

Volumen 1 - Número 2 - Abril/Junio 2015

# 100-Cs

ISSN 0719-5737

## CEPU ICAT

CENTRO DE ESTUDIOS Y PERFECCIONAMIENTO UNIVERSITARIO  
EN INVESTIGACIÓN DE CIENCIA APLICADA Y TECNOLÓGICA

SANTIAGO — CHILE

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero

# 100-Cs

# CEPU ICAT

## CUERPO DIRECTIVO

### Director

**Dr. Sergio Diez de Medina**

*Centro de Estudios CEPU - ICAT*

### Editor

**Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda**

*Centro de Estudios CEPU-ICAT, Chile*

### Secretario Ejecutivo y Enlace Investigativo

**Héctor Garate Wamparo**

*Centro de Estudios CEPU-ICAT, Chile*

## Cuerpo Asistente

### Traductora: Inglés – Francés

**Lic. Iliá Zamora Peña**

*Asesorías 221 B, Chile*

### Traductora: Portugués

**Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón**

*Asesorías 221 B, Chile*

### Traductora: Italiano

**Srta. Cecilia Beatriz Alba de Peralta**

*Asesorías 221 B, Chile*

### Traductor: Sueco

**Sr. Per-Anders Gröndahl**

*Asesorías 221 B, Chile*

### Diagramación / Documentación

**Lic. Carolina Cabezas Cáceres**

*Asesorías 221 B, Chile*

### Portada

**Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero**

*Asesorías 221 B, Chile*

## COMITÉ EDITORIAL

### Dr. Jaime Bassa Mercado

*Universidad de Valparaíso, Chile*

### Dra. Beatriz Cuervo Criales

*Universidad Autónoma de Colombia,  
Colombia*

### Mg. Mario Lagomarsino Montoya

*Universidad de Valparaíso, Chile*

### Dra. Rosa María Regueiro Ferreira

*Universidad de La Coruña, España*

### Mg. Juan José Torres Najera

*Universidad Politécnica de Durango, México*

## COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

### Dr. Klilton Barbosa Da Costa

*Universidad Federal do Amazonas, Brasil*

### Dr. Daniel Barredo Ibáñez

*Universidad Central del Ecuador, Ecuador*

### Lic. Gabriela Bortz

*Journal of Medical Humanities & Social  
Studies of Science and Technology, Argentina*

### Dr. Fernando Campos

*Universidad Lusofona de Humanidades e  
Tecnologias, Portugal*

### Ph. D. Juan R. Coca

*Universidad de Valladolid, España*

### Dr. Jairo José Da Silva

*Universidad Estatal de Campinas, Brasil*

### Dr. Carlos Tulio Da Silva Medeiros

*Instituto Federal Sul-rio-grandense, Brasil*

# 100-Cs

# CEPU ICAT

**Dra. Cira De Pelekais**

*Universidad Privada Dr. Rafael Beloso Chacín  
URBE, Venezuela*

**Dra. Hilda Del Carpio Ramos**

*Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Perú*

**Dr. Andrés Di Masso Tarditti**

*Universidad de Barcelona, España*

**Dr. Jaime Fisher y Salazar**

*Universidad Veracruzana, México*

**Dra. Beatriz Eugenia Garcés Beltrán**

*Pontificia Universidad Bolivariana, Colombia*

**Dr. Antonio González Bueno**

*Universidad Complutense de Madrid, España*

**Dra. Vanessa Lana**

*Universidade Federal de Viçosa - Brasil*

**Dr. Carlos Madrid Casado**

*Fundación Gustavo Bueno - Oviedo, España*

**Dr. Luis Montiel Llorente**

*Universidad Complutense de Madrid, España*

**Dra. Layla Michan Aguirre**

*Universidad Nacional Autónoma de México,  
México*

**Dra. Marisol Osorio**

*Pontificia Universidad Bolivariana, Colombia*

**Dra. Inés Pellón González**

*Universidad del País Vasco, España*

**Dr. Osvaldo Pessoa Jr.**

*Universidad de Sao Paulo, Brasil*

**Dr. Santiago Rementería**

*Investigador Independiente, España*

**Dr. Francisco Texiedo Gómez**

*Universidad de La Rioja, España*

**Dra. Begoña Torres Gallardo**

*Universidad de Barcelona, España*

**Dra. María Ángeles Velamazán Gimeno**

*Universidad de Zaragoza, España*

**CEPU – ICAT**

Centro de Estudios y Perfeccionamiento  
Universitario en Investigación  
de Ciencia Aplicada y Tecnológica  
Santiago – Chile

# 100-Cs CEPU ICAT

## Indización

Revista 100-Cs, se encuentra indizada en:



**LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES EN EL MARCO DE LA INNOVACIÓN SOCIAL Y LA ECONOMÍA DE CUIDADOS. UN ANÁLISIS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS<sup>1</sup>**

**Dra. Rosario Chaves Asián**

Universidad de Sevilla, España  
rasian@us.es

**Dra. Teresa Fernández Fernández**

Universidad de Sevilla, España

**Dr. Mikel Zurbano Irizar**

Universidad de Sevilla, España

**Fecha de Recepción:** 10 de enero de 2015 – **Fecha de Aceptación:** 15 de marzo de 2015

## 1. Introducción

Las sociedades occidentales han avanzado de un modo importante en cuestiones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida de la mayor parte de su población. Se han conseguido adelantos médicos fundamentales que han colaborado en la consecución de un aumento significativo de la esperanza de vida<sup>2</sup>.

El continuo envejecimiento de la población y la apertura de las mujeres a desarrollarse en todas las esferas de la vida profesional, y no solo en el hogar, ha llevado a plantear diferentes alternativas para hacer frente a las necesidades de cuidados. A todo ello hay que unir los problemas que se han venido acuciando a raíz de la crisis, como los descensos en los gastos de las administraciones públicas que están llevando a la reducción de algunos programas dirigidos a atender a personas en situación de dependencia, entre otros.

Los cuidados de larga duración son un asunto de política transversal que aúnan gran cantidad de servicios para las personas que dependen de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria durante un prolongado período de tiempo (Parlamento Europeo, 2008). Y es precisamente la población mayor dependiente, la cual será objeto de este estudio, la que compone la mayor parte de quienes demandan este tipo de cuidados.

---

<sup>1</sup> Artículo publicado en el Smart Regions for Smarter Growth Strategy: New challenges of the regional policy and potentials of cities to overcome a worldwide economic crisis. Palacio de Exposiciones y Congresos “Ciudad de Oviedo”, España. 21 y 22 de noviembre de 2013. Texto publicado en forma íntegra conforme a su original.

<sup>2</sup> Aunque, según el CES en la *Memoria Socioeconómica y Laboral 2012*, tras el progresivo incremento histórico de la esperanza de vida al nacer de las/os españoles, se ha dado un pequeño retroceso en 2012, cuando „por primera vez en la historia” la edad límite estimada fue inferior a la del año precedente.

Asimismo, en este trabajo, y basándonos en unos trabajos previos (Asián-Chaves, Fernández-Fernández y Zurbano-Irizar; 2012 y 2013), afirmamos que la integración de diferentes servicios de cuidado es el principal factor de innovación social en el ámbito de los cuidados. Y es que los servicios de cuidado de larga duración requieren de una atención integral que responda a las necesidades de las personas mayores dependientes –además de otros colectivos– en diferentes áreas de su vida cotidiana y, en particular, en las áreas de asistencia social y sanitaria.

El **objetivo** de este trabajo es esbozar una línea de discusión y de análisis que ponga en relación la “Economía del cuidado” con la innovación social en servicios, considerando concretamente la situación de los servicios de atención de personas mayores en las distintas Comunidades Autónomas españolas. Se pretende iniciar un debate acerca de cómo los servicios de salud pueden ser innovadores. Desde el punto de vista teórico, los servicios del cuidado son estudiados para evaluar cómo encajan en el concepto de innovación social. Desde el empírico, el objetivo es establecer un patrón para que posteriormente se pueda medir cómo los servicios de cuidado generan innovación social e identificar las causas de la innovación social en los servicios de cuidado prestados en España y especialmente en los que se ofrecen a las personas mayores.

Para el análisis empírico hemos acudido a los datos de la base de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (en adelante MSSSI), y principalmente del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Para las relaciones entre CCAA españolas y los tipos de provisión de servicios, hemos realizado un análisis de correspondencias, utilizando el test Chi-cuadrado de independencia<sup>3</sup>. Para dichos análisis se ha utilizado el SPSS. Además, hemos realizado una aproximación a la innovación social de los servicios de cuidado de larga duración en España y sus Comunidades Autónomas comprobando el grado de integración de servicios de cuidado, en particular los relacionados con servicios sociales y de salud.

## 2. La Economía del cuidado<sup>4</sup>

La sostenibilidad de la vida, constituida como categoría analítica central, supone plantearse una serie de cuestiones absolutamente indispensables para el sostenimiento de la sociedad en su conjunto, desde el punto de vista económico, político, cultural, etc. Concretamente, desde el punto de vista económico, estas cuestiones no se pueden limitar al ámbito del mercado, sino que deben ir más allá. Así, la economía feminista plantea que economía es mantener la vida, sea o no a través de las esferas monetizadas, y que, por tanto, lo mercantil forma parte del análisis pero de manera secundaria, no como eje central. De este modo, la “Economía del cuidado” se configura como un concepto en construcción, con elementos de distintas disciplinas de análisis que van desde la Sociología a la Economía. En su tratamiento, es primordial tener en cuenta la perspectiva de género, y considerar la necesidad ineludible de “visibilización” de todas aquellas actividades realizadas en el ámbito doméstico y que no pasan por el mercado. Todo ello está directamente relacionado con la división sexual del trabajo, la doble carga de trabajo que soportan muchas mujeres, debido a su incorporación al “ámbito laboral” sin la

---

<sup>3</sup> Para una explicación de estos tipos de análisis puede consultarse Cuadras (1991), Lebart et al. (1985), Díaz de Rada (2002), entre otros.

<sup>4</sup> Tomado en gran parte de Asián-Chaves (2013).

consiguiente incorporación de los hombres al “ámbito doméstico”, etc., con consecuencias que afectan directamente a la sostenibilidad de nuestras sociedades, como los desequilibrios en las tasas de natalidad.

Ante los cambios que se vienen produciendo, es necesario, ahora más que nunca, situar en el centro del debate social la exigencia y el derecho de dar y recibir cuidados. Las Administraciones Públicas, los agentes sociales y la ciudadanía contamos con la oportunidad de definir un modelo que supere irrevocablemente el papel de la mujer respecto a los cuidados, hasta este momento subordinado y no equitativo. Los hombres deberán iniciar nuevos compromisos como cuidadores (se trata de una corresponsabilidad de tareas), la Administración Pública deberá asegurar la promoción efectiva de la igualdad (a través de leyes, controles, etc.) y las instituciones públicas y privadas deberán facilitar servicios e instalaciones para que una parte del cuidado se pueda llevar a cabo fuera de la familia.

El término economía del cuidado, como indica Rodríguez (2005), se ha difundido de manera relativamente reciente para “referir a un espacio bastante indefinido de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas, en las sociedades en que viven”. Así definido, y como todo concepto en construcción, sus trascendencias y límites son muy vagos. Si bien toda actividad humana tiene como objetivo final la propia reproducción, como personas y como sistema social, pero la economía del cuidado, con sus ambigüedades, representa a un espacio más acotado. El cuidado refiere a los bienes y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio. Abarca por tanto al cuidado material que implica un trabajo, al cuidado económico que implica un costo y al cuidado psicológico que implica un vínculo afectivo (Batthyany, 2004).

Asociarle al término cuidado el concepto de economía implica concentrarse en aquellos aspectos de este espacio que generan, o contribuyen a generar, valor económico. Es decir, lo que particularmente interesa a la economía del cuidado, es la relación existente entre el modo cómo las sociedades organizan el cuidado de sus miembros, y el funcionamiento del sistema económico (Rodríguez, 2005).

Podemos decir que la denominación de “Economía del cuidado” deja constancia de que nos referimos a “Economía” en cuanto que se refiere a una dimensión central del bienestar, ya que nos referimos a recursos para satisfacer necesidades; además, porque nos estamos refiriendo a un trabajo, sea remunerado o no remunerado; y porque es la base del resto de la economía (la que se contempla desde el punto de vista del mercado). Pero ello no quita que tengamos que subrayar que no le es aplicable una mirada economicista, ya que el dinero no es el todo al que mirar, porque el dinero no funciona de forma “normal” y porque el concepto lleva aparejadas unas dimensiones materiales y simbólicas, así como culturales (Pérez Orozco, 2011).

La Economía del cuidado entendida de manera amplia, no sólo como las acciones del trabajo reproductivo, sino además como la provisión de servicios de cuidado ofrecidos por el Estado y el mismo sector privado, que facilita la inserción de las mujeres en el campo laboral, hace referencia a un espacio bastante amplio de bienes y servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas en las sociedades en que viven. Es en general el cuidado esencial de la vida.

La economía del cuidado no pretende sólo medir, dimensionar e incorporar al análisis económico a los “sectores” proveedores de cuidado (incluyendo a los hogares y a su provisión monetizada), sino cuestionar desde esta mirada el funcionamiento del sistema económico como un todo. La economía del cuidado permite cuestionar los modos en los que se origina la distribución de los trabajos, los tiempos y los ingresos para poner la producción de bienestar en el centro del análisis.

En este trabajo no se va a profundizar en estas cuestiones de la economía del cuidado, ya que requieren de un análisis más intenso que se desvía de las pretensiones y posibilidades de esta comunicación, pero no queríamos dejar de mencionarlo para mantenerlo presente en el fondo del análisis. A continuación nos centraremos en los servicios de cuidado en relación con la posible conexión con la innovación social y, como comentamos al principio, nos circunscribiremos, especialmente para el análisis empírico, a los referidos a las personas mayores.

### **3. Innovación social y servicios de cuidado**

El concepto de innovación social es amplio tanto en lo teórico como en lo práctico. En lo teórico supone una creación de valores (Keselring y Leitner, 2008). Desde el punto de vista práctico, los clientes, que son en el caso de estos servicios, ciudadanas/os comunes, no sólo expresan sus necesidades, sino que participan en el desarrollo de nuevos productos/servicios para dar respuesta a sus problemas. Es precisamente esa participación la que sitúa a la innovación social en servicios dentro del contexto de la innovación abierta (Chesbrough 2003, Reichwald/Piller 2005), que se caracteriza por la confluencia de agentes y organizaciones que interactúan en un proceso retroalimentado.

En este contexto la integración del cliente (Jacobsen, 2005) y las redes (Howaldt et al. 2001) tienen gran importancia. Dentro de este entorno, el propósito último de la innovación social es solucionar necesidades sociales en un mundo cada vez más globalizado y enfrentado a una crisis económica.

Sin embargo, medir la innovación social a través de la provisión de servicios no es tarea fácil, ya que los estándares tradicionales de medición se han hecho sobre innovación tecnológica. Uno de los objetivos de este trabajo es contribuir tanto teóricamente como empíricamente a plantear nuevos estándares de medición. Y para ello los autores parten de un trabajo previo (Asián-Chaves, Fernández-Fernández y Zurbano-Irizar, 2012) donde se demostró que es posible generar innovación social mediante la prestación de servicios. En concreto, usando una matriz de stress de características y potencialidad de las actividades de servicios a la hora de innovar, se demostró que los servicios sociales tienen un gran potencial dada su adaptabilidad, creatividad, comercialización y porque se desarrollan en un proceso productivo y de consumo que evoluciona, es flexible e interactivo. En dicho trabajo, los autores también usaron la metodología input-output para el caso español, observando los efectos multiplicadores derivados de la interrelación de las actividades de servicios con otras actividades, comprobando de nuevo cómo los servicios sociales mostraban una interacción destacada y, por tanto, un carácter innovador. Es por ello, que ahora, dichos autores se plantean incrementar ese potencial innovador de la integración de dichos servicios sociales y analizarlo en el caso de los servicios de cuidado en las distintas Comunidades Autónomas. Para ello parten de la consideración del sistema nacional de salud en línea con el pensamiento de Freeman (1987), quien define el sistema nacional de innovación

como una red de instituciones públicas y privadas innovadoras tecnológicamente. En este contexto, los servicios de cuidado se ajustan a los cuatro parámetros de la innovación social abierta: 1) son nuevas ideas que pretenden solucionar necesidades cambiantes (los sistemas nacionales de servicios sociales han evolucionado desde la lucha contra la pobreza hasta la integración de servicios de cuidado -maternidad, dependencia, vivienda y lucha contra la exclusión-). 2) Para ello tienen que innovar los agentes, 3) los procesos, 4) y los resultados. La innovación de los procesos es de especial interés porque supone analizar si los servicios de cuidado son totalmente públicos o privados y evaluar su eficacia en un contexto de información imperfecta (es más fácil analizar los servicios de cuidado prestados en instituciones que en el hogar), y donde se presentan problemas como la regulación de las condiciones de trabajo y la cualificación requerida y, especialmente, la dificultad de proporcionar unos servicios de cuidado con la mayor integración a la vista de la fragmentación del sistema nacional de salud español, en el que convive un sistema nacional con sistemas regionales y locales que generan enfrentamientos y/o solapamientos políticos y/o financieros. De ahí, el interés de los autores por descender al nivel de las Comunidades Autónomas.

### **3. Análisis de la situación en España y en sus CCAA**

En este apartado realizamos una aproximación del estado de situación en el ámbito de la innovación de servicios de cuidados a la dependencia para el caso español. Los cuidados a la dependencia en España están sometidos a constantes transformaciones aceleradas con los actuales procesos de cambio social y económico. Por lo tanto, iniciaremos este apartado mencionando el nuevo marco legislativo de la atención a la dependencia de 2006 y la situación de su financiación en el contexto de crisis económica. En todo caso, el centro de atención aquí es el análisis del caso español desde las dos perspectivas de contraste. El primero es el contraste entre los sistemas sociales de las comunidades autónomas y la provisión de servicios de cuidados en sus diversas formas. Por otra parte, realizamos una aproximación al grado de desarrollo de la asistencia integral en materia de cuidados a la dependencia en España para realizar un primer diagnóstico del grado de innovación social de éstos.

#### **3.1. Marco legal y los datos relevantes de los servicios de atención en España**

Se definen como “dependientes” aquellas personas que no pueden realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria –actividades primarias de la persona para su autocuidado y movilidad, o las actividades instrumentales de la vida diaria como ir a comprar-. De acuerdo con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), serían dependientes quienes demanden ayuda, y así lo manifiesten, para desarrollar algún aspecto de la vida cotidiana, previo informe y evaluación. Y, aunque los escenarios de dependencia o dependencia crónica pueden presentarse a lo largo de todo el ciclo vital, los análisis demuestran que ésta se concentra entre los mayores de 65 años y especialmente entre los mayores de 75 años (Gálvez et al., 2011), de ahí que sea en los mayores en quienes centramos fundamentalmente el análisis.

Si se estima que a determinadas personas les corresponden Servicios (del catálogo de servicios y prestaciones contenidos en la Ley 39/2006), éstos deben ser prestados con carácter prioritario a través de la Red de Servicios Sociales por las CCAA.

Si no es posible, se concederán prestaciones económicas y procederá el pago, previa justificación, o de forma indirecta mediante Prestación Vinculada al Servicio. Sólo de forma excepcional, el beneficiario podrá recibir una prestación económica para ser atendido por un “cuidador familiar”. Los servicios y prestaciones que pueden concederse al beneficiario están recogidos y regulados en los artículos 14 a 19 de la Ley 39/2006, y artículo 2 del RD 727/2007, actualizado por el RD 175/2011. Las personas dependientes y sus familias también deben participar en la decisión a través del PIA<sup>5</sup>. Según el catálogo de servicios y asistencia económica del PIA, éstos son: prevención y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de servicios de día y noche, centros de servicios vinculados a complejos residenciales, la asistencia económica vinculada al servicio, la ayuda económica para los servicios de atención prestados dentro de la familia (cuidados familiares), y asistencia económica para cubrir los servicios de un asistente personal. Para mostrar algunos datos de 1 de enero de 2011 de la aplicación de la ley, y teniendo en cuenta las 17 Comunidades Autónomas españolas, se han producido operaciones de ayuda, de las cuales 384.413 (48,2%) fueron económicas y la mayoría de ellas (383.666) para el cuidado en la familia (sólo 747 por un asistente personal) (gráfico 1).

Un documento de evaluación de la Ley 39/2006, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad muestra que el marco legal, y por lo tanto los servicios aprobados y suministrados en las diferentes Comunidades Autónomas, son muy variados y se confunden debido a la velocidad de la evolución normativa, que trata de obtener una solución rápida, y a la diferente situación económica y social en cada Comunidad Autónoma.

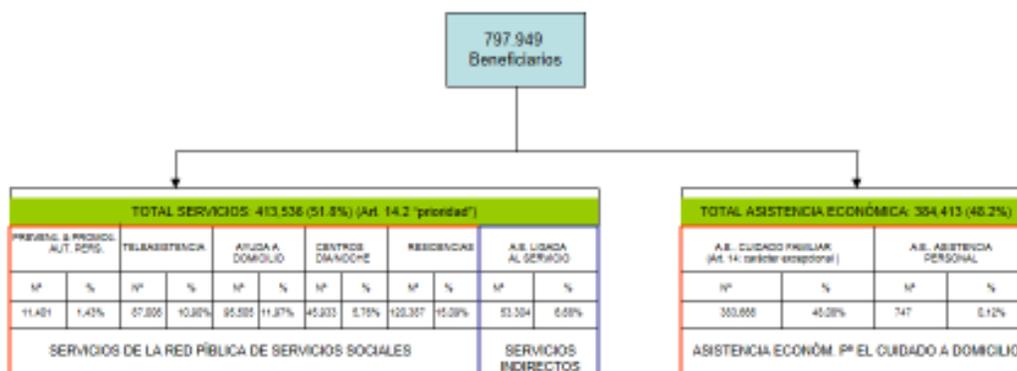


Gráfico 1. Servicios y asistencia económica a personas en situación de dependencia

Fuente: A partir de los datos del IMSERSO

<sup>5</sup> El Programa Individual de Atención (PIA) será elaborado por los profesionales (Técnicos PIA) del servicio de atención a la dependencia de la correspondiente CCAA en función del contenido del informe médico, de valoración y social de la persona y siempre que ésta tenga reconocido un grado y nivel de dependencia que se encuentre dentro del calendario de aplicación de la Ley. Dicho Programa determinará los servicios y prestaciones que le correspondan, en función del grado y nivel de dependencia reconocido y de lo que establezca la normativa vigente en materia de régimen de compatibilidad entre servicios y prestaciones del catálogo, y que sean considerados más adecuados a su situación personal. Este programa individualizado incluirá el estudio y análisis de la capacidad económica del beneficiario y la determinación del importe de la prestación económica a percibir, en su caso. Una vez elaborado el PIA, el técnico responsable, negociará la/las alternativa/as propuestas con el beneficiario, con su familia o representante legal en su defecto.

El Servicio de Atención a la Dependencia (SAAD) ha sufrido cambios de importante calado como consecuencia de la aprobación del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de *medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*, a través de su artículo 22, de los que subrayamos los siguientes:

- el cambio en la estructura de la dependencia con la supresión de los niveles, manteniéndose solamente los tres grados de afectación;
- la reducción de la cuantía de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales;
- el cambio en la situación de los cuidadores no profesionales a efectos de encuadramiento en la Seguridad Social, que dejan de quedar incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación del Régimen General y en situación asimilada al alta;
- la nueva definición de la prestación económica de asistencia personal;
- el establecimiento de un nuevo régimen de incompatibilidades de las prestaciones;
- la modificación del calendario de aplicación de los servicios y prestaciones de cobertura a las situaciones de dependencia, dilatándose los plazos para hacer efectivas las prestaciones a quienes se les haya reconocido el derecho.

Esta nueva norma, según el CES (2013), dificulta gravemente la posibilidad de ofrecer la continuidad precisada en los cuidados de muchas personas, que pueden sufrir un enorme menoscabo de su calidad de vida. Por otro lado, el aumento de las aportaciones de los usuarios, que afectará directamente al patrimonio de las personas dependientes, también ha suscitado la inquietud por la accesibilidad del sistema.

Finalmente, a través del Real Decreto 1364/2012, aprobado en septiembre, se procedió a adaptar el procedimiento de reconocimiento, declaración y calificación de discapacidad a la regulación contenida en el Real Decreto 174/2011 por el que se aprobó el baremo de valoración de la dependencia, permitiendo su identificación en los niveles de moderada, severa y gran dependencia. Según el nuevo texto legal, se establece un único instrumento aplicable en cualquier situación de discapacidad y en todas las edades a partir de los 3 años y se suprime el que se establecía para determinar la necesidad de asistencia de tercera persona.

### **3.2. Servicios de cuidado prestados por las Comunidades Autónomas en España**

No hay un patrón nacional centralizado de los servicios de cuidado. Esto no es bueno en términos de nuestro análisis que considera como hipótesis que un marco integrado de servicios es lo que indica que la Comunidad Autónoma es más innovadora y parece no ser el caso en muchas de las Comunidad Autónoma, como se probará empíricamente.

Según el propio documento de evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), el desarrollo normativo de esta Ley ha sido prolijo y confuso, se constata que su desarrollo ha sido precipitado al querer ir dando respuesta puntual a los

desajustes legales respecto a la realidad social (lo cual sería contrario a lo que comentamos sobre la integración de servicios en pro de la innovación social), por lo que se propone, además de adecuar la normativa a la situación de Dependencia en todo el territorio nacional, establecer unos criterios comunes en los aspectos básicos del Sistema de la Dependencia, como son el Baremo de Valoración de las situaciones personales de Dependencia y los Aspectos económicos del Sistema.

Como se ha indicado anteriormente, la prestación de servicios de cuidado varía en España debido principalmente a la diferente estructura política, económica y social de sus 17 Comunidades Autónomas. “Desde 2007 hasta el final del año 2012, 1.639.990 personas habían solicitado que se valorara su situación para acceder a las prestaciones del SAAD. Este número equivaldría al 3,5% de la población en España. Andalucía, con un 4,8% y La Rioja con un 4,5% son las comunidades autónomas en las que más solicitudes se habían presentado al terminar el año” (CES, 2013).

Según el estudio realizado para el caso de Andalucía por Gálvez et al. (2011), pero que se puede extrapolar al resto de España, basándose en las proyecciones de población dependiente se espera un alza de la demanda de servicios para el cuidado, que se incrementará rápidamente entre 2010 y 2050 (un 97,8% en hombres y un 110% en mujeres en un escenario alto; un 86,1% y 99,7% respectivamente en un escenario medio; y un 73,9% y 87,3% en uno bajo). Este incremento de la demanda del cuidado asociado al aumento de la población en situación de dependencia implicará una fuerte presión sobre el gasto público. La coincidencia entre el desarrollo de la Ley 39/2006 y el estallido de la crisis económica ha disparado la figura del “familiar cuidador” dentro del catálogo de servicios y prestaciones contemplado en la Ley, aunque este servicio lo preveía la Ley como excepcional para casos en los que no hubiera otras posibilidades o fuera la mejor opción, y que no pasaría del 30% del total de prestaciones a personas en situación de dependencia (como veremos en el siguiente apartado, en 2011 esta figura había superado el 40% en todas las CCAA, con la única excepción de Madrid, superando incluso el 50% en 9 de las 17 CCAA).

El desarrollo del sistema para la autonomía y atención de la dependencia (SAAD), irremediamente vinculado a la crisis económica en España, como indica el CES (2013), se halla en un momento muy espinoso, con un fuerte desplome de los recursos asignados justamente en un período en el que necesita de un mayor empuje. Actualmente, “pasado el primer periodo de consolidación, en términos de gestión de solicitudes, valoraciones y asignaciones de planes personales de atención, en el que se pudo observar una gran vitalidad en el ritmo de actuación de muchas de las Administraciones implicadas, el sistema ha entrado en una fase de claro retroceso. Así, de la información histórica del sistema de información del SAAD se pueden extraer algunos datos muy significativos, como la existencia de una voluminosa lista de espera de personas a las que se ha reconocido el derecho a la asistencia y que, sin embargo, no tienen aún prestaciones asignadas y por tanto no son atendidos. O el predominio, cada año más evidente, de las prestaciones económicas frente a los servicios de atención, en contra a lo estipulado en la ley. Por otro lado, la falta de información sobre la financiación del sistema dificulta seriamente la posibilidad de analizar su evolución si no es a través de estimaciones. Se calcula, en este sentido, que el gasto del SAAD en 2012 ascendió a 6.570 millones de euros, con una participación decreciente de la Administración General del Estado y un considerable incremento de las aportaciones de los usuarios desde el año 2009” (CES, 2013).

La evolución del sistema revela que el año 2011 supuso un claro punto de inflexión, observándose un fuerte desplome del volumen de solicitudes de valoración (véase gráfico 2). No obstante, el ritmo de tramitación de los dictámenes continuó siendo muy ágil. Así, si al principio el volumen de la lista de espera se podía justificar por la gran cantidad de solicitudes presentadas por la ciudadanía, en 2011 y 2012, que ha habido un retroceso importante en las solicitudes, lo lógico hubiese sido una bajada equivalente del número de situaciones de espera, pero el descenso no se ha producido.

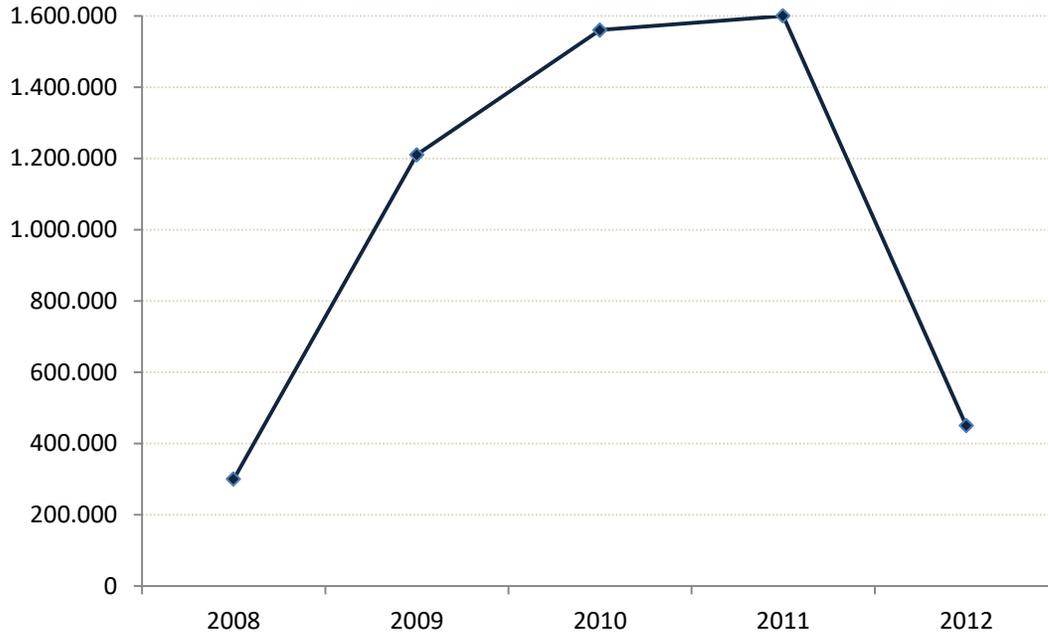


Gráfico 2. Evolución del número de solicitudes del SAAD, 2008-2013  
Fuente: A partir de los datos del IMSERSO

### 3.3. Servicios de cuidado en las Comunidades Autónomas de España. Análisis de correspondencias entre CCAA y servicios (resoluciones PIA)

Hemos comentado anteriormente la diversidad de servicios, o de formas de prestación de servicios relacionados con el cuidado, más específicamente los que hemos denominado servicios a la dependencia. A través de la literatura, de los análisis llevados a cabo en diferentes realidades territoriales, así como basándonos en el análisis realizado anteriormente acerca de la innovación social en los servicios, concluimos que a mayor integración en la prestación de este tipo de servicios más innovación social. Por otro lado, la estructura regional española es una realidad compleja. Las 17 CCAA que forman parte del Estado español componen un mosaico de diferentes culturas, estructuras sociales y económicas, instituciones de gobierno, etc. que da lugar a diferencias en la prestación de este tipo de servicios. Planteamos asimismo que la innovación en servicios de cuidados de las CCAA está relacionada con sus propios sistemas de política social.

Con el siguiente análisis pretendemos describir y analizar las disparidades que presentan, para un caso concreto, los resultados de la aplicación de la prestación pública de servicios

a la dependencia a través de las resoluciones del programa individual de atención (PIA) a las distintas realidades sociales que suponen las diferentes CCAA españolas. Esta parte del análisis, de carácter eminentemente cuantitativo, lo realizaremos mediante técnicas estadísticas (Contraste Chi-cuadrado de independencia –comentado en metodología en la introducción-) <sup>6</sup>

Para contrastar la presumida asociación o dependencia entre los caracteres tipos de prestaciones de servicios y CCAA, hemos elaborado una tabla de contingencia o correspondencias (tabla 1) con los datos de las Estadísticas SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) a 1 de enero de 2011 que ofrece el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). En el contraste Chi-cuadrado de independencia obtenemos para el estadístico de prueba un valor altamente significativo ( $\chi^2 = 253100.899$ ; grados de libertad = 112; p-value = 0.000), lo que indica que los datos ofrecen evidencia más que suficiente para rechazar la hipótesis de independencia entre ambas características, es decir indica la presencia de una relación significativa entre las variables utilizadas (diferencia de los perfiles respecto al perfil medio). Por tanto, en función de los datos es razonable suponer cierta asociación o dependencia entre las dos características estudiadas, es decir, que **la actual tipología de prestación pública de servicios a la dependencia ofrece diferentes resultados en función de la Comunidad Autónoma en que se apliquen.**

Trataremos, por tanto, de realizar una tipologización de las CCAA considerando como criterio clasificador la distribución de las prestaciones públicas de servicios a la dependencia.

En la tabla de correspondencias (tabla 1, es una tabla 17x8, donde se cruzan las 17 CCAA españolas con los 8 tipos de servicios), en las filas se recogen los números de prestaciones por CCAA o número de personas beneficiarias con resolución de PIA, oscilando entre las 239.407 de Andalucía y las 9.117 de Canarias<sup>7</sup>. Del total de personas beneficiarias, la gran mayoría son personas mayores, concretamente las personas de 65 o más años representan el 77,92% del total.

En las columnas aparecen el número de prestaciones resueltas por tipo de prestación, de modo que a 1 de enero de 2011 el número de prestaciones de “Prevención de dependencia y Promoción de autonomía personal” fueron 11.401. Teniendo en cuenta que el total de prestaciones fue de 797.949, las de este primer tipo representa un 1,4% del total (así en la tabla de los perfiles de fila, el primer perfil fila será 0,014). Los perfiles de columna se interpretan como la participación de cada CCAA en los tipos de provisión (en Andalucía se resuelven el 61,3% de las prestaciones de “Teleasistencia” –no se han incluido estas tablas para no alargar demasiado el texto, ya que son fáciles de tener en cuenta, pues son los cocientes por fila de cada tipo de servicios en cada CCAA, y por columnas, de cada CCAA en cada tipo de servicios, entre el “Margen Activo”).

<sup>6</sup> Dichas técnicas sólo nos permitirán describir o analizar, previa constatación de su existencia, una dependencia estadística o correlación entre los tipos de prestaciones de las resoluciones de PIA y las CCAA, pero la causalidad de dichas relaciones no la explica la Estadística sino los análisis realizados previamente.

<sup>7</sup> Si se considera la población de las CCAA, Andalucía ocupa el tercer lugar por número de beneficiarios de prestaciones PIA con respecto al total de población (2,18%, tras La Rioja con 2,38% y Cantabria con 2,33%), mientras Canarias es la última, con sólo 0,43%, muy por debajo de la media que es 1,42%.

| Comunidades Autónomas | Tipo de provisión de servicios                                    |                |                   |                      |             |                                    |                        |                          |               |
|-----------------------|---|----------------|-------------------|----------------------|-------------|------------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|
|                       | Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal | Teleasistencia | Ayuda a domicilio | Centros de día/noche | Residencias | Economic benefic linked to service | P. E. cuidado familiar | P. E. asistente personal | Margen activo |
| Andalucía             | 2   | 53.398         | 46.434            | 9.883                | 18.462      | 3.279                              | 107.916                | 33                       | 239.407       |
| Aragón                | 0   | 0              | 0                 | 912                  | 3.734       | 5.455                              | 16.095                 | 0                        | 26.196        |
| Asturias              | 0   | 334            | 1.613             | 1.319                | 3.366       | 1.614                              | 7.550                  | 0                        | 15.796        |
| Baleares              | 0   | 0              | 0                 | 549                  | 1.780       | 482                                | 7.533                  | 1                        | 10.345        |
| Canarias              | 46  | 0              | 0                 | 1.905                | 2.427       | 91                                 | 4.648                  | 0                        | 9.117         |
| Cantabria             | 0   | 476            | 766               | 1.180                | 2.949       | 0                                  | 8.961                  | 0                        | 14.332        |
| Castilla-León         | 2.325   | 1.569          | 5.068             | 3.324                | 8.722       | 11.393                             | 21.846                 | 41                       | 54.288        |
| Castilla-La Mancha    | 277   | 6.868          | 5.233             | 1.421                | 7.837       | 2.686                              | 25.714                 | 8                        | 50.044        |
| Cataluña              | 1.275   | 7.226          | 12.545            | 4.117                | 17.066      | 12.209                             | 76.413                 | 18                       | 130.869       |
| Valencia              | 1   | 5.307          | 0                 | 2.305                | 13.377      | 2.847                              | 18.403                 | 0                        | 42.240        |
| Extremadura           | 549   | 303            | 941               | 579                  | 3.589       | 4.970                              | 8.169                  | 1                        | 19.101        |
| Galicia               | 70  | 192            | 5.895             | 1.986                | 4.723       | 2.383                              | 18.410                 | 36                       | 33.695        |
| Madrid                | 5.642   | 2.459          | 9.978             | 9.220                | 19.393      | 1.745                              | 11.395                 | 23                       | 59.855        |
| Murcia                | 620   | 3.617          | 0                 | 1.609                | 2.018       | 1.030                              | 20.671                 | 0                        | 29.565        |
| Navarra               | 0   | 455            | 397               | 188                  | 1.416       | 1.470                              | 5.765                  | 1                        | 9.692         |
| País Vasco            | 0   | 4.091          | 4.851             | 4.702                | 8.307       | 879                                | 19.011                 | 585                      | 42.426        |
| Rioja                 | 594   | 711            | 1.784             | 734                  | 1.221       | 771                                | 5.166                  | 0                        | 10.981        |
| Margen activo         | 11.401  | 87.006         | 95.505            | 45.933               | 120.387     | 53.304                             | 383.666                | 747                      | 797.949       |

Tabla 1: Tabla de contingencia  
Fuente: Elaboración propia con el SPSS con datos del IMSERSO

En la tabla resumen aparecen el número de dimensiones calculadas, los valores propios o autovalores de cada dimensión, cuyo cuadrado es la inercia de cada dimensión, que es una medida relativa de la importancia de cada dimensión. La suma ponderada de todas las distancias al cuadrado entre los perfiles de fila y el perfil medio de la fila, y entre los perfiles de columna y el perfil medio de la columna, es igual a la distancia chi-cuadrado, que ya comentamos anteriormente. La proporción de inercia explicada indica que la primera dimensión explica el 45,2% de la inercia, mientras que la segunda explica el 29,8%. La proporción de inercia acumulada indica la explicación que se consigue cuando se considera un modelo con 2, 3 o más dimensiones. En nuestro caso, el modelo con 2 dimensiones explica el 74,9% (el 75% redondeando), y tratando de buscar el equilibrio entre parsimonia e interpretabilidad, la simple representación bidimensional en

base a estos ejes (Gráfico 3) ofrece información suficiente para explicar las relaciones de las diferentes modalidades de las dos características en estudio. Cuando las desviaciones típicas son pequeñas es muy probable que la solución presentada esté cerca del valor poblacional (como es el caso).

| Dimensión | Valor propio | Inercia | Ratio de inercia |           | Confianza para el valor propio |             |      |       |      |
|-----------|--------------|---------|------------------|-----------|--------------------------------|-------------|------|-------|------|
|           |              |         | Explicado        | Acumulado | Desviación                     | Correlación |      |       |      |
|           |              |         |                  |           |                                | 2           | 3    | 4     | 5    |
| 1         | ,378         | ,143    | ,452             | ,052      | ,001                           | ,154        | ,257 | ,014  | ,012 |
| 2         | ,307         | ,094    | ,298             | ,749      | ,001                           |             | ,003 | ,038  | ,103 |
| 3         | ,195         | ,038    | ,120             | ,869      | ,001                           |             |      | -,019 | ,098 |
| 4         | ,132         | ,018    | ,055             | ,924      | ,001                           |             |      |       | ,048 |
| 5         | ,116         | ,013    | ,042             | ,966      | ,001                           |             |      |       |      |
| 6         | ,086         | ,007    | ,023             | ,990      |                                |             |      |       |      |
| 7         | ,057         | ,003    | ,010             | 1,000     |                                |             |      |       |      |
| Total     |              | ,317    | 1,000            | 1,000     |                                |             |      |       |      |

Tabla 2: Tabla Resumen

Fuente: Elaboración propia con el SPSS con datos del IMSERSO

Para la interpretación de cada uno de los ejes (o dimensiones) nos apoyamos en la representación gráfica (Gráfico 3) y en las tablas que ofrecen el examen de los puntos filas y de los puntos columna, que no hemos incluido por cuestiones de espacio. Comenzamos por el eje 1, que es el que ofrece mayor capacidad explicativa (45,2% según vimos en la tabla 1).

En cuanto a la influencia que sobre este primer factor explicativo tienen las CCAA, en la tabla Examen de los puntos fila –no incluida- hemos comprobado que dicho eje queda determinado por el “enfrentamiento” a lo largo de él de las CCAA de Andalucía en negativo y Extremadura y Castilla-León en positivo, aunque la contribución absoluta de Extremadura es muy pequeña. En el segundo factor, las CCAA que más influyen son Aragón en negativo y Madrid en positivo y con una contribución absoluta muy elevada (64,7%).

En cuanto a los tipos de servicios, en el factor 1 destacan “teleasistencia” en negativo y “Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal” y “Asistencia económica vinculada al servicio” en positivo, aunque la primera con una menor contribución absoluta (incluso inferior a la de “cuidado residencial”).

En el factor 2 destacan “Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal” en negativo.

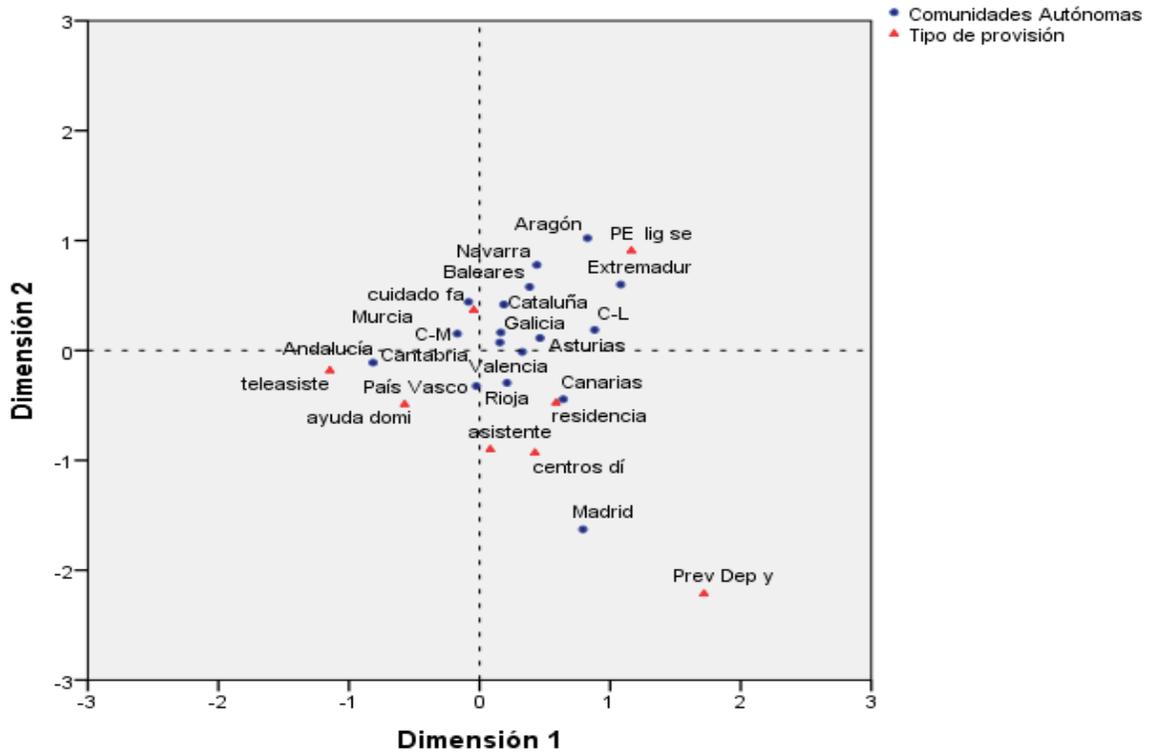


Gráfico 3. Posición de los tipos de servicios y las CCAA en las 2 dimensiones  
Fuente: Elaboración propia con el SPSS con datos del IMSERSO

En base al examen de los puntos filas y columna, con los gráficos –no incluidos- de línea de las filas y de línea de las columnas- y según el gráfico 3, podemos detectar las CCAA que destacan por:

- Elevado peso de los servicios de “teleasistencia” y “ayuda a domicilio” (parte negativa del primer factor): Andalucía.
- Alta presencia de servicios de “Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal”: Madrid y Castilla-León.
- Alta representación de los servicios de “Centros de día/noche” y “Cuidado residencial”: Madrid y País Vasco.
- Elevada presencia de prestaciones de “Asistencia económica vinculada al servicio”: Aragón y Navarra.
- Prominente representación de la prestación “Asistencia económica para asistente personal” en el caso del País Vasco, que acumula algo más del 78% del total en el conjunto de las 17 CCAA.

### 3.4. Una aproximación a la innovación de servicios de dependencia en España: la asistencia integral de larga duración

Los cuidados de larga duración son una cuestión de política transversal que reúnen gran cantidad de servicios para las personas que dependen de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria durante un prolongado período de tiempo (Parlamento Europeo, 2008). La mayor parte de quienes demandan este tipo de cuidados son precisamente la población mayor dependiente objeto de este estudio. Además, hemos afirmado que la integración de diferentes servicios de de cuidados es el principal factor de innovación social en el ámbito de los cuidados. Y es que los servicios de cuidados de larga duración requieren de una atención integral que responda a las necesidades de las personas mayores dependientes –además de otros colectivos- en diferentes áreas de su vida cotidiana y, en particular, en las áreas de asistencia social y sanitaria.

En particular, la provisión integral y coordinada de servicios sociales y sanitarios y los cuidados informales es el eje central sobre el que pivota la innovación social y es un aspecto central en las nuevas orientaciones en materia normativa y política por razones de equidad, calidad y eficiencia<sup>8</sup>. Las diferentes fórmulas de abordar la integración de servicios sociosanitarios ocupan un lugar prioritario en las nuevas orientaciones de las políticas sociales y de salud y, ponen de relieve la importancia de las aplicaciones de conceptos como coordinación, integración, colaboración y, quizás el más preciso, complementariedad, que aparecen en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, formales e informales, etc.

|  | Total/aplicados                | Parcialmente   | Fase piloto                          |
|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| Gestión de casos y atención  | Dinamarca<br>Reino Unido       | Finlandia<br>Holanda                                 | Austria<br>Alemania<br>Italia        |
| Cuidado intermedio   |                                | Dinamarca<br>Finlandia; Holanda<br>Reino Unido       | Austria<br>Alemania<br>Italia        |
| Evaluación multiprofesional y planificación conjunta                 | Reino Unido                    | Dinamarca<br>Finlandia<br>Holanda<br>Francia; Italia |                                      |
| Servicios al consumidor: presupuesto personal y servicios personales | Austria<br>Alemania<br>Holanda | Francia  | Dinamarca<br>Reino Unido             |
| Trabajo conjunto   | Dinamarca                      | Holanda<br>Reino Unido                               | Austria; Alemania<br>Italia; Francia |

<sup>8</sup> En el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España del año 2011, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad insistía en que uno de los objetivos, de cara al futuro más inmediato, para mejorar la salud de los ciudadanos pasaba, entre otros aspectos por compatibilizar la gestión de los servicios de atención a la dependencia con el sistema sanitario y desarrollar medidas orientadas a mejorar la coordinación de los sistemas sanitario y social para ofrecer una atención integral y no fragmentada a las personas que presenten simultáneamente enfermedades crónicas y dependencia.

|   |           |   |   |
|---|-----------|---|---|
| Prevención y orientación de los ingresos              | Dinamarca | Holanda<br>Reino Unido<br>Grecia                        | Alemania  |
| Integración de la vivienda, el bienestar y el cuidado | Dinamarca | Holanda<br>Finlandia                                    | Austria<br>Reino Unido<br>Alemania; Grecia<br>Francia; Italia |
| Integración del cuidado familiar (alivio, empleo)     |           | Francia<br>Finlandia<br>Alemania                        | Austria<br>Grecia; Italia<br>Reino Unido                      |
| Consultora independiente                              |           | Alemania<br>Holanda                                     | Austria<br>Francia<br>Reino Unido                             |
| Jornadas de coordinación de la atención               |           | Dinamarca<br>Reino Unido                                | Alemania<br>Francia   |
| Gestión de calidad y garantía                         |           | Alemania<br>Francia; Italia<br>Finlandia<br>Reino Unido | Austria<br>Dinamarca<br>Holanda                               |

Tabla 3: Estrategias e instrumentos para los sistemas de atención integrados en los Estados Miembros de la Unión Europea  
Fuente: Billing y Leichsenring (2006)

El reto en el ámbito de la asistencia integral es doble. Por un lado, es preciso establecer un sistema integrado y continuo de protección social y sanitaria con medidas preventivas y la promoción de la autonomía –de acuerdo con la Ley española de Dependencia de 2006-. Pero también hay que afrontar el reto de establecer como mecanismo de integración social medidas preventivas para evitar los problemas de dependencia a largo plazo para los actuales cuidadores.

Ahora bien, en España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios de asistencia social y sanitaria. En realidad no existe un sistema de provisión integrada de estos servicios y el proceso de integración de éstos se encuentra relativamente ralentizado en comparación con otros países europeos que han sido analizados anteriormente. Si aplicamos al caso español el estado de desarrollo de diferentes estrategias e instrumentos que se observan en la tabla 3, podemos avanzar que se observan avances desiguales en varias de las medidas de entre las once contempladas por Billing y Leichsenring (2006).

Un obstáculo destacado en el caso español es que el cuadro institucional en el terreno de la integración de servicios sociosanitarios es muy heterogéneo y está muy fragmentado. Por un lado, se encuentra la heterogeneidad de situaciones entre comunidades autónomas como resultado de las realidades dispares en el desarrollo de competencias y políticas sociales entre ellas. Por otra parte, la delimitación entre competencias sociales y del ámbito de la salud es difusa, así como la duración en la prestación de servicios. Una dificultad añadida consiste en la falta de homogeneidad en la evaluación de la dependencia, sus grados, la modalidad de ayuda –asistencial o económica- y la delimitación del papel de las familias, el sector público y el privado (Castón, Ramos, y Martínez, 2009).

En general, las estrategias de coordinación sociosanitaria han avanzado recientemente en las diversas comunidades autónomas y se han establecido normativas, planes y programas de fomento de la coordinación sociosanitaria en todas las Comunidades Autónomas<sup>9</sup>. Del total de las 17, son 15 las comunidades autónomas que implementan estructuras formales de coordinación, ya sea bajo la figura del coordinador sociosanitario, de la creación de comisiones de coordinación o del gestor de casos. Por lo tanto para el caso español se podría decir que la estrategia de gestión de casos y de cuidados de la tabla 3 se aplica de forma casi generalizada. Pero en la práctica son sólo siete las regiones que ponen en marcha planes sociosanitarios específicos y otras tantas las que crean una única Consejería que agrupa servicios sociales y sanitarios<sup>9</sup>. Es más, desde la perspectiva de la coordinación territorial entre servicios sociales y sanitarios solamente cinco comunidades tienen una correlación sistemática (gráfico 4). Esta realidad limita el alcance del mecanismo de gestión de casos así como el de cuidados intermedios en las regiones españolas.

En lo que respecta a la tercera línea de instrumentos de atención integral – evaluación multidisciplinar y planificación conjunta- la realidad de su aplicación en el caso español es aún más parcial. La única medida que se ha implementado es parcial y se refiere a la resolución de casos complejos desde equipos multidisciplinarios por parte de 7 regiones. En unas pocas regiones se ha aprobado la implantación de un sistema de valoración integral de la dependencia que aún está por aplicar de manera que no se puede hablar de una solución satisfactoria sino muy incipiente.

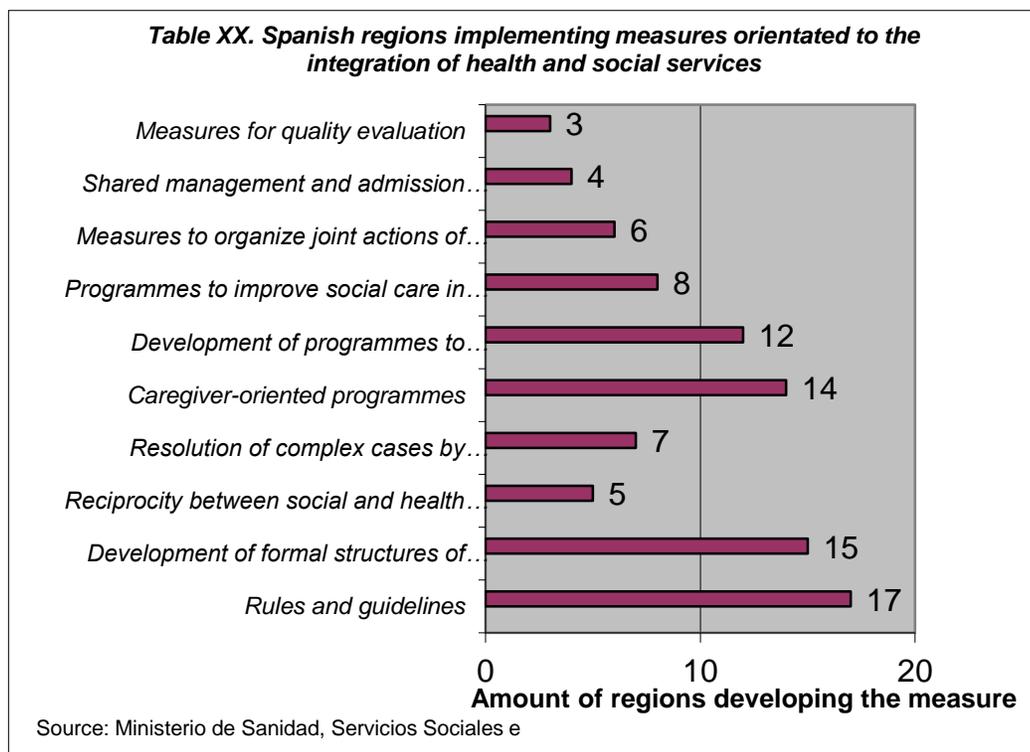


Gráfico 4. Regiones españolas en la aplicación de medidas orientadas a la integración de los servicios de salud y sociales

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011)

<sup>9</sup> La información más significativa se ha obtenido del Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

En lo que respecta a los servicios orientados al consumidor, en España la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de 2006 abrió por primera vez la posibilidad de prestaciones específicas en metálico para cuidadores informales. A través de ésta el beneficiario puede decidir si utiliza las prestaciones para adquirir servicios o para pagar a cuidadores informales o a familiares. Más allá del peligro de que la persona con necesidades de cuidado se convierta en una especie de gestor de casos –cambiando así su responsabilidad-, los subsidios en metálico pueden ser un primer paso hacia un enfoque más general, hacia una asistencia regida por la demanda y una mayor diferenciación (en lugar de dirigirse hacia grupos target pretendidamente homogéneos como el de las “personas mayores”). Asimismo, hay programas que están orientados al cuidador en 14 regiones y para la promoción de la autonomía en 12. Sin embargo, el decreto 20/2012, establecido en el contexto de crisis, viene a disminuir de manera sustancial dichas prestaciones tanto en cuantía como en el abanico de los tipos de cuidados, por lo que también esta estrategia ha quedado muy limitada y en evidente proceso de regresión (Gálvez et al., 2011).

No hay tampoco una línea de trabajo conjunto sistemática y continua, sino una serie de proyectos puntuales que combinan servicios sociales y servicios sanitarios, como es el caso de los programas para la mejora de la atención social en centros sanitarios que han puesto en marcha 8 regiones, o las medidas para organizar actuaciones conjuntas de los profesionales de ambos sistemas en 6, todavía en fase inicial.

Un menor desarrollo en la asistencia integral sociosanitaria se produce en lo que se refiere a la prevención y orientación del ingreso puesto que sólo hay actuaciones en materia de admisión y gestión compartidas en 4 regiones.

También es escaso el número de regiones (3) que implementan medidas de evaluación de la calidad. La medida de integración de los cuidados familiares se está comenzando a establecer de forma incipiente en unas pocas comunidades (Cataluña, Madrid, País Vasco).

En definitiva, se observa que los avances más notorios en materia de integración de servicios sociosanitarios se encuentran en la creación de objetivos y estructuras de coordinación entre administraciones frente a un menor nivel de desarrollo de iniciativas, proyectos y programas sociosanitarios.

Más allá de la coordinación sociosanitaria la tabla 3 también considera otras estrategias de atención integral, y en particular el que se refiere a la integración de vivienda, bienestar y cuidados.

En este ámbito la intervención está también muy limitada a unas pocas regiones. En definitiva, son pocas las experiencias, estrategias e instrumentos que se han habilitado hasta la fecha bajo el prisma de la atención integral a la dependencia –en particular en la integración de servicios sociales y sanitarios- en la mayoría de las comunidades. A continuación se expresan las correspondencias entre las medidas de la tabla 3 y el gráfico 4.

Gráfico 4 → Vinculado con este instrumento en particular o una estrategia en la Tabla 3 (sólo en el campo de la integración de los servicios sociales y de salud)

1. Desarrollo de las estructuras formales de coordinación → gestión de casos y la atención
2. La reciprocidad entre los mapas sociales y de salud → gestión de casos y la atención + cuidados intermedios
3. Resolución de casos complejos de equipos multidisciplinares → (parcialmente) valoración multiprofesional y planificación conjunta
4. Programas orientados Cuidador + desarrollo de programas de promoción de la autonomía → servicios al consumidor: presupuesto personal y los servicios personales
5. Los programas para mejorar la atención social en los centros de salud + medidas para organizar acciones conjuntas de los profesionales en ambos sistemas → (parcialmente) el trabajo conjunto
6. Acciones conjuntas de admisión y gestión → prevención y orientación de los ingresos
7. Medidas de evaluación de la calidad → Gestión de la calidad y garantía

Cuadro 1. Correspondencias entre las medidas de la tabla 3 y el gráfico 4  
Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, existen excepciones notables en este terreno en el caso de algunas regiones. Una de las excepciones más destacada es la de Cataluña, que desarrolla unos estándares de atención integral equiparables a buena parte de los países europeos mejor posicionados. En concreto, esta comunidad está desarrollando desde 1986 el programa denominado “Vida als anys” que ofrece una atención específica a los problemas crónicos que crean dependencia y está impulsado por los departamentos de salud y bienestar social. El objetivo de este programa es planificar y coordinar las actuaciones para una atención global e integrada a los mayores dependientes y enfermos crónicos, a través de la promoción de acciones preventivas de las enfermedades crónicas, la articulación de los medios asistenciales, la racionalización y optimización de los recursos sanitarios y la creación de centros sociosanitarios. El programa se apoya en una red de recursos específica de tipo sanitario: programas de atención a domicilio, unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias, hospitales de día de carácter sociosanitario, hospitales y servicios de larga estancia y de convalecencia. La comisión interdisciplinaria mixta sociosanitaria, órgano dependiente del Servicio Catalán de Salud, es la encargada de coordinar acciones en materia de sanidad y social.

Otro caso de buenas prácticas en la atención integral es la experiencia piloto de atención domiciliaria integral denominada “Etxean Ondo” que se está implementando en el País Vasco. Los objetivos de este programa son la permanencia de las personas mayores y personas con dependencia en sus domicilios habituales en las mejores condiciones para mejorar su calidad de vida y su plena participación e inclusión social. Para ello, se intenta involucrar a todos los niveles y sectores administrativos y a las asociaciones y agentes implicados en la ayuda a domicilio y los servicios de proximidad a escala municipal. Por el momento son casi 300 las personas que están siendo atendidas bajo este programa que aúna diversos aspectos de la atención integral, como adaptación de la vivienda, servicios de proximidad, atención domiciliaria, voluntariado, asistencia familiar, servicios sanitarios, teleasistencia, etc. Los criterios que rigen esta experiencia van más allá de la coordinación sociosanitaria, y como elementos centrales están el apoyo y la cualificación del personal, la diversificación de los servicios de proximidad, refuerzo de los apoyos a las familias cuidadoras y la participación interinstitucional y el

carácter comunitario (movimientos asociativos, proveedores de servicios, tercer sector y otros agentes sociales y culturales).

#### 4. Conclusiones

En este trabajo se parte de la consideración de que el fin último de la innovación social se dice que es para satisfacer las cambiantes necesidades sociales en un mundo globalizado. Por otro lado, dadas las características de las sociedades actuales, con los incrementos en la esperanza de vida y el consiguiente aumento del envejecimiento poblacional, se produce una presión por el acrecentamiento de las necesidades de cuidados por parte de la población.

En un estudio anterior, los mismos autores de este trabajo probaron que las actividades de trabajo social confirmaron ser muy innovativas, y los servicios de cuidado, como parte de los servicios sociales, encajan en este patrón innovador.

La innovación en los servicios de cuidado se ha tratado en este trabajo haciendo coincidir dos enfoques diferentes:

- los ámbitos de la innovación abierta (las ideas, la organización y los agentes, procesos y resultados) y,
- las características de los servicios de cuidado vistas en la matriz de estrés construida en el citado estudio previo de los autores.

El análisis empírico realizado muestra el estado de la cuestión en el ámbito de la innovación en los servicios de la atención a la dependencia en España. Se ha tomado como punto de partida la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes y realizado el análisis empírico en primer lugar, principalmente con los datos del IMSERSO, con el paquete estadístico SPSS para la prueba estadística. Se ha estudiado el grado de integración en los servicios de atención -principalmente sociales y servicios de salud- en las regiones españolas siguiendo el patrón Procare.

Los resultados de los análisis empíricos muestran una realidad de gobernanza en los servicios de atención en España de reciente construcción y progresiva, pero diversa y fragmentada por la existencia de diferentes marcos legales, sociales y económicas de las regiones y por la diferencia en la velocidad de su desarrollo. No existe un sistema nacional de servicios de atención homogéneos sino diversas realidades que confirman la hipótesis de que el sistema de administración regional está estrechamente relacionado con la integración de los servicios de atención y su nivel de innovación social.

Por un lado, se ha comprobado a partir de los últimos datos obtenidos del IMSERSO, y siguiendo el desarrollo normativo más reciente, que la crisis económica ha afectado negativamente el desarrollo del sistema, paralizando y/o limitando algunas de sus acciones. Por otro lado, Hemos comprobado, a través de la prueba de Chi-cuadrado ( $p = 0,000$ ), que la tipología actual de la prestación pública de servicios ofrece resultados diferentes dependiendo de la región en la que se aplica. La coincidencia entre el desarrollo de la Ley 39/2006 y el estallido de la crisis económica provocó que haya sobresalido el tipo de "cuidador familiar" entre los diversos tipos recogidos en el catálogo de servicios y prestaciones previstos en la Ley, aunque se preveía que se brindara de

manera excepcional en los casos en los que no había otras posibilidades o caso de ser la mejor opción, y no pasando del 30% de los beneficios totales para las personas dependientes –aunque se ha comprobado que se ha excedido ampliamente dicho porcentaje–.

Y, por último, el resultado del análisis de la integración de los servicios de atención a largo plazo en España muestra un mapa de la integración débil y desigual según las regiones. La mayoría de las regiones presentan un grado de atención integral lejos de los estándares europeos y, por lo tanto, el avance de la innovación social es incipiente, pero podría retrasar o incluso caer de nuevo por el impacto negativo de la crisis económica en su desarrollo.

## 5. Bibliografía

Albarrán, I.; Alonso, P. (2009): “La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado”. *Estudios de Economía*. Vol. 36, Nº 2, Diciembre 2009. pp. 127-163.

Arriba González De Durana, A.; Moreno Fuentes, F. (2007): *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*, Ministerio de Sanidad y Política Social, pp. 95-120.

Asián-Chaves, R. (2013), “La economía de los cuidados y los derechos de las mujeres”, Conferencia Magistral en el I Seminario Internacional de Investigación sobre Género y Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán (México), 3 de mayo de 2013.

Asián-Chaves, R.; Fernández-Fernández, M. T.; Zurbano-Irizar, M. (2012): “Presence and measurement of social innovation in services”. Paper presented to *RESER Conference*, September 2012, The Bucharest Academy of Economic Studies, Commerce Faculty. In process of publication in *The Service Industries Journal*.

Asián-Chaves, R.; Fernández-Fernández, M. T.; Zurbano-Irizar, M. (2013): “The care economy in the framework of social innovation: an analysis of elderly care services in Spain”. Paper presented to *RESER Conference*, September 2013, The Aix & Marseille University.

Batthyany, K. (2004), Trabajo y cuidado infantil: ¿un desafío exclusivamente femenino? Montevideo, CINTERFOR-OIT.

Billings, J. R. and Lechsenring, K. (2006): *Integrating health and social care services for older persons. Evidence from nine European Countries*. Ashgate Publishing, Aldershot.

Bullinger, Hans-Jörg (2006): “Verdammt zur Innovation”, *RKW Magazin*, 57 (1), pp. 12-14.

Carrasco, C. (2011), “La economía del cuidado: planteamiento actual y desafíos pendientes” en *Revista de Economía Crítica*, nº 11, primer semestre, pág. 205-225.

Castón, P.; Ramos, M y Martínez, R. (2009): “Los cuidados de larga duración en un contexto de atención integral”, *Documentación Social* 153, 151-169.

Consejo Económico y Social España (CES) (2013), *Memoria sobre la situación Socioeconómica y Laboral España 2012*. Ed. CES, Madrid.

Cuadras, C.M. (1991), *Métodos de Análisis Multivariantes*. Ed. PDU, Barcelona.

Chesbrough, H. (2003): "Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology", *Harvard Business School Press*.

Daly, M. (2001): "Care policies in Western Europe". In M. Daly (ed.), *Care Work: The Quest for Security*. *International Labour Organization*, Geneva.

Díaz de Rada, V. (2002), *Técnicas de Análisis Multivariante para Investigación Social y Comercial*. RA-MA Editorial. Madrid.

European Parliament (2008): *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008. Social Inclusion, pensions, healthcare and long-term care*. *European Union, Brussels*.

Freeman, C. (1987): *Technology Policy and Economic Performance: Lessons from Japan*. *Pinter, London, New York*.

Gávez, L.; Matus, M.; Domínguez-Serrano, M.; Rodríguez, P. (2011): "La sostenibilidad de los servicios sociales y las proyecciones demográficas", en *El futuro de la población y sus implicaciones. El caso de Andalucía. Información Estadística y Cartografía de Andalucía, IECA*, pp. 205-214.

Howaldt, J. et al. (2001): *Kooperationsverbünde und regionale Modernisierung- Theorie und Praxis der Netzwerkarbeit*, *Gabler Verlag, Wiesbaden*.

Jacobsen, H. (2005): "Produktion und Konsumtion von Dienstleistungen: Konsumenten zwischen Innovation und Rationalisierung", in Heike Jacobsen and Stephan Voswinkel (eds): *Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung*, *Verlag für Sozialwissenschaften*, pp. 15-36, *Wiesbaden*

Jiménez Martín, S. (coord.) (2007), *Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España*. *FEDEA, Universitat Pompeu Fabra y Fundación AstraZeneca*.

Kesselring, A; Leitner, M. (2008): *Soziale Innovationen in Unternehmen, Study, com-piled by order of the Unruhe Stiftung*. *Vienna*. Download from: *ZSI ([http://www.zsi.at/attach/Soziale\\_Innovation\\_in\\_Unternehmen\\_ENDBERICHT.PDF](http://www.zsi.at/attach/Soziale_Innovation_in_Unternehmen_ENDBERICHT.PDF), 27/01/2010)*.

Lebart, L. et al. (1985), *Tratamiento estadístico de datos*. Ed. Marcombo, Barcelona.

Leichsenring, K. (2009): "La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa". En: Arriba González de Durana, A.; Moreno Fuentes, F: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*, *Ministerio de Sanidad y Política Social*, pp. 95-120.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011): *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria*, *Madrid*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), *Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Gobierno de España.*

Pérez Orozco, A. (2011), "Economía del cuidado: concepto e implicaciones para la política pública y la construcción de la igualdad real de las mujeres en la región". *Jornada sobre la Economía del Cuidado: retos para la inclusión económica y social, en las Jornadas de Participación Ciudadana: Promoviendo la cohesión económica y social en la Integración Regional*, 18 de mayo de 2011.

Razavi, S. (2007): "The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options"; *Gender and Development Programme Paper* Number 3, June 2007, United Nations Research Institute for Social Development.

Reichwald, R. And Piller, F. T. (2005): *Open Innovation. Kunden als Partner im Innovationsprozess, Progress report of the Dept. of General and Industrial Management at the Technical University Munich.*

Rodríguez, C. (2005), "Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones" en *Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, Mar de la Plata, Argentina, 7 y 8 de septiembre de 2005.

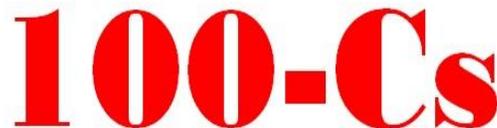
Schienstock, G. and Hämäläinen, T. (2001): "Transformation of the Finnish Innovation System. A network approach", *Sitra Reports Series*, 7, Sitra, Helsinki.

Standing, G. (1999): *Global Labour Flexibility: Seeking Distributive Justice. Palgrave MacMillan, Basingtoke.*

Tobío, C.; Agulló, M. S.; Gómez, M. V. Y Martín Palomo, M. T. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Obra Social, Fundación "La Caixa", Colección Estudios Sociales, n° 28.*

**Para Citar este Artículo:**

Asián Chaves, Rosario; Fernández Fernández, Teresa y Zurbano Irizar, Mikel. Los servicios de atención de personas mayores en el marco de la innovación social y la economía de cuidados. Un análisis de las comunidades autónomas. 100-Cs. Vol. 1. Num. 2. Abril/Junio (2015), ISSN 0719-5737, pp. 93-114.



Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **100-Cs**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista 100-Cs**.