



POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y CUIDADOS INFORMALES

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO

Catedrático de Sociología
Universidad de Alcalá de Henares

EXTRACTO

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (a partir de ahora LEADE) se menciona en el preámbulo de la misma tanto la estimación de la población que sufre discapacidad como la importancia social e histórica de la atención informal. Asimismo en el capítulo II, sección 1.ª, del Título I se definen las prestaciones del sistema para la protección del colectivo en situación de dependencia y en la sección 2.ª las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar.

En este trabajo tratamos de dar cuenta de la importancia del conocimiento de la población en situación de dependencia y de las estimaciones que sobre la misma se han realizado en España. A continuación ofrecemos una panorámica de los cuidados informales, su extensión e intensidad, así como su importancia en la actualidad y en los años venideros en el contexto de un sistema protector centrado en los servicios sociales. Finalmente, abordamos algunos de los aspectos protectores, de coordinación y de financiación que incidirán en la población dependiente que acceda al nuevo sistema y a sus cuidadores informales.

ÍNDICE

1. LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA COMO REALIDAD SOCIAL
2. LA CARGA DE LOS CUIDADOS INFORMALES Y LA TRANSICIÓN HACIA UN MODELO DE RIESGOS COMPARTIDOS
 - 2.1. De un modelo predominante de cuidados informales basado en el trabajo no remunerado de la mujer
 - 2.2. A un modelo de riesgos compartido entre el Estado, las personas afectadas y sus cuidadores
3. LA ACCIÓN PROTECTORA DE LA LEY 39/2006: POBLACIÓN PROTEGIBLE, COORDINACIÓN DEL SAAD Y FINANCIACIÓN
4. CONCLUSIÓN

1. LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA COMO REALIDAD SOCIAL

a) En la LEADE la situación de dependencia se define (art. 2.2) como un déficit de autonomía, es decir, como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual, sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal». A continuación define como actividades básicas de la vida diaria o ABVD el déficit para realizar con un «mínimo de autonomía e independencia el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas».

De este modo la LEADE recoge la doctrina del Consejo de Europa (1998) que define la dependencia como «aquél estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria». Doctrina asumida por el Consejo y la Comisión Europeos (2003).

Tal como hemos señalado antes en la definición de la dependencia no entran todas las discapacidades existentes sino aquellas que entran dentro de las llamadas «actividades de la vida diaria» (actividades relativas al cuidado personal; movilidad en el hogar; tareas domésticas; reconocer objetos y personas así como ejecutar órdenes sencillas), si bien no existe un completo acuerdo en el contenido de las ABVD.

Estimar la población en situación de dependencia es un ejercicio aproximativo a lo que sería una demanda potencial y una forma de estimar también el coste financiero de la acción protectora en función del tipo de prestaciones por el que se opte (servicios, prestaciones monetarias o ambas), el peso de las mismas y la intensidad protectora (lo que implica un mayor o menor copago). La población demandante real va a depender, a su vez, del baremo de entrada en el sistema protector y de otros factores (como la información). La propia LEADE ha venido acompañada de una Memoria en la que se recoge la población potencialmente dependiente que se estimó en el Libro Blanco de la Dependencia. Esto supone que en este trabajo estamos hablando de cifras estimadas, aproximativas, y que la población dependiente realmente protegida no estará consolidada en el Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia (SAAD) hasta mitad de la próxima década aproximadamente que será cuando tenga lugar la maduración institucional de la ley.

b) Toda estimación de una población dependiente será función de las discapacidades que elijamos y del peso que concedamos a cada una de las mismas (en este caso la ponderación de las discapacidades es importante para jerarquizar su importancia), lo cual está abierto inevitablemente al debate. Así, en el caso de España, una parte nada desdeñable de personas en situación de dependencia lo son por razones de tipo instrumental detrás de las cuales suelen existir a menudo factores sociológicos (tal es el caso de la dependencia de hombres mayores para realizar actividades instrumentales de la vida diaria o AIVD). Precisamente por esto suele diferenciarse en las estimaciones las ABVD de las AIVD, dando importancia superior a las primeras sobre las segundas lo cual no siempre es posible si consideramos, por ejemplo, una persona con Alzheimer o un niño con discapacidad psíquica muy elevada. En todo caso, la población que sufre dependencias básicas, (necesidad de cuidado personal en sus diversas modalidades y movilidad en el hogar), sin duda las más importantes, viene a ser aproximadamente dos terceras partes del total de las personas en situación de dependencia.

La población dependiente recorre toda la estructura de edades si bien en la actualidad el proceso de envejecimiento de la población española es la causa más importante que explica la dependencia; no podemos minusvalorar la importancia de los accidentes de trabajo y accidentes de tráfico como causas de dependencia que afectan a la población activa. Que ello es así queda demostrado por el hecho de que el proyecto de ley introdujo la protección de los menores de 3 años que el anteproyecto de ley había dejado en manos de la familia y que en la ley se especifica en la disposición adicional decimotercera que contempla una escala de valoración específica (CES, 2006; Siposo, 2006).

En los años venideros el envejecimiento de la población (Maravall, 2003) con el incremento de la esperanza de vida (por otra parte éxito de nuestra sociedad) será el factor más determinante que incrementará las situaciones de dependencia. Este crecimiento posiblemente será compensado parcialmente debido a los avances terapéuticos y las mejoras en la calidad de vida mejorarán la esperanza de vida libre de discapacidad.

Hasta hoy la estimación del volumen y estructura de la población dependiente se basa en el análisis de encuestas de autopercepción realizadas a domicilio de la persona afectada o del familiar cuidador. En dichas estimaciones no suelen incluirse las personas con dependencia que viven en residencias o las personas sin hogar que no son objeto de entrevistas. Esta valoración de la dependencia se subjetiva, es decir, es una evaluación subjetiva del propio entrevistado y/o de su cuidador informal y no de una evaluación técnica realizada por un equipo multidisciplinar en función de un baremo de medida determinado. La aplicación del baremo aprobado por el Consejo Territorial de la Dependencia en su sesión constitutiva de enero de 2007 (IMSERSO, 2007) iniciará el proceso real de accesibilidad al sistema protector de las personas calificadas en alguno de los grados de dependencia previsto en la ley (arts. 26 y 27). Por todo ello, las diferentes estimaciones deben ser tomadas como aproximaciones a la realidad. Será, como decimos, el umbral de entrada marcado por el baremo el que determine el volumen real de personas en situación de dependencia funcional y su distribución por grados y niveles (Casado, 2004, 2006; Salvá y Rivero, 2006).

Según la encuesta EDDDES 1999 (INE, 1999), que no incluye la población que vive en residencias ni las personas sin hogar, un total de 2.215.393 personas de 6 y más años presentan alguna discapacidad respecto de las actividades de la vida diaria, es decir, están en

diferentes situaciones de dependencia. De ellos, 793.748 son varones y 1.421.645 mujeres. De este colectivo, la población de 65 y más años con problemas de dependencia es de 1.423.962 personas, es decir, casi exactamente dos tercios del total de la población dependiente, de los cuales 997.190 son mujeres y 426.772 son hombres.

La población española mayor de 6 años que sufre algún tipo de discapacidad relacionada con la realización de actividades de la vida cotidiana viene a ser aproximadamente el 6 por cien de la población española, si bien esas tasas crecen de manera exponencial a partir de los 65 años: 11 por cien en el grupo de edad de 65 a 69, 16 por cien en el grupo de edad de 70-74 años, 25 por cien en el grupo de 75-79 años de edad, 34 por cien en el grupo de 80-84 y 54 por cien en el grupo de 85 y más años.

A partir de este volumen inicial de 2.215.393 personas dependientes que nos proporciona la EDDDES 1999 se han realizado durante los últimos años análisis más sofisticados en función de diferentes hipótesis si bien no es la única fuente ya que también se han utilizado encuestas de salud para estimar la población dependiente mayor de 65 años. Las distintas metodologías aplicadas (Abellán y Puga, 2002; Morán, 1999; Casado y López Casanovas, 2001; Puga y Abellán, 2004; Rodríguez Cabrero, 2004; Morán y Rodríguez Cabrero, 2005; Libro Blanco: IMSERSO, 2005 a; Abellán y Esparza, 2006 entre otras) tienen como resultado distintos tamaños de población en conjunto y por grados de dependencia. Así, en el caso de la población mayor dependiente de 65 años y más años, encontramos muy diferentes resultados. En el CUADRO 1 hemos recogido las diferentes estimaciones realizadas hasta el momento sobre personas mayores dependientes realizadas por Abellán y Puga (2004) y actualizadas por Ramos y Abellán recientemente (2006), en el que observamos las amplias diferencias existentes entre las mismas. Las estimaciones de Abellán y Puga (2004) y Rodríguez Cabrero (2004) en base a la EDDDES 1999 son relativamente coincidentes, además de estar construidas a partir de indicadores sintéticos, si bien difieren en cuanto a la cuantificación de los distintos niveles de dependencia.

En la a población mayor dependiente del Libro Blanco (2005 a) diferencia entre población con dependencia severa o total para actividades de cuidado personal y actividades de tipo instrumental o doméstico sin elaborar un índice sintético que integre ambas. Según ello serían protegibles las primeras, siendo las segundas objeto de una protección no especificada. De este modo la población dependiente de 65 y más años con discapacidad severa o total para actividades de tipo personal sería de 826.551 personas; la población mayor con discapacidad moderada para alguna ABVD y para alguna AIVD sería de 1.061.404 personas en el año 2005.

En otro estudio reciente (Morán y Rodríguez Cabrero, 2005) a partir de la EDDDES 1999 la población dependiente mayor de 65 años (incluida la que vive en residencias) se estima para el año 2005 entre un máximo de 1.583.234 y un mínimo de 1.444.750 personas, en base a un indicador sintético de actividades personales de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (AIVD), considerando que en la primera estimación las proporciones de los grupos quinquenales de edad permanecen constantes y que en la segunda hipótesis se produce una ganancia de un año de vida libre de discapacidad cada cinco años. Si consideramos en la estimación máxima únicamente la población mayor con dependencia severa y grave (las que considera el Libro Blanco) las diferencias para el año 2005 entre la estimación del Libro Blanco (826.551) y la arriba mencionada (764.212) no son muy diferentes ni tampoco para el año 2015 (1.046.410 en Libro Blanco y 1.037.262 en nuestra estimación).

**CUADRO 1
ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR CON DEPENDENCIA**

Autor/es	Fuente utilizada para la estimación	Población mayor dependiente	Observaciones
Pérez Díaz	Encuesta discapacidades (1986)	1.077.989	Personas con alguna minusvalía
Morán Aláez (en Rodríguez Cabrero, 1999)	Encuesta Nacional de Salud (1993)	1.943 .373	El 67,9% son dependientes graves (641.120 personas)
Defensor del Pueblo (2000)	Estudio 2072, CIS (1993)	1.500.000	
UNESPA (2000)	1998	954.167/1.267.953	
Casado y López (2001)	Encuesta Soledad CIS (1998)	2.100.000/2.300.000	34,2% de los mayores, dependencia amplia
Abellán y Puga (2001)	Encuesta Nacional de Salud (1997)	2.099.884	Personas con problemas en las actividades de la vida diaria
INE (2001)	EDDES (1999)	1.423.962	Personas con problemas en las actividades de la vida diaria
Puga (2002)	Encuesta Nacional de Salud (1997)	1.691.799	26% de los mayores (12,4% es dependiente moderado-grave)
Jiménez Lara y Huete García (2003)	EDDES (1999)	1.464.815	Todos los grados de severidad
Funació Institut Català de l'Envel·liment (2004)	EDDES (1999)	1.585.844	Selección de actividades de la vida diaria
Abellán y Puga (2004)	EDDES (1999)	1.115.257	Dependencia muy grave (ayuda continuada): 359.281; dependencia grave: 337.748; dependencia moderada: 418.228
Rodríguez Cabrero (2004)	EDDES (1999)	1.017.104	Dependencia muy grave o severa: 206.441; dependencia grave: 380.908; dependencia moderada: 429.755
Libro Blanco de la Dependencia (2005)	EDDES (2005)	826.551 personas con discapacidad severa o total para alguna actividad básica de la vida diaria y 1.061.404 con dependencia moderada o necesidad de ayuda instrumental	Se diferencia entre un grupo de personas con dependencia severa en actividades de tipo personal y otro grupo más mayoritario de personas que necesitan ayuda para actividades instrumentales
Morán Aláez y Rodríguez Cabrero (2005)	EDDES (2005)	Hipótesis máxima de 1.583.234 e hipótesis mínima de 1.444.750 personas de 65 y más años	Indicador sintético de ABVD y AIVD

Fuente: Abellán y Puga (2004), MTAS (2005) y elaboración propia.

Esta estimación ha sido reelaborada y ampliada por Elsa Ramos y Antonio Abellán el 2006 (Informe Portal de mayores núm. 56)

La población mayor de 65 años constituye el grupo más numeroso de la población en situación de dependencia, es más, la población con 80 y más años supone más del 40% de la población total estimada en situación de dependencia en España. Sin embargo, no podemos olvidar que esta recorre toda la estructura de edades de la población española. En este sentido es preciso resaltar que existen aún lagunas protectoras importantes en el colectivo con menos de 65 años y, en concreto, en el colectivo discapacitado integrado en el mercado laboral que precisa de ayudantes personales para hacer efectiva dicha incorporación. Razón por la cual la LEADE ha previsto ayudas monetarias de asistencia personal (arts. 14.5 y 19 para promover la autonomía de personas con gran dependencia) que en el anteproyecto de ley se contemplaron únicamente para los menores de 65 años y en el proyecto de ley se han ampliado para todas las edades si bien su filosofía básica es apoyar la promoción y autonomía de las personas con gran dependencia para hacer posible «el acceso a la educación, al trabajo y a una vida más autónoma»

A continuación consideramos dos estimaciones de la población dependiente que recogemos en el **CUADRO 2** para el año 2000 que han sido elaboradas a partir de indicadores sintéticos relativamente próximos que combinan las discapacidades de la vida cotidiana, personales (ABVD) e instrumentales (AIVD), y sus niveles de gravedad respectivo. Se ha considerado la población mayor de 6 años en situación de dependencia que vive en domicilio y en residencia.

La primera estimación es de 1.648.907 personas de las cuales el 90,2% viven en su domicilio y el 9,8% en residencias. Respecto de los que viven en residencias, hay que señalar que son el 4,8% en la población con menos de 65 años y 11,9% en la población mayor de 65 años. Por otra parte, la población dependiente moderada total se estima que es el 45,3%, la dependiente grave el 35,3% y la población con dependencia severa el 19,4%.

En la segunda estimación la población en situación de dependencia es de 1.957.891 personas (se da un peso al colectivo de dependiente moderados) de las que el 8,2% viven en residencias siendo la población de 65 y más años el 68,2% del total. La población dependiente moderada es el 57,7%, el 24% estaría en situación de dependencia grave y el 18% en situación de dependencia muy grave o severa.

Ambas hipótesis, con una metodología relativamente semejante, supondrían una suerte de hipótesis mínima y máxima de población dependiente en base a un indicador sintético de ABVD y AIVD.

CUADRO 2
POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN DOMICILIO
Y EN RESIDENCIAS EN ESPAÑA EN 2000

1.ª Hipótesis	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL
Población 6-64	265.297	163.967	65.082	494.346
Población 65 +	481.095	418.302	255.164	1.154.561
TOTAL POBLACIÓN DEPENDIENTE	746.392	582.269	320.246	1.648.907
% de cada nivel de gravedad	45,3	35,3	19,4	100

(Continuación Cuadro 2)

2. ^a Hipótesis				
Población 6-64	419.211	123.197	79.803	622.211
Población 65 +	711.343	344.899	279.438	1.335.680
TOTAL POBLACIÓN DEPENDIENTE	1.130.554	468.096	359.241	1.957.891
% de cada nivel de gravedad	57,7	23,9	18,4	100

Fuente: Elaboración propia en base a la EDDDES 1999 (INE). 1.º Hipótesis Rodríguez Cabrero (2004); 2.ª hipótesis Morán Aláez y Rodríguez Cabrero (2005).

El baremo que se aplicará a partir de la primavera de 2007 definirá el volumen y estructura de la población dependiente protegida. Por otra parte, las distintas estimaciones deben ser consideradas como medidas tentativas para la propia comprensión de la realidad de la dependencia y como instrumento de ayuda a la planificación social. De todo modos, las diferentes estimaciones vienen a coincidir en dos hechos: la importancia del colectivo de personas dependientes de 65 y más años que serían aproximadamente dos tercios del total y, además, en el hecho de que la población en situación de dependencia grave y severa sería aproximadamente la mitad de la mencionada población en las diferentes estimaciones (entre el 15 y el 20% la población con grave o gran dependencia y en torno al 30% la población con dependencia severa). El colectivo de personas dependientes de 80 y más años viene a ser en torno al 40% del total de personas dependientes de todas las edades. Del mismo modo, las mujeres constituyen más del 65% de la población dependiente mayor de 65 años.

2. LA CARGA DE LOS CUIDADOS INFORMALES Y LA TRANSICIÓN HACIA UN MODELO DE RIESGOS COMPARTIDOS

2.1. De un modelo predominante de cuidados informales basado en el trabajo no remunerado de la mujer

La puesta en aplicación de la ley 39/2006 supone el reconocimiento de la inviabilidad a largo plazo de un modelo de cuidados informales basado en el trabajo no pagado de la mujer cuidadora y, por tanto, de la necesidad de una política de Estado mediante la que la sociedad asume una parte importante del riesgo social. Los cuidados informales no desaparecen con la ley, por el contrario se ven reconocidos y van a ocupar un papel de apoyo importante dentro de una política de expansión de servicios sociales que constituye el núcleo protector por excelencia. Se inicia así una fase de transición desde un modelo de cuidados informal y asistencial a otro de tipo formal y universal en el que el papel de la familia y de los cuidados no profesionales en general ven redefinidos su papel social teniendo

en cuenta los cambios sociodemográficos a que haremos referencia a continuación (Rodríguez y Sancho, 1995).

En la actualidad el sistema de cuidados de las personas en situación de dependencia es un sistema de cuidados mayoritariamente informal y subsidiariamente asistencial (Rodríguez Rodríguez, 2005) que se basa en el trabajo no remunerado de la mujer cuidadora y en la atención pública a la población sin recursos o que no supera ciertos baremos de tipo económico si bien el crecimiento de la oferta pública y privada está permitiendo el acceso mediante copago de grupos de población con niveles de renta superiores a los que marcan los baremos asistenciales.

Este sistema que ha caracterizado históricamente a nuestro país hasta la actualidad es un caso específico del régimen mediterráneo o latino (Rodríguez Cabrero, 2005; Bettio, Simonazzi y Villa, 2006) de bienestar: «asistencial» en lo que se refiere a la naturaleza de la acción pública ya que son las personas en situación de dependencia sin recursos las que tienen acceso a la red de recursos y prestaciones sociales existentes con exclusión de amplios grupos de renta media y baja; y sobre todo «familiar» ya que la familia (en la que la carga principal de cuidados recae sobre la mujer) es la estructura social fundamental de cuidados personales de manera abrumadora, basada en la centralidad del trabajo no remunerado de la mujer, en su gran mayoría ama de casa y desde hace escaso tiempo también recae sobre la mujer trabajadora o su sustituta en el hogar: la mujer inmigrante (IMSERSO, 2005, b). El crecimiento de los servicios sociales en los últimos años, importante aunque aún insuficiente, y el creciente papel de apoyo, que no de protagonismo, del hombre en tareas de apoyo informal, han supuesto un cierto alivio a la carga de cuidados asumidos por la mujer, tanto ama de casa como trabajadora. Pero la solución al problema: la transformación del riesgo individual en social y el reparto de la carga en el seno de las familias, supone un proceso de largo recorrido que precisará tiempo y políticas activas al nuevo modelo emergente de cuidados. Los datos de la carga asumida por la mujer, cuidadora principal predominante, son elocuentes al respecto y han sido puestos de manifiesto con el concurso de varias fuentes de información, entre ellas la EDDDES 1999.

El modelo de cuidados personales de las personas dependientes es altamente intensivo en horas de cuidados a la semana (CUADRO 3) y extenso en el tiempo (CUADROS 4 y 5). Según los análisis de la EDDDES 1999, casi el 45% de las personas dependientes recibe más de 40 horas de cuidados a la semana por parte del cuidador principal. Los dependientes severos reciben muchas más horas de cuidados que los otros colectivos: 73,8% de este colectivo recibe más de 40 horas de ayuda personal a la semana. Entre los que reciben más de 60 horas de cuidados semanales está el 62,2% de los dependientes severos, el 34,8% de los dependientes graves y el 25,1% de los dependientes moderados. Análisis confirmado recientemente en lo referente al cuidado de las personas mayores por recientes encuestas (IMSERSO, 2005 c; también capítulo tercero del Libro Blanco de la Dependencia). Se trata en general de tiempo no pagado y con elevados costes de oportunidad para la cuidadora. En los últimos años el envejecimiento de la población ha hecho crecer la población cuidadora mayor de 65 años que supone ya algo más del 35% del total de la población cuidadora con un peso creciente en este último colectivo de los hombres.

Además, es un sistema de cuidados de larga duración ya que casi el 42% de las personas dependientes ha recibido cuidados durante más de 8 años o el 62,1% si consideramos los que han recibido cuidados durante más de 4 años. La duración media en años de cuida-

dos es muy elevada: 6,15 años de toda la población dependiente, mayor en el varón (6,58 años) que en la mujer (5,94), mayor en la población menor de 65 años (7,13 años) que en las personas mayores (5,71 años) como no podía ser de otro modo; y casi el doble el número de años en el caso de cuidadores familiares (6,49 años) que en el caso de los servicios sociales (3,4) o empleados domésticos (3,68).

Este sistema de cuidados personales recae de manera abrumadora en la familia, en la mujer en concreto, sin compensación económica alguna en su inmensa mayoría ya el 78% de los cuidadores familiares no recibe ninguna remuneración, en alguna ocasión el 10% y sólo de manera regular lo reciben el 12% de los cuidadores.

Este modelo de solidaridad familiar ha entrado en un proceso de transformación profundo debido a cambios sociales y demográficos como son el declive del potencial de cuidadores familiares a causa de la reducción del número de mujeres cuidadoras plenamente disponibles y el aumento del número de ancianos que precisan cuidados de larga duración; cambios en el modelo tradicional de familia debido al aumento de la tasa de divorcios, familias monoparentales y permanencia de los hijos en el hogar hasta edades próximas a los 30 años; cambios en la posición social de la mujer asociados a su incorporación creciente al mercado laboral que reducen su potencial cuidador y, sobre todo, la intensidad de los horarios que requiere el cuidado de larga duración (Rodríguez Rodríguez, 2006).

Este modelo familiar ampliado a través del contrato creciente de mujeres inmigrantes que sustituyen en el trabajo de cuidados (que no en la dirección de los mismos) a la mujer trabajadora española nos indica que estamos inmersos en un proceso de cambio social intenso e inevitable. Ello supone la reconstrucción y reelaboración de la solidaridad familiar e informal en general que no va a desaparecer ni siquiera reducirse de manera importante. Una nueva gestión del tiempo social de cuidados informales es ya irreversible y la LEADE es una respuesta a este cambio que deberá hacerla efectiva para no frustrar las expectativas de las familias y de las mujeres. Este modelo de cuidados se modificará profundamente en los años venideros acelerados por el propio proceso de envejecimiento, la integración laboral de la mujer y los cambios culturales e ideológicos sobre los cuidados familiares. Ello va a suponer que la solidaridad colectiva del riesgo sea asumida de manera compartida bajo un modelo en el que el sistema de protección social tendrá un protagonismo creciente.

Por tanto, el sistema familiar de cuidados no desaparece sino que se transforma con el concurso de un sistema público de prestaciones y ayudas monetarias con el fin de que la familia puede seguir ejerciendo su función social de cuidados y reorganizar en su interior las redes de distribución compartida de la carga de cuidados. El sistema público de dependencia no tiene como objetivo sustituir la función cuidadora informal, a la que reconoce, sino apoyarla y en su caso sustituirla.

CUADRO 3
NÚMERO DE HORAS DE CUIDADOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL
POR SEMANA, SEGÚN NIVELES DE DEPENDENCIA (%)

N.º HORAS POR SEMANA	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL %
Hasta 7 horas	19,3	13,3	2,2	13,6
De 7 a 14	20,9	15,0	4,6	15,3
De 15 a 30	19,0	17,8	9,7	16,6
De 31 a 40	9,6	10,1	9,7	9,8
De 40 a 60	6,1	9,0	11,6	8,3
Más de 60 horas	25,1	34,8	62,2	36,4

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES 1999 (INE)

CUADRO 4
NÚMERO DE AÑOS QUE EL CUIDADOR PRINCIPAL DEDICA
A LOS CUIDADOS PERSONALES (%)

NÚMERO DE AÑOS DE CUIDADOS	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL %
Menos de 1 año	7,6	7,3	10,5	8,2
De 1 hasta 2 años	13,3	11,3	12,0	12,3
De 2 hasta 4 años	17,7	17,1	17,2	17,4
De 4 hasta 8 años	19,9	20,6	21,6	20,5
Más de 8 años	41,5	43,7	38,7	41,6

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES 1999 (INE).

CUADRO 5
DURACIÓN MEDIA DE LOS CUIDADOS SEGÚN EL PARENTESCO
CON EL DEPENDIENTE Y SU EDAD Y SEXO (AÑOS)

	TOTAL	VARÓN	MUJER	TOTAL	6-64	65 Y MÁS
TOTAL	6,15	6,58	5,94	6,15	7,13	5,71
Parientes	6,49	6,82	6,31	6,49	7,32	6,08
Asalariados	3,68	3,54	3,72	3,68	4,69	3,47
Empleado	3,79	3,57	3,83	3,79	4,65	3,63
Servicios sociales	3,40	3,49	3,37	3,40	4,75	2,98
Otros	4,95	5,54	4,81	4,95	4,96	4,95
No consta	5,64	5,79	5,48	5,64	6,86	5,24

2.2. A un modelo de riesgos compartido entre el Estado, las personas afectadas y sus cuidadores

A partir de los primeros años de la década de los años noventa del pasado siglo se aceleró el debate científico y político en torno a la inviabilidad a largo plazo del actual modelo informal de cuidados a las personas en situación de dependencia y la necesidad de una nueva política social que asumiera colectivamente lo que hasta ahora es un problema individual y familiar. Este debate ha sido importante Rodríguez Rodríguez, 2006; Pérez Orozco, 2006) y ha constituido uno de los factores que han favorecido la aprobación de la actual ley de la dependencia y han dado contenido a la perspectiva de género en la ley (art. 3 sobre principios de la ley).

El sistema protector de la ley ha optado por un modelo de prestaciones mixto basado en servicios y prestaciones monetarias. Los servicios tienen en el modelo un carácter prioritario (ver sobre el debate servicios-prestaciones monetarias Frades, 2002), mientras que las prestaciones monetarias se reducen a tres casos: vinculada a un servicio cuando no existe al apropiado dentro de la red pública de servicios, la asistencia personal para situaciones de gran dependencia en las que se trata de promover la autonomía laboral, educativa o social en general y, de manera excepcional, para ser atendido por cuidadores no profesionales siempre que lo establezca el plan de cuidados y se den condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda.

Pero tan importante como el acceso y la cobertura es la intensidad protectora ya que ella nos dará una medida del reparto de la carga real de cuidados teniendo en cuenta la cuantía de la prestación, la cuantía del copago y el tiempo real de cuidados no remunerado. A la espera de la aprobación del Decreto de Prestaciones por el Consejo Territorial de la dependencia es preciso aclarar brevemente la importancia de la intensidad protectora.

Esta va a depender de varios factores, como son: el nivel de protección mínimo que establezca la AGE, de la protección acordada entre la AGE y las CCAA y, también, de la protección adicional complementaria que cada CCAA puede establecer. Además, el tipo de copago que se establezca será determinante como factor de la intensidad protectora del Sector Público. El modelo que se adopte de la valoración de la renta y el patrimonio será determinante para juzgar el potencial inclusivo del nuevo sistema protector; no es baladí en este sentido la no inclusión de la vivienda habitual en el cómputo del patrimonio. Finalmente, la combinación entre servicios y prestaciones monetarias es igualmente crucial. Dado el bajo nivel de cobertura existente de servicios sociales en términos comparados, a pesar del importante crecimiento de los últimos años (Sancho Castiello, 2006), sobre todo de atención y rehabilitación (Centros de día y de noche) y domiciliarios (Ayuda a domicilio), además de otros de tipo intermedio (estancias temporales y de respiro) y alternativos (viviendas tuteladas, domicilios de acogida), es previsible que a medio plazo las prestaciones monetarias tengan un peso importante frente a los servicios lo que puede suponer una cierta rémora en la extensión de una red pública suficiente y de calidad. El mayor peso de las prestaciones monetarias en los primeros años de aplicación de la ley puede suponer, por razones financieras, la aprobación de unas cuantías de baja intensidad protectora que cubran una parte del coste de la carga de cuidados informales.

3. LA ACCIÓN PROTECTORA DE LA LEY 39/2006: POBLACIÓN PROTEGIBLE, COORDINACIÓN DEL SAAD Y FINANCIACIÓN

En la puesta en marcha de la LEADE los elementos básicos de la misma son la población en situación de dependencia y el sistema de acceso (baremo), el sistema de coordinación y de gestión en un modelo altamente descentralizado con responsabilidades compartidas o de carácter multinivel y, finalmente, el modelo de financiación en el que el copago jugará un papel clave en la financiación del sistema y en la intensidad de las prestaciones. A continuación haremos unas breves referencias a estos factores ya analizados en trabajos previos propios (Rodríguez Cabrero, 1999, 2004; Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002) y en la literatura internacional especializada (Pacolet, 1998, 2006).

Tal como hemos señalado al principio de este texto la aproximación a la población potencialmente dependiente en España se ha basado en diferentes encuestas sociosanitarias realizadas durante los últimos años siendo de referencia obliga la EDDDES 1999 del INE. Los resultados de las distintas estimaciones, insistimos en ello, no son comparables ya que se han adoptado distintos criterios para su estimación en cuanto al número de actividades o ítems que se considera y la medición de la intensidad que permite agrupar en grados y niveles de dependencia a las distintas personas. Las distintas estimaciones tienen un valor aproximativo de cara al conocimiento de la población afectada, sus características y recursos existentes de cuidados formales e informales. Es preciso añadir que la consideración a última hora en la ley como objeto protector de la discapacidad intelectual y mental amplía la población protegible y será preciso recalcular las estimaciones hasta ahora realizadas.

Obviamente, la población dependiente real será la que resulte de aquellas personas que habiendo solicitado la prestación (por tanto, quedarán fuera las que no lo soliciten por falta de información o interés) sean valoradas en alguno de los grados previstos por la ley (dependencia moderada, grave y gran dependencia) por los equipos de valoración de las CCAA. El modelo de valoración adoptado será crucial para establecer el punto de entrada en el sistema y el tránsito entre grados. Este instrumento será el que permita establecer una aproximación a la universalización real o accesibilidad efectiva al sistema. El peso que tenga la opinión de la persona en su propia valoración (ya que muchos de las actividades no se pueden medir con una objetividad «física») tendrá una gran importancia, si bien la opinión de la persona jugará su papel más determinante a la hora de diseñar el plan de cuidados individual y la posible combinaciones de prestaciones y apoyos formales e informales.

Teniendo en cuenta esto, dos cuestiones son relevantes en términos del proceso político de desarrollo del nuevo sistema. Por una parte, el volumen y características de la población en situación de dependencia y su evolución en el futuro. Por otra parte, la estructura social de los cuidados informales en la atención a dicha población en los años venideros.

El factor demográfico será especialmente importante en los años venideros, a partir de 2015 sobre todo, con el crecimiento de la población mayor de 65 años que afectará al volumen de población dependiente. Pero una proyección de la población dependiente en base a la proyección de la población general es relativamente engañosa ya que la clave de la proyección reside en la evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad (Jacobzone, 1998), todo ello sin tener en cuenta que la utilización de uno u otro indicador sintético de discapacidades también afecta al volumen y estructura de la población dependiente. El sistema de atención previsto en la LEADE se basa en el principio de apoyo a la

persona en su domicilio hasta donde sea posible mediante prestaciones en servicios y de apoyo al cuidador no profesional. Las distintas encuestas vienen a coincidir en que la inmensa mayoría de las personas en situación de dependencia desean vivir en su domicilio y, además, la práctica de la intervención social nos demuestra que ello es una vía positiva de construcción del bienestar individual. El problema real a medio plazo es que la distancia social entre la oferta de servicios domiciliarios y de día y la atención informal que asumen las mujeres y, de manera creciente, las mujeres mayores, es una distancia cuya superación supondrá años de esfuerzo inversor. Mientras tanto la realidad es que la atención informal y su naturaleza feminizada seguirán teniendo un peso decisivo que las políticas públicas tendrán que valorar y apoyar no solo flexibilizando el acceso a las prestaciones monetarias (mientras no haya una oferta suficiente de servicios) sino también ampliando la protección en el ámbito de la conciliación del trabajo y los cuidados informales mediante excedencias más amplias que las previstas en la Ley 39/1999 (máximo de un año) ya que en los cuidados personales precisados por las personas en situación de dependencia son intensos en tiempo diario y largos en el tiempo, tal como hemos visto en el epígrafe segundo.

En la acción protectora de la población en situación de dependencia y con necesidades de apoyo a su autonomía personal el modelo de coordinación entre AAPP y entre los servicios sociales será en muchos sentidos determinante no tanto para el acceso al sistema cuanto para la atención efectiva por el mismo. Ello es así porque, aunque el baremo de valoración de las situaciones de dependencia es único en el conjunto del Estado y aplicado por el sector público y no por entidades privadas, la acción protectora dependerá de la acción concurrente e intensidad protectora de la AGE y de las CCAA. El papel regulador y de autoridad política del Consejo Territorial de Dependencia será determinante para cristalizar un sistema de colaboración efectivo que garantice la acción protectora en todo el Estado. La naturaleza final del convenio administrativo entre ambas AAPP, imperativa o discrecional, será determinante para forjar un sistema descentralizado efectivo que garantice el principio de igualdad de todas las personas protegibles o un sistema descentralizado desigual y de baja efectividad. Hay que recordar en este sentido que sin que ello sea la solución por antonomasia la inexistencia de una ley marco de servicios sociales ha favorecido hasta el día de hoy un desarrollo autonómico desigual en la rama de los servicios sociales y con una débil base financiera, hasta el punto de que difícilmente podamos hablar de sistema de servicios sociales.

Por otra parte, en la acción protectora dos tipos adicionales de coordinación son necesarios que la ley apenas si ha entrado a regular o, al menos, haber creado un marco para su posterior regulación y que será necesariamente tarea obliga del Consejo Territorial. Por un a parte, la coordinación entre el sector sanitario y el sistema de servicios sociales. Las previsiones en materia de dependencia de la ley de cohesión y calidad del sistema sanitario de 2003 apenas si han sido desarrolladas y la propia ley 39/2006 no ha desarrollado normativamente las posibilidades reales de dicha colaboración (Ruipérez, 2006) que quedan en manos de las CCAA. Por otra parte, hay que mencionar la importancia de la coordinación interna en el sistema de servicios sociales que supere la tradicional fragmentación entre servicios comunitarios y especializados. La efectividad del SAAD va a depender en gran medida de la creación de sistemas de continuidad de servicios en la propia red que se cree y ello, a su vez, depende también del reforzamiento del ámbito local y de la flexibilidad del sistema de intervención social.

Finalmente, la financiación pública de la LEADE depende del coste de la misma y del reparto que del mismo se haga entre Administraciones Públicas y usuario. A su vez, el coste del SAAD depende de diferentes factores, algunos antes mencionados como son la demanda efectiva, el modelo de prestaciones o peso relativo de servicios y prestaciones monetarias, del propio modelo de servicios que se consumen, el coste de las prestaciones de los servicios, el coste que supone para los usuarios y las prestaciones que finalmente abonará el sector público a los usuarios según tipo y grado de dependencia. Obviamente, el coste varía en función de las hipótesis de partida que se adopten sobre estos factores (Montserrat, 2005).

Aunque aquí no podemos entrar en profundidad en el análisis de la dimensión financiera de la LEADE si es necesario hacer unas breves referencias al copago en la medida en que afecta no solo a la financiación del nuevo sistema sino a la universalidad e intensidad protectora.

El sistema previsto por la LEADE para la financiación de las prestaciones se basa en las aportaciones a partes iguales de la AGE, las CCAA y los usuarios. El nuevo sistema señala que la financiación será «suficiente, estable y sostenida en el tiempo», además de garantizada mediante corresponsabilidad de las Administraciones Públicas.

Considerando aquí el principio de «suficiencia» del sistema de financiación ello supone garantizar la cobertura de la población estimada y una intensidad protectora que proporcione una adecuada calidad de vida de las personas en situación de dependencia. La intensidad protectora de las prestaciones básicas de la AGE así como de la parte adicional objeto de convenio entre aquella y las CCAA será la clave que nos de la medida de la profundidad protectora del nuevo sistema creado. Desde el punto de vista del usuario o persona afectada la naturaleza y regulación del copago será determinante no solo para favorecer o no la inclusión real en el sistema de las clases medias de la población española (incluidas en otros sistemas como es el sanitario) sino también para garantizar la financiación del mismo (Huber y otros, 2005; Montserrat, 2006). Además las cuantías del copago deben tener en cuenta, sobre todo en las edades superiores a los 65 años donde la inmensa mayoría tiene como ingreso principal una pensión, los niveles de pobreza relativa existente, en torno a un tercio de dicha población.

4. CONCLUSIÓN

En este trabajo hemos puesto de manifiesto, en el contexto de la aprobación de la Ley 39/2006, de autonomía personal y protección de las personas en situación de dependencia, la importancia y la problemática de la estimación de la población en situación de dependencia a partir de las encuestas existentes señalando que se trata de aproximaciones tentativas a una realidad que se consolidará como población realmente protegida en torno a mitad de la próxima década, tiempo mínimo razonable para que un sistema protector se consolide. La aplicación del baremo aprobado por el Consejo Territorial del SAAD marcará las fronteras de entrada en el sistema así como el tipo de copago estabilizará o tenderá a expulsar a la población protegida y a proteger también o a minusvalorar a la población cuidadora.

Personas en situación de dependencia y cuidadores informales, denominados como cuidadores no profesionales, son contempladas en la ley 39/2006, tanto desde la perspecti-

va de los servicios, prioritarios en la ley, como desde la perspectiva de las prestaciones económicas, en este caso con un carácter excepcional. La población cuidadora informal seguirá teniendo un importante peso en los años venideros no solo porque el modelo emergente de cuidados informales (necesariamente menos feminizado y no reconocido ni remunerado) necesitará tiempo para consolidarse (dado que en el mismo intervienen factores culturales y morales de sólida tradición) sino también porque la creación de una red pública de servicios necesitará de tiempo y, mientras tanto, no será posible prescindir de los cuidados informales por razones prácticas. Ello pudiera traducirse en un círculo vicioso que justificará una lenta extensión de la red de servicios sociales que afectará a la eficacia protectora pero, también, puede suponer una oportunidad para buscar los equilibrios entre la necesidad de los servicios y la libertad de elección de la persona en situación de dependencia (Lundsgaard, 2005).

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN, A. y C. ESPARZA (2006) «Las personas mayores con dependencia». En Puyol y Abellán (2006) *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- ABELLÁN, A. y M.^a D. PUGA (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.
- BETTIO, F., SIMONAZZI, A., VILLA, P. (2006) «Change in care regimes and female migration: the “care drain” in the Mediterranean». *Journal of European Social Policy*, vol. 16, 3.
- CASADO MARÍN, D. y G. LÓPEZ CASASNOVAS (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, Barcelona, Fundación la Caixa.
- CASADO, D. (2006) *Cómo abordar la dependencia funcional*. En Puyol y Abellán (2006), cit.
- CASADO, D. (dir.) (2004) *Propuestas a la dependencia*, Madrid, CCS.
- CES (2006) *Dictamen sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Dictamen 3*. Madrid: CES.
- CONSEJO DE EUROPA (1998) Recomendación N.º R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados Miembros relativa a la dependencia.
- CONSEJO Y COMISIÓN EUROPEOS (2003), *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores.*, Bruselas, Comisión Europea.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid, Defensor del Pueblo.
- FRADES, J. (2002), *La protección de las personas dependientes*. Mimeo, Madrid, Gabinete Técnico Confederal de UGT.
- HUBER, M., HENNESSY, P., IZUNI, J., KIM, W. & LUNSGAARD, J. (2005) *Long-term care for older people*. Paris: OCDE.
- IMSERO (2005, a), *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, Madrid, IMSERSO.
- IMSERO (2005, b) *Cuidado a la dependencia e Inmigración*. Madrid, IMSERSO.
- IMSERO (2005, c) *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*, Madrid, IMSERSO (2007) *Acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia del Consejo Territorial del SAAD*. Madrid: IMSERSO
- INE (2001), *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES)*, Madrid, INE.
- JACOBZONE, S. et al. (1998), *Long Term Care Services to Older People, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons*, París, OCDE.
- LUNSGAARD, 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, employments and fiscal sustainability*. Health Working Paper, vol. 20. Paris: OECD.

- MARAVALL, H. (2003) «El envejecimiento en España», *Cuadernos de Información Sindical*, Madrid, Comisiones Obreras.
- MONTERRAT, J. (2005), «El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo», *Presupuesto y Gasto Público*, núm. 39/2005
- MONTERRAT, J. (2006) «La ley de la dependencia: costes y financiación». *Documentación Social* núm. 141.
- MORÁN, E. (1999) «Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas». En G. Rodríguez Cabrero (coor), *La protección social de la Dependencia*, Madrid, IMSERSO
- MORÁN, E. y RODRÍGUEZ CABRERO (2005) *La población dependiente en España en 1999 y proyecciones a 2005 y 201*, Madrid: IMSERSO, mimeo.
- PACOLET, J. ed (2006) *The State of the Welfare State Anno 1992. Ten years later with Ten New member States*. Brussels: Belgian Review of Social Security (to be published).
- PACOLET, J. et al. (1998), *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission.
- PALACIOS RAMOS y A. ABELLÁN GARCÍA (2006) «Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España». En Puyol y Abellán (2006) *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- PÉREZ OROZCO, A. (2006) *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid. CES.
- PUGA, D y A. ABELLÁN (2004) *El proceso de la discapacidad*. Madrid: Fundación Pfizer.
- RAMOS, E. y ABELLÁN, A. (2006), *Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España*. Madrid: IMSERSO (Portal de Mayores).
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Coor.) (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004) «Protección social de la dependencia en España». *Documento de Trabajo 44/2004*, Madrid, Fundación Alternativas.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2005) «Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo». En V. Navarro (dir.) *La situación social en España*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y J. MONTERRAT (2002), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2005) «El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía». *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006) «El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia». Madrid: Fundación Alternativas, *Documento de Trabajo* 87.
- RODRÍGUEZ, P. y M.^a T. SANCHO CASTIELLO (1995), «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad», *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, núm. 5.
- RUIPÉREZ CANTERA, I. (2006) «La atención sanitaria a las situaciones de dependencia». *Documentación Social* núm. 141.
- SALVA, A. y RIVERO (2006) *Dependencia y envejecimiento. Valoración*. En Puyol y Abellán, o. c.
- SANCHO CASTIELLO, M.^a T. (2006) «Las prestaciones sociales a la dependencia». *Documentación Social* núm. 141.
- SEMINARIO DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES (2006) *Informe sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: SIPOSO.