

ANÁLISIS PROSPECTIVO ANDALUCÍA 2020

DEPENDENCIA

PEDRO CASTÓN BOYER
UNIVERSIDAD DE GRANADA

“La menor minoría que existe es el individuo, aquellos que no defienden los derechos individuales no pueden declararse defensores de las minorías”.

Ayn Rand

“La democracia es el peor de los sistemas políticos, si exceptuamos todos los demás”

Winston Churchill



El Centro de Estudios Andaluces es una entidad de carácter científico y cultural, sin ánimo de lucro, adscrita a la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía.

El objetivo esencial de esta institución es fomentar cuantitativa y cualitativamente una línea de estudios e investigaciones científicas que contribuyan a un más preciso y detallado conocimiento de Andalucía, y difundir sus resultados a través de varias líneas estratégicas.

El Centro de Estudios Andaluces desea generar un marco estable de relaciones con la comunidad científica e intelectual y con movimientos culturales en Andalucía desde el que crear verdaderos canales de comunicación para dar cobertura a las inquietudes intelectuales y culturales.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprografía, magnética o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Centro de Estudios Andaluces.

Las opiniones publicadas por los autores en esta colección son de su exclusiva responsabilidad



ANDALUCÍA 2020: DEPENDENCIA

Pedro Castón Boyer
Catedrático de Sociología
Departamento de Sociología. Universidad de Granada

A lo largo de este documento se irán hilvanando dos aspectos: la descripción de la situación actual de la dependencia en Andalucía y el establecimiento de las líneas que podrían seguirse en los próximos quince años, con el fin de constituir una Andalucía sólida en materia de dependencia. Este último aspecto es de especial relevancia, puesto que la dependencia acaba de constituirse en España como un cuarto pilar del Estado de bienestar, junto con la educación, la sanidad y las pensiones, a partir de la reciente aprobación de la *Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* por parte el Gobierno central. Esta nueva Ley establece la transferencia de competencias a Andalucía en materia de dependencia. En el presente informe se describen los aspectos más relevantes que se deben considerar hasta el 2015, fecha en la que los derechos de la Ley deben haber sido plenamente implementados por la Junta de Andalucía para que los andaluces puedan disfrutar de ellos.

1. LA DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA

El reciente interés y sensibilización social ante los numerosos obstáculos físicos y sociales a las que se enfrentan las personas en situación de dependencia y sus cuidadores, ha posibilitado la mencionada aprobación de la *Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Sin embargo, la juventud de este interés dificulta la comparación con otros países, incluso de la Unión Europea, por la falta de homogeneidad en torno al propio concepto de discapacidad. Hasta tal punto, que el análisis a partir de preguntas sobre discapacidad introducidas en el Panel de Hogares (PHOGUE) de la UE de 1996¹ arrojan tasas tan dispares como un 7,8% de personas dependientes en Italia y un 22,9% en Finlandia. De estos datos sólo podemos deducir la diferente sensibilidad y criterios que los países de la UE tienen sobre qué es la discapacidad. Por ello, la primera limitación que debe

¹ Consultar los Resultados Detallados del Panel de Hogares 1996-2001 en www.ine.es

ser salvada en Andalucía es la del análisis sobre la dependencia por falta de datos más recientes.

El análisis de la dependencia en Andalucía se establece, como para el resto de España, a partir de los datos de la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, 1999* (EDEES '99) (INE, 2002). Una encuesta similar data de 1986, la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías*. Entre ambas ha existido un vacío de más de diez años que pone de manifiesto en el pasado la falta de interés administrativo en esta materia. Pero, aunque han pasado siete años de la EDEES '99, ambas encuestas aportan suficientes datos para poder establecer perfiles de las personas con dependencia en Andalucía.

De los más de 3 millones y medio de personas con dependencia que residen en toda España, en Andalucía viven 708.831 (106% de la población andaluza). De ellas, 319.994 tienen entre 6 y 64 años (56%) y 388.837 más de 65 años (394%). En términos relativos, Andalucía, junto con Castilla y León, Murcia y Galicia son las zonas autónomas con mayor tasa de dependencia con respecto a la media española (94%).

En general hay más mujeres andaluzas dependientes (120%) que hombres(92%) debido a que partir de los 45 años se produce la mayor concentración de mujeres con dependencias, puesto que son las que mayor esperanza de vida contemplan. En el intervalo que comprende a los menores de 6 años apenas se detectan diferencias (un escaso 1%)².

Ente la población andaluza, el número de personas con más de 65 años que tiene discapacidad, tanto moderada como severa y gran dependencia³, sobrepasa al número de personas de 6 a 64 años. Únicamente en la discapacidad moderada la población de 6 a 64 años es de 73.675, y la de 65 y más sólo la supera en alrededor de 10.200. Para los demás grados de discapacidad la población mayor casi duplica a la que tiene entre 6 y 64 años (INE, 2002). Esta proporción se prevé en ascenso hasta 2020 por la tendencia general al envejecimiento de la población.

² En la población menor de 6 años las principales deficiencias son caminar, debilidad o rigidez en los miembros inferiores, limitaciones para realizar actividades como el resto de los niños de estas edades, dificultades para hablar, ver y oír.

³ En lo que se refiere a los grados de dependencia, la nueva Ley establece tres: *Grado I*, descrito como Dependencia moderada, cuando la persona necesita ayuda en las Actividades básicas de la vida diaria una vez al día; *Grado II*, Dependencia severa, cuando la ayuda se requiere dos o tres veces al día y *Grado III*, Gran dependencia, cuando la ayuda se necesita más veces y es necesaria la presencia continua del cuidador (artículo 26).

Las deficiencias⁴ osteoarticulares dan lugar al 25% de las discapacidades ente los andaluces y las visuales y auditivas al 18%. Los recién nacidos con Síndrome de Down por 10.000 nacidos en Andalucía, entre 1980 y 1987, ha seguido una evolución decreciente. Si bien en 1980 la tasa era de 16,3 frente al 13,7 del total español, en 1997, mientras que para la primera fue de 11, la segunda alcanzaba un 11,5. Las diferencias disminuyen constantemente a causa de la mejora en la prevención de los prenatales, previsión válida para los años que restan hasta 2020 que, junto con la tendencia a la baja de la natalidad hacen previsible aún más la disminución de la dependencia por esta causa (García, 2002).

Los accidentes de tráfico y en el trabajo también derivan en discapacidades y en dependencias⁵. Los datos de los que se dispone sobre accidentes de tráfico provienen de la “Comparecencia de la Ministra de Sanidad y Consumo en la Comisión sobre Seguridad Vial y Prevención de Accidentes de Tráfico del Congreso de los Diputados” el 15 de junio de 2005. La Ministra declaraba que: “respecto a las consecuencias a medio y largo plazo de las lesiones no mortales, debemos señalar que aproximadamente el 4,4% de los españoles entre 6 y 64 años que en 1999 sufría de alguna discapacidad las padecían como consecuencia de accidentes de tráfico”⁶.

En Andalucía los heridos en accidentes en la carretera en 2000 ascendieron a 21.402, del total de los 149.781 de los accidentados de la población española. El aumento o disminución de esta tendencia hasta 2020 depende en gran medida del resultado de las campañas de

⁴Las deficiencias son los síntomas, señales o manifestaciones de una enfermedad en función de un órgano, cualquiera que sea su causa. Cualquier anomalía de un órgano o de la función propia de un órgano. Pueden ser físicas, sensoriales, psíquicas y de relación, y una misma persona puede padecer varias al mismo tiempo (Castón y Ramos, 2006).

⁵ El segundo nivel de consecuencias de una enfermedad lo constituyen la *discapacidad (disability)*. La limitación o limitaciones que repercuten de forma permanente en la actividad del que las padece, y cuyo origen es una o varias deficiencias que a la persona le impiden realizar actividades del mismo modo que las realizan el resto de las personas. Pueden ser transitorias o permanentes. Es algo que se tiene, la persona no es discapacitada sino que está discapacitada. Pueden ser de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación (Castón y Ramos, 2006).

El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como el “estado en el que se encuentran personas que por razones ligadas a la falta de o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”.

⁶ Acceso disponible en <http://www.msc.es/gabinetePrensa/discursosInterv/archivos/150605112914.pdf>

sensibilización por parte de las administraciones públicas, y de la tendencia de la actual medida del *carné por puntos*, que habrá que analizar durante los próximos años. También de la mejora de los “puntos negros” de la red viaria andaluza.

Los accidentes laborales graves en Andalucía ese mismo año fueron 3.277, el 23% del total de los que tuvieron lugar en toda España (García, 2002). En este sentido es necesario hacer un gran esfuerzo en cuanto al descontrolado abuso de las subcontratas, especialmente en la construcción, que diluyen las responsabilidades de los accidentes y anteponen el ingreso rápido de beneficios a la vida de los trabajadores.

2. NECESIDADES DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA Y DE SUS FAMILIARES CUIDADORES

Un análisis exhaustivo de las necesidades requiere mencionar varios aspectos: primero la necesidad de integración en el sistema educativo y más tarde, en la edad adulta, la integración en los sistemas de empleo, además de los recursos sociales asistenciales y de cuidadores privados.

2.1. Educación

Tal y como EDDDES '99 ha puesto de manifiesto para el conjunto español y andaluz, las personas con discapacidad entre 10 y 64 años carecen de estudios en una gran proporción (33% del total). Al considerar a los mayores de 65 años, la proporción asciende hasta el 57%. En ambos casos la variable sexo incide en mayor proporción en la falta de estudios de las mujeres. Los mayores niveles de estudios entre los discapacitados corresponde a los que presentan limitaciones sensoriales, y los menores a los que tienen dificultades en la conducta, la comunicación, el aprendizaje y el cuidado de sí mismos. El 62% de los alumnos andaluces con necesidades educativas especiales son hombres, la mayoría integrados en centros públicos, aunque los alumnos con discapacidad que se forman en Centros de Educación Especial se reparten al 50% entre públicos y privados (García, 2002).

La mayoría de los alumnos con necesidades educativas especiales (79%) están integrados en centros ordinarios y el resto asiste a centros específicos de Educación Especial. En este sentido, frente a la mayor proporción de Cataluña en cuanto a centros específicos de Educación

Especial, Andalucía opta por integrar a los estudiantes con discapacidad en centros ordinarios con aulas especiales de Educación Especial. En la última década se ha experimentado una disminución progresiva del número de alumnos de Centros de Educación Especial. Andalucía (6,6), junto con Melilla y la Comunidad Valencina presentan mayor ratio de alumnos con necesidades especiales por profesor que imparte este tipo de educación (García, 2002).

El nivel educativo de las personas en general y de las que tienen discapacidad en particular, en España y Andalucía, está por debajo de otros países europeos, sólo similares al de Portugal e Italia (García, 2002). Sería necesario un esfuerzo educativo de la población, por ejemplo mediante sensibilización a los empresarios de las capacidades y rentabilidad social y económica de contratar a personas con dependencias para conseguir que los niños y jóvenes discapacitados de hoy pudieran en 2020 conseguir un empleo.

2.2. Empleo

Según la EDDDES '99, el 66% de las personas con discapacidad en edad activa no consiguen un empleo. Para las personas sin discapacidad la tasa de actividad es más del doble que para las discapacitadas. En Andalucía esta tasa en la población con discapacidad entre 16 y 64 años es de un 30% (INE, 2002). Como en la población general, las mujeres encuentran mayores dificultades de acceso al empleo (Ramos, 2004 y Giménez y Ramos, 2004), su tasa de actividad es del 22,5% en Andalucía, por debajo de Madrid, Baleares, Navarra, Valencia o Cantabria.

El 75% de las personas con discapacidad activas trabajan, mientras que un 25% se encuentra en el paro. Su tasa de desempleo es mayor que la de la población general (25% frente al 16%). Y sólo el 25% de las personas con discapacidad en edad activa está ocupada. Existen diferencias según el tipo de discapacidad, contando con mayores tasas de actividad las personas con deficiencias visuales y auditivas (40%), y con menores las que presentan limitaciones en la comunicación, el aprendizaje y la relación con otros. Los deficientes mentales se encuentran con grandes obstáculos para insertarse en el mundo laboral, en general (INE, 2002).

Hay que destacar el importante papel que están jugando en la promoción del empleo de las personas con discapacidad las medidas específicas de fomento de empleo en Andalucía⁷, sólo comparable con los esfuerzos de Cataluña, Madrid y País Vasco. Para el acceso a este tipo de

⁷ Por ejemplo, mediante el Decreto 93/2006, de 9 de mayo, BOJA 96, de 22 de mayo de 2006, pp. 6 y ss.

contratos es necesaria la formación académica, lo que hace necesario un esfuerzo en educación para el grupo de personas con discapacidad en edad activa. En 2001 se formalizaron un total de 4.718 contratos, de los cuales 1.595 fueron indefinidos, 2.291 de Fomento de Empleo y 832 temporales. Una vez más las diferencias de género sitúan a la mujer andaluza discapacitada en un plano de desigualdad, puesto que de los 4.718, 3.210 fueron para varones y 1.508 para mujeres (García, 2002).

Las ayudas concedidas para la integración laboral de las personas con discapacidades centran su esfuerzo, sobre todo, en los Centros Especiales de Empleo, en proyectos específicos generadores de empleo y en el mantenimiento de puestos de trabajo. Las desgravaciones fiscales se encuentran entre los principales motores de este tipo de contratación de personas con dependencia. Las pequeñas empresas están solidarizándose en la contratación de indefinidos. Entre 1996 y 1999 ha aumentado el importe de las ayudas concedidas para la integración laboral de personas con dependencias desde 4.594 millones de € hasta 6.332, respectivamente.

Como en educación, los niveles de inserción de discapacitados andaluces se encuentran muy por debajo de la media de la UE, tal y como arroja la comparación de los datos de las encuestas EDDDES '99 (INE, 2002) y *Disability and Social Participation in Europe* (Eurostat, 2001). Además, esta última encuesta permite saber que es posible reducir las grandes diferencias en el empleo de las personas con discapacidad entre hombres y mujeres con políticas sociales y laborales activas, tal y como pone de manifiesto la evolución seguida en países como Gran Bretaña y Dinamarca (Eurostat, 2001). En este sentido sería necesario el análisis de las medidas que estos dos países han llevado a cabo con el objeto de disminuir sus diferencias en Andalucía para 2020.

2.3. Protección social formal

La mayor parte de gastos en protección social, en personas con discapacidad, se manifiestan en forma de *pensiones por invalidez*, que incluyen el pago a aquellos que permanentemente no pueden desempeñar un tipo de trabajo y que tienen menos de 65 años: prestaciones de integración laboral, indemnizatorias de pago único por invalidez y prestaciones a través de servicios sociales, cuando la causa es la incapacidad permanente para el trabajo, independientemente de la edad. Las prestaciones sanitarias son consideradas como Enfermedad -Atención Sanitaria.

La mayoría de las prestaciones, tanto en el conjunto de España como en Andalucía, son para cubrir la atención de las necesidades esenciales contributivas. Es decir, las pensiones de incapacidad permanente del Sistema de la Seguridad Social y del Estado, y prestaciones familiares por hijo a cargo con discapacidad. Las prestaciones de carácter no contributivo son principalmente las pensiones asistenciales por enfermedad, las pensiones no contributivas de invalidez, los subsidios de garantía de ingresos mínimos de la LISMI (Ley de Integración Social de los Minusválidos)⁸ y las prestaciones familiares por hijo a cargo con discapacidad no contributivas. Todas estas prestaciones tendrán que ampliarse en virtud de la aprobación de la nueva *Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, que para 2015 tendrá que estar plenamente desarrollada, y cuyas competencias transferidas que afectan a Andalucía serán descritas más adelante.

Lo más destacado en esta parte del análisis es que se promocionan en la nueva Ley las prestaciones y ayudas destinadas a la atención de necesidades específicas, como ayuda de terceras personas a través de la figura de cuidador. Otras ayudas promocionadas desde la Junta de Andalucía, como el apoyo al transporte y la movilidad, los conciertos con entidades privadas para la creación de centros residenciales o la eliminación de barreras arquitectónicas en el hogar, se describirán ampliamente más adelante.

Al considerar la variable sexo, las desigualdades de nuevo se acentúan en detrimento de las mujeres, ya que la mayor parte cobran pensiones por incapacidad de nivel no contributivo, mientras que las de los varones son contributivas. Es decir, ellas cobran pensiones de menor cuantía que los varones (Ramos, 2004 y Giménez y Ramos, 2004).

⁸ Ley 13/1982 de 7 de abril, BOE 20 de abril de 1982.

2.4. Cuidados informales

A continuación se analizan detalladamente los cuidados informales en Andalucía. La novedad está en el destacado papel que la aprobada *Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* otorga a este tipo de cuidados, como parte de la promoción de la atención a estos ciudadanos. En concreto, la Ley contempla que las administraciones autonómicas deberán abastecer de servicios para cuidar a las personas que tengan problemas para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (ABVD)⁹.

2.4.1. Las personas cuidadas

Todas las personas que viven con deficiencias, e incluso las que no, pueden presentar dependencias en diversos momentos de sus vidas. A partir de los 65 años aparece un punto de inflexión en el que la población demanda mayores niveles de atención y ayuda, que se acentúa a partir de los 80 años. En Andalucía, en 2005 el 34% de los mayores entre 65 y 79 años demandaban ayuda para todo tipo de actividades de la vida diaria. Y entre los de 80 y más años alcanzaba el 70%. Todos estos andaluces representan el 10,8% del total de la población (Fernández Cordón y Tobío, 2006). Esta proporción aumentará hasta 2020, a tenor no sólo del envejecimiento progresivo de la población, sino del envejecimiento dentro del conjunto de personas mayores que cada vez más alargan la media de edad de vida. Es lo que podemos denominar envejecimiento dentro del envejecimiento.

Considerando las diferentes actividades básicas de la vida diaria, se observa también que el 28% de los mayores de 65 años necesitaba en 2005 ayuda para realizar las tareas del hogar (comidas, aseo diario, vestirse, comer, tomar las medicinas pertinentes o desplazarse dentro del hogar). Fuera del domicilio habitual las mayores dificultades son las de desplazamientos. En este sentido, el 30% de los mayores de 65 años necesitaba ayuda, alcanzando el 50% entre los mayores de 80. Por otro lado, entre los jóvenes de 18 a 29 años las necesidades son de movilidad, debido a las deficiencias que padecen. De los que demandan ayudas, el 70% plantea que sus mayores necesidades en Andalucía van en el sentido del uso del transporte público (Fernández Cordón y Tobío, 2006).

⁹ Son las tareas elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas u objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, 27 de septiembre de 2006, artículo 2).

2.4.2. Descripción de los cuidadores

Si se considera el sexo, las mujeres demandan mayores ayudas que los varones, debido principalmente, a la mayor supervivencia de las primeras en las edades más longevas. Otros factores que intervienen en este aspecto son que las mujeres en general, también las andaluzas, tienen mayor habilidad que los varones para reconocerse a sí mismas como dependientes, además de una mayor capacidad para comunicarlo. El tipo de demanda de ayuda que plantean los dos sexos también es diferente. Las mujeres andaluzas solicitan menos ayuda para las actividades cotidianas en el hogar (comida o limpieza), aunque mucha más para las actividades fuera del hogar (gestiones o uso del transporte). Esto último está íntimamente relacionado con el género, puesto que no demandan ayuda en tareas que *tradicionalmente* los valores y normas sociales determinaban que eran tareas “femeninas”. Por el contrario, presentan mayores dificultades en las tareas *tradicionalmente* “masculinas”. Es decir, las mujeres andaluzas presentan menos dificultades para realizar las tareas en los espacios privados, y los hombres andaluces presentan menos dificultades en las tareas de los espacios públicos.

El cuidado de los andaluces con dependencias es otro elemento importante a la hora de proyectar las ayudas que la nueva Ley prescribe. En el 37% de los casos, es la hija la principal cuidadora, seguida por el cónyuge (19%), otro pariente (15%), un empleado, amigo o vecino (10%), un hijo (6%) y los servicios sociales (22%) (INE, 2002). La primera conclusión es que la familia es la que mayoritariamente se hace cargo en Andalucía de las personas con dependencia. Y, como son los mayores de 65 años los que más ayuda necesitan, son las hijas las principales cuidadoras. Incluso cuando es el cónyuge el que cuida, porque los hombres de 65 y más años reciben en mayor medida cuidados de su pareja (29,6%), que las mujeres en esas mismas edades (9,4%). Tal y como Fernández Cordón y Tobío (2006) ponen de manifiesto, es cuatro veces más alta la ayuda que facilitan las hijas que los hijos en las redes familiares andaluzas; las hermanas que los hermanos, las nueras que los yernos; y, en definitiva, la que se reciben de las mujeres que las que se reciben de los hombres, siendo la hija la principal cuidadora.

2.5.3. Tareas y tiempo de cuidados

Es importante el análisis de las tareas que los andaluces desempeñan en el cuidado de una persona con dependencia, y el tiempo de sus vidas que le dedican. Este análisis pone de relieve también las necesidades de los cuidadores, imprescindibles de conocer para la puesta en marcha de los servicios desde la Administración andaluza hasta 2015.

Las personas con dependencia en Andalucía tienen mayoritariamente dificultades para desplazarse fuera de casa y realizar tareas del hogar. Entre los mayores de 65 años encontramos una mayor incidencia de estas discapacidades y, al aumentar la edad, aparecen mayores dificultades y la necesidad continua de ayuda por parte de otras personas para desenvolverse en la vida cotidiana. En la práctica, la ayuda se manifiesta principalmente en el cuidado personal, las tareas del hogar o el desplazamiento dentro y fuera del hogar.

Teniendo en cuenta lo que se ha analizado hasta el momento, se pueden articular los cuidados en dos ámbitos: el público y el privado. La mitad de los cuidadores prestan su ayuda para salir de casa a pie, para realizar tareas del hogar o para hacer gestiones. Un tercio de los cuidadores andaluces preparan la comida, administran medicinas y atienden el aseo del familiar dependiente. Las mujeres cuidadoras andaluzas se dedican, en mayor medida que los hombres cuidadores, a los cuidados en la vida privada en el hogar, organizando la cotidianeidad de los familiares con dependencia (comidas, aseo diario, etc.). Los cuidadores andaluces, sólo en la ayuda para salir de casa a pie o realizar gestiones, superan, en una pequeña proporción, a las cuidadoras (apenas 4% más). Y, sin lugar a dudas, son las mujeres las que más horas semanales dedican al cuidado que, además, aumentan conforme aumenta la edad de la persona cuidada. Al tener en cuenta la edad se comprueba que las cuidadoras ente 30 y 54 años, sobre todo las del intervalo 30-44, asumen un mayor esfuerzo ayudando a los familiares con dependencia (Fernández Cordón y Tobío, 2006).

2.4.4. Motivos para el cuidado

Los andaluces declaran cuidar a las personas con dependencia por motivos afectivos (65,5%) y por sentirse responsables (34,4%). Las mujeres sienten estos motivos en mayor medida que los varones. Lo más destacado en este aspecto es la variable edad. Entre los cuidadores con menor edad la relación afectiva es la razón más consistente para ayudar, de lo que se deduce una relación personal positiva previa. Al aumentar la edad, el sentimiento que

una al familiar dependiente es el de la responsabilidad. Entre los cuidadores de 30 y 54 años aumenta el motivo de la responsabilidad, y entre los que tienen entre 55 y 65 años mencionan esta razón para prestar ayuda en el 40,8% de los casos. Por tanto, los nietos no perciben del mismo modo que sus padres la responsabilidad de cuidar, y las mujeres asumen el rol de cuidadoras como una responsabilidad para sostener la red familiar.

2.4.5. El coste de los cuidados

El cuidado de personas en situación de dependencia tiene consecuencias en la vida de los cuidadores andaluces. Aunque el 28,7% declara que no ve afectada su vida en modo alguno, llegando hasta el 43% entre los más jóvenes, los mismos que perciben el realizar los cuidados como una consecuencia de los lazos afectivos. Los más jóvenes interpretan los cuidados como parte de la relación afectiva con las personas en situación de dependencia, no sólo como una obligación.

El deterioro de la salud afecta a las cuidadoras. Hasta tal punto, que alrededor del 25% de las que tienen entre 55 y 64 años destaca la importancia de este aspecto. Las cuidadoras entre 30 y 54 años perciben consecuencias negativas para su vida profesional o laboral, sobre todo las que tienen entre 30 y los 44 años. Esas edades son las de consolidación de las carreras profesionales y la de crianza de los hijos. De este modo encontramos cada vez a más andaluzas que tienen que escoger entre su rol de cuidadoras (personas con dependencia e hijos), o seguir adelante con su carrera profesional, por la difícil conciliación de la vida laboral y profesional. En este sentido, es necesario subrayar la escasa ayuda que reciben las mujeres andaluzas desde sus propios hogares, ya que los varones siguen dedicando menos horas al mantenimiento de la familia que las mujeres¹⁰; o desde la Administración (guarderías para niños en centros de trabajo, asegurar el puesto de trabajo tras la maternidad, etc.).

Incluyendo a hombres y mujeres, más de la mitad de los andaluces perciben que la responsabilidad social del cuidado de las personas mayores, o discapacitados crónicos debe articularse entre las familias y las administraciones públicas. Es escasísimo el porcentaje de andaluces que consideran que son únicamente las familias las que deben hacerse cargo de las necesidades que provoca la dependencia. En el caso de que las discapacidades sean crónicas,

¹⁰ Las mujeres andaluzas, según la *Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003*, dedican un media diaria de 5:09 horas al hogar y la familia, mientras que los varones andaluces 2:08. Versión electrónica disponible en <http://www.ine.es/daco/daco42/empleo/01.xls>

los andaluces demandan mayor implicación por parte de las administraciones, hasta tal punto que un cuarto de los andaluces afirma que sólo la Administración debe hacerse cargo de ellos (Fernández Cordón y Tobío, 2006).

Todas las tendencias mencionadas permiten vaticinar que para el 2020 la sociedad demandará un mayor nivel de servicios para realizar tareas que, tradicionalmente, venía desempeñando la familia en general y la mujer en particular. Ya están apareciendo nuevos yacimientos de empleo en tareas que hasta ahora han pertenecido al ámbito privado exclusivamente.

3. COMPETENCIAS DE ANDALUCÍA A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA *LEY DE PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA*

3.1. Consecuencias para Andalucía de la “Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”.

La aprobada *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (LAPAD)¹¹ implica a numerosos actores sociales, y contribuirá a mitigar la exclusión social de las personas dependientes y sus familiares cuidadores. Viene a sustituir y a complementar a la mencionada LISMI, aprobada ahora hace casi 25 años.

Las líneas siguientes vienen a describir las competencias que Andalucía está obligada a asumir, desde la ya aprobada Ley, hasta el 2015. Entre los principios de esta Ley se encuentran la promoción de la autonomía, la permanencia en el entorno siempre que sea posible, la sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a la dependencia, la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios y la participación privada en los servicios y prestaciones, además de la cooperación entre las Administraciones (Título I).

Los beneficiarios de esta Ley son las personas en situación de dependencia mayores de tres años y que hayan residido en territorio español o haberlo hecho durante 5 años, dos de ellos inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud (artículo 5).

¹¹ Congreso de los Diputados, Boletín Oficial de las Cortes Generales, 5 de octubre de 2006, nº 84-11.

Una serie de nuevas estructuras de bienestar serán creadas a partir de la aprobación de la LAPAD. Las principales son el establecimiento de un *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia Nacional de Dependencia* (SAAD), previsto tal y como se ha indicado en el *Libro Blanco* y la creación de un Consejo Territorial que articule al primero. El SAAD tratará de coordinar y hacer eficientes los recursos públicos y privados, así como la coordinación entre los tres niveles administrativos (Estado, CCAA y entes locales), con el objeto de promocionar a las personas con discapacidades a partir de dos pilares básicos y complementarios: la promoción de su autonomía y la atención a las necesidades de las personas con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria¹².

El Consejo Territorial será el encargado de articular la cooperación entre las administraciones a partir de la elaboración de planes de acción integral, así como otras atribuciones de coordinación de las administraciones públicas y de los servicios disponibles para las personas con discapacidad. El Consejo estará compuesto por un titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, un representante de cada administración autonómica y de diversos ministerios.

Las CCAA serán las encargadas (al amparo del SAAD) de: planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de atención a las personas en situación de dependencia en el ámbito de su territorio; gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia; establecer los procedimientos de coordinación socio-sanitaria, creando los órganos que sean necesarios; crear y actualizar un Registro de Centros y Servicios, gestionando la acreditación que garantice el cumplimiento de requisitos y estándares de calidad; asegurar la elaboración del *Programa Individual de Atención para Cada Uno de los Discapacitados*; inspeccionar y sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios; y, por último, evaluar el funcionamiento del SAAD. El papel de los entes locales será colaborar en la gestión de los servicios de atención.

Las prestaciones irán destinadas, específicamente, a promover la autonomía en el medio habitual a través de ayudas técnicas para facilitar el desenvolvimiento en las actividades básicas

¹² Son, a tenor del artículo 2 las tareas elementales de las personas, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia (cuidado personal, actividades domésticas básicas, movilidad en el hogar, reconocer personas, objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas).

de la vida diaria, la eliminación de barreras arquitectónicas y las adaptaciones estructurales en la vivienda para facilitar los desplazamientos. Se promoverá la participación y el bienestar de las personas dependientes y sus familias cuidadoras, entre otros medios favoreciendo el asociacionismo. Además, se prestarán servicios de atención y cuidado a través de centros públicos y privados y, solamente, cuando los Programas Individuales de Atención, elaborados para cada persona con discapacidad, lo requieran, se prevén *prestaciones económicas para los familiares cuidadores*. De cualquier modo, en el acceso a los servicios y las prestaciones se considerarán el grado de dependencia y la capacidad económica del solicitante o la edad (artículo 12).

En el catálogo de servicios para atender la dependencia se recogen dos tipos, en función de los pilares mencionados: los destinados a promover la autonomía personal y los de atención y cuidado.

Los *servicios de promoción de la autonomía personal* van dirigidos a prevenir las situaciones de dependencia, consecuencia de las discapacidades por medio de la elaboración de Planes de Prevención de las situaciones de Dependencia. Del mismo modo, haciendo uso de las tecnologías de la comunicación e información, se cubrirán las situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento mediante un servicio de teleasistencia (artículos 19 y 29).

Los *servicios de atención y cuidado*, recogidos en la Sección 3ª, se configuran en la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche o los centros residenciales. Tanto los centros de día como de noche tratarán de favorecer la autonomía y apoyar a los familiares cuidadores (artículo 22). Los centros residenciales pueden tener un carácter definitivo o bien cubrir estancias temporales (convalecencias, vacaciones, fines de semana, enfermedad de los cuidadores y periodos de “respiro” en general).

La financiación del SAAD se cargará a la Administración General del Estado en colaboración con las administraciones autonómicas, al menos a partes iguales. Los beneficiarios también contribuirán a la financiación según el tipo y coste del servicio y de su nivel económico.

Al considerar la Ley es necesario poner de relieve que, a pesar de todos los logros y normas que proporciona para mejorar el apoyo de las personas en situación de dependencia, el

propio Consejo Económico y Social (CES)¹³, al aprobar un dictamen en referencia a la Ley, estableció algunas salvedades. De modo particular, algunos miembros del CES plantearon una serie de cuestiones entre las que se encuentran que no garantiza la cobertura universal ni pública. Los aspectos que ponen de relieve las limitaciones de cobertura, según algunos miembros del CES, serían: no garantiza derechos efectivos; los grados de dependencia se determinan mediante un sistema que no se concreta en el texto; se establece un sistema de copago; los menores de tres años quedan excluidos, así como la mayoría de los inmigrantes; solo se establece el gasto público del 1% del PIB y el plazo para la entrada en vigor es hasta 2015¹⁴.

En cuanto a su cobertura pública, no está garantizada, puesto que se plantea que parte de la cobertura la realicen entidades privadas o personas individuales. Tampoco se jerarquiza entre los servicios públicos y privados, dando lugar al desarrollo de los servicios y seguros de carácter privado. Se fomenta la permanencia en los hogares el mayor tiempo posible, y esto hará que el servicio siga recayendo en el cuidado informal de la dependencia.

3.2. Camino andado por Andalucía en materia de dependencia

El tratamiento que reciben las personas con dependencia y sus familias en Andalucía es ventajoso respecto a los ciudadanos que viven en otras CCAA del territorio español. La Comunidad Autónoma de Andalucía es la que más ha avanzado en este sentido, en función de sus competencias transferidas y de su capacidad financiera, principalmente a partir de la aprobación de legislación específica dirigida a grupos con dependencia en 1999 y 2002. Durante 1999 tuvo lugar la aprobación de varias leyes que han contribuido a mejorar la vida de los mayores y las personas con dependencia: la propia *Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía*¹⁵, anterior a la ya mencionada Ley tramitada a nivel estatal dirigida a las personas con dependencias, y La *Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores*¹⁶. Durante 2002, también se aprobaron la *Orden de 6 de mayo de 2002, por la que se regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia*

¹³ En Sesión Ordinaria del Pleno de 20 de febrero de 2006. Versión electrónica disponible en: <http://www.ces.es>

¹⁴ Consultar: CES (2006) Dictamen 3. Sobre el Anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. CES. Madrid, pp. 24 y ss.

¹⁵ BOJA nº 107, de 5 de mayo de 1999, pp. 16.579-16.592.

¹⁶ BOJA nº 87, de 29 de julio de 1999, pp. 9.592-9.601.

diurna y respiro familiar¹⁷ y el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas¹⁸.

La Ley 1/999, de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía, ha tenido como objetivo el regular las actuaciones destinadas a la "atención y promoción del bienestar de las personas con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales con el fin de hacer efectiva la igualdad de oportunidades y posibilitar su rehabilitación e integración social, así como la prevención de las causas que generan deficiencias, discapacidades y minusvalías"¹⁹. En definitiva, lo que pone de manifiesto esta Ley en relación a los mayores con dependencia es el interés por promover la iniciativa social, siguiendo principios de integración, normalización, fomento de investigación y reconocimiento de derechos. Además, considera aspectos tan relevantes como la asistencia sanitaria y la rehabilitación, los servicios sociales a través de los Servicio Sociales Comunitarios y Especializados (centros de valoración, residencias y unidades de día) y la accesibilidad de las ciudades en el transporte y la comunicación.

Ese mismo año, la aprobación de la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores establece medidas específicas destinadas a personas mayores en Andalucía a través del apoyo a las familias, los Servicios Sociales Comunitarios y los Especializados; atención socio-sanitaria específica, de vivienda; promoción de la educación y formación (Aulas Universitarias, fomento de la participación de los más mayores, sensibilización con las personas mayores, investigación, preparación a la jubilación, etc.); cultura, ocio, turismo y deporte; protección económica y jurídica ante situaciones de vulnerabilidad.

Cuatro años más tarde, las medidas normativas de 2002 constituyeron un paso más desde la Junta de Andalucía en el cuidado de las personas mayores que presentan dependencias. La Orden de 6 de mayo de 2002 regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar. Inciden en el papel social de las familias y la mujer como cuidadoras de las personas en situación de dependencia. Los programas se desarrollan en centros específicos o compartiendo instalaciones con centros residenciales. Para la Junta de Andalucía los Programas de Estancia Diurna consisten en el "conjunto de actuaciones que prestándose durante parte del día están dirigidas a una atención integral

¹⁷ BOJA n° 55, de 11 de mayo de 2002, pp. 7.694 y ss.

¹⁸ BOJA n° 52, de 4 de mayo de 2002, pp. 7.127-7.134.

¹⁹ BOJA n° 107: p. 16.581.

mediante servicios de manutención, ayuda a las actividades de la vida diaria, terapia ocupacional, acompañamiento y otros, que mejoren o mantengan el nivel de autonomía personal de los/las usuarios”. Y los Programas de Respiro Familiar serían el “conjunto de actuaciones descritas en el apartado anterior, que se prestaran, en régimen residencial, en períodos que oscilen entre veinticuatro horas y un mes, con carácter prorrogable, por motivos de descanso, enfermedad u hospitalización, emergencias y otras circunstancias análogas”²⁰.

Por su parte, el *Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas* constituye un gran avance en la ayuda a las familias con personas mayores discapacitadas, en la medida en la que recoge la protección y ayuda ante necesidades de las familias cuidadoras que, como ya se he comprobado, son las principales cuidadoras de mayores con dependencias. El capítulo VII se refiere expresamente a las medidas a favor de los/as mayores y personas con discapacidad, estableciendo, sobre todo, medidas sanitarias (cuidados a domicilio, fisioterapia y rehabilitación, Plan Andaluz de Alzheimer o desarrollo de dispositivos socio-sanitarios de Salud Mental); medidas sociales en el domicilio, como adecuación básica de viviendas; medidas de carácter social en centros (centros de día, servicios de comedor, programas de estancia diurna y de respiro familiar, centros residenciales, dotación de equipos informáticos, etc.). Medidas como el mencionado Plan Andaluz de Alzheimer, por ejemplo, son medidas pioneras en toda España.

²⁰ BOJA n ° 55, de 11 de mayo de 2002: p. 7.695.

4. BIBLIOGRAFÍA

- CASTÓN BOYER, P. y M. M. RAMOS LORENTE (2006) “Dependencia en personas mayores en Andalucía”, *Actualidad*, 8, Centro de Estudios Andaluces, Sevilla. Versión electrónica disponible en http://www.centrodeestudiosandaluces.es/datos/publicaciones/Actualidad08_final.pdf
- CONSEJO DE EUROPA (1998) *Recomendación del Comité del Consejo de Europa relativa a la dependencia*, R (98) 9.
- EUROSTAT (2001) *Disability and Social Participation in Europe*, Eurostat, Luxemburgo.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. y C. TOBÍO (2006) *Andalucía. Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares*, IEA, Sevilla.
- GARCÍA DÍAZ, N. (2002) *La Discapacidad en Cifras*, IMSERSO, Madrid.
- GIMÉNEZ LÓPEZ, D. y M. M. RAMOS LORENTE (2004) “La discriminación laboral de las mujeres discapacitadas en España”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 45, 61-76. Versión electrónica disponible en http://www.infodisclm.com/documentos/informes/discap_mujeres_Espana.pdf
- INE (2002) *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, 1999*, INE, Madrid.
- RAMOS LORENTE, M. M. (2004) “La formación y el empleo de las mujeres con discapacidad: facilitar el acceso”, *Revista Especializada en Formación y Empleo de los Colectivos en Riesgo de Exclusión*, 3. Versión electrónica disponible en <http://redsirevista.cebs-es.org/>