la infancia, como una etapa preparatoria para el empleo, y la vejez, un tiempo en el que la persona es incapaz de ser empleada. Dotados de una modesta partida presupuestaria, los cuidados de larga duración, incluyéndose los componentes sanitarios y los sociales, significan el 0,7% del Producto Interior Bruto. Un gasto muy alejado del 1,7% dedicado como media en la OECD. Junto a este fuerte desfase público, el sistema español se caracteriza por su medicalización. Del 0,7% total, el sector sanitario recibe el 0,6% y el social el 0,1% (OECD, 2015).

## **MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Para las ciencias sociales y el modelo de protección nórdico, la dependencia es un proceso intrínseco al ciclo vital. En un porcentaje mayoritario de la existencia, las personas experimentan vulnerabilidades o limitaciones en la salud y en las actividades de la vida diaria. Además, se razona que los trabajos de cuidados, de forma necesaria, implican relaciones interpersonales. Entonces, hay que tener en cuenta a las personas que precisan atención y, de manera simultánea, es ineludible reconocer a quienes las acompañan. Por tanto, y a diferencia de las anteriores visiones, los fines son más amplios. Consisten en satisfacer las necesidades específicas de las dependientes y de sus cuidadoras, en sus dimensiones biológicas, económicas y sociales. Para este, propósito se dispone de medidas validadas, que se encuentran a disposición de los gobiernos y de la comunidad investigadora. Así, con la intersección de los datos pueden reconocerse algunos de los citados elementos y otros que, ineludiblemente, deberían ser contemplados para apoyar a la unidad de cuidados. Entre ellos, y siempre respecto a la dependiente y sus cuidadoras, la pobreza, el aislamiento relacional, la exigencia de ser atendida, ofrecer más de 20 horas semanales de presencia a otras personas o las dificultades o incompatibilidad de ofrecer trabajos de cuidados con el proyecto vital de quienes los prestan. Desde esta perspectiva, que contempla las necesidades de las personas, los trabajos de cuidados tienen que estar en el centro de cualquier política pública (Carrasco, 2013), (Carrasquer, 2013) y (Comas, 2014).

### **3. La gestión de la dependencia en España desde las ciencias sociales**

Con el fin de identificar a quienes precisan apoyos y, asimismo, a sus potenciales cuidadoras, hay que plantear un interrogante. ¿Puede determinarse un criterio etario para establecer una dependencia social, como se realiza para entrar y salir del mercado laboral? Al respecto, en los últimos años en el ámbito de la Unión Europea y de la OECD, se han consolidado tres indicadores que facilitan precisar la población destinataria de políticas de protección social. En primer lugar, el indicador “esperanza de vida en salud desde los 65 años”, que exceptúa los casos de falta de autonomía temprana o los derivados de accidentes, ofrece una validez sólida para determinar el momento de comienzo de la dependencia. De acuerdo con este indicador, en 2014 los hombres perdían su salud como media a los 75,1 años, con una esperanza de vida de 84,4 –viven durante 9,3 años con falta

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

de salud- y las mujeres empiezan a carecer de salud a los 74,4 y fallecen a los 88,5 años - 14,1 años en situación de enfermedad-. Por tanto, conforme con este indicador puede establecerse los 75 años como umbral etario de la dependencia. Junto a esta medida patológica, en el espacio europeo se han incorporado las experiencias de las personas a través de otros dos indicadores: “autopercepción de la salud en últimos seis meses” (Jagger et al., 2010) y “autopercepción de limitaciones en las actividades de la vida diaria”. Los datos son recogidos a través de la European Health Interview Survey, incluyéndose como variables socio-económicas: el sexo, la edad, el estado laboral, el grado educativo, los ingresos y la disponibilidad de relaciones sociales. Un análisis multivariable, que excede los propósitos de este texto, permitiría verificar diferencias significativas entre las variables contempladas.

**Tabla 1. Mayores de 75 años potencialmente beneficiarias por dependencia en España respecto a su autopercepción de salud y sus limitaciones en la vida diaria**

	Hombres	Mujeres	Total	Fuentes
Mayores de 75	1.662.028	2.612.120	4.274.148	Padrón
<b>Estimaciones sobre criterios europeos</b>				
Salud mala o muy mala	413.845	882.897	1.296.742	Eurostat
Limitaciones alguna y severa	963.976	1.812.811	2.776.787	Eurostat
Limitaciones severas	276.965	647.806	924.771	Eurostat
<b>Estimaciones y prestaciones españolas y número de cuidadoras</b>				
Proyección L. Blanco (2015)			1.373.248	L. Blanco
Estimación EDAD			1.383.600	EDAD
Cuidadoras	378.200	1.198.100	2.088.100	EDAD (1)
Solicitudes	565.766	1.044.948	1.610.714	SAAD
Derecho a prestaciones			1.180.435	SAAD
Con prestaciones	271.783	524.326	796.109	SAAD
Grado III			349.795	SAAD
Plazas			359.035	CSIC
Ocupación	84.913	185.373	270.286	INE

Fuentes: Padrón. Eurostat (Self-perceived health and Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem by sex and age). Libro Blanco de la Dependencia. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Sistema de Autonomía y Atención

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

a la Dependencia (datos a 31 de diciembre de 2015), CSIC e INE. Algunas estadísticas no ofrecen datos por sexos. (1) No consta sexo de 511.800 cuidadoras.

En la tabla es calculada la población potencial que precisaría cuidados, de acuerdo con los criterios europeos. Asimismo, se recogen las estimaciones acerca de la dependencia ofrecidas en el (Libro Blanco, 2004) y la (EDAD, 2008), para confrontar estas cifras con quienes reciben prestaciones y cuidan en España. En los indicadores propuestos por Europa, el análisis es limitado a la cohorte de 75 o más años y, en consecuencia, la población que declara deterioro en la salud o limitaciones es infravalorada, porque cerca del 30% de la población beneficiaria de prestaciones tiene menos de 65 años (SAAD, 2015). Los criterios europeos y con los umbrales etarios de ser menor de 14 años y de ser mayor de 75 años, en España el 31,75% del ciclo vital de las mujeres y el 27,6% de los hombres se caracteriza por la falta de autonomía (Eurostat, 2015). Situaciones acompañadas, casi siempre, con la presencia de una cuidadora. En ocasiones, interseccionándose con la dependencia, el 29,6% de los habitantes de España tenían problemas de salud o enfermedades crónicas. De ellos el 31,8% eran mujeres y el 27,3% varones (Eurostat, 2015). Con el análisis de estos indicadores normalizados en Europa, que conjugan la pérdida de la salud y la experiencia de las personas, validan la hipótesis de las ciencias sociales cuando sostienen que sumadas la vulnerabilidad, la dependencia y los trabajos de cuidados, la mayor parte de la vida transcurre en alguna de estas condiciones.

Dentro de las profundas transformaciones que se han producido en las sociedades postindustriales, (Himmelweit, 2004 y 2011), (Lynch, 2007) y (Durán, 2010) observan que, en la actualidad, los tiempos de los trabajos de cuidados –estar disponible para apoyar a otras personas- superan a los empleados en la producción. Otros de los últimos cambios es, de acuerdo con los estudios de (Durán, 2014), la necesidad de más unidades de cuidados para atender a las mayores, sobre todo a las mujeres, que a la infancia. Con el aviso que, de acuerdo a las proyecciones demográficas, las cargas a dedicar a la vejez se incrementarán significativamente en los próximos años. Sin embargo, estos trabajos de cuidados y otros se distribuyen de forma inequitativa. Algunos grupos – hombres y clases con poder adquisitivo- ejercen su “irresponsabilidad privilegiada” (Tronto, 2005). Eluden apoyar a las personas cercanas en situación de vulnerabilidad, dependencia o no son corresponsables con quienes deberían ser “iguales”, porque estiman otras actividades más importantes o se manifiestan liberados de cuidar.

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

En el sistema de protección español, los que definen y ejercen el gobierno enfatizan la responsabilidad del individuo en el autocuidado y el envejecimiento activo. Ideas que hacen compatible con la suposición que, “la familia” es la proveedora de apoyo a un importante porcentaje de población vulnerable. Así, con estos fundamentos, las administraciones reiteran las ventajas de mantener a las ancianas en el elemento natural del hogar, como la respuesta más humana y, sobre todo, menos costosa para las arcas públicas. Entonces, de forma tácita, se admiten dos partes en los cuidados, una receptora y otra proveedora de los mismos. Simultáneamente, esta parte debe ser empleada para satisfacer las necesidades materiales de la casa o ya dispone de una edad muy avanzada, que limita su capacidad de cuidar. Pero, en el modelo español centrado en la patología y en la prestación económica individualizadas, las relaciones de apoyo ofrecidas por las cuidadoras, desde algunas perspectivas, se suponen “desinteresadas”. Solo se concede prestación a quien es reconocido como dependiente. De acuerdo con la (EDAD, 2008), más de dos millones de cuidadoras ofrecen una intensa presencia a otras diariamente, pero permanecen desprovistas de derechos laborales, económicos o de formación para apoyar a las otras y autocuidarse.

Otro de los rasgos de la protección española es su carácter pasivo. Concebida como un derecho subjetivo, solo se activa a demanda de la persona afectada, que debe ser evaluada para otorgarla un grado de falta de autonomía. En todo caso, para ejercer los derechos que, formalmente, están recogidos en la legislación hay que contar con apoyos para llevar la solicitud ante las instituciones y, además, creer que van a ser atendidos. Después de adquirir esta convicción, la dependiente y su cuidadora deben enfrentarse a un procedimiento evaluativo, con las facilidades o las trabas interpuestas por los distintos gobiernos autonómicos. En este sentido, bajo el principio de identificar la eficiencia con un estricto control del déficit público y evitar posibles usos fraudulentos, durante la implementación de la Ley de Dependencia, se han modificado con frecuencia los procedimientos administrativos. De ellos el más destacable, ha sido cambiar los criterios de evaluación de la falta de autonomía que, con anterioridad, era medida con escalas supuestamente objetivas. Tras esta mudanza de criterios, algunas autonomías han conseguido rebajar el grado de reconocimiento y, en consecuencia, las prestaciones asociadas de muchas personas. Sirva como muestra, que en el año 2010 había 488.436 evaluadas en el grado III, el máximo de dependencia, y, año tras año, las incluidas en este grado se han reducido hasta 349.795, en el ejercicio cerrado de 2015. Además, con estas y otras actitudes dilatorias, las regiones se han significado por aplicar un tiempo desproporcionado entre la llegada de la solicitud y las ayudas a la dependencia. De acuerdo con los últimos datos difundidos, el 21,13% de las

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

pretendientes a ayudas habían fallecido sin haberlas recibido (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

En España, hay una secular infradotación de medios públicos para proveer ayuda socio-sanitaria profesional en los domicilios, ofrecer descanso y formar a las cuidadoras, con notables divergencias entre las regiones (Alguacil, 2012), (Karsten y Jiménez, 2013), (Leyra y Roldán, 2013) y (Martínez-Buján, 2014). Pero, como las autonomías disponen de capacidad para definir sus políticas, se ha generado una heterogeneidad de formas de implementar la dependencia, que han consolidado prácticas alejadas del espíritu de la ley. Algunos gobiernos regionales han derivado recursos que debían asignarse a servicios profesionales a conceder modestos auxilios monetarios a las cuidadoras, denominados como “prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales”. Una disposición de las administraciones que asigna tareas a las mujeres, para las que no están cualificadas y, quizás, no deseen realizar. Es cierto que, desde una perspectiva economicista, esta medida permite reducir costes. Si bien, la ley española señala estas transferencias monetarias como algo excepcional, porque no facilitan una atención profesionalizada a las dependientes (Martínez López, 2014), (Pérez Orozco, 2014) y (Carral, 2015).

Para quienes precisan o desean ayuda fuera de su casa, conforme con los últimos datos publicados, en España hay 359.035 plazas residenciales. Cuya gestión es privada 72,6% -260.566 plazas-, con una importante participación de la iglesia católica, que establece convenios con las administraciones para ofertar plazas. Para quienes aspiren a cuidados de titularidad pública queda un 27,1% -97.145 plazas-. Respecto a esta brecha de recursos, es necesario significar que a la hora de confiar a las dependientes a una residencia privada, en muchas ocasiones, las familias se enfrentan a una calidad desconocida de los servicios, por la insuficiencia de profesionales cualificados en el conjunto del país y, singularmente, en el sector mercantilizado. Si bien, el aspecto más relevante de esta oferta radica en el hecho que no cubre las necesidades de las 349.795 dependientes de Grado III -el más elevado de falta de autonomía- a 31 de diciembre de 2015. Unas personas que precisan la atención constante de otras, pero, conforme con el último dato publicado por el (INE, 2013), solo se disponía de 270.286 plazas para las carentes de autonomía, porque casi una de cada cuatro plazas estaba desocupada.

En todo caso, una vez lograda la prestación residencial, hay que ajustarse a una oferta no siempre cercana al domicilio y, por añadido, debe afrontarse el copago que impone



## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

la Ley de Dependencia en su exposición de motivos: “*Los beneficiarios contribuirán económicamente a la financiación de los servicios*”. Con la advertencia que las comunidades aplican disimilares criterios en el copago sobre los ingresos de la dependiente –la pensión– y, algunas, los aplica sobre el total de ingresos y del patrimonio. Sin que pueda olvidarse que, según la memoria económica de acompañamiento de la Ley, el copago debe suponer más de un tercio de los ingresos de las administraciones para financiar la dependencia.

Estas barreras de acceso implican que, para eludir los costes trasladados por las administraciones a las personas, buena parte de quienes son beneficiarias renuncien a una prestación exigua con la que no pueden pagar los servicios y que, alguna familiar, deba asumir los trabajos. Incluso en los casos de la dependencia más avanzada, junto a la insuficiencia de plazas, en muchas ocasiones se mantiene a las más pobres en casa, para que no sean desposeídas de las pensiones sobre las que se realiza el copago (Peterson, 2009). Esto puede ser explicado por el hecho que, a diferencia de los servicios sanitarios de carácter universal, los bajos ingresos medios y la desigualdad de renta –España, de acuerdo con el índice de Gini, es el segundo país de la Unión Europea en esta desigualdad–, abren una brecha entre los privilegiados, que adquieren servicios de cuidados en el mercado, y la inmensa mayoría que no pueden hacerlo. Sin que pueda obviarse que, quienes disponen de menos ingresos experimentan peor calidad de salud y más limitaciones en las actividades de la vida diaria. Asimismo, en los últimos años, los trabajos de cuidados se han feminizado y precarizado, aún más. Por una parte, los hogares pudientes han recurrido, sobre todo, a inmigrantes, cuyas condiciones laborales son, con frecuencia, irregulares (Morcillo et al., 2010), (Ezquerro, 2012), (Gálvez, 2013), (Martínez-Buján, 2014) y (Comas, 2015). Por otra parte, la mayoría de las mujeres han debido asumir interminables dobles jornadas, compuestas por los trabajos de cuidados y el empleo, con renunciaciones fortísimas en sus vidas (Morcillo et al., 2010), (Ezquerro, 2012), (Sánchez Reinón, 2012) (Márquez y Martín, 2013), (Serrano et al, 2013) y (Comas, 2015).

### 4. Discusión

Con este cúmulo de evidencias, hay que reflexionar acerca de la dualidad entre los análisis científicos sociales y el discurso oficial de la dependencia. Desde las instituciones, la norma se presentó –se presenta– como un avance decisivo en la protección pero, de acuerdo con la revisión exhaustiva del tema y los datos analizados, no responde a las

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

declaraciones de los gestores. Igualmente, en dirección a legitimar las políticas, hay algunos estudios preocupados en el coste monetario que deberían asumir los gobiernos, pero eluden razonar las condiciones sociales de las dependientes y sus cuidadoras. Por tanto, hay que estimar la posibilidad de sesgos en quienes han definido y gestionan las políticas del sistema de atención o se centran en los costes económicos. Pueden disponer un conocimiento obsoleto sobre la realidad social, aplicar una visión androcentrista, trasladar su experiencia como sujetos autónomos a los análisis de una sociedad vulnerable, pagar servicios mercantiles de cuidados y liberarse de los mismos o apoyan sin ambages el desmantelamiento del bienestar.

En todo caso, cuando se proclama, formalmente, satisfacer las necesidades de las personas que precisan apoyos emergen nuevos elementos que deben ser considerados en la gestión pública: la falta de vínculos de apoyo o la insuficiencia de tiempo para enfrentarse a procedimientos evaluativos, barreras o prácticas administrativas disuasorias y, de manera singular, los estigmas fomentados por los gestores por una perspectiva sesgada o deliberada. Entre los problemas a resolver, la recurrente idea de fraude, sostener que se prodiga mejor atención a las dependientes en la familia –mediante el esfuerzo “desinteresado” de las cuidadoras- o afirmar que se puede conciliar, sin costes, el empleo y ofrecer trabajos de cuidados.

Para futuros estudios, dos temas clave quedan por confrontar con los discursos oficiales y economicistas. En primer lugar, el papel del sector sociosanitario privado, que recibe de forma directa el 36% del gasto de la dependencia pagado por clientes y un indefinido porcentaje a través de convenios con las administraciones (OECD, 2015). Al respecto (Alguacil, 2012), (Planella, 2012) y (Rey, 2013) destacan que, a la hora de desarrollar la Ley de Dependencia, se partía de una poderosa infraestructura mercantilizada para prestar cuidados de larga duración y de un modesto sector público fragmentado en varias administraciones territoriales. Precisamente, el hecho de ser el sector privado el principal proveedor de servicios de cuidados, en un contexto de crisis y de involución en la igualdad, ha podido manifestarse decisivo para definir las políticas de la protección. El segundo tema a tratar en próximos trabajos es la posibilidad que la Ley de Dependencia haya sido regresiva. En este sentido, un significativo número de autoras (Guzmán, 2010), (Monserrat y Montejo, 2012), (Karsten y Jiménez, 2013), (Serrano, et al., 2013), (Benería y Martínez-Iglesias, 2014) y (Lombardo y León, 2015), coinciden en sostener que, tanto la promulgación de la Ley como su desarrollo, se han realizado descontextualizadas de las desigualdades de clase, género y raza. Los mayores porcentajes de copago recaen sobre

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

las unidades de convivencia con capacidad adquisitiva media-baja y los trabajos de cuidados sobre las mujeres de estas clases y las inmigrantes con condiciones laborales precarias. Ambos temas precisan unas reflexiones finales. En el Estado Español, la mayoría de las personas que experimentan una salud mala o muy mala o alguna o severas limitaciones no son reconocidas como dependientes, acogen escasos cuidados profesionales o no los reciben y las administraciones tienen conocimiento de estas situaciones, pero apelan a que se cumpla el proceder burocrático. Con verosimilitud, porque los gobiernos tienen constancia que las dependientes y sus cuidadoras no disponen de capacidad para organizarse y hacer valer sus demandas, a través de mecanismos de presión (Brodiez-Dolino, 2013), (Serrano et al 2013) y (Cobos, 2016 a y b).

### 5. Conclusiones

De acuerdo con los criterios europeos, los datos analizados evidencian una elevada brecha entre quienes experimentan mala y muy mala salud o limitaciones severas en las actividades de la vida diaria y, por otra parte, las que disfrutan de prestaciones y la oferta de servicios. Estos déficits se producen incluso entre las evaluadas en el grado III de dependencia, que necesitan la presencia de otras personas de forma continua. Los trámites y las dilaciones administrativas y, sobre todo, los onerosos copagos que son impuestos a la dependencia ejercen como medidas disuasorias, en gran parte de la población, para recibir cuidados. De este modo, amplios sectores de la dependencia, singularmente, las personas con menores recursos económicos quedan excluidas de la atención por las administraciones.

El sistema de asistencia español fundado sobre las bases de la beneficencia, la caridad y, sobre todo, por el esfuerzo de las mujeres, no garantiza la igualdad en el acceso a los cuidados. Además, en los últimos años, junto a la creciente mercantilización de la asistencia, se ha pretendido responsabilizar de la vulnerabilidad y de la dependencia a la familia tradicional –un tipo de organización en declive- para que, en última instancia, los trabajos de cuidados vuelvan a recaer sobre las mujeres. Como conclusión, desde la perspectiva de satisfacer las necesidades de las dependientes y de sus cuidadoras, la gestión es muy ineficiente.

### Bibliografía

ADELANTADO, J. (2009), “Los servicios sociales y la cuarta pata (¿coja?) del Estado del Bienestar en España”, en *Sociedade em Debate*, 15, (1): 79-90.

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ALGUACIL, J. (2012), "La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España", en *Cuadernos de Trabajo Social*, 25, (1): 63-74.

AZNAR, J. y BELMONTE, I. (2013), "Las familias como elemento subsidiario del estado de bienestar", en *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche*, 9, (1): 1-20.

BARBIERI, N., y CALDERÓN, R. G. (2015), "El despliegue de la Ley de Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid (2007-2012): el margen de la autonomía política", en *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria-Revista de servicios sociales*, 60: 93-111.

BENERÍA, L. y MARTÍNEZ-IGLESIAS, M. (2014), "Taking advantage of austerity: the economic crisis and care in Spain", en *Working Paper Series Istanbul Technical University, Work-Family Balance and Gender Equality-A North-South Policy Perspective*.

BETTIO, F. y PLANTENGA, J. (2004), "Comparing care regimes in Europe", en *Feminist Economics*, 10, (1) : 85-113.

CANO, T. (2012), *Los cuidados en conflicto. De la Ley de Dependencia a las estrategias de cuidados informales en Andalucía*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

CARRAL, C. (2015), "La responsabilidad de cuidar a personas en situación de dependencia, una propuesta teórica para la elaboración de políticas públicas", en *Encrucijadas-Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 10, a1005.

CARRASCO, C. (2013), "El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía", en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31, (1): 39-56

CARRASQUER, P. (2013), "El redescubrimiento de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología", en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31, (1): 91-113.

COBOS, F. (2016 a), "La doble presencia y la doble soledad. La gestión de la dependencia en Castilla-La Mancha", en *Praxis Sociológica*, 20: 263-285.

COBOS, F. (2016 b), "Las políticas de exclusión de las administraciones a los grupos con necesidades específicas de cuidados", en GONZÁLEZ GARCÍA, E. et al. (coor.), *Mundos emergentes: cambios conflictos y expectativas*, Toledo, Asociación Castellano-Manchega de Sociología: 554-564.

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

COLOMBO, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris, OECD Publishing, en la red

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en> (datos obtenidos, 14 julio 2016).

COMAS, D. (2014). “Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista”, en *Mora*, 20: 167-182.

COMAS, D. (2015), “Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar” en *Revista de Antropología Social*, 24: 375-404.

DURAN, M.A. (2010), *Tiempo de vida y tiempo de trabajo*, Bilbao, Fundación BBVA.

DURÁN, M.A. (2014), “Mujeres y hombres ante la situación de dependencia”, en *Seminario Políticas de atención a las personas mayores: hacia un sistema integrado de cuidados*, en la red [http://digital.csic.es/bitstream/10261/101937/1/mujereshombres19\\_21mayo.pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/101937/1/mujereshombres19_21mayo.pdf) (datos obtenidos, 4 julio 2016).

ENVEJECIMIENTO EN RED (2015), “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015”, en *Informes en Red*, nº 13.

EZQUERRA, S. (2012), “Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real”, en *Investigaciones feministas*, 2: 175-187.

FINE, M. y GLENDINNING, C. (2005), “Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of ‘care’ and ‘dependency’” en *Ageing and Society*, 25, (4): 601-621.

FINEMAN, M. (2008), “The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition”, en *Yale Journal of Law and Feminism*, 20, (1):1-23.

GALVEZ, L. (2013), “Una lectura feminista del austericidio”, en *Revista de economía crítica*, 15: 80-110.

GÓMEZ BERNAL, V. (2014), “Análisis de la discapacidad desde una mirada crítica: Las aportaciones de las teorías feministas”, en *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 40, (2): 391-407.

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

GUZMAN, F. et al. (2010), "Por qué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal", en *Abendua*, 48: 43-56.

HIMMELWEIT, S. (2004), "La economía de la atención" en *Congreso Internacional SARE 2003: Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer: 111-117.

HIMMELWEIT, S. (2011), "El descubrimiento del 'trabajo no remunerado': consecuencias sociales de la expansión del término 'trabajo'" en CARRASCO, C., BORDERÍAS, C. y TORNOS, T. (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, La Catarata: 199-224.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2013), *Censos de Población y Viviendas 2011 Población residente en establecimientos colectivos*, en la red <http://www.ine.es/prensa/np777.pdf> (datos obtenidos 10 de julio de 2016).

JAGGER, C. et al. (2010), "The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly across European Countries", en *Journal of Clinical Epidemiology*, 63: 892-899.

JIMÉNEZ-MARTÍN, S. (2016), *Observatorio de dependencia febrero 2016*, en *Estudios sobre la Economía Española*, en la red <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-05.pdf> (datos obtenidos 11 de agosto de 2016).

KARSTEN; K. y JIMÉNEZ, E. (2013), "La ley de dependencia ¿Un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización", en *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. XVII, 436, en la red <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-436.htm> (datos obtenidos, 1 de julio de 2016).

KITTAY, E.F. (1999), *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York, Routledge.

LEYRA, B. y ROLDAN, E. (2013), "Reflexiones feministas sobre las mujeres mayores, el envejecimiento y las políticas públicas. Aproximaciones al caso español", en *Ex aequo*, 28: 103-106.

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

LOMBARDO, E. y LEÓN, M. (2015), "Políticas de igualdad de género y sociales en España: origen, desarrollo y desmantelamiento en un contexto de crisis económica", en *Investigaciones feministas*, 5: 13-35.

LYNCH, K. (2007), "Love labour as a distinct and non-commodifiable form of care labour", en *The Sociological Review*, 55, (3): 550-570.

MÁRQUEZ, J. A. y MARTÍN, I. B. (2013), "Las familias como elemento subsidiario del estado de bienestar", en *Revista de Sociales y Jurídicas*, 9: 1-20.

MARTIN CASTRO, M. B. (2012), "Reformas en el estado de bienestar mediterráneo: especial referencia al caso español en la época de crisis", en *Revista de Sociales y Jurídicas*, 8: 174-201.

MARTÍN PALOMO, M. T. et al. (2016), "Retos y perspectivas en la profesionalización del cuidado: un análisis de la aplicación de la ley de dependencia en Andalucía", en GONZÁLEZ GARCÍA, E. et al. (coord.), *Mundos emergentes: cambios conflictos y expectativas*, Toledo, Asociación Castellano-Manchega de Sociología: 451-462.

MARTINEZ LÓPEZ, J. A. (2014), "Ley de Dependencia: De la fragilidad de los servicios a la necesidad de la prestación económica", en *Documentos de Trabajo de Sociología Aplicada*, 4.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2014), "Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares", en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145: 99-126.

MAYOBRE, P. y VAZQUEZ, I. (2015), "Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género", en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151: 83-100.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015), *Avance de la evaluación 2015 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, en la red en: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im\\_102607.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_102607.pdf) (datos obtenidos 29 julio 2016).

MINISTERIO DE SANIDAD, ASUNTOS SOCIALES E IGUALDAD (2016), *Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia*, en la red

## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

[http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia\\_01/saad/el\\_saad/index.htm](http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/saad/el_saad/index.htm) (datos obtenidos, 29 julio 2016).

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005), *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro blanco*, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2008), *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia*, en la red [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175) (datos obtenidos, 6 julio 2016).

MONSERRAT J. y MONTEJO, I. (2012), “*El copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*”, en *Acta para la Dependencia*, 6: 75:98.

MORCILLO, J.M. et al. (2010), “Mujer, mujeres, políticas de igualdad y su relación con la gestión de los cuidados”, en *Humanismo y Trabajo Social*, 8: 191-211.

MORENO, L. (2012), *La Europa asocial: Crisis y Estado del bienestar*, Barcelona, Península.

MUÑOZ GONZÁLEZ, O. (2015), “El declive de la Ley de la Dependencia: Familismo implícito y oportunidad perdida en la profesionalización de los cuidados”, en *Encrucijadas-Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 10: 1-16.

OECD (2015): *Health at a glance 2015*, en la red [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en) (datos obtenidos, 7 julio 2016).

OLIVA, J. (2014), “Sistema de autonomía personal y atención a la dependencia: análisis y líneas de avance en tres dimensiones”, en *Actas de la Dependencia*, 12, Fundación Caser, en la red en:

[http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/j.oliva\\_analisisylineas\\_web.pdf](http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/j.oliva_analisisylineas_web.pdf) (datos obtenidos, 29 de julio de 2016).

PÉREZ OROZCO, A. (2014), *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid, Traficantes de sueños.



## MESA DE TRABAJO 6: DEMOCRACIA, PARTICIPACIÓN POLÍTICA, MOVIMIENTOS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PETERSON, E. (2009), "Género y Estado de bienestar en las políticas españolas", en *Asparkía. Investigación feminista*, 20: 35-57.

PLANELLA, J. et al. (2012), "Activismo y lucha encarnada por los derechos de las personas con dependencia en España: 1960-2010", en *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 6, (2): 49-61.

REY, J. L. (2013), "¿Cómo (re) inventar el Estado de bienestar en España?" en *Revista Icade. Revista de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, 90: 11-44.

RUGGERI, S. (2014), "Re-leer el estado de bienestar desde la perspectiva de género", en *RESED. Revista de Estudios Socioeducativos*, 2: 45-65.

SÁNCHEZ REINÓN, M. (2010), "Los 'cuidados informales' de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los 'servicios sociales de cuidados'", en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30, (1): 185-210.

SERRANO, A. et al. (2013), "Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica", en *Revista Internacional de Sociología*, 71, (3): 669-694.

TRONTO, J. (2005), "Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad", en *Congreso Internacional SARE 2004 ¿Hacia qué modelo de ciudadanía?*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer: 231-254.

YOUNG, I.M. (2003), "Autonomy, Welfare Reform, and Meaningful Work" en KITTAY, E.F. y FEDER, E.K. (ed.), *The Subject of Care: Feminist Perspectives on Dependency*, Lanham, Md, Rowman & Littlefield: 40-60.