



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Economía y Empresa
Universidad Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Diagnóstico de los Centros de Día de titularidad pública

Autora:
Mireya Díaz Cabanillas

Director:
Carlos Gómez Bahillo

Codirectora:
M^a del Mar del Rincón Ruíz

Facultad de Economía y Empresa
2016

ÍNDICE DE CONTENIDO

1	Introducción	1
2	Objetivos del trabajo.....	2
2.1	Objeto y población de estudio	3
2.2	Ámbito territorial y temporal	3
2.3	Metodología y procedimiento de realización	3
3	Marco teórico	10
3.1	Envejecimiento del envejecimiento	10
3.2	Modelos de Estados de Bienestar y de cuidados.	15
3.3	Antecedentes y desarrollo de la Ley de Dependencia	21
	3.3.1 La Ley 39/2006 de Promoción dela Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.....	25
	3.3.2 El SAAD en Aragón	26
4	Resultados del análisis cuantitativo	33
4.1	Análisis cuantitativo de plazas en Centros de día.....	34
5	Análisis de las transcripciones y resultados.....	37
5.1	Análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a de directores y trabajadores sociales de los Centros de día de titularidad pública de Zaragoza y a trabajadores sociales de centros municipales de servicios sociales	38
	5.1.1 Aspectos internos del funcionamiento de los Centros de día.....	38
	5.1.1.1 Perfil de usuarios	38
	5.1.1.2 Funciones	40
	5.1.1.2.1 Rehabilitación	41
	5.1.1.3 Programas y actividades.....	41
	5.1.1.3.1 Atención individualizada.....	42
	5.1.1.4 Evaluación.....	42
	5.1.1.5 Renuncias	43
	5.1.1.5.1 No identificación de la persona dependiente con el perfil de usuarios que están en Centro de Día.....	43
	5.1.1.5.2 Transporte.....	43

5.1.1.5.3 Horarios rígidos y poco flexibles	44
5.1.1.5.4 Zonificación	45
5.1.1.5.5 Barreras arquitectónicas	45
5.1.1.5.6 Copago.....	46
5.1.1.5.7 Competencia con centros de día privados	46
5.1.2 Aspectos externos al funcionamiento de los Centros de día	47
5.1.2.1 Sociedad	47
5.1.2.1.1 Divulgación.....	48
5.1.2.2 Familia.....	49
5.1.2.2.1 Razones de elección del servicio de Centro de Día.	51
5.1.2.2.2 Conciliación laboral	52
5.1.2.2.3 Sobrecarga	52
5.1.3 Aspectos institucionales y burocráticos	52
5.1.3.1 Aspectos institucionales	52
5.1.3.1.1 Coordinación formal entre Trabajadores Sociales de Centro de Día y Trabajadores Sociales de Centros Municipales de Servicios Sociales de dependencia	53
5.1.3.1.2 Centro de Día como recurso subsidiario	53
5.1.3.2 Aspectos burocráticos	54
5.1.3.2.1 Procedimiento para el reconocimiento de la dependencia y para la elaboración del PIA	54
5.1.3.2.2 Asignación de prestaciones o servicios por parte de los Trabajadores Sociales de Centro Municipal de Servicios Sociales.....	56
5.1.3.2.3 Lentitud burocrática	57
5.1.3.2.4 Causas de que no se paute Centro de Día como recurso idóneo	
58	
5.1.3.2.4.1 Barreras arquitectónicas.....	58
5.1.3.2.4.2 Conciliación de horarios	58
5.1.4 Mejoras en la implementación	59
5.1.4.1 Adecuación del perfil de usuario: más autónomo.....	59
5.1.4.2 Horarios	59
5.1.4.3 Mejorar la coordinación entre los recursos comunitarios	60
5.1.4.4 Aspectos burocráticos	60
5.1.4.5 Volver a poner la zonificación de Centros de día.....	60

5.1.4.6 Complemento con Sistema de Ayuda a Domicilio	61
Referencias	62

1 INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Final de Máster se realiza en la línea temática del envejecimiento y vejez y se presenta en la modalidad de investigación. Además, responde a los requisitos planteados en la guía del trabajo fin de máster, asignatura del Máster de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales de la Facultad de Economía y Empresa.

El tema central del trabajo gira en torno al servicio de Centro de Día para personas mayores y su elección se ha visto motivada por la necesidad de averiguar cuáles son los factores y causas que inciden en que este tipo de servicio no tenga la aceptación esperada entre la población, ya que se cuenta con bastantes plazas de titularidad pública vacías. Todo ello, especialmente, ante las previsiones de aumento de número de personas en situación de dependencia o que requieran cuidados, teniendo en cuenta la creciente expectativa de esperanza de vida

Las previsiones demográficas del envejecimiento poblacional, plantean como necesario poder realizar las modificaciones necesarias en este tipo de servicios para que cuenten con una mayor aceptación social. Para ello, durante el periodo de prácticas del máster se ha realizado el trabajo de campo de dicha investigación, llevando a cabo una serie de entrevistas a los Trabajadores Sociales y Directores de los Centros de Día de los municipios de Zaragoza y de Utebo, así como a varios Trabajadores Sociales de Centros Municipales de Servicios Sociales.

Así, el presente trabajo presenta una estructura dividida en cinco apartados principalmente. En primer lugar, se encuentran los objetivos del trabajo y la metodología. Seguidamente, se plantea un marco teórico que abarca diferentes aspectos de la dependencia y de los recursos disponibles. A continuación, se pasa a presentar los resultados de los análisis, primero el cuantitativo y posteriormente el cualitativo. Finalmente, el trabajo finaliza con el apartado de conclusiones.

2 OBJETIVOS DEL TRABAJO

- A. Identificar y conocer las características y funciones de los Centros de Día de titularidad pública como recurso del Sistema de promoción de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
 - Realizar una búsqueda bibliográfica sobre los Centros de Día como recurso del SAAD.
 - Obtener información sobre las funciones de los Centros de Día a través de las entrevistas semiestructuradas a trabajadores sociales y directores de este servicio.
- B. Analizar y diagnosticar la oferta de servicios, el grado de implantación o nivel de cobertura y grado de ocupación de los Centros de Día de titularidad pública a nivel autonómico en el periodo que ha transcurrido desde la implementación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
 - Analizar el grado de implantación y de ocupación desde 2008 hasta 2015 de los Centros de Día en Aragón a través de los datos obtenidos en el Sisaad.
 - Comparar desde una perspectiva temporal (2008-2015) la evolución en la concesión de prestaciones y servicios del SAAD en Aragón.
- C. Realizar un diagnóstico de los problemas que limitan que personas valoradas con grado I, II o III no accedan al Centro de Día como recurso principal o secundario. Así como plantear propuestas de mejora para poder alcanzar una mayor tasa de ocupación en los Centros de Día de titularidad pública.
 - Averiguar, por un lado, los factores que facilitan y, por otro, los que bloquean o frenan la aceptación de los Centros de Día frente a otras prestaciones ofrecidas en el Catálogo de Servicios de la Ley de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón, a través del punto de vista de los actores involucrados en el proceso de valoración de la dependencia.
 - 2.1. Conocer las causas que los profesionales de Unidades de Trabajo

Social advierten en cuanto a la aceptación de los Centros de Día con respecto a otros servicios y prestaciones.

2.1 OBJETO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

El objeto de estudio son los Centros de Día de titularidad pública del Gobierno de Aragón en el Municipio de Zaragoza y en Utebo debido a que, este último, presenta una de las tasas de ocupación de Centro de Día más bajas de la provincia de Zaragoza.

La población de estudio se compone por los profesionales -directores y trabajadores sociales de los Centros de Día seleccionados (ocho centros en total¹)- y cinco trabajadores sociales de CMSS² que realizan Planes Individualizados de Intervención (PIA) y que, por lo tanto, tienen conocimiento de la demanda de los recursos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD en adelante).

2.2 ÁMBITO TERRITORIAL Y TEMPORAL

La limitación tanto temporal como económica ha revertido en la necesidad de delimitar el ámbito territorial al Municipio de Zaragoza y de Utebo.

En cuanto a su temporalización, es necesario tener en cuenta que el trabajo de campo se realizó durante el periodo de prácticas del Máster de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales. Por ello, con una duración de cuatro meses, el periodo temporal se extiende desde finales de marzo hasta finales de junio del año 2016.

2.3 METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN

Con toda esta información se plantea realizar una investigación cualitativa centrada en el servicio de los Centros de Día de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.

La investigación se centra en el servicio ofrecido por los Centros de Día, porque presenta una aceptación más baja con respecto al resto de Servicios y Prestaciones ofertadas en el Catálogo (aún no desarrollado en su totalidad). El trabajo de campo ha sido realizado durante el periodo de prácticas del máster, las cuales han sido

¹ C. D Santa Ana de Utebo, C. D. San Jose, C. D. Delicias, C. D. R.T.E. Delicias-Universitas, C. D. R.T.E. Elías Martínez Santiago; C.D. R.T.E. Las Fuentes, C. D. R.T.E. Romareda, C. D San Blas

² CMSS Delicias; CMSS Casco Viejo-San Pablo; CMSS Torrero; CMSS Utebo.

supervisadas por el tutor institucional, Eduardo Traid, con un carácter periódico regular semanal. También han sido supervisadas por el tutor académico, Carlos Gómez Bahillo, quien ha ido orientando todo el camino y periodo.

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados y llevar a cabo la investigación cualitativa se ha desplegado un conjunto de métodos y técnicas de investigación social que se explican a continuación.

Técnicas de investigación.

Las técnicas que se han utilizado en esta investigación han sido la revisión bibliográfica y documental en una fase preliminar y la entrevista en la fase de ejecución.

La entrevista ha sido la técnica principal de la investigación. Se ha empleado como una estrategia para construir y elaborar explicaciones teóricas de los procesos sociales, así como para plantear nuevas versiones de la reconstrucción de la realidad, ya que permite acceder a opiniones, conocimiento de la realidad y, en definitiva, a la subjetividad humana. En este caso se ha desarrollado un modelo de entrevista semiestructurada y, se han elaborado dos guiones (véase **Error! Reference source not found.**) para la realización de las entrevistas enfocadas a diferentes actores sociales (trabajadores sociales y directores de Centros de Día y trabajadores sociales de CMSS). Los guiones se han elaborado para tener una base sobre los temas principales que se quería abarcar, pero se ha dejado abierta la posibilidad de conseguir matices más profundos a lo largo de la conversación y permitiendo que expresen cualquier opinión o comentario, siempre reconduciendo a los temas principales si la conversación sale mucho fuera de los parámetros establecidos. Con ello, se pretende poner atención y aprovechar los conocimientos de las experiencias profesionales y los significados de los procesos sociales que subyacen a este fenómeno.

Procedimiento de la investigación

La investigación social cualitativa se lleva a cabo para llegar a conocer cuáles son los rasgos característicos de los Centros de Día y de su aceptación subjetiva, en tanto que servicio prestado por el SAAD. Para ello, es necesario recurrir a diferentes fuentes de información, por un lado, al análisis documental y estadístico, como forma de justificación, y, por otro, a la elaboración de información primaria a través de entrevistas con expertos y personal técnico.

Así, en la fase de formulación del problema, aunque ya venía dado de antemano por el Director Gerente del IASS, se trató de iniciar un acercamiento en una fase exploratoria previa en la que se observaron y analizaron los datos a los que se tenía acceso sobre los Centros de Día y se realizó una revisión documental sobre la realidad social a investigar.

De manera más concreta las técnicas que se han desarrollado son el análisis documental de fuentes secundarias (bibliográficas y estadísticas). Entendiendo por fuentes secundarias aquellas que contienen información elaborada, organizada y/o analizada por otras personas, entidades u organizaciones. En concreto, en primer lugar, con el fin de situar la problemática y contextualizarla se realizó una búsqueda y análisis bibliográfico de fuentes secundarias entre marzo y junio de 2016, combinando los siguientes términos: dependencia, longevidad, transición demográfica, SAAD, Centros de Día y servicios y prestaciones de dependencia. Paralelamente, se consultaron datos de fuentes estadísticas oficiales, en concreto de las estadísticas mensuales del Portal de Dependencia. Todo ello, con el fin de dar respuesta a los objetivos generales A y B. Así, se planteó un estudio cuantitativo para comprobar el grado de implantación de los Centros de Día como recurso del SAAD. Para ello, se consultaron datos estadísticos de una fuente secundaria oficial, el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Sisaad). En concreto, se realizaron consultas de los datos de gestión mensuales del Portal de Dependencia³ desde el año 2008 hasta el año 2015, utilizando los meses de diciembre como punto de referencia, con el fin de dar respuesta al objetivo B.

En segundo lugar, se encuentran las técnicas cualitativas, cuyo desarrollo se puede dividir en dos fases: las entrevistas a las directoras y trabajadoras sociales de los Centros de Día y las entrevistas a los trabajadores sociales de CMSS.

Así, una vez conocida la realidad social se pasó a seleccionar los actores involucrados que se iban a entrevistar. Se han tenido diversas dificultades en esta etapa, tanto temporales, porque el límite de entrega del trabajo no es *sine die*; como económicas, ya que no se contaba con ningún tipo de recurso para realizar contrataciones extras para realizar el trabajo de campo; y, además, limitaciones relacionadas con la privacidad ya que esto ha impedido que se tenga acceso a realizar uno o varios grupos focales con un actor muy importante involucrado en el proceso, que

³Información disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/index.htm

son los familiares de personas dependientes que han renunciado al servicio de Centro de Día.

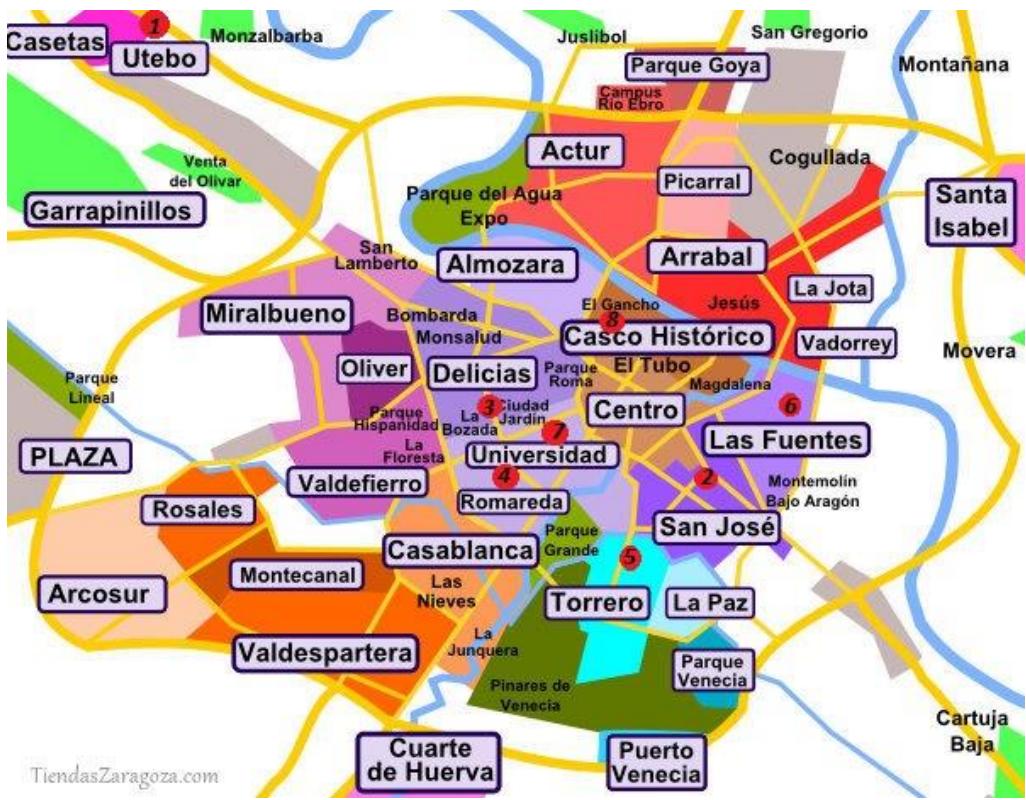
Inicialmente, en la primera fase, con el fin de obtener una primera aproximación de los Centros de Día, se realizó una búsqueda online de los recursos existentes a nivel del municipio de Zaragoza, con el fin de realizar un mapa de recursos y comenzar un contacto formal con ellos, facilitado por el Director Provincial del IASS, Eduardo Traid. De esta manera, a través del trabajo de campo exploratorio, y tras el diseño de la ficha y el guion de entrevista semiestructurada, se pudieron realizar y grabar las entrevistas planteadas y, de esta forma, tras la transcripción y el análisis del discurso se ha podido recopilar la información de fuentes primarias sobre las características y el funcionamiento de los Centros de Día.

A continuación, se muestra el mapa de recursos elaborado y una tabla con las entrevistas realizadas y sus fechas correspondientes:

Tabla 1. Leyenda de Centros de día seleccionados para la investigación.

Localidad	Residencia	Dirección	C.P.	Teléfono
Utebo	C. Día Iass Santa Ana De Utebo	Parque De Las Fuentes, 14	50180	976 792 996
Zaragoza	C. Día Iass San José	C/ Ramón Arribas Sánchez, 4	50013	976 598359
Zaragoza	C. Día Iass Delicias	Pabellón San José (Parque Delicias)	50010	976 488602
Zaragoza	C. Día Iass R.T.E. Delicias-Universitas	Vía Univérsitas, 38	50017	976 315521
Zaragoza	C. Día Iass R.T.E. Elías Martinez Santiago	C/ Consejo De Ciento, 23	50007	976 385002
Zaragoza	C. Día Iass R.T.E. Las Fuentes	C/ Fray Luis Urbano, S/N	50002	976 597857
Zaragoza	C. Día Iass R.T.E. Romareda	C/ Violante De Hungría, 21	50009	976 558734
Zaragoza	C. Día Iass San Blas	C/ San Blas, 20	50003	976 436219

Fuente: Elaboración propia



1. Mapa de Centros de día seleccionados para la investigación.

Fuente: Elaboración propia de la localización de los Centros de día de titularidad pública. Imagen recuperada de http://tiendaszaragoza.com/imagenes/mapa_zaragoza.jpg

Tabla 2. Temporalidad de las entrevistas a directoras y trabajadoras sociales de los Centros de día

Entrevista a Directoras y Trabajadoras Sociales de los Centros de día de Titularidad Pública del municipio de Zaragoza y Utebo	Fecha
Directora de C.D. Romareda	08/04/2016
Trabajadora Social de C.D Romareda	08/04/2016
Directora y Trabajadora social de C.D San Blas	15/04/2016
Trabajadoras sociales de Centro de Día Elias Martínez Santiago	18/04/2016
Director C.D Delicias	20/04/2016
Trabajador Social C.D Delicias	20/04/2016
Directora y Trabajadora Social del C. D Las Fuentes	21/04/2016
Directora y Trabajadora Social del C.D Delicias-Universitas	26/04/2016
Directora y Trabajadora Social del C.D Utebo	03/05/2016
Directora y Trabajadora Social del C.D. San José	16/05/2016

Fuente: Elaboración propia

En la segunda fase, se diseñó el guion de entrevista semiestructurada para los trabajadores sociales de Centros Municipales de Servicios Sociales (CMSS a partir de ahora). Eduardo Traid proporcionó el contacto con la Coordinadora de Trabajadores

Sociales en CMSS y ella facilitó el resto de contactos, tras haber realizado una selección de los CMSS a los que se acudiría en función de la distribución de los Centros de Día.

A continuación, se ofrece una tabla en la que se muestran las entrevistas realizadas a trabajadores sociales de CMSS y sus fechas correspondientes:

Tabla 3. Temporalidad de las entrevistas realizadas a los trabajadores sociales de los CMSS seleccionados.

Entrevista a Trabajadores Sociales de CMSS	Fecha
Coordinadora CMSS	16/05/2016
Trabajadora Social CMSS Delicias (Grados 1)	26/05/2016
Trabajador Social CMSS San Pablo	10/06/2016
Trabajadora Social CMSS Utebo	16/06/2016
Trabajadora Social CMSS Torreto	23/06/2016

Fuente: Elaboración propia

Todas las entrevistas se desarrollaron apoyadas en un guion semiestructurado para facilitar la conversación y abarcar todos los aspectos requeridos. La ficha y los guiones de las entrevistas se pueden encontrar en **Error! Reference source not found.** Se han registrado todas las conversaciones a través de grabación de voz, garantizando el anonimato a los participantes en la investigación.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis documental de toda la información recabada en las entrevistas. Para ello, se realizó primero la transcripción de todas las entrevistas realizadas. Seguidamente, se leyó en profundidad varias veces el contenido para determinar las estructuras preliminares de análisis. Posteriormente se elaboraron códigos para facilitar el análisis. Para acabar se buscó relación entre los códigos seleccionados y se plasmó los resultados en este documento.

Seguidamente, se ofrece una enumeración de las tareas que se han realizado durante el periodo de la investigación.

Fase de formulación

- Análisis de datos estadísticos elaborados en las estadísticas mensuales del Portal de dependencia.
- Búsqueda bibliográfica y documental.

Fase de diseño

- Selección de estructuras clave a estudiar.
 - Recursos Humanos, Materiales y Servicios de los Centros de Día.
 - Perfil de usuarios de Centros de Día.
 - Programas y actividades de intervención.

- Aceptación y participación de los usuarios.
- Percepción y opinión subjetiva de los profesionales sobre los Centros de Día.
- Elaboración de ficha de recursos y servicios, así como del guion de entrevista (semiestructurado) de las directoras y trabajadoras sociales de Centros de día. Con el fin de obtener información sobre el funcionamiento actual de los Centros de Día de primera mano y su perspectiva de qué cree que puede estar ocurriendo.
- Selección de la muestra para realizar entrevistas. Esta es intencionada teniendo en cuenta las limitaciones explicadas.

Fase de ejecución

- Contacto con los profesionales de cada centro y realización de entrevistas en las fechas acordadas.
- Diseño de líneas generales de conversación y guion de entrevista semiestructurada para los trabajadores sociales de CMSS.
- Selección de CMSS para realizar las entrevistas (debido a que hay un amplio número de ellos y era imposible abarcarlos todos) y contacto con ellos.
- Contacto con las personas seleccionadas, realización de la entrevista y grabación de las entrevistas en la fecha acordada.

Fase de análisis y conclusiones

- Transcripción de las entrevistas, codificación, análisis e interpretación de los discursos. Para ello se realizaron las siguientes tareas:
 - Transcribir y ordenar la información
 - Codificar la información, agrupando la información por categorías que concentran ideas, conceptos o temas.
 - Integrar la información y relacionar las categorías definidas entre sí.
 - Interpretar los discursos y resultados del análisis.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ENVEJECIMIENTO DEL ENVEJECIMIENTO

A lo largo de los dos últimos siglos, especialmente el siglo XX el mundo ha sido testigo de un cambio demográfico vertiginoso, caracterizado principalmente por el incremento de la fecundidad durante el siglo XIX y principios del siglo XX y, posteriormente, por el descenso de la mortalidad y de la fecundidad y, en consecuencia, por el aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento demográfico ha sido principalmente protagonista en los países desarrollados (Rodríguez, González , Díaz, y Rodríguez, 2011).

Así el envejecimiento poblacional, término procedente del campo de la demografía, hace referencia a un cambio de la estructura por edades de la población (Pérez-Díaz, 2010). Se trata, en definitiva, de una transformación producida por el aumento del corte de población mayor de 65 años y la reducción de la población joven (Robles, 2011).

Las sociedades más tradicionales se definen por tener dinámicas demográficas caracterizadas por la baja esperanza de vida, y altas tasas de mortalidad y fecundidad. No obstante, con la aparición de la industrialización y el consecuente progreso y desarrollo económico, surgió lo que Pérez-Díaz (2010) dio en denominar “antiguo régimen demográfico”, lo que a su vez desencadenó el inicio de transiciones que dieron como resultado un régimen demográfico con características totalmente diferentes a las iniciales. En este sentido, se ha ido produciendo, de forma paulatina, un progresivo descenso de la mortalidad, en primer lugar, y de la fecundidad, en segundo lugar, dando lugar a un incremento de la supervivencia y esperanza de vida.

La transición demográfica puede dividirse en tres etapas o fases unidas a la transformación de una sociedad agraria a una sociedad industrial. De esta forma, el paso a la modernidad supone un cambio radical en los factores que caracterizaban la sociedad tradicional. Por su parte, las sociedades pre-transicionales del antiguo régimen demográfico destacan por las elevadas tasas de fecundidad y mortalidad.

La primera etapa (última parte del siglo XVIII- primera mitad del siglo XIX) se caracteriza por un descenso de la mortalidad debido al desarrollo del Estado Moderno y a la mejora de la situación económica. La segunda etapa (último tercio del siglo XIX-I

Guerra Mundial) tiene lugar de forma paralela a la revolución en el ámbito médico y farmacéutico, de lo cual deriva la disminución de la mortalidad juvenil, en un primer momento y de la infantil posteriormente. Finalmente, la tercera etapa (II Guerra Mundial- actualidad) se caracteriza por un incremento continuo de la supervivencia general de la población. (Kirk, 1996; citado en Ramiro, 2011).

Es importante señalar el desfase temporal que se produjo en cuanto a las tasas de fecundidad. Estas se mantuvieron altas al mismo tiempo que la mortalidad disminuía por lo que se formó, lo que hoy conocemos como, la generación del *baby boom*. Tras este fenómeno se llega de nuevo a un equilibrio en el que la fecundidad comienza a descender, para llegar, en la actualidad, incluso a ser inferior a la tasa de mortalidad. (Robles, 2011).

Primeramente, es importante mencionar que estos cambios demográficos tienen lugar debido a diversas causas como la mejora de los salarios, de la alimentación y de las políticas públicas y servicios sanitarios. Todo ello derivó en el incremento de la calidad en las condiciones de vida de la población general (Fernández, Parapar y Ruiz, 2010 ; Rodríguez, et al, 2011). No obstante, la transición demográfica necesita explicaciones más profundas y, por ello, es usual que vaya acompañada de otras explicaciones teóricas como la transición epidemiológica o la transición sanitaria, las cuales sirven para explicar las posibles causas de este fenómeno.

Por un lado, la teoría epidemiológica se centra en los patrones de morbimortalidad (Chande, 1995), es decir que aborda la relación entre muerte y enfermedad, los cambios en los patrones y determinantes de salud y las consecuencias en los grupos de población a lo largo de la historia. En concreto, la teoría de la transición epidemiológica explica el paso de una etapa caracterizada por una elevada mortalidad debido a epidemias y pandemias de enfermedades infecciosas y contagiosas a otra fase en la que acaban siendo sustituidas por patologías crónicas y degenerativas (Caselli, 1993, citado en Robles, García y Bernabéu, 1996a).

Posteriormente, y de forma complementaria a la teoría de la transición epidemiológica, se formuló la teoría de la transición sanitaria. Esta teoría es más explicativa que descriptiva y se enfoca a explicar los cambios más representativos relacionados con las condiciones de salud dadas a lo largo del siglo pasado (Bernabéu y Robles, 2000). Así, se contextualizan las consecuencias de estos cambios demográficos, como son el descenso de la mortalidad y la fecundidad, el envejecimiento poblacional, el control y la reducción de enfermedades infecciosas y contagiosas, el incremento de

patologías crónicas y degenerativas y el cambio en los servicios sanitarios (Robles, García y Bernabéu, 1996b).

El caso español tiene ciertas peculiaridades pues, mientras que en Europa la transición demográfica tuvo su inicio en el siglo XVIII, en España no comenzó hasta finales del siglo XIX. A pesar de que en España la transición fue más tardía se produjo de una forma más acelerada (Rodríguez ., et al., 2011) y, en la actualidad, se puede decir que está en una etapa post-transicional. Además, el envejecimiento poblacional es superior al de algunos otros países a nivel europeo o mundial, ya que es uno de los países con población más envejecida, junto con Japón y Eslovenia (Das Gupta, Engelman, Levy, Luchsinger, Merrick y Rosen, 2014; Pérez-Díaz, 2003a; Robles, 2011).

Así pues, en la actualidad el envejecimiento de la población es una realidad evidente en España, y conforme a las previsiones y proyecciones poblacionales esta no va a hacer más que acentuarse en las próximas décadas hasta que la generación del *baby boom* (nacidos en el periodo de 1958-1977) alcance la edad de jubilación en torno al año 2024 (Abellán y Pujol, 2016).

Pérez-Díaz (2003a) confirma que, en términos demográficos, España ya ha alcanzado la madurez demográfica, entendiendo por ella el momento en el que la mayor parte de la generación atraviesa el periodo reproductivo completo y se da una supervivencia mayoritaria hasta la etapa de la madurez. En este sentido, la demografía española no solamente ha alcanzado la “madurez de masas”⁴, que ya está consolidada, sino que además comienza a ser muy visible el incremento en el número de personas que alcanzan edades muy avanzadas, lo que está dando lugar al fenómeno de la vejez de masas.

De esta forma, las edades avanzadas están asumiendo un proceso de conquista parecido al que ha ocurrido con las edades maduras (Pérez, 2003a). Se puede decir, de forma contundente, que la longevidad -edad máxima de supervivencia- se ha incrementado. Las proyecciones de población del INE (2014a y 2014b) estipulan que el número de personas centenarias se incrementará de forma considerable en los próximos

⁴ Pérez-Díaz define “madurez masas” como «el fenómeno de democratización de la supervivencia mínima necesaria para completar la fase adulta de la vida. Restando importancia deliberadamente, desde un enfoque intachablemente científico, a la preocupación por el ente abstracto de la población y centrando el interés en las personas que la componen. Y quizás es esto lo que resulta aún más novedoso, más oportuno y especialmente necesario en estos momentos, el que esta reflexión se nos presente enfocada a las consecuencias positivas que el conjunto de estas transformaciones tiene sobre las personas, sobre los seres humanos que componemos las poblaciones.» (Pérez-Díaz, 2003a, pp.9-10)

años, pasando de 12.033 en 2013 a 23.428 en 2023 y a más de 372.000 en 2064 si las tendencias demográficas continúan de la misma manera. Por otro lado, el peso de la tercera y cuarta edad se incrementará. De este modo, mientras que en 2015 la población por encima de los 65 años supone un 18,6% del total, en 2025 será del 22,5, en 2050 del 37,6% y en 2064 del 38,7%. Así, aparece lo que se califica como “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el aumento en el número de personas que sobrepasan los 80 años (IMSERSO,2014).

Teniendo en cuenta todo lo mencionado, la conquista de edades avanzadas se ha democratizado. Se está produciendo un desplazamiento en la mortalidad, proceso en el cual las defunciones se dan cada vez a edades más avanzadas, especialmente en el sexo femenino.

En las **Error! Reference source not found.**,**Error! Reference source not found.** y**Error! Reference source not found.** se puede observar la evolución del peso de población madura y anciana en detrimento de la población joven en los últimos 15 años.

Tabla 4. Evolución de la población por categorías de edad a nivel nacional

	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
Valores absolutos					Valores relativos			
Infancia (< 14 años)	5.863.672	6.265.153	6.936.340	7.019.924	14,48%	14,20%	14,75%	15,06%
Juventud (15-24 años)	5.993.627	5.403.056	4.998.651	4.509.654	14,80%	12,25%	10,63%	9,67%
Madura-joven (25-44 años)	12.773.863	14.818.658	15.453.588	13.923.371	31,54%	33,60%	32,87%	29,86%
Madura (45-64 años)	9.005.887	10.289.396	11.701.288	12.597.448	22,24%	23,33%	24,89%	27,02%
Anciana (65 años y más)	6.862.744	7.332.267	7.931.164	8.573.985	16,95%	16,62%	16,87%	18,39%
Conjunto población total	40.499.791	44.108.530	47.021.031	46.624.382	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de las principales series de población del INE en:
<http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/yfile=pcaxis>

Tabla 5. Evolución de la población por categorías de edad a nivel autonómico (Aragón)

	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
	Valores absolutos				Valores relativos			
Infancia (< 14 años)	149.912	160.434	182.608	185.289	12,60%	12,64%	13,56%	14,06%
Juventud (15-24 años)	153.193	139.102	133.771	118.763	12,87%	10,96%	9,93%	9,01%
Madura-joven (25-44 años)	355.977	403.997	422.011	374.449	29,92%	31,84%	31,33%	28,41%
Madura (45-64 años)	274.744	305.121	342.625	362.049	23,09%	24,04%	25,43%	27,47%
Anciana (65 años y más)	256.081	260.373	266.080	277.297	21,52%	20,52%	19,75%	² 1,04%
Conjunto población total	1.189.909	1.269.027	1.347.095	1.317.847	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de las principales series de población del INE en:

<http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/yfile=pcaxis>

Tabla 6. Evolución de la población por categorías de edad a nivel provincial (Zaragoza)

	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
	Valores absolutos				Valores relativos			
Infancia (< 14 años)	107.164	116.811	134.199	136.971	12,64%	12,81%	13,79%	14,33%
Juventud (15-24 años)	112.711	100.903	96.484	85.314	13,29%	11,06%	9,91%	8,92%
Madura-joven (25-44 años)	258.500	296.759	311.570	276.751	30,48%	32,54%	32,01%	28,95%
Madura (45-64 años)	199.987	222.603	247.981	261.865	23,58%	24,41%	25,48%	27,39%
Anciana (65 años y más)	169.638	174.996	183.018	195.105	20,00%	19,19%	18,80%	20,41%
Conjunto población total	848.006	912.072	973.252	956.006	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de las principales series de población del INE en:

<http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/yfile=pcaxis>

En este sentido, se observa una elevada tasa de personas en los estratos de población madura-joven, madura y anciana en contraposición a las bajas tasas de población de infancia y juventud. Esto es visible a todos los niveles analizados (estatal, autonómico y provincial). No obstante, el caso de Aragón y Zaragoza presenta un

envejecimiento poblacional más acusado.

En definitiva, el contexto demográfico que envuelve la realidad de la sociedad española se ve caracterizado por el progresivo aumento de la esperanza de vida a edades cada vez más avanzadas, lo cual conlleva a su vez el incremento de las tasas de dependencia debido relación que existe entre aumento de edad, discapacidad y la pérdida de autonomía personal. Las edades más avanzadas están ganando, cada vez con más fuerza, terreno en la estructura de población por edades, por lo que es necesario abordar y afrontar los retos que esto supone (Lanzieri, 2011).

3.2 MODELOS DE ESTADOS DE BIENESTAR Y DE CUIDADOS.

El Estado de bienestar se caracteriza por la heterogeneidad que presenta en los diferentes países en los que se encuentra. Existen diferentes modelos y es interesante pasarse a revisarlos brevemente, ya que de ellos deriva el modelo de cuidados característico de un Estado.

Los cuatro grandes regímenes de bienestar que se pueden encontrar en las sociedades desarrolladas son el régimen continental, el liberal, el nórdico y el mediterráneo. Cada una de estas lógicas responde de manera diferente ante el capitalismo de bienestar y tienen diferentes enfoques de actuación en cuanto a los derechos sociales, las estructuras sociales y los mercados productivos (Moreno, 2013).

En primer lugar, el régimen continental o bismackiano, propio de países como Alemania, Austria, Bélgica o Francia se encuentra caracterizado, principalmente, por la protección de las categorías ocupacionales de la seguridad social. Dicho de otra manera, por el acceso al aseguramiento con las contribuciones al sistema de la Seguridad Social de empleados y empleadores, la obligatoriedad y generalización del seguro de empleo y por el derecho a prestaciones y servicios condicionados al pago de cotizaciones sociales y con proporcionalidad a las redistribuciones percibidas. Aunque, cabe destacar que, a pesar del fuerte carácter contributivo de este régimen, algunos servicios de cuidado y de atención primaria de carácter asistencial son financiados con impuestos generales. (Palier, 2013 citado en Moreno 2013).

Es un modelo que aboga por la conservación de las diferencias de estatus. Los estados corporativistas suelen estar muy comprometidos con la conservación de familia tradicional, la participación femenina en el mercado laboral es baja y las mujeres no trabajadoras suelen estar excluidas de la Seguridad Social.

Sin embargo, en las últimas décadas se ha realizado una reestructuración del Estado

reflejada en una re-mercantilización de la protección social y la desfamiliarización o externalización del trabajo doméstico. Todo esto, viene derivado del desarrollo de políticas para cuidados de personas dependientes, especialmente de personas ancianas (Moreno, 2013).

Así, los Estados de Bienestar continentales se caracterizan por la intervención del Estado ligada a las contribuciones y los bajos niveles de redistribución; la del mercado, en la medida en que se encuentra en un nivel medio de desmercantilización; y de la familia debido a que no en todos los países con este tipo de Estado se promueven leyes que favorezcan la conciliación familiar.

Por su parte, el régimen liberal tiene un carácter residual y se caracteriza por responder al alivio de la pobreza. Predomina la ayuda a ciudadanos con ingresos más bajos. Estas prestaciones no son muy altas, ya que están destinadas a permitir la subsistencia básica lo que tiene como objetivo impedir que los beneficiarios se acomoden y sigan buscando empleo. A su vez, el Estado estimula el mercado, garantizando un mínimo a los subsidiados o bien potenciando planes privados de protección social. Así, el Estado se constituye como el último agente garante de bienestar que se limita a actuar en última instancia, frente al sector privado (mercado libre y Tercer Sector) que tienen un mayor protagonismo en la protección social.

El mercado lucrativo, junto al sector voluntario o comunitario, han pasado a tener responsabilidades que anteriormente pertenecían al Estado. Esto es una consecuencia directa, de la puesta en marcha de la Tercera Vía laborista por, el ya ex primer ministro Tony Blair. Esta Tercera Vía se constituye como un híbrido entre el neoliberalismo y la socialdemocracia o lo que es lo mismo, entre mercado y provisión pública de bienestar (Moreno, 2013). Anthony Giddens (2003) el autor ideológico de este nuevo camino plantea, en libros como *La tercera vía: la renovación de la socialdemocracia*, una reforma del antiguo Estado de bienestar mediante la compatibilización del desarrollo social y el crecimiento económico a través de medidas encaminadas a la educación, salud, erradicación de la pobreza, a la creación de empleo, la atención de la seguridad social. En definitiva, se trata de una propuesta para mantener un crecimiento económico de una forma más equitativa.

En cuanto al régimen nórdico o socialdemócrata se caracteriza, principalmente, por la provisión de servicios públicos universales orientados a la igualdad, así como, por haberse construido en torno a una gobernanza consensual. El objetivo de este régimen es facilitar la igualdad de oportunidades y alcanzar el pleno empleo. Tiene un gran

carácter redistributivo, a través de servicios universales y prestaciones de amplia cobertura, lo que se refleja en bajos niveles de desigualdad y pobreza. Se promueven la igualdad de oportunidades y se persigue la homogeneización de clases sociales, en favor de la clase media. El consenso ciudadano legitima la alta intervención pública (Moreno, 2013).

En definitiva, el Estado de Bienestar Socialdemócrata se basa en el principio del universalismo y de la desmercantilización de los derechos sociales. Las políticas sociales van dirigidas al conjunto de la población y su función principal es la de eliminar las desigualdades sociales. En este régimen de bienestar, el Estado cuenta con una gran capacidad interventora mientras que el mercado o la familia tienen papeles más subsidiarios. El Estado aumenta su intervención en favor de familia, mientras que el sector privado queda relegado a un segundo plano ya que, lo más importante es favorecer la equidad en favor de la eficacia.

Finalmente, se encuentra el régimen mediterráneo de bienestar que está presente en los países del sur de Europa (España, Portugal, Italia y Grecia) y se caracteriza por la relevancia de la familia y sociedad civil frente a la intervención subsidiaria del Estado. Los cuatro países se caracterizan por haber sufrido retrasos en procesos de industrialización debido a que han compartido experiencias de gobiernos autoritarios en el pasado siglo, pero se han sometido a una rápida modernización económica, cultural, política y social (Moreno y Mari-Klose, 2013)

El caso de España es un régimen de bienestar de gestión mixta, ya que cuenta tanto con la intervención de los poderes públicos, aunque de carácter subsidiario, como de la familia y del Tercer Sector de Acción Social, que cada vez está adquiriendo un mayor protagonismo (Marbán, 2007). La principal característica estructural de este régimen es el familismo, es decir la instrumentalización de la familia como agente de bienestar. La micro solidaridad de las familias ha garantizado el bienestar de muchos ciudadanos en tiempos de crisis.

Este régimen posee rasgos característicos de los demás regímenes de bienestar con pequeñas variaciones y adaptaciones. En él se encuentran las cotizaciones a la Seguridad Social características del régimen continental; servicios y prestaciones de cobertura universal, propio del régimen socialdemócrata, como la sanidad, educación, servicios sociales y pensiones no contributivas, financiadas con impuestos generales; y la mercantilización de servicios sociales propia del modelo liberal (Moreno y Mari-Klose, 2013).

En España, en los últimos años, desde 2007, son destacables la contención del gasto público y la reducción de la intensidad protectora debido a los recortes producidos a través de la desuniversalización y los copagos en Sanidad, y a la disminución de la capacidad de actuación ante las limitaciones de presupuesto y el incremento de personas demandantes en Servicios Sociales. Todo ello, se traduce en un incremento de la desigualdad en la sociedad Española que amplia la brecha existente entre pobres y ricos, eliminando en gran medida a parte de la clase media que se había conseguido conquistar.

Sin embargo, centrarse en la relación existente entre el Estado y la desmercantilización no es suficiente para explicar determinados fenómenos sociales, como por ejemplo el que acontece en este trabajo, la atención a personas en situación de dependencia. En este sentido, es importante intentar centrarse en el binomio familiarización-desfamiliarización, ya que dentro de esta diferenciación se tienen en cuenta las actividades no mercantilizadas, como por ejemplo los cuidados. (Añón y Miravet, 2005).

Así, España como país mediterráneo con Estado de bienestar mixto, se caracteriza por el modelo de cuidados familista. La idiosincrasia de los países con modelo mediterráneo de bienestar se determina por la gran importancia de la institución de la familia y, dicho de un modo más concreto, de la relación existente entre el Estado de bienestar y la familia. (Añón y Miravet, 2005). España consta de una relación de estructuras que generan determinados comportamientos culturales. La sociedad no puede concebirse como un conjunto de individuos sino más bien como un conjunto de interrelaciones. En este sentido, la cultura familista atraviesa las relaciones intrafamiliares. Así, esta relación de cuidados en general, y de personas dependientes en concreto, afecta especialmente a las mujeres, ya que el peso del cuidado suele recaer sobre cuidadoras informales del género femenino. A pesar de que los hombres se han ido incorporando en los últimos años a las prácticas de cuidados, especialmente los hombres jubilados, la mayor carga de esta tarea continúa recayendo sobre las mujeres, lo que supone un gran coste de oportunidad y de tiempo para ellas. Las políticas públicas que se han implantado en este sentido, más que eliminar la feminización del cuidado, en concreto, y el familismo, en general, han reconstruido la estructura familista de cuidados mediante compensaciones y prestaciones por los servicios, al mismo tiempo que se orienta a los individuos y familiares de personas dependientes al mercado de los servicios de cuidados (Rodríguez, 2011).

Los Estados mediterráneos de bienestar se basan en el fomento de políticas de carácter familista. En este sentido, es importante explicar la diferencia entre dos términos similares semánticamente, familismo y familismo. Por una parte, el familismo refiere a la estructura normativa asimilada por los individuos durante los procesos de socialización, esto, a su vez, hace alusión al comportamiento familiar y su estructura, así como la forma en que se promueve el bienestar dentro de ella. En definitiva, se trata de una asimilación de carácter simbólico, cultural y normativo. Por su parte, el familismo tiene que ver con las obligaciones familiares de cuidados, seguridad y protección atribuidas a la familia por parte del Estado a través de las políticas sociales (Añón y Miravet, 2005).

Así es que en este modelo de Estado se aprovecha la solidaridad intrafamiliar, en lugar de establecer políticas desfamiliarizadoras. La razón de ello tiene base en que la mayoría de los sistemas de protección social y, en especial, el del modelo mediterráneo de bienestar se caracterizan por tener connotaciones ideológicas basadas en modelos familiares que no tienen en cuenta las profundas transformaciones sociales que han acontecido en las últimas décadas. Es decir, no tienen en cuenta que la deconstrucción del sistema de roles de género y la consecuente transformación de la familia debido a cambios sociales como la incorporación de la mujer al mundo laboral, el retraso en la edad de contraer matrimonio y tener hijos o la pérdida de solidaridad y contacto con la familia extensa, entre otros derivan en la crisis del modelo de cuidados (Rodríguez , 2004). Esto también abarca al sistema informal de cuidado a personas dependientes, normalmente un papel ejercido por mujeres, invisibilizado a lo largo del tiempo. Las políticas han continuado basándose en un modelo enraizado en la concepción de la división sexual del trabajo (hombre trabajador y sustentador del hogar, mujer encargada de tareas domésticas, reproductivas y asistenciales). De esta forma, el reparto entre Estado y familia se ha debido ajustar a las nuevas necesidades y ha acabado penalizando a las mujeres (Rodríguez, 2004).

La Ley de Dependencia apareció como una propuesta desfamiliarizadora, el Estado asumió que no sólo las familias eran las encargadas de proveer bienestar y de atender a familiares en situación de dependencia, sino que el Estado también debía participar.

En este sentido, la aprobación de la LAPAD en el año 2006 se puede ver como un intento de transferir responsabilidades de cuidado personal de la familia (las mujeres) a la profesionalización de los servicios provistos por entidades públicas o privadas, promoviendo la expansión del tercer sector. Así, se puede decir que esta ley constituye

la voluntad política para cambiar el régimen de bienestar y el modelo de cuidados. No obstante, esto no ha sido así, sino que más que un cambio se ha dado una adaptación del régimen tradicional a las nuevas realidades sociales.

La evaluación de impacto de la LAPAD realizada por Krüger y Jiménez (2013), basada principalmente en los conceptos de familiarización y desfamiliarización, plantean que la Ley de Dependencia se basa en la excepcionalidad de prestaciones económicas, priorizando así las prestaciones de servicios externos (públicos o privados-concertados). No obstante, los resultados de la evaluación dictan lo contrario. El familismo opcional es escaso, la mayoría de los casos son expuestos como familismo soportado, es decir impuesto por el Gobierno y sus restricciones presupuestarias. En este sentido, a pesar de que en la teoría la LAPAD se constituye como una apuesta rupturista del sistema familiarista, y plantea la desfamiliarización formal de los servicios de cuidado, no termina por cumplirse.

Así, tal y como especifica el Observatorio de dependencia (Jiménez, Vilaplana, Andrea, y Analía, 2016) las prestaciones para cuidados en el entorno familiar han pasado de un 51,16% en 2009 a un 43,21% en diciembre de 2013 y, finalmente, un 36,51% en octubre de 2015. A junio de 2016 estas cifras han bajado todavía más, siendo las prestaciones por servicio un 65,06%. No obstante, el caso aragonés se encuentra por debajo de la media, siendo las prestaciones por servicio⁵ de 50,29% frente a un 49,71% de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar.⁶ Hasta hace unos escasos tres años se han estado priorizando la concesión de prestaciones económicas frente a las de servicios. Lo cual contradice la lógica desfamiliarizadora y pone un énfasis en la cristalización del familismo. Ahora, por el contrario, comienzan a concederse las prestaciones de servicios como prioridad ante las prestaciones económicas, las cuales están perdiendo peso, poco a poco, dentro del SAAD.

Así pues, a pesar de que, a nivel nacional, se ha bajado 14,65 puntos en seis años, esta situación no es sostenible ni a medio ni a largo plazo debido a la carencia de

⁵Las prestaciones por servicio incluyen Prevención dependencia y promoción autonomía personal, Teleasistencia, Ayuda a domicilio, Centros de día/noche, Atención residencial. Además, se incluyen las prestaciones mediante servicios a través la prestación económica vinculada al servicio, y la prestación económica de asistencia personal

⁶Datos de junio de 2016 disponibles en el Sisaad: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estssiaad20160630.pdf>

cuidadores informales potenciales. Por ello, es necesario fomentar, de una forma mayor aún, las prestaciones de servicios.

3.3 ANTECEDENTES Y DESARROLLO DE LA LEY DE DEPENDENCIA

Actualmente, uno de los grandes retos de la política social es la atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia. Cada vez, cobra una mayor relevancia, teniendo en cuenta que la supervivencia de las personas se desplaza cada vez a edades más avanzadas y que, además, aumenta el número de personas que, a raíz de algún accidente o patología, presenta algún tipo de discapacidad que, seguramente, acabe desembocando en una situación de dependencia (Montserrat, 2014).

Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud de 1999 (INE, 2000) el 9% de la población presentaba algún tipo de discapacidad y el 32,21 % de esta población tiene 65 años o más. Según el INE el año 2008 la población con discapacidad pasa a ser un 8,5%, bajando un 0,5 desde 1999, mientras que las personas de 65 años o más se incrementan un 14,4% (siendo este el grupo en el que más incide la discapacidad). Teniendo en cuenta que las proyecciones demográficas señalan el continuo sobreenvejecimiento de la población, y la correlación directa con mayores tasas de discapacidad y dependencia, es necesario centrarse en buscar una cobertura adecuada para este colectivo de personas.

El cuidado y la atención a las personas en situación de dependencia ha quedado relegado, tradicionalmente, a la familia. Sin embargo, las transformaciones en la composición y estructura a las que esta institución se ha visto sujeta han desembocado en importantes cambios de la realidad social. Las apariciones del reconocimiento de necesidades asociadas a la dependencia vienen determinadas, en cierta manera, por la entrada de la mujer en el mundo laboral y el cambio en los modelos y relaciones familiares. También es importante señalar la inversión que está sufriendo la pirámide poblacional, lo que da como resultado que, en un futuro, el cupo de cuidadores no informales será insuficiente para atender a las personas dependientes. En este sentido, a la vez que se incrementan las necesidades y aumenta el número de dependientes, se disminuye la capacidad de respuesta desde el ámbito familiar.

El Estado debe hacer frente así pues a la crisis del modelo familista de bienestar y, por ello, debería instar y promover medidas que permitan la conciliación de la vida laboral y familiar, con el fin de facilitar la incorporación de la mujer al mercado de

trabajo en lugar de frenarla.

Hasta el momento los países con un modelo de cuidados familista, como España, se han caracterizado porque las familias entendían que el cuidado de personas dependientes a su cargo era una responsabilidad familiar. No obstante, con el paso del tiempo y a través de la instauración de medidas y actuaciones políticas en este sentido, las actitudes han cambiado.

A nivel europeo, el Consejo de Europa ha promovido, desde mediados de los años noventa, algunas recomendaciones e iniciativas relacionadas con la mejora de calidad de vida de las personas en situación de dependencia, así como la de sus cuidadores. De esta forma, se materializa, en 1998 una Recomendación relativa a la Dependencia aprobada por el Consejo Europeo. (Alemán, Alonso, y Fernández, 2013)

En relación a los antecedentes que se dan en España, se encuentra, principalmente en los artículos 49 y 50 de la C.E., que hacen referencia a la atención a personas con discapacidad y personas mayores, así como a un sistema de Servicios Sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos.

Hasta el año 2006, estos artículos tuvieron efecto en otras leyes, como en la Ley de Integración social de Personas con Minusvalía, LISMI (1982), en la que se crearon servicios como el Servicio de Ayuda a Tercera Persona o Servicios de Movilidad Adaptada. También han estado presentes en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en el que participa también la Administración General del Estado (AGE) y, dentro del ámbito estatal, los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad y para Personas Mayores.

Por otro lado, algunos elementos de atención a personas mayores o personas con diversidad funcional se han dado a través del Sistema de la Seguridad Social como la Gran Invalidez, complementos de Ayuda a Tercera Persona en la Pensión No Contributiva de invalidez y de la Prestación por hijo a cargo con discapacidad.

Los actores sociales implicados en la puesta en marcha de la política de promoción de la autonomía y atención a la dependencia son numerosos y tejen una compleja red de interrelaciones. Marbán (2011) delimita como principales actores a los partidos políticos más reconocidos, sindicatos, empresarios (también a aquellos relacionados con la economía social), organizaciones no lucrativas de acción social (general o especializadas en personas mayores o con discapacidad), expertos, directores generales de sanidad y de programas específicos de atención a la dependencia en varias Comunidades Autónomas (CC.AA. en adelante).

En cierta medida, su aprobación es consecuencia de la presión iniciada por estos grupos debido a los cambios culturales, sociales e institucionales que han ocurrido a lo largo de los últimos años.

Así, en España el debate sobre la dependencia aparece durante los noventa con el inicio del Plan Gerontológico Estatal de 1991-2000. El debate, abierto tras el Acuerdo Marco de 1992 entre los Ministerios de Sanidad y Asuntos Sociales para la atención sociosanitaria del colectivo de personas mayores, dio a conocer las características de la población dependiente y de sus cuidadores informales. A partir de ese momento comenzaron a proponerse modelos de protección social alternativos y se comenzó a plantear la necesidad de realizar una actuación sobre la dependencia por parte de las Administraciones públicas (Escuredo, 2007).

No obstante, la influencia de este debate se vio limitada y condicionada por el gasto público. Los presupuestos se centraban más en el futuro del sistema de pensiones y se planteó la posibilidad de iniciar medidas orientadas a los seguros privados como opción alternativa a las situaciones de dependencia. Sin embargo, La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y el Consejo Estatal de Personas Mayores e instituciones como el Defensor del pueblo comenzaron a demandar al estado actuaciones públicas por parte de las Administraciones públicas para personas con dependencia durante el año 2000. (Escuredo, 2007)

Así, a partir de 1999 se comienzan a plantear líneas alternativas de protección a la dependencia. En primer lugar, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales planteó un seguro de protección social público y universal que formara el cuarto pilar de la Seguridad Social. En segundo lugar, el Congreso de Diputados y el Senado propusieron una serie de medidas legislativas que tenían como objeto proteger el colectivo de personas dependientes. En tercer lugar, Comisiones Obreras (CC.OO) planteó el desarrollo de un seguro público orientado a personas dependientes incluido en el Pacto de Toledo. Un informe del Ministerio de economía del año 2000 señalaba que un seguro privado no tendría la aceptación necesaria, por otro lado, uno de carácter público y universal habría sido inviable debido a la exigencia de gasto público. Por ello, la opción que se barajó fue la implantación de un seguro mixto (público para las personas con menores recursos y privado con apoyos fiscales para aquellos con una mejor posición económica. (Rodríguez Cabrero, 2000, p. 41 citado en Escuredo, 2007)

En este sentido, se ha producido una lista larga de desacuerdos en cuanto a la protección necesaria a desarrollar en este ámbito. Así, se ha demorado la aplicación de

políticas a nivel nacional mientras que el nivel autonómico ha estado actuando y desarrollando actuaciones que han permitido cubrir en cierta medida estas necesidades. Las CC.AA. han desarrollado recursos en el ámbito de la dependencia, no obstante, esto también conlleva una cierta heterogeneidad y algunos aspectos negativos como el desequilibrio en la distribución de recursos o la desigualdad generada en incoherencias.

En octubre de 2003 comenzó a ponerse en marcha la Comisión para el estudio de la protección social de la dependencia, como resultado del acuerdo entre el Gobierno y CC.OO. en el año 2001. Unos años más tarde, principios del 2005, se publica el Libro Blanco de la Dependencia, un conjunto de investigaciones sociales e información recopilada a lo largo de los años anteriores. En este documento se describen todos los aspectos y dimensiones de la dependencia y se plantean unas guías generales de actuación y propuestas y retos para la futura ley reguladora de la dependencia. Está dirigido a realizar planteamientos para la Atención a las Personas en situación de Dependencia en España y se constituye como uno de los apoyos más importantes a la hora de diseñar y aprobar la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (Alemán, et al., 2013; y Escudero, 2007).

Se plantearon diferentes opciones con respecto a la integración de la dependencia: en el sistema de salud, en el sistema de la Seguridad Social y en el sistema de Servicios Sociales. Finalmente, se planteó la necesidad de crear un marco normativo propio de protección pública ante las situaciones de dependencia, conformándose, así como un derecho subjetivo. Se crea, así, una nueva rama de la protección social dentro de un sistema autónomo (Alemán, et al, 2013).

Posteriormente, a finales del año 2005, se publica el Anteproyecto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes, bajo el mandato y gobierno del Rodríguez Zapatero (PSOE). Este se basó en los principios y valores de universalidad, acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y participación de todos los niveles de Administraciones. A comienzos de noviembre de 2006, el proyecto de ley está en la fase final de tramitación parlamentaria y su puesta en marcha se da a lo largo de 2007.

3.3.1 La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), más conocida como Ley de Dependencia, es una ley que, finalmente, se promulgó con el fin de dar respuesta tanto a las necesidades de las personas con dependencia como a las de sus familiares. Se planteó como una medida que permitiera promover una mayor igualdad para aquellas personas que, por su situación personal, cuentan con una serie de limitaciones en las actividades cotidianas. En el artículo 1.1 de la ley se establece que tiene por objeto:

(...) regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

La LAPAD se encarga de regular las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y protección a las personas en situación de dependencia a través de prestaciones y servicios (públicos y privados-concertados) para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios y de sus familias. Esta ley crea un nuevo derecho para-con la ciudadanía. Articula y universaliza un nuevo sistema de protección social. En principio, sirve para garantizar un mínimo común.

Así, esta ley dispone unas condiciones mínimas a nivel nacional y, en su artículo 6.1 establece la necesidad de crear el SAAD en el que se debe desarrollar todo la infraestructura y aparato administrativo que permita garantizar este derecho. Por su parte, el artículo 16.1 establece la descentralización de la competencia en materia de dependencia, siendo asumida por las Comunidades Autónomas. De este modo, el despliegue y desarrolló de la Ley son atribuidas a nivel autonómico, a través de un conjunto de servicios (públicos y privados-concertados) y prestaciones económicas, destinadas a la satisfacción de las necesidades subjetivas planteadas por la Ley.

Además, se establecen mecanismos de cooperación entre la AGE y las CCAA, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Este órgano, formado principalmente por representantes de

las comunidades autónomas, aunque también cuenta con una presencia menor de asesores representantes de la AGE, tiene unas funciones que se delimitan en el artículo 8 de la LAPAD. Entre ellas, una de las más importantes es la de intentar conseguir la máxima coherencia en la aplicación e implementación de las políticas sociales mediante el debate e intercambio de argumentos y puntos de vista.

En el caso de Aragón, tras la aprobación de la Ley 39/2006 de carácter estatal, se pasó a promulgar el Decreto 5/2007, de 16 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se distribuyen las competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia entre los diferentes órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. En este decreto se establecen las competencias que se atribuyen a las diferentes infraestructuras administrativas como el Departamento de Servicios Sociales y Familia, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, además de establecer la adecuación a la organización administrativa vigente. Así, se observa la importancia de la regulación en aspectos administrativos.

Por su parte, en ese mismo año se establece el Decreto 55/2007, de 17 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre habilitación normativa para el desarrollo reglamentario de la LAPAD. Este decreto es esencial ya que es la base que permite a la Comunidad Autónoma legislar en materia de dependencia desde el preciso momento de su publicación en el BOA.

Sin embargo, su implementación se ha visto frenada en muchos aspectos debido a la crisis económica y se ha enfrentado a multitud de retos que ponen en peligro la aplicación de su Catálogo de Servicios y Prestaciones, así como la propia continuidad de la Ley. Las restricciones económicas en las partidas presupuestarias como la reducción del mínimo en un 13% por parte de la AGE mediante el RDL 20/2012. y los retrasos burocráticos han sido la principal causa de que el Catálogo de Servicios y Prestaciones de muchas Comunidades autónomas no se hayan desplegado todavía en su totalidad (Oliva, 2014; Vilà, 2013).

3.3.2 El SAAD en Aragón

Como se ha comentado anteriormente, las competencias del SAAD son de nivel autonómico y, es importante señalar que, Aragón, según el XVI Dictamen del Observatorio de Dependencia (2016) es una de las Comunidades peor valoradas. Las reformas económicas a través de decretazo han influido directamente en ello. Durante

los últimos cuatro años ha presentado valores negativos, llegando a ser la Comunidad con mayor retraso en el desarrollo del SAAD. A pesar de que en el año 2015 esta tendencia negativa comienza a cambiar, Aragón se encuentra en una situación dramática, siendo incapaz de absorber y hacer frente a las listas de espera de atención a personas en situación de dependencia. Esto se ha complicado debido a la entrada en vigor del derecho a atención de personas valoradas con Grado 1. Tardará mucho tiempo en poder normalizar la situación y disminuir las listas de espera de forma notable, ya que la lista de espera es la segunda mayor de España con un 44,5%. Otros aspectos destacables de la implantación de la LAPAD en Aragón es que su inversión pública (83,07€) está por debajo de la media nacional (113,15€). Además, la generación de puestos de trabajo por millón de euros de inversión pública es, también, de las más bajas de España, y su retorno de 43 millones de euros está por debajo de la media. Estos aspectos se deben, principalmente, a las numerosas prestaciones económicas de cuidado en entorno familiar.

A 30 de julio de 2016 en Aragón, la aceptación de prestaciones por servicio es de un 51,02% frente a las prestaciones económicas en el ámbito familiar 48,98%. Los servicios de proximidad -Ayuda a Domicilio (359), Teleasistencia (74) y Centros de Día (1.327) han tenido un desarrollo inferior al resto de servicios y prestaciones (P.E vinculada a servicio (3.835), P.E. cuidados familiares (9.907) Atención residencial (3.670)-. Las prestaciones económicas han adquirido un protagonismo no buscado con la ley. Una política que pretendía ser desfamiliarizadora, parece haber conseguido fomentar lo contrario. A pesar de que, paulatinamente, este orden se está invirtiendo aún queda mucho trabajo por realizar con la mayor celeridad posible.

El artículo 24 de la LAPAD recoge la descripción del Servicio de Centro de Día y de Noche y los describe como un servicio que “*ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.*”. Además, se especifica que cubre las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación a la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal. Por otro lado, se realiza una distinción entre Centros de Día para mayores, Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día de atención especializada y, finalmente, Centros de Noche, estos últimos aún no desarrollados en la Comunidad de Aragón. De esta forma, en principio, abarca un amplio abanico de posibilidades que facilitan la adaptación a las necesidades personales

de las personas con dependencia.

En general, los Centros de Día se conciben como un servicio diseñado para personas dependientes, de manera que puedan continuar en el entorno familiar. En el caso de los Centros de Día para personas mayores puede considerarse como un recurso puente e intermedio, ya que, aunque retrasa el empeoramiento cognitivo y físico no lo frena, de forma que, finalmente la mayoría de los usuarios pueden acabar ingresando en una residencia. Se ofrecen servicios adicionales como transporte (bajo un pago complementario), fisioterapia, terapia ocupacional, cuidados personales y manutención (desayuno, comida y merienda). Se formulan como un servicio de promoción de autonomía y prevención de un mayor deterioro, así como de apoyo a la familia de la persona dependiente, de modo que permita conciliar la vida familiar y profesional.

Se trata de un servicio público, aunque, no obstante, el usuario contribuye a su financiación mediante copago en función de su umbral de ingresos. En el art. 33 de la LAPAD se concibe la participación de los usuarios en la prestación, ya sea por servicio o económica, a través de un copago o descuento de la misma. Sin embargo, no especifica la cuota con la que el usuario debe participar en cada prestación. Esta potestad reglamentaria queda delegada a las CC.AA., para conseguir una cierta homogeneidad en el territorio se adhieren a unos criterios comunes aprobados en el Consejo Territorial de Servicios Sociales. No obstante, el primer acuerdo, recogido en la Resolución de 2 de diciembre de 2008, no surtió efecto, quedo invalidado debido a un recurso interpuesto por CERMI. El segundo intento de acuerdo se dio en el Acuerdo de 10 de julio de 2012, que se encuentra actualmente vigente.

Este acuerdo conlleva ciertos efectos negativos, ya que es poco equitativo. Se basa en establecer bonificaciones sobre la cuota en lugar de una escala progresiva. Ejerce una alta presión recaudatoria para las personas con escasos recursos económicos -rentas medias-bajas-. La inclusión del patrimonio en el cálculo del copago no hace más que empobrecer más a las personas, ya que no cuentan con los ingresos líquidos que la persona tiene, pudiendo dar lugar a situaciones de hipotecación con la Administración. (Ruiz-Huerta, Vizán, y Benyakhlef, 2011)

Así, desde su puesta en marcha la LAPAD ha sufrido recortes presupuestarios, sobre todo bajo el Gobierno del Partido Popular (PP). A lo largo del periodo en el que la LAPAD ha estado implantada se pueden distinguir, principalmente, dos etapas, la primera de 2008 a 2010 y la segunda iniciada a mitad de 2010. Ruiz-Huerta et al.(2011) plantean que el primer periodo está caracterizado por la expansión del gasto frente a la

reducción de ingresos. La segunda etapa, coincide con los problemas de financiación y con un cambio de discurso económico. Se comienzan a reducir los gastos y a incrementar los impuestos. A rasgos generales, los ejemplos más claros de estas medidas son el Real Decreto Ley (RDL) 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público y el RDL 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. En el caso concreto del SAAD, la principal fuente de recortes estiba en el RDL 20/2011 que plantea el retraso en el calendario de entrada de los dependientes moderados hasta el año 2013, finalmente hasta julio de 2015.

En este sentido, se dan tres tipos de medidas de reducción de gasto público, en concreto el del SAAD. Unas lo hacen reduciendo la exigencia de gasto mínimo a las CC.AA.⁷, otras lo hacen reduciendo la financiación por parte de la AGE a las CC.AA.⁸, y finalmente otras recortando y disminuyendo sus derechos , o bien, incrementando la presión económica, mediante el copago, a los beneficiarios.⁹ No obstante, las Autonomías mantienen la plena potestad para incrementar el presupuesto por encima de lo que les correspondería para equilibrar el recorte de la AGE, lo que puede dar a desigualdades a lo largo del territorio español.

En el caso aragonés, en julio de 2013 se implantó una nueva medida que modificaba los tres grados de dependencia y el copago, incrementándose éste al tener en cuenta el patrimonio además de la renta. Tan sólo aquellas personas que tuvieran ingresos inferiores al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) que era de 532,51€ mensuales, están exentos de pagar la mayoría de servicios. Esta medida afecta tanto a Residencias, como Centros de Día, Teleasistencia o Ayuda a Domicilio. Conforme al artículo 29, la fórmula matemática que establece el copago para el servicio de Estancia Diurna y Nocturna tiene en cuenta la progresividad de la participación en función de su capacidad económica: $PB=(0,4x CEB)-(IPREM /3,33)$ ¹⁰. Dentro de esta participación económica no se incluyen los gastos de transporte adaptado.

⁷ Simplificación de los grados de dependencia, reducción de cuantías máximas de prestaciones económicas, reducción en la intensidad de las prestaciones, etc.

⁸ Reducción de las cuantías en el nivel mínimo, etc.

⁹ Retraso del derecho de entrada para las personas de Grado 1, aumento de copagos, eliminación de la cuota de Seguridad Social.

¹⁰ PB: Participación económica de la persona beneficiaria en el coste del servicio.; CEB: Capacidad económica de la persona beneficiaria.

Estas prestaciones de servicio y económicas contempladas en la LAPAD son atribuidas a diferentes necesidades y grados de dependencia en función de la valoración previa, aunque la finalidad del mismo servicio coincide entre los grados, la intensidad de protección de este se ve variada.

Tras la modificación de la LAPAD por medio de RDL 20/2012, se suprimieron los niveles dentro de los grados de dependencia, quedando de la siguiente manera:

- Grado 1 o dependencia moderada considerada como la necesidad de ayuda para llevar a cabo varias actividades básicas de la vida diaria(ABVD), al menos, una vez al día.
- Grado 2 o dependencia severa como la necesidad de ayuda para llevar a cabo varias ABVD dos o tres veces al día sin precisar del apoyo permanente de un cuidador.
- Grado 3 o Gran dependencia como la necesidad de ayuda para realizar ABVD varias veces al día y precisar de apoyo continuo de otra persona debido a la pérdida total de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

En el artículo 5 de la Orden 24 de julio 2013 del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios, en la Comunidad Autónoma de Aragón se estipula que conforme a lo establecido en el artículo 28.3 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, artículo modificado por el art. 22.12 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio se establecen las siguientes prestaciones en función de grado.

Tabla 7. Prestaciones y servicios disponibles en función de grado de dependencia

	Grado I (Dependencia moderada)	Grado II (Dependencia severa)	Grado III (Gran dependencia)
Prestaciones de servicio	De prevención de la situación de dependencia De promoción de la autonomía personal Teleasistencia Ayuda a domicilio De estancia diurna y nocturna	De prevención de la situación de dependencia. De promoción de la autonomía personal Teleasistencia Ayuda a domicilio De estancia diurna y nocturna De alojamiento permanente o temporal	De prevención de la situación de dependencia. Promoción de la autonomía personal. Teleasistencia Ayuda a domicilio De estancia diurna y nocturna De alojamiento permanente o temporal
Prestaciones económicas	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar Prestación de asistencia personal Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar Prestación de asistencia personal Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar Prestación de asistencia personal Prestación económica vinculada al servicio.

Fuente: Elaboración propia a partir del art. 5 de la Orden 24 de julio de 2013 del Gobierno de Aragón.

Disponible en: <http://iass.aragon.es/adjuntos/raiz/orden24julio2013.pdf>

En definitiva, las medidas de estabilidad presupuestaria que el Gobierno Central ha ido estableciendo a lo largo de los últimos años han supuesto un duro golpe y retroceso sobre la protección social de la LAPAD.

Es de vital importancia que esta ley se sostenga en el tiempo debido a que, en un futuro próximo, la pirámide demográfica va a verse sobrecargada por población de 3º y 4º edad lo que, a su vez, conllevará un aumento de la tasa de dependencia debido a la relación existente entre vejez y dependencia. El envejecimiento demográfico plantea retos que se debe comenzar a hacer frente con la mayor premura. En este caso, el envejecimiento poblacional conlleva el incremento de la fragilidad y vulnerabilidad y la, consecuente, necesidad de proporcionar los apoyos a las personas con dependencia para que puedan tener una vida digna y plena. Además, el gasto sanitario en atención a

personas con enfermedad crónica va a aumentar de manera paulatina si no se consigue instaurar un fuerte SAAD. Es importante, limitar la carga y esfuerzo del Sistema Sanitario con respecto a las personas con enfermedad crónica, en la medida de lo posible. Así, visto desde esta perspectiva, la inversión en atención a la dependencia se traduce en ahorro en la atención sanitaria. Por otro lado, es necesario fortalecer el SAAD con el objetivo de facilitar la conciliación familiar como se había previsto en un principio.

El servicio público es la manera más equitativa y eficaz de llegar a la población con limitaciones económicas que no pueden acceder al mercado privado. Los servicios de atención a la dependencia son caros debido a la necesidad de recursos humanos y servicios personales, por lo que atendiendo a su principio de universalidad es necesario comenzar a tomar medidas efectivas (Montserrat, 2014).

No menos importante, es señalar en la exposición de motivos de la Ley se expone que “*la atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad.*” Por ello, es necesario ahondar en la cuestión de la dependencia y buscar los factores que hacen que falle su implementación.

4 RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO

El SAAD se compone de una serie de prestaciones económicas y servicios que cada Comunidad Autónoma ha de desarrollar e implementar. En el caso de Aragón se puede observar en la Tabla 8 aquellas prestaciones y servicios que se han implementado y aquellas que no.

Tabla 8. Evolución relativa (%)en la oferta de prestaciones y servicios de titularidad pública en Aragón (diciembre de 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015)

Prestaciones y servicios del SAAD	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevención, dependencia y promoción de la autonomía personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Teleasistencia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11
Ayuda a Domicilio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54
Centros de Día	2,38	3,30	3,49	4,23	4,94	6,20	6,62	6,41
Atención residencial	13,23	12,70	14,32	14,71	14,68	17,48	19,79	19,06
Prestación económica vinculada al servicio	5,55	19,11	20,26	19,04	18,25	18,99	21,33	20,44
Prestación económica de cuidados familiares	25,66	64,88	61,94	62,01	62,13	18,99	50,89	53,39
Prestación económica de asistencia personal	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	100%*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* En diciembre del año 2008 el 53,17% de las prestaciones se encontraban sin especificar por lo que no se ha podido hacer referencia a ello en la tabla.

Fuente: Elaboración propia con datos del Sisaad

Dentro de estos niveles de oferta de servicios (véase Tabla 8) hay que tener en cuenta que los datos de servicio de Centro de Día del caso aragonés, que suponen un 6,41% del total de concesiones, integran los Centros de Día para Mayores, los Centros de Día para Discapacitados Físicos, los Centros de Día para Discapacitados Psíquicos gravemente afectados y Discapacitados Psíquicos con retraso moderado y los Centros Ocupacionales para Discapacitados¹¹. No se ha podido tener acceso a los datos desagregados de diferentes años.

¹¹ Información disponible en: http://iass.aragon.es/iass_centros.htm

4.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE PLAZAS EN CENTROS DE DÍA.

A diciembre de 2015 los datos, proporcionados por la Diputación General de Aragón, mostraban un total de 193 plazas concertadas en Zaragoza de las cuales están ocupadas 54 y libres 139, lo que resulta una proporción del 28% de ocupación de las plazas concertadas (véase Tabla 9).

Por otro lado, las plazas públicas ofertadas en Centros de Día de Aragón mostraban los siguientes datos para las mismas fechas. En Zaragoza (véase Tabla 10), los centros propios contaban con un total de 280 plazas de las cuales tan sólo 181 estaban ocupadas y 99 libres, teniendo un 64% de la ocupación. Por su lado, los centros propios de Huesca contaban con un total de 92 plazas de las que 77 estaban ocupadas y 15 libres.

Los centros concertados de Huesca y Teruel (véase Tabla 11) muestran datos llamativos también, ofreciendo un total de 30 plazas concertadas, 6 en Barbastro y 24 en Santa Emerenciana (Teruel). Presentando una ocupación total de 4 plazas y 26 libres.

Tabla 9. Ocupación de plazas en Centros Concertados de Zaragoza

Centros Concertados Zaragoza	Plazas	Ocupadas	Libres	% Ocupación De Cada Centro
Adiz-S. José	0	0	0	0%
Argualas	16	5	11	31%
Ejea	25	3	22	12%
El Pinar	8	4	4	50%
F. Ozanam-Pomarón	10	2	8	20%
F. Ozanam-Venecia	20	4	16	20%
Fabara	15	5	10	33%
Ibercaja-Rey Ardid (Juslibol)	7	2	5	29%
La Magdalena	6	3	3	50%
Los Sitios (La Caridad)	28	9	19	32%
Rey Fernando	40	8	32	20%
Torres De Berrelén	6	3	3	50%
Virgen Del Carmen (Afeda)	12	6	6	50%
Total Plazas Concertados	193	54	139	28%

Fuente: Datos a 31/12/2015 proporcionados por la Dirección Provincial de Servicios Sociales

Tabla 10. Ocupación de plazas en Centros Propios de Zaragoza

Centros Propios Zaragoza	Plazas	Ocupadas	Libres	% Ocupación De Cada Centro
Alagón	10	3	7	30%
Borja	15	9	6	60%
Calatayud	20	13	7	65%
Centro de Día Delicias	25	20	5	80%
Delicias-Universitas	30	25	5	83%
Elías Martínez Santiago	30	15	15	50%
Las Fuentes	35	26	9	74%
Romareda	30	21	9	70%
San Blas	20	15	5	75%
San José-Luis Aula	30	27	3	90%
Santa Ana (Utebo)	35	7	28	20%
Total Plazas Propios	280	181	99	64%

Fuente: Datos a 31/12/2015 proporcionados por la Dirección Provincial de Servicios Sociales

Tabla 11. Ocupación de plazas en Centros Concertados de Huesca y Teruel

Centros Concertados Huesca-Teruel	Plazas	Ocupadas	Libres	% Ocupación De Cada Centro
Barbastro	6	1	5	17%
Santa Emerenciana (Teruel)	24	3	21	13%
Total Plazas Concertados	30	4	26	13%

Fuente: Datos a 31/12/2015 proporcionados por la Dirección Provincial de Servicios Sociales

Tabla 12. Ocupación de plazas de Centros propios de Huesca

Centros Propios Huesca	Plazas	Ocupadas	Libres	% Ocupación De Cada Centro
Fraga	25	21	4	84%
Casa Aísa (Huesca)	45	40	5	89%
Sagrada Familia (Huesca)	22	16	6	73%
Total Plazas Propios	92	77	15	84%

Fuente: Datos a 31/12/2015 proporcionados por la Dirección Provincial de Servicios Sociales

A continuación, se presentan los datos de ocupación obtenidos a través de las entrevistas personales en los Centros de día del municipio de Aragón y Utebo. No se ha podido tener acceso al resto de datos de ocupación.

Tabla 13. Ocupación de plazas de Centros Propios a 31 de diciembre de 2015

Centros Propios Zaragoza	Plazas	Ocupadas	Libres	% De Nivel De Ocupación
Centro de Día Delicias	25	20	5	80%
Delicias-Universitas	30	25	5	83%
Elías Martínez Santiago	30	15	15	50%
Las Fuentes	35	26	9	74%
Romareda	30	21	9	70%
San Blas	20	15	5	75%
San José-Luis Aula	30	27	3	90%
Santa Ana (Utebo)	30	7	23	23%
Total Plazas Propios	230	156	74	68%

Fuente: Datos a 31/12/2015 proporcionados por la Dirección Provincial de Servicios Sociales

Tabla 14. Ocupación de plazas de Centros Propios en el periodo de abril a junio de 2016 (08/04/2016-16/06/2016)

Centros Propios Zaragoza	Plazas	Ocupadas	Libres	% De Nivel De Ocupación
Centro de Día Delicias	25	19	6	76%
Delicias-Universitas	30	28	2	93%
Elías Martínez Santiago	30	18	12	60%
Las Fuentes	35	24	11	69%
Romareda	30	21	9	70%
San Blas	20	20	0	100%
San José-Luis Aula	30	18	12	60%
Santa Ana (Utebo)	35	5	30	14%
Total plazas propios	235	153	82	65%

Fuente: Elaboración propia a través de los datos recopilados en entrevistas personales.

Tabla 15. Diferencia en el nivel de ocupación de diciembre de 2015 a junio de 2016

Centros Propios Zaragoza	Plazas	% De Ocupación 31/12/2015	% De Ocupación 08/04/2016- 16/06/2016	Diferencia De Ocupación
Centro de Día Delicias	25	80%	76%	-4%
Delicias-Universitas	30	83%	93%	+ 10%
Elías Martínez Santiago	30	50%	60%	+ 10%
Las Fuentes	35	74%	69%	-6%
Romareda	30	70%	70%	0%
San Blas	20	75%	100%	+ 25%
San Jose-Luis Aula	30	90%	60%	-30%
Santa Ana (Utebo)	35	23%	14%	-9%
Total Plazas Propios	235	68%	65%	-3%

Fuente: Elaboración propia

En este sentido, se observa (Tabla 15) que en los Centros estudiados se ha producido un incremento en el porcentaje de ocupación en tres centros (Delicias-Universitas, Elías Martínez Santiago y San Blas) y un descenso en cuatro de ellos (Delicias, Las Fuentes, Luis Aula y Utebo). Tan solo el Centro de Día de Romareda ha permanecido con la misma tasa de ocupación. Todo esto supone una pérdida de tres puntos en el nivel de ocupación total de los centros estudiados en un periodo de seis meses.

5 ANÁLISIS DE LAS TRANSCRIPCIONES Y RESULTADOS

A continuación, se pasa a exponer los resultados obtenidos a través de la realización de entrevistas personales semiestructuradas, la transcripción y el consecuente análisis de estas.

Se trata de una investigación cualitativa orientada a profesionales, es decir, tan sólo se ha podido tener acceso a entrevistar a profesionales, directores y trabajadores sociales de Centros de Día de titularidad pública y trabajadores sociales de CMSS. En este sentido, habría sido adecuado, y de hecho se planteó en un principio, la realización de entrevistas o un grupo de discusión con familias y personas dependientes potencialmente usuarios del servicio de Centro de Día que habían declinado o rechazado el servicio. Sin embargo, no se ha logrado tener acceso a este tipo de información por asuntos de confidencialidad y protección de datos.

No obstante, con los datos y la documentación recopilada a través de la realización de un total de 14 entrevistas, 9 entrevistas a directores y trabajadores sociales de Centros de Día, algunas conjuntas y otras por separado, y 5 a trabajadores sociales de Centros de Servicios Sociales de Base, se pueden sacar conclusiones bastante sólidas que pueden arrojar luz al hecho de que no se llenen las plazas públicas de Centros de día.

Para conservar el anonimato de las personas entrevistadas se van a omitir los nombres a lo largo del análisis. Además, en las citas literales no se va a hacer mención al Centro de Día o CMSS al que corresponden para continuar con la coherencia del anonimato.

Para exponerlo de una forma más sencilla y clara para el lector, se van a dividir los resultados en cuatro bloques¹² que recopilan los códigos elaborados para el análisis de la información.

¹² Los bloques de información se han dividido en: aspectos internos del funcionamiento de los Centros de Día, aspectos externos del funcionamiento de los Centros de Día, aspectos institucionales y burocráticos y, finalmente, mejoras en la implementación.

5.1 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A DE DIRECTORES Y TRABAJADORES SOCIALES DE LOS CENTROS DE DÍA DE TITULARIDAD PÚBLICA DE ZARAGOZA Y A TRABAJADORES SOCIALES DE CENTROS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES

5.1.1 Aspectos internos del funcionamiento de los Centros de día.

5.1.1.1 *Perfil de usuarios*

El perfil de usuarios de Centro de Día es bastante similar en todos los centros de titularidad pública a los que se ha tenido la oportunidad de acudir a realizar una entrevista. Se trata de un perfil heterogéneo, aunque, en general, de personas mayores con dependencia física o deterioro cognitivo o ambas. Cuentan con un mayor número de usuarias que de usuarios

La feminización de la vejez es una de las claves del envejecimiento poblacional, ya que el avance en el terreno del envejecimiento es, si cabe, mucho más espectacular en las mujeres (Pérez, 2003b). La supervivencia del género femenino llega a alcanzar la cuarta edad (superan los 80 años). Esto tiene claras consecuencias como que las mujeres presentan más patologías asociadas al envejecimiento y la edad como el deterioro cognitivo (demencias y Alzheimer) y físico. Por otro lado, el perfil de hombres se asocia más a patologías de accidentes cerebro-vasculares como hemiplejias o ictus. En este sentido, las personas que sufren un accidente cerebro-vascular, necesitan una atención rehabilitadora inmediata con el objetivo de que recuperen la mayoría de las funciones posibles y de que no se deterioren las restantes. Es importante mencionar que esta urgencia no suele ser bien respondida por la Administración debido a la lentitud burocrática.

Las mujeres mayores presentan un perfil muy diferente al de los varones debido al rol que se les ha asignado y al papel que han desempeñado a lo largo de su vida. En la mayoría de los casos han mantenido un papel subordinado al hombre y se han dedicado a las tareas del hogar. Su socialización y rol se ha asociado a las cargas del hogar y al cuidado familiar, en definitiva, tenían un rol reproductivo y un papel de cuidadora. Esto puede influir también en que haya menos hombres en los Centros de Día, ya que al haber tenido ese papel asignado continúan asumiéndolo como propio y proporcionando los cuidados al cónyuge en el hogar. Son mujeres que están acostumbradas a sostener a la familia en cualquier situación. Además, es mucho más probable que ellas enviuden,

debido a la diferencia de mortalidad entre hombres y mujeres a edades avanzadas, por lo que presentan una dependencia social muy alta, ya que necesitan de cuidados. Por otro lado, los hombres no se han identificado con el rol de cuidador nunca por lo que se les hace más complicado asumir este tipo de tareas, derivando en la necesidad de ayuda por parte de los hijos o en el ingreso de su mujer en un Centro de Día o residencia.

“Es muy variopinto, hay mucha diferencia de perfiles. Tenemos personas que vienen con ictus con una hemiplejia que vienen simplemente a hacer rehabilitación. Luego, personas con Alzheimer avanzado que no pueden hacer actividades ni de fisio, ni de terapia. Luego hay otro porcentaje de usuarios eh... ideales de Centro de Día, más autónomos” (Informante 4)

No obstante, a pesar de la heterogeneidad que se da en el perfil de usuarios, la mayoría de ellos presentan altas dependencias (grado II que no se corresponden con la realidad y grado III). Esta falta de homogeneidad en el perfil de usuarios afecta negativamente al funcionamiento del centro, ya que supone un problema a la hora de trabajar, de forma que no se puedan desplegar las actividades ni realizarse como deberían debido a su escasa autonomía.

“Es un inconveniente, a la hora de trabajar con ellos es un inconveniente. Y luego los usuarios cuando vienen, el primer impacto que reciben, sobre todo si están cognitivamente bien pues es difícil de digerir. (...) Pues ves muchas cosas en un Centro de Día, ves enfermedades muy avanzadas, ves gente que está muy deteriorada, y esto claro, lo hace complicado” (Informante 5)

Esto se da, principalmente, porque hasta julio de 2015 las personas valoradas con un grado I de dependencia no podían entrar al sistema para que se les adjudicara un recurso. De esta forma, hasta hace poco no han comenzado a entrar personas con grado I de dependencia a los Centros de día. Este grado, bien valorado, es el perfil más adecuado para este tipo de recursos por su autonomía y capacidad de rehabilitación y mantenimiento.

“El perfil debería ser un grado I... grado II... cuanto más válidos estén mejor, más vas a fomentar la autonomía” (Informante 14)

No obstante, ni siquiera todos los grados I presentan esa autonomía necesaria. Esto es debido a que el retraso e impase de entrada de grados I en el sistema ha sido largo en el tiempo, por lo que muchas situaciones han cambiado y es necesario que se les haga una revisión de valoración de grado para poder adjudicar un recurso más adecuado.

“El Centro de Día, yo pienso, que es un recurso que tiene principio y tiene fin. Llega un momento en el que el usuario no puede venir a un Centro de Día” (Informante 15)

Entonces, la realidad que presentan actualmente los Centros de Día reduce la poca capacidad de actuación que tienen. Tienen un perfil bajo del grado de autonomía adecuado para trabajar y, por el contrario, muchos usuarios con grandes dependencias físicas y cognitivas y muchos con régimen de cama y silla de ruedas, “*Tenemos muchas sillas de ruedas eh, muchas...*” (*Informante 11*). El perfil de la mayoría de usuarios es, prácticamente, de residencia, por lo que el Centro de Día no se adecúa a las necesidades que estas personas dependientes presentan. Esto también se relaciona con un problema al que se hará referencia posteriormente, el transporte, los desplazamientos y la accesibilidad.

“Tal y como son los residentes que vienen se ha desvirtuado un poquito la idea o la función que realmente debería tener un Centro de Día (...) La función que nosotros consideramos que tiene que tener no es la que cumple.” (Informante 11)

Esto antes de la entrada en vigor de la ley de dependencia no se producía, ya que entraban personas con un mayor grado de autonomía.

“Empezó a cambiar a partir de la ley de dependencia y, sobre todo, y sobre todo a raíz de la incorporación de usuarios en función de grado y nivel, ahora solamente hay grado y, bueno, eso es, realmente, lo que ha conllevado que los Centro de Día estén como están.” (Informante 9)

Todos los trabajadores sociales de los CMSS coinciden en que el grado adecuado de un usuario de Centro de Día sería inicialmente un grado I, no obstante, es necesario analizar cada situación por separado porque hay grados II (con bastantes limitaciones ya) que todavía tienen la autonomía suficiente para poder rehabilitar y mantener sus capacidades.

En definitiva, el usuario ideal es una persona con capacidad de rehabilitación, ya que tiene una gran posibilidad de mantener sus capacidades físicas y/o cognitivas mayor tiempo.

5.1.1.2 Funciones

Los Centros de día son servicios, con un enfoque biopsicosocial y preventivo, que proporcionan rehabilitación, orientación y promoción a la autonomía y atención personal y asistencial. Este tipo de recurso presenta dos funciones principales. Por una

parte, están orientados a proporcionar una atención integral durante el día a personas en situación de dependencia para mantener o mejorar el nivel de autonomía. Por otro lado, sirven como fuente de respiro y descanso a los cuidadores no profesionales, a la vez que se mantiene a la persona dependiente en su entorno y hogar. (art. 12 Orden 24 de julio de 2013).

Así, en este sentido, se ha podido comprobar que, los Centros de Día de titularidad pública del Gobierno de Aragón cumplen con estas funciones principales. Las personas con dependencia pasan a tener cuidados profesionales durante el periodo diurno entre semana, mientras que continúan siendo atendidos en su entorno más próximo por las tardes y los fines de semana. Todo ello contribuye a que tanto los familiares como el propio usuario tenga una sensación de pérdida menor.

Algunas de las personas entrevistadas han puesto esto de manifiesto cómo se puede ver a continuación:

“Es el recurso ideal para el cuidador que quiere seguir cuidando a su familiar. Es un apoyo increíble” (Informante 3)

“Cuentan con un equipo de personas especializadas que intentan, por lo menos, mantener las capacidades que hasta ahora, en este momento tienen, que no las pierdan.” (Informante 7)

5.1.1.2.1 Rehabilitación

Los Centros de Día tienen como una de sus funciones la rehabilitación de las capacidades físicas y cognitivas de los usuarios. Esta actividad presenta mayor intensidad con respecto a otros servicios como la residencia y tiene un carácter preventivo muy importante. No obstante, el paso que suelen dar las familias es el paso directo a la residencia, a la institucionalización, perdiendo un muy buen recurso con muchas posibilidades para su familiar.

“La intensidad de la rehabilitación es muy buena con respecto a la residencia. Suele haber 8 horas de fisioterapia para como máximo 30 personas. Compara una residencia como esta, que se supone que es de las buenas y tiene 220 usuarios y 4 horas de fisioterapia” (Informante 2)

“A nivel físico y cognitivo el Centro de Día es el recurso idóneo para las personas” (Informante 8)

5.1.1.3 Programas y actividades

Los Centros de Día cuentan con multitud de actividades tanto culturales como de rehabilitación y terapia tanto física como cognitiva. Se permite a los familiares ser

participativos e incluso tienen programas orientados a ellos también como el Cuidarte, uno de los programas con mayor popularidad.

5.1.1.3.1 Atención individualizada

En todos los centros se proporciona una atención individualizada a los usuarios. Intentan adaptar las actividades y las terapias lo máximo al usuario, ya que su intervención se basa en el modelo de atención individualizada.

“Se hace un trabajo tanto a nivel individual como de rehabilitación como de terapia y como ya digo tenemos tan poquitos que se trabaja tan bien sí se hace un trabajo grupal, pero en pequeños grupos. Se hace una valoración del paciente y se hace la programación del trabajo dependiendo de lo que haya salido en esa valoración.” (Informante 3)

Se cuenta con la participación de las familias para hacer el Plan de Atención Individualizado (PAI) del Centro de Día, en el que se plantea la intervención con el usuario.

“Pregunto en qué ha trabajado antes de la jubilación, si ha trabajado cuáles eran sus gustos, qué hace ahora, qué le apetece hacer a su padre ahora.” (Informante 3)

No obstante, hay mucha heterogeneidad en los grados de los usuarios, sobre todo desde la incorporación de personas con grado I de dependencia. La mayoría de las personas tienen un grado de dependencia elevado por lo que se coarta e impide, en cierta medida, las posibilidades de actuación e intervención con ellos. De esta forma, aunque se intenta dar atención individualizada a todos, en ocasiones es complicado debido a que son muchas personas con distintos grados de dependencia en un mismo centro y cuentan con un número de personal limitado.

5.1.1.4 Evaluación

La mayoría de los centros evalúan individualmente los objetivos del PAI en reuniones mensuales o semestrales (depende del centro). También realizan encuestas de satisfacción a los familiares. Los trabajadores sociales de los Centros de Día han planteado que la satisfacción de los usuarios y de los familiares es muy alta, quizás porque evalúan los objetivos y realizan las correcciones necesarias para que los usuarios puedan mantener y mejorar sus capacidades físicas y cognitivas.

“Como mínimo todos los meses hacemos una reunión de equipo dónde hacemos un PAI, tenemos un PAI de cada usuario donde se valoran todos los aspectos de, se marcan unos objetivos, se ha hecho

una programación, se marca una programación de objetivos y se evalúan.” (Informante 3)

Las empresas que gestionan los centros de titularidad públicas tienen sus propios indicadores de calidad y de prestaciones de servicios. Por ello, en concreto un Centro de Día ha planteado, ante los constantes cambios de empresas que gestionan, un modelo de evaluación propio del centro y de los usuarios que utilizan además del que les proponga la empresa.

5.1.1.5 Renuncias

Los casos de renuncias que se han podido constatar a través de los testimonios de los trabajadores sociales de los Centros de Día y de CMSS y señalan diferentes causas que afectan a la toma de esta decisión. A continuación, se señalan las encontradas.

5.1.1.5.1 No identificación de la persona dependiente con el perfil de usuarios que están en Centro de Día

Este tipo de renuncias vienen por parte de las familias de personas dependientes con grado I o que aún tienen cierta autonomía. Cuando van a ver las instalaciones del Centro de Día y ven a las personas que están allí, ya muy deterioradas tanto cognitiva como físicamente, en su mayoría, deciden que no es el recurso adecuado para su familiar. Exponen y plantean que creen que a su familiar no le va a beneficiar compartir espacio con personas con dependencias elevadas, sino que, por el contrario, va a llegar a ser contraproducente.

“Por ejemplo, una persona que ha tenido muy mala suerte de tener una incapacidad física pero cognitivamente está bien pues llegaban al Centro de Día y no querían. Entonces iban a renunciar a las plazas”
(Informante 8)

5.1.1.5.2 Transporte

El transporte es una de las causas principales para que las personas con dependencia no acepten el Centro de Día como recurso idóneo.

“En mi opinión, uno de los factores que hace que la gente no quiera venir al centro es el transporte. ¿Por qué? Sí que tenemos transporte, pero claro tiene que venirles bien la hora que fija el que gestiona el transporte”
(Informante 1)

Dentro de esta causa se incluyen varios factores como son el horario inflexible y rígido, la zonificación y las barreras arquitectónicas.

5.1.1.5.3 Horarios rígidos y poco flexibles

En primer lugar, la gestión del transporte está externalizada en todos los Centros de Día, en este caso coincidía que en todos era DEFA quien se encarga de gestionar el servicio de transporte. Es un servicio que exige un pago extra de 60 € los cuáles han de añadirse al copago que el usuario tenga. El servicio de transporte se intenta adaptar lo máximo posible a las necesidades de los familiares de los usuarios, no obstante, esto es muy complicado y siempre exige colaboración por parte de la familia. La mayoría de los trabajadores sociales entrevistados han señalado este problema: “*Lo de los horarios puede ser un aspecto negativo.*” *Informante 6.* Se queda a una hora determinada en un lugar específico cerca de la casa, puede ser el mismo portal, tanto para la recogida de la persona como para la vuelta a casa. En este sentido, las familias pueden ver coartada y limitada su vida, ya que han de adaptarse a los horarios acordados. Estos horarios se intentan plantear conforme a la ruta que el vehículo ha de realizar para recoger a las personas que acuden a ese Centro de Día, por lo que a unos se les recoge más tarde que a otros y se les deja en casa más tarde también.

“*Sobre todo porque si... si tienen la ruta es que la ruta tiene. Lo que tiene es que lo intentamos acomodar al máximo a las personas, pero es que a veces no se puede, es muy complicado. No se puede hacer una ruta individual para cada persona*” (*Informante 6*)

A esto hay que sumarle que muchos de los usuarios con grandes dependencias utilizan sillas de ruedas. Los vehículos tienen un espacio limitado y el hecho de que haya muchos usuarios con silla de ruedas lo reduce todavía más. Por ello, es necesario en muchos Centros de Día realizar varios viajes y rutas para poder abarcar a todos los usuarios que tienen contratado el servicio de transporte.

“*Entonces, en mi Centro de Día el aspecto más negativo es el transporte. Entre sillas de ruedas y a donde me tengo que ir a buscarlo*” (*Informante 8*)

Es llamativo que, según los datos recopilados, los horarios de los diferentes Centros de Día, a pesar de ser todos de titularidad pública, tienen diferentes horarios de apertura. Una gran mayoría abre en un horario aproximado de 9:00 a 18:00 de lunes a viernes. No obstante, hay algunos que destacan y abren los sábados, en concreto tres de ellos, Las Fuentes, Delicias-Universitas y Santa Ana-Utebo. Esta heterogeneidad es sorprendente y, a pesar de que todos los Centros de Día son gestionados por entidades privadas, las

condiciones del servicio deberían ser más homogéneas, ya que, al fin y al cabo, el copago finalmente es el mismo para todos.

“(...)una contradicción de que pues centros de día públicos, públicos, me da igual que la gestión sea directa o indirecta, abran unos hasta el sábado, (...) y nosotros hasta el viernes. (...) Entonces, claro... (..)un Centro de Día público debería atender el fin de semana, o sea yo creo que, hasta el domingo, porque una persona dependiente necesita los mismos cuidados un martes que un domingo y aparte de trabajar la familia también necesita un descanso y de relax. Además, que mucha gente también trabaja el fin de semana, es decir, que el fin de semana trabaja mogollón de gente. Entonces, se da un servicio a medias” (Informante 17)

5.1.1.5.4 Zonificación

El aspecto del transporte y de los horarios es consecuencia, a su vez, de la zonificación. Antes cada Centro de Día tenía adjudicadas unas zonas determinadas, unos distritos y barrios y las personas dependientes acudían a ellos conforme a su lugar de empadronamiento. No obstante, se ha producido un cambio y la zonificación ha desaparecido. Ahora cualquier persona dependiente puede elegir o mostrar preferencia por un Centro de Día determinado, aunque no sea el más cercano a su domicilio. De esta forma, los vehículos deben trazar rutas mucho más largas que antaño, traduciéndose en un mayor coste de tiempo y en un mayor cansancio para la persona dependiente.

“Otro inconveniente que veo ahora también es que ya no hay zonificación de centros de día” (Informante 15)

5.1.1.5.5 Barreras arquitectónicas

El horario es una limitación y las barreras arquitectónicas también. Un piso sin ascensor o una casa no adaptada pueden influir en la decisión de las familias. A esto hay que sumarle el nivel de autonomía de la persona dependiente. Personas con dependencia moderada o gran dependencia pueden exigir mucho tiempo en la mañana para prepararlas (asearlas, vestirlas y bajarlas al punto de encuentro). Estos dos factores conllevan una gran inversión de tiempo por las mañanas y por las tardes a la hora de bajar y subir a la persona dependiente.

“Si no pueden bajar al transporte, a lo mejor muchas personas no pueden, imagínate que tengan barreras arquitectónicas. Pues claro si tienen escaleras, ya no pueden bajarlos. Esa es otra de las cosas. En alguno privados lo que sí que hacen es gestionar ese servicio, aunque sea añadiéndolo aparte...” (Informante 1)

5.1.1.5.6 Copago

El copago es otra de las causas de que las familias no elijan al Centro de Día como recurso principal. A muchas personas les resulta chocante tener que realizar un copago en un servicio público, asocian el servicio público con la gratuidad. La implementación de la Ley de la Dependencia ha coincidido con una fuerte época de crisis económica y social, por lo que algunas trabajadoras sociales han señalado que esto ha podido tener influencia. En muchos casos, las personas han preferido tener una prestación económica que, hasta hace unos años, se concedían casi todas a pesar de que ahora se priorizan servicios y es muy complicado obtenerla. El copago del Centro de Día qué es de un 25% y es calculado a través de una fórmula que tiene en cuenta los ingresos y el patrimonio, si a eso le sumas el precio fijo del transporte, el precio máximo a pagar puede ascender a 620 € (560€ copago máximo y 60€ de transporte). Esto puede suponer un gran coste para familias que quizás han estado dependiendo de la pensión de los abuelos en esta coyuntura de crisis. Además, desde la perspectiva de la familia puede ser una pérdida económica mayor aún si se tiene en cuenta el dinero que están perdiendo de la prestación económica que muchos desearían recibir.

“Las principales se dan por el copago, y las familias no se esperan que tengan que pagar 400 euros en un servicio público.” (Informante 4)

“Se me ocurre que aquí también entra la valoración, el tema de la crisis económica, para que se han utilizado los recursos y prestaciones a nivel de cuantía económica, entonces eso ha incluido mucho también en los Centros de Día.” (Informante 9)

5.1.1.5.7 Competencia con centros de día privados

Existen algunos aspectos del servicio público de Centro de Día que pueden conllevar que las personas se decanten por contratar un Centro de Día privado.

Por un lado, una de las razones que puede ser causa de ello es que muchos Centros de Día privados ofertan un servicio de levantamiento. Es decir, no solamente tienen transporte, sino que, además, el auxiliar sube a por el usuario y lo baja.

“La competencia que puedo ver es los fines de semana (...) Esa parte y que te los suban a buscar a casa... El servicio de transporte está externalizado y van dos y no suben a buscarlos, ahí es donde yo puedo ver la competencia” (Informante 2)

Otra de las causas es la proximidad al domicilio. Lo escogen porque está cerca del hogar y, de esta forma, no tienen que utilizar transporte ni público, ni privado.

La flexibilidad de horarios que ofrecen los centros privados es mayor. Y la atención también se ofrece en fines de semana. De esta manera, las familias pueden adaptarse mejor y, de esta forma, conciliar mejor la vida familiar y laboral.

Por otro lado, muchas familias se ven obligadas a contratar un servicio privado debido a que para ellos es algo urgente y la tardanza burocrática de la solicitud de valoración de grado para la dependencia y la resolución del PIA les impide acceder con urgencia y rapidez al servicio público.

Finalmente, muchas personas que están acudiendo ya a un Centro de Día privado, cuando les ofrecen, finalmente, el servicio público lo rechazan ya que el familiar ya está integrado completamente, ha hecho amigos, está a gusto, está más cerca del hogar y, además, muchas veces el copago no es mucho más bajo de lo que tienen que pagar en el privado. En muchos de estos casos solicitan la prestación económica vinculada al servicio para sufragar parte de los gastos.

Por otro lado, muchas personas prefieren destinar el dinero que debería ir orientado al copago a pagar a una persona que cuide a su familiar una serie de horas determinadas en su propio hogar.

“El copago es alto, la cuota máxima son 560 y pico euros, eso es bastante alto, entonces claro... hay gente que le compensa tener a alguien en su casa esas horas y pagarle en negro 400 y, por lo menos, eso que me ahorro ¿sabes? Y ya no tengo transportes aparte.”
(Informante 10)

5.1.2 Aspectos externos al funcionamiento de los Centros de día

Entre los aspectos externos al funcionamiento de los Centros de día que se han encontrado como posibles causas están la sociedad y el modelo familista de cuidados, la familia y la cultura de cuidados y los aspectos institucionales y burocráticos.

5.1.2.1 Sociedad

La sociedad española se caracteriza por tener asumido como propio un régimen familista de cuidados. La familia da gran importancia a los cuidados y entre sus creencias se encuentra la de que lo mejor es mantener los cuidados en el hogar hasta que se pueda. En la mayoría de los casos los encargados de proporcionar cuidados son mujeres de la familia, ya sea cónyuge, hijas o hijas políticas, ya que el rol femenino sigue asociado a las tareas de cuidados. Este tipo de cuidadoras no profesionales no pueden proporcionar los cuidados especializados que, muchas veces, las personas

dependientes necesitan. Recursos como el Centro de Día pasan desapercibidos ya que, muchas veces se desconoce el potencial de beneficio que puede proporcionarles tanto a ellos, mediante un respiro para el cuidador, como a sus familiares, mediante el mantenimiento y rehabilitación de sus capacidades. Este carácter preventivo es desaprovechado, ya que asocian al Centro de Día con una guardería para personas mayores. No obstante, es curioso que el cuidado de los niños puede ser externalizado, acudiendo a guarderías, sin ser castigado socialmente, no se ve como un abandono. Sin embargo, la externalización de los cuidados de los mayores está mal visto socialmente, por ello, muchas familias aguantan y retrasan lo inevitable.

“(...) les cuesta dar ese paso, porque mi padre no está tan mal y fíjate voy a traerlo aquí y acaba siendo casi una residencia y tal. Si la gente luego se anima y da el paso, aunque le cueste, se acaban dando cuenta de que es muy diferente a una residencia, que la persona empieza eh... a tener más vida social. (...) A lo mejor tendríamos que ocuparnos un poco más eso, bueno, ¿no? Pues de eso, de concienciar un poco más a las personas sobre lo que es un Centro de Día, cómo se trabaja, que no es un sitio donde abandonas a nadie, que ese tipo de cosas son las que, a lo mejor, deberíamos de aclarar un poco más a las familias. No lo sé”
(Informante 6)

5.1.2.1.1 Divulgación

Algunos trabajadores sociales de los Centros de Día señalan que quizás, hay poca divulgación de los Centros de día. Afirman que es un recurso muy bueno y que no entienden cómo hay plazas libres.

“(...) uno de los principales problemas es que yo creo que no se les da la suficiente divulgación. Porque cuando no conoces los recursos y no sabes lo que se hace aquí dentro pues tampoco puedes venderlo y creo que el problema es un problema de base, eso para empezar, de los trabajadores sociales que van a los domicilios a hacer los PIAS.”
(Informante 2)

Los trabajadores sociales de los Centro Municipales Servicios Sociales y los médicos, enfermeras y trabajadores sociales Centros de Salud, deberían tener un papel activo en la promoción de este tipo de servicios, ya que son puerta de entrada para muchas personas dependientes. Especialmente, el Centro de Salud, ya que las personas dependientes (valoradas o no) acuden con mucha frecuencia y es desde ahí donde pueden advertir las necesidades.

“Yo creo que en esa parte los Servicios Sociales o los Centros de Salud son quienes mmm... les dicen, un poco, cuál es el recurso idóneo para ellos”
(Informante 7)

5.1.2.2 Familia

Las familias de las personas dependientes que, finalmente, acaban haciendo uso del Centro de Día seleccionan este recurso para su familiar por distintos motivos.

Se trata de un servicio que permite, en cierta medida, si los horarios se ajustan bien a sus necesidades, conciliar la vida laboral y familiar sin romper el vínculo familiar. Además, la persona dependiente tiene la oportunidad de relacionarse con personas nuevas y socializar y crear nuevos vínculos emocionales que pueden ser muy importantes para ellos. Además, también es muy relevante la posibilidad que dan los Centros de Día de rehabilitar y mantener las capacidades por un periodo de tiempo más largo.

“No rompen el vínculo familiar, porque en verdad vuelven al domicilio y en el ratito que están aquí que están trabajando con un equipo de profesionales. (...) Respecto al cuidador yo creo que también es muy importante... es un recurso que te deja, un poco, seguir con tu vida laboral con... no estar pendiente esas 24 horas del día de la persona. (...) Para el cuidador es absolutamente beneficioso en ese sentido” (Informante 7)

Con respecto al perfil de las familias de los usuarios también es bastante heterogéneo. Existen principalmente dos tipos de situaciones familiares. Por un lado, el cónyuge cuidador, que cuida de la mujer o del marido. Estos son más reticentes a aceptar el Centro de Día como recurso, suelen estar jubilados y han asumido el papel de cuidador y si la persona dependiente comienza a acudir a este tipo de recursos el cuidador estará sólo la mayor parte del día, teniendo que buscar, de esta forma, una nueva forma de entretenerte y cubrir esas horas. Por otro lado, los hijos, especialmente hijas, debido a que aún continúa asociándose la tarea de cuidado al rol social de las mujeres. Pueden darse varias fórmulas dentro de esta división principal, los usuarios que viven con los hijos, los usuarios que viven con el cónyuge o solos, pero que igualmente los hijos se hacen cargo. Así, los hijos, normalmente en edad laboral, se ven más obligados a aceptar el Centro de Día como recurso por la necesidad de conciliar la vida laboral y familiar.

“Se intenta mantener a los usuarios el máximo tiempo posible en el domicilio.” (Informante 2)

En cierta medida, la decisión de entrar en un Centro de Día se da más por los hijos que por el cónyuge, que ya lo hace finalmente obligado. Las personas mayores cuidadoras prefieren mantener los cuidados en casa, en el hogar, pero llega un momento

que una persona mayor no puede hacerse cargo de la persona dependiente porque también comienza a tener los achaques de la edad y no puede cuidar y dar una atención de forma integral.

“A ver, yo lo que me he dado cuenta es que cuando viene alguna parte del matrimonio el paso se da porque los hijos se dan cuenta de que la madre ya no puede hacerse cargo. O... el padre y dicen paso de buscar un recurso si por la persona mayor fuera seguiría manteniéndole los cuidados en casa” (Informante 6)

No obstante, los trabajadores sociales afirman que los familiares eligen el Centro de Día siempre por necesidad, porque se ven superados por la situación social que tienen. Cuando el familiar tiene un grado I de dependencia, que todavía no es muy dependiente y tiene cierta autonomía, se pueden mostrar más reticentes a llevarlos a cualquier tipo de servicio, ya que no lo ven necesario en ese momento. Esto puede ser debido a que desconocen la función terapéutica y rehabilitadora del Centro de Día, que puede ayudar a mantener las capacidades más tiempo. Normalmente, demandan y solicitan prestaciones económicas para cuidados en el hogar porque les dan una mayor flexibilidad y capacidad de elección, además de que, en esta época de crisis, muchas lo han utilizado como soporte económico. Son más reticentes a elegir servicios porque supone sacar al familiar dependiente de su hogar (un tiempo o definitivamente en el caso de las residencias) y porque tienen un copago lo que reduce los ingresos de la persona dependiente, que a veces funcionan como sustento de la unidad familiar. Así, acaban eligiéndolo cuando no queda más remedio. El Centro de Día es un recurso intermedio entre Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y Residencia y no supone tanto sentimiento de pérdida como puede suponer la institucionalización residencial porque los usuarios continúan volviendo a casa por las tardes y los fines de semana y, además, tiene un copago más bajo que la residencia (25% vs 80%).

“Mmm... primero por necesidad, porque ellos se dan cuenta de que esa situación de que no pueden ser cuidadores solos y de esa fijación se siguen... mientras que están en el Centro de Día es un recurso intermedio porque siguen cuidando y haciendo lo que quieren hacer, en la mayoría de las veces” (Informante 3)

Luego está la culpabilidad que puedan sentir los familiares de la persona dependiente que acude al Centro de Día. El sentimiento de pérdida parcial o culpabilidad se da porque piensan que su obligación es la de cuidarlos hasta el final y

mantenerlos en su entorno junto a su familia. Este sentimiento se incrementa cuando los usuarios dependientes apelan y critican a sus familiares por “abandonarlos”.

“Todo el mundo, el 99% que acepta un Centro de día o una residencia como recurso pues contamos con ese sentimiento de culpabilidad. (...) También muchas veces los residentes, esa doble vuelta que le hacen a los hijos, esa presión que le hacen a los hijos por haberlos dejado aquí”. (Informante 4)

Así, en definitiva, muchas familias eligen el Centro de Día como recurso porque así ralentizan la entrada en residencia y pueden continuar manteniendo a la persona dependiente en su entorno continuo. En muchas ocasiones se recomienda Centro de Día en el PIA como recurso no idóneo frente a residencia que no tiene plazas disponibles.

“Pero el Centro de Día se ha utilizado como un recurso intermedio a residencia y no como un recurso como tal y se nota, claro”
(Informante 11)

No obstante, cuando comienzan a acudir a este tipo de recursos se dan cuenta de todos los aspectos positivos que tiene como la conciliación familiar y laboral y el respiro que les proporciona, algo muy importante para los cuidadores. Además, se trata de un servicio público de calidad con buenos profesionales y les proporcionan una alimentación equilibrada en nutrientes, les controlan la medicación, realizan terapias y actividades rehabilitadoras y se relacionan con gente nueva.

5.1.2.2.1 Razones de elección del servicio de Centro de Día.

Entonces las razones por las que las familias eligen el Centro de Día como recurso son principalmente sobrecarga emocional y cansancio, por el apego familiar, que se trata de un recurso intermedio entre SAD y Residencia, que tienen cuidados profesionales mientras están en el centro y que continúan disfrutando de ellos los fines de semana y las tardes. Tienen miedo de romper el vínculo familiar pero luego ven que no se rompe.

Es un recurso que favorece el mantenimiento de la autonomía de las personas; la socialización; la tranquilidad para los familiares, el seguimiento de la salud. Suelen aceptar el ingreso cuando ya está muy deteriorados y no pueden hacerse cargo de él/ella. Consideran al Centro de Día como una residencia diurna o una guardería para mayores, no llegan a apreciar el matiz rehabilitador hasta que lo llevan y observan la mejoría o el mantenimiento de las capacidades. Tienen miedo a lo nuevo, a salir y sacar al familiar dependiente de su zona de confort, pero luego observan que es mejor para ellos también.

5.1.2.2.2 Conciliación laboral

Esto va enfocado, principalmente, a los hijos que están en edad laboral. Es un recurso que les permite conciliar la vida familiar y laboral con los cuidados, siempre y cuando los horarios de los cuidadores coincidan, ya que los horarios de los Centros de Día son bastante rígidos, como ya se ha explicado anteriormente.

“Pues eh... sobre todo aquellos que no les pueden cuidar en el domicilio por problemas laborales, es decir, los hijos que tienen a los padres y que no pueden estar en casa cuando estén los padres solos en casa.” (Informante 1)

5.1.2.2.3 Sobrecarga

Este aspecto va enfocado tanto a los cónyuges cuidadores como los hijos cuidadores, ya que llega un momento que no pueden hacerse cargo del familiar dependiente. Entonces es, cuando deciden hacer uso de los servicios, no antes. Sin embargo, suele ser ya tarde para poder aprovechar las funciones del Centro de Día que pueden ayudar al usuario a mantener sus capacidades.

“Por sobrecarga. Muchas veces es por sobrecarga, sobre todo en los cónyuges, cuando la situación en casa ya es insostenible. (...). Los traen aquí con una sobrecarga emocional del cuidado tremenda.” (Informante 15)

“Las familias se esperan un poco a que el familiar este muy malico y no puedan hacerse cargo de él y residencia” (Informante 7)

5.1.3 Aspectos institucionales y burocráticos

Por otra parte, los aspectos institucionales y burocráticos se han constituido como una de las principales posibles causas de que los Centros de día de titularidad pública no consigan completar sus plazas.

5.1.3.1 Aspectos institucionales

Dentro de los aspectos institucionales que se ha observado pueden ser causa de las plazas vacantes en los Centros de Día se encuentran la falta de coordinación entre los trabajadores sociales de Centro de Día y de los CMSS y la elección del Centro de Día como recurso subsidiario y no como principal.

5.1.3.1.1 Coordinación formal entre Trabajadores Sociales de Centro de Día y Trabajadores Sociales de Centros Municipales de Servicios Sociales de dependencia

No existe ningún canal de coordinación formal entre trabajadores sociales de Centros de día y trabajadores sociales de Centros Municipales de Servicios Sociales. No obstante, la mayoría de trabajadores sociales de los Centros de Día mantiene algún tipo de comunicación con los trabajadores sociales de los CMSS, ya sea por algún caso concreto o por aspectos externos al SAAD. Sin embargo, se ha observado que algún Centro de Día en concreto, cuya trabajadora social pone más hincapié en coordinarse con los trabajadores sociales de los CMSS de su zona más cercana ha conseguido mejoras a la hora de cubrir las plazas vacantes.

“No coordinada formalmente, pero si mantenemos buenas conversaciones e incluso me avisan, oye tengo una situación eh... fuerte, eh... te mando una cuidadora porque sería conveniente Centro de Día, yo lo creo como Centro de Día, vamos a ver si lo activamos si tenemos plazas vacantes ahí” (Informante 3)

Se trata de voluntad profesional por parte de las trabajadoras sociales de los Centros de Día y de los recursos comunitarios, ya que supone un esfuerzo extra tener que estarse preocupando personalmente por llenar las plazas actuando de intermediario entre los trabajadores sociales de CMSS y las de la DGA. Advirtiendo que conoce casos concretos que le han llegado personalmente y que tiene plazas vacantes por lo que se pueden llenar.

Intentar formalizar estas relaciones informales quizás sería lo adecuado, sin embargo, es muy complicado ya que se estaría hablando de tres niveles administrativos, dos principalmente que son las que implementan (autonómica y local).

5.1.3.1.2 Centro de Día como recurso subsidiario

Es muchas ocasiones, el Centro de Día funciona como recurso subsidiario, a la residencia principalmente. Es por ello, que hay mucho perfil de residencia en el usuario actual de Centro de Día. Ante la carencia de plazas libres en instituciones residenciales públicas, muchas veces los trabajadores sociales que realizan los PIAS, plantean Centro de Día, pero Residencia como recurso principal no idóneo. Esto quiere decir que pueden acceder a plaza de Centro de Día hasta que consigan una en residencia. Esto, por supuesto, no es aplicable a todos los usuarios de este tipo de servicio, pero sí a un gran número de ellos.

“Normalmente, si tu pides residencia el trabajador social te va a decir bien, bien, una residencia, pero te va a decir es un recurso idóneo no disponible. Dependiendo del grado, el mismo trabajador social, en conversación, en la entrevista le está diciendo mire, con grado II es muy difícil que le den plaza en residencia, salvo que lo saquen fuera de Zaragoza, que tiene derecho, sí. Y ellos mismos (...) son los que sugieren la apertura en el Centro de Día y son los primeros, entre comillas sí, vendedores de los centros de día” (Informante 3)

5.1.3.2 Aspectos burocráticos

El papeleo burocrático puede suponer un gran problema para las familias, ya que tienen mucho desconocimiento del procedimiento. Desde los CMSS se les orienta e informa, pero, en muchas ocasiones, la cantidad de documentos e informes solicitados por parte de la administración es abrumador y las familias no pueden hacer frente. La escasa flexibilidad de horarios exige, en muchas ocasiones, que algún familiar pida permiso en el trabajo para poder entregar los documentos y, ante la precarización laboral que está viviendo esta sociedad, muchas personas no pueden permitírselo.

“Por parte de las familias también hay mucho desconocimiento. Hay muchas cosas que no acaban de comprender. Nosotros terminamos de ayudarles en orientación a la presentación de documentación... de requerimientos de la documentación a presentar, muchas veces desisten, desisten de continuar con la solicitud porque ahora le empiezan a requerir ahora el no sé qué, ahora el no sé qué. Y pues muchos no tienen tiempo de ir a presentar esa documentación porque muchas veces se tienen que coger fiesta en un día de trabajo para poder ir a presentar esa documentación. La administración no lo facilita (...)” (Informante 16)

5.1.3.2.1 Procedimiento para el reconocimiento de la dependencia y para la elaboración del PIA

El procedimiento para la elaboración del PIA es el mismo en el caso de todos los trabajadores sociales de CMSS entrevistados. En primer lugar, cuando la familia del dependiente acude les informan de cómo funciona el procedimiento y les señalan la documentación que deben entregar en el IASS para iniciar el proceso de valoración de grado. Una vez transcurrido un tiempo, cuando ya tienen el grado asignado (I, II o III) y les han remitido el expediente al CMSS pasan a hacer el Plan Individual de Actuación (PIA). Para ello, realizan una visita a domicilio y un par de entrevistas para conocer la realidad social en la que vive esa persona y una vez hecho el diagnóstico se reúnen con la familia para plantear el recurso más adecuado, informándoles y orientándoles según

el grado de dependencia que tenga su familiar, la situación social y familiar, las redes sociales y de apoyo, la vivienda y las barreras arquitectónicas, etc.

Ahí es donde se han podido percibir pequeñas diferencias en la forma de plantear la actuación. Unos trabajadores sociales son más laxos y permisivos ante la elección del recurso por parte de la familia, incidiendo esto hasta a la hora de seleccionar un Centro de Día indicado, por ejemplo. Algunos trabajadores sociales les dan la oportunidad de conocer los distintos Centros de Día de Zaragoza, incluyendo aquellos que tienen plazas concertadas, para solicitar aquel que más les interese ya sea por cercanía o por otro aspecto. Sin embargo, otros trabajadores sociales trabajan por cercanía y proponen los Centros de Día más cercanos a la zona en la que vive la persona dependiente. No obstante, aunque en la mayoría de los casos lo pautado coincide con el recurso seleccionado por la familia y suele concordar con sus planteamientos y necesidades, es el trabajador social el que tiene finalmente la palabra a la hora de plantear el recurso idóneo en el PIA, aunque la familia no esté de acuerdo. Prevalece el criterio profesional, otra cosa es que luego cuando se le conceda el servicio a la persona acabe renunciando a él. En este sentido, es algo correcto a pesar de que se pueda pensar que es la familia la que debe elegir el recurso, ya que la mayoría optaría por prestaciones económicas en lugar de prestaciones de servicios y tienen que hacerles ver su carácter excepcional. En caso de que no estén de acuerdo tienen que pedir primero revisión de valoración de grado para ver si aumentan de grado y poder acceder a más recursos, una vez está hecho, ya el PIA, si vuelven a no estar de acuerdo y quieren cambiar el recurso (servicio o prestación) tienen que solicitar una revisión del PIA.

“Luego también eh... hacemos entender a las familias que la ley de dependencia es una ley, eminentemente de servicios, y que las prestaciones económicas como en su primer momento que también tenían carácter de excepcionalidad se convirtieron en la cotidianidad, en lo común eh. Entonces claro ahí hay personas que tienes que desmontarle esa concepción que ellos tienen.” (Informante 20)

Resulta paradójico que, aunque un cuidador mayor de 85 años, por ejemplo, no califique apto como cuidador de la persona dependiente, pueda llegar a estar un año realizando esa función debido a la tardanza de la concesión del servicio propuesto en el PIA.

No paran de llegar nuevos expedientes de valoración para PIA. Y, además, hay que tener en cuenta el gran retraso e impase que existe entre las valoraciones y resoluciones de PIA, de los cuales muchos piden revisión de grado.

“2936, quedan pues... no es un tercio lo que vamos a hacer, pero prácticamente, bueno y solo si vemos grado I, si vemos todos los grados hay 3400, cada mes igual llegan unos 500.” (Informante 16)

Desde la incorporación de personas valoradas con Grado I al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en julio de 2015 se ha incrementado el retraso. Por ello, el ayuntamiento ha contratado a seis trabajadoras sociales para que se encarguen solamente de los PIA de personas de Grado I. No obstante, aun así, continúa habiendo un gran retraso. Además, en muchos de los casos, debido al tiempo que ha transcurrido desde la valoración, algunas de 2008 o 2009, es necesario plantear a la familia que solicite una revisión de grado para poder solicitar un recurso más adecuado a la nueva situación. De esta forma, pautan muy pocos Centros de Día.

5.1.3.2.2 Asignación de prestaciones o servicios por parte de los Trabajadores Sociales de Centro Municipal de Servicios Sociales

Para cada grado hay unas determinadas prestaciones planteadas en la propia Ley. No obstante, cada caso hay que estudiarlo individualmente y ver cuál es el recurso que mejor se adapta a las necesidades de la persona dependiente y de su familia. El caso del Centro de Día es complicado porque han de tener varios aspectos en cuenta para que todo cuadre.

“El Centro de Día depende mucho de la situación familiar más que del grado, porque se necesita levantarlos, asearlos, bajarlos al transporte...” (Informante 20)

Lo que sí asumen los trabajadores sociales de los CMSS es que el Centro de Día no es un recurso adecuado para grado III.

“La historia es... O sea, el grado I ha estado... pues muchos años parado entonces entraban grados II y grados III. Los grados III no es un recurso idóneo. O sea, no es un servicio preventivo para un grado III el Centro de Día, un grado III ya está para residencia, ¿qué pasa? Pues que no había más recursos y entonces los meten ahí, lo utilizan como forma de desahogo para la familia o como una atención más continuada y especializada, pero no es el recurso idóneo.” (Informante 17)

El Centro de Día es adecuado para grado I, pero en muchas ocasiones las familias, al ver la situación y condición de los usuarios actuales (grado II y grado III muy deteriorados) se desmoralizan y no quieren que su familiar acuda. Es el pez que se muerde la cola. Las personas con un perfil adecuado no acuden porque los Centros de Día están llenos de usuarios que no cumplen con el perfil ideal.

El trabajador social es el que tiene que explicar que el Centro de Día no es una guardería para mayores y hacer ver que es un recurso preventivo y rehabilitador que puede ayudarles, además, a tomar un respiro en el papel de cuidadores. No obstante, es el que finalmente pauta el recurso que cree conveniente, coincide o no con la opinión familiar, para la situación social diagnosticada de la persona dependiente, teniendo en cuenta factores como vivienda y barreras arquitectónicas, redes familiares y de apoyo y disponibilidad, grado de dependencia, etc.

5.1.3.2.3 *Lentitud burocrática*

En este sentido, la lentitud burocrática es otro de los grandes problemas que afectan a los Centros de Día.

“La burocracia desde luego que es un problema. O sea, gente que ya tiene los papeles hechos con todo hecho, la dependencia, las DRU, el problema económico, y aún tardan encima. ¿Y por qué? Si tenemos plazas libres” (Informante 2)

La coordinación interadministrativa es lenta, por lo que se ha podido observar a través de los testimonios. El Gobierno de la DGA tarda más en comunicarse con los CMSS que con los propios dependientes y familiares. Quizás el problema principal sea la falta de personal en la DGA ante la avalancha de solicitudes de dependencia y el retraso en expedientes anteriores que tienen. El problema es que, muchas veces, cuando finalmente, quizás al año, se concede el servicio solicitado ya es tarde. Las familias suelen esperar al último momento para solicitar la valoración de la dependencia y, por lo tanto, el servicio les urge tenerlo cuanto antes. No obstante, la ineficacia burocrática deriva, muchas veces en que la familia, que pueda permitírselo claro, opte por solicitar un servicio privado que puede tenerlo inmediatamente, y posteriormente cuando se le realice el PIA solicitar la prestación económica vinculada al servicio.

“Tardan mucho. Luego bueno que claro, cuando ya les das el servicio, la persona ya le está llevando a un centro privado y hay gente que dice madre mía pues si nos lo podemos permitir y el abuelo está bien atendido... pues no lo cambiamos (...).” (Informante 2)

Los trabajadores sociales saben que hay solicitudes suficientes de plaza en Centro de Día como para cubrir las vacantes. No obstante, esto no ocurre. Hay un cuello de botella en alguna parte del sistema en el que se ha producido un atasco y es importante, contar con los suficientes recursos (humanos, materiales y tecnológicos) para poder desatascarlo.

“Pero es que, además, luego, tenemos aquí al lado a los valoradores del ayuntamiento, de aquí de Delicias, que nos dicen, pero si es que hacemos valoraciones en domicilio que nos solicitan Centro de Día. O sea, que hay gente que está esperando el recurso, a que se lo adjudiquen, y no llega, no llega...” (Informante 15)

En este aspecto, los más perjudicados son las familias y personas dependientes con menos recursos económicos y capacidad adquisitiva, ya que tienen que morir al palo y esperar el tiempo que les toque hasta que puedan acceder, finalmente, al servicio público solicitado.

5.1.3.2.4 Causas de que no se paute Centro de Día como recurso idóneo

Entre las causas que se dan para que no se paute el Centro de Día como recurso idóneo están las barreras arquitectónicas y la dificultad para la conciliación de horarios, principalmente. Por parte de los familiares de las personas dependientes el rechazo puede venir porque tienen una edad ya muy avanzada y no tienen ganas de hacer nada, por apego a su hogar, por miedo a lo desconocido, miedo al transporte y el copago.

“Si no se llenan es porque el trabajador social de dependencia no diagnostica como recurso idóneo el Centro de Día, mientras yo no pongo en mi informe (...) que este señor es para Centro de Día, la DGA no puede enviarlo a Centro de Día” (Informante 19)

5.1.3.2.4.1 Barreras arquitectónicas

El Centro de Día es un recurso estupendo, el problema radica, según los trabajadores sociales de los CMSS es acudir a él. La autonomía de la persona dependiente para moverse y las barreras arquitectónicas del hogar y el edificio en el que vive supondrán una mayor o menor dificultad para el cuidador a la hora de bajarlo al punto de encuentro con el transporte o de llevarlo él o ella misma.

5.1.3.2.4.2 Conciliación de horarios

Otro de los problemas es la dificultad para conciliar horarios ya que la mayoría de los Centros de día tienen horario de nueve de la mañana a seis de la tarde y, aunque la mayoría de las personas puedan tener un horario laboral similar, hay muchos que no lo tienen. Hoy en día, la precarización laboral ha revertido también en los horarios de trabajo, muchas personas tienen jornada partida, trabajan horas extras e incluso los fines de semana. Así, para muchas familias es muy difícil adaptarse a los horarios rígidos que plantea el Centro de Día. Como resultado de ello, las familias que pueden permitírselo pueden contratar a una persona que se encargue de levantar, asear, subir y bajar a las

horas acordadas a la persona dependiente. No obstante, esto supone un gasto extra que no todo el mundo puede afrontar.

5.1.4 Mejoras en la implementación

A continuación, se presentan las posibles mejoras propuestas conforme a las causas y problemáticas detectadas en el análisis.

5.1.4.1 *Adecuación del perfil de usuario: más autónomo*

En este sentido, se busca un cambio en el perfil del usuario. Actualmente la mayoría tiene un grado II o III y lo adecuado para poder trabajar de una mejor manera sería que la mayoría fueran grado I y grado II. Así, se podría cumplir con una de las funciones del Centro de Día con el personal contratado, sin necesidad de aumentar la ratio, que es promover, mantener y rehabilitar las capacidades.

“A ver lo que pasa es que con altas dependencias es que el Centro de Día ya no se adecua a la necesidad. Esa necesidad no sería necesaria, valga la redundancia, si ese grado estuviera donde le corresponde que es una residencia. Si aquí vinieran de grado I o grado II, pues la incidencia de ese problema estaría más reducida. No haría falta que, a lo mejor, los diez tengan problemas para bajar, tal o levantar de la cama” (Informante 11)

5.1.4.2 *Horarios*

Esta mejora hace referencia a la rigidez de horarios de los Centros de Día, las horas y los días de atención. Existe una amplia heterogeneidad en este aspecto, por ello si unos atienden hasta las ocho de la tarde y otros los sábados, esto debería homogeneizarse para poder dar una mayor cobertura a las familias.

“Los horarios, cuanto más flexibles más facilitan las cosas a las personas, para que puedan venir. Y otra de las cosas muy importantes es la atención en sábados y domingos. Nosotros tenemos atención de lunes a viernes, claro si alguien por el mismo precio o parecido, te oferta también un sábado pues... es que hay en algunos centros de día que las personas se van comidos a su casa y, claro, eso es ya más que un Centro de Día.” (Informante 1)

Además, en este mismo sentido, iría la propuesta de un servicio de levantamiento para las personas mayores en las que un auxiliar fuera a levantarles, asearles y bajarles al autobús y, después, a recogerles. Esto podría salvarse con la compatibilización del servicio de Centro de Día con el de Ayuda a Domicilio.

“A lo mejor... para los horarios... cuando no están las familias, pues, a lo mejor, que se pusiera un servicio complementario. Sería de

acompañamiento para la persona... para que no sean los horarios los que les limiten a entrar o no. (...) El servicio de levantamiento, por ejemplo, eso no lo tenemos y, quizás, sería bueno” (Informante 6)

5.1.4.3 Mejorar la coordinación entre los recursos comunitarios

Eso hace referencia a la necesidad de mejorar los canales de comunicación, aunque sea a nivel informal, entre los recursos comunitarios. Se debe trabajar en red para poder dar una mayor cobertura del servicio de Centro de Día. Además, se debería concienciar a los profesionales que trabajan conjunto a personas mayores, como el personal de Centros de Salud o de los Hogares de jubilados, para que detecten situaciones de vulnerabilidad y para que conozcan la función de los Centros de día y vean que son un buen recurso.

5.1.4.4 Aspectos burocráticos

Con respecto a los aspectos burocráticos, los trabajadores sociales de Centro de Día han planteado que, en ocasiones, la valoración de grado no se corresponde con las necesidades reales, quizás porque haya pasado tiempo desde la valoración o, quizás, porque el baremo que se utiliza es muy laxo y no puede apreciar de una forma adecuada las capacidades de la persona.

Por otro lado, se deberían intentar agilizar las concesiones y adjudicaciones de recursos, ya que los trabajadores sociales de Centro de Día conocen casos concretos que van a solicitarle el Centro de Día, con el PIA ya hecho y tardan mucho en adjudicárselo, siendo que hay plazas libres. Para ello sería necesario, quizás, contratar a más personal para agilizar la tramitación de los expedientes tanto en la DGA como en el Ayuntamiento, eliminar o modificar el DRU (Declaración Responsable Única) en la que se tienen que declarar los ingresos y el patrimonio y la DGA tiene que comprobar de forma individual cada uno de ellos, lo que absorbe mucho tiempo. Actualmente, el tiempo estimado que transcurre entre la resolución de grado y se le comunica al trabajador social de CMSS para que haga el PIA es de unos seis meses.

5.1.4.5 Volver a poner la zonificación de Centros de día

Algunas trabajadoras sociales han planteado volver a la zonificación anterior, ya que sería adecuado para reducir el tiempo en carretera y optimizar el servicio de

transporte. Cada Centro de Día tendría adjudicadas unas determinadas zonas y las personas dependientes accederían a ellos por cercanía.

“Que anteriormente se asignaban los usuarios, por, por circunscripciones, por códigos postales. Los centros teníamos un mapa de Zaragoza con este es mi trozo. Ahora no, ahora nosotros el autobús de DEFA se va hasta Pilar Lorengar.” (Informante 10)

5.1.4.6 Complemento con Sistema de Ayuda a Domicilio

Todos los trabajadores sociales de CMSS plantean, como mejora principal en la implementación del servicio de Centro de Día, la compatibilidad con Servicio de Ayuda a Domicilio. Hasta el momento es incompatible conforme al artículo 25.2 de la Ley de Dependencia:

“Los servicios serán incompatibles entre sí, a excepción del servicio de teleasistencia que será compatible con el servicio de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal, de ayuda a domicilio, y de Centro de Día y de noche.”

La compatibilidad con Servicio de Ayuda a Domicilio facilitaría a las familias poder elegir este servicio, ya que la compatibilidad de horas ya no sería un problema tan grave.

“Lo ideal ¿qué sería? La persona que va al Centro de Día se le pusiese una ayuda a domicilio por la mañana eh, por la tarde no, ya no voy a exigir tanto, por la mañana para ir al domicilio, levantar a la persona, asearla, dejarla en el autobús.” (Informante 20)

También deberían aumentarse las horas de servicio de ayuda a domicilio baremadas para cada grado. Ya que, en muchas ocasiones no serían suficientes para poder compatibilizar el Centro de Día.

“Otra cosa que quería destacar es que el grado I tiene una intensidad máxima de ayuda a domicilio de 20 horas semanales. (...) Los Centros de día que funcionan, (...) algunos de lunes a sábado... en un mes de 31, quitas los 4 días, 4 domingos, te quedan 27 días. Si el máximo son 20 horas al mes aún nos faltan 7 horas de ayuda a domicilio, porque al menos tienen que estar una hora para ayudarles a bajar (...)” (Informante 17)

Esto se debería considerar más una inversión que un gasto público, ya que muchas más personas podrían beneficiarse del servicio de Centro de Día y, además, podrían crearse un mayor número de empleos.

REFERENCIAS

- Abellán, A., y Pujol, R. (2 de septiembre de 2013). *Blog Envejecimiento en-red*. Obtenido de ¿Quién cuidará de nosotros cuando seamos octogenarios?: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/09/02/quien-cuidara-de-nosotros-cuando-seamos-octogenarios/>
- Abellán, A., y Pujol, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España 2016. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*(14). Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- Alarcón, S. (13 de abril de 2016). *Un blog de envejecimiento en-red*. Obtenido de De los centros de día a el multiespacio de terapia y convivencia: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2016/04/13/de-los-centros-de-dia-a-el-multiespacio-de-terapia-y-convivencia/#more-3943>
- Alemán, C., Alonso, J. M., y Fernández, P. (2013). *Dependencia y Servicios sociales*. Madrid: Aranzadi.
- Añón, M. J., y Miravet, P. (2005). Paradojas del familismo en el Estado del bienestar: mujeres y renta básica. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(2), 101-121. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0505220101A/32338>
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. (2016). *XVI Dictamen del Observatorio. Evolución 2011-2015 de los datos básicos de gestión del Sistema de Atención a la Dependencia y Costes de Financiación por Comunidades Autónomas*. Madrid. Obtenido de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XVIDictamen/XVI%20DICT%20CCAA.pdf>
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Bernabéu, J., y Robles, E. (2000). Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. *Políticas y Sociedad*, 35, 45-54. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0000330045A/24479>
- Chande, R. H. (1995). Epidemiología del envejecimiento: Una fase más de la transición demográfica. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 697-705.
- Das Gupta, M., Engelman, R., Levy, J., Luchsinger, G., Merrick, T., y Rosen, J. E. (s.f.). *Estado de la población mundial 2014: El poder de 1800 millones: Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro*. UNFPA. Prographics. Obtenido de <http://www.unfpa.org/sites/default/files/publications/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>

Decreto 5/2007, de 16 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se distribuyen las competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia entre los diferentes órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón nº11, Aragón, 26 de enero de 2007. Obtenido de: http://iass.aragon.es/adjuntos/legislacion/decreto5_2007.pdf

Decreto 55/2007, de 17 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre habilitación normativa para el desarrollo reglamentario de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial de Aragón Nº 49, Aragón, 27 de abril de 2007. Obtenido de: http://iass.aragon.es/adjuntos/legislacion/decreto55_2007.pdf

Escudero, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *REIS*, 119(07), 65-89. Obtenido de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_001_06-41185869118399.pdf

Fernández, J. L., Parapar, C., y Ruiz, M. (2010). Envejecimiento: línea estratégica de la FGCSIC. *LYCHNOS*(2), 4-6. Obtenido de http://www.fgcsic.es/lychnos/es_ES/articulos/envejecimiento_poblacion

Giddens, A. (2003). *La tercera vía: la renovación de la socialdemocracia*. Madrid: Taurus.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2014). *Informe 2012: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid. Obtenido de http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=1916

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2000). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Avance de Resultados. Datos Básicos*. Madrid. Obtenido de <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disctodo.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). *Notas de prensa*. Obtenido de <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2014a). *Esperanza de vida*. Obtenido de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ESyc=INESeccion_Cycid=1259926380048yp=1254735110672ypagename=ProductosYServicios/PYSLayout

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2014b). *Proyección de la Población de España 2014-2064*. Obtenido de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>

Jiménez, S., Vilaplana, C., Andrea, y Analía. (2016). *Estudios sobre la Economía Española -2016/05*. Fedea. Obtenido de <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-05.pdf>

- Krüger, K., y Jiménez, E. (2013). La Ley de dependencia ¿Un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, XVII(434). Obtenido de <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-436.htm>
- Lanzieri, G. (abril de 2011). The greying of the baby boomers. A century-long view of ageing in European populations. *Statistics in focus*, 23, 1-11.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado. núm 299, Madrid, 15 de diciembre de 2006. Obtenido de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Marbán, V. (2007). Tercer setor, Estado de Bienestar y política social. *Política y Sociedad*, 44(2), 153-169.
- Marbán, V. (2011). Los actores sociales en el sistema de dependencia español. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 69-91.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Obtenido de Portal de la Dependencia. Datos de gestión: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/index.htm
- Montserrat, J. (2014). El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia. ¿Hacia un cambio de modelo? En F. Foessa, *Informe sobre exclusión y desarrollo social en España* (pág. Documento de trabajo 5.6). Obtenido de http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/23102014144847_4790.pdf
- Moreno, L. (2013). Crisis y reformas del bienestar en Europa. *Presupuestos y Gasto Público*, 23-35. Obtenido de http://www.academia.edu/4864918/_Crisis_y_reformas_del_bienestar_en_Europa_
- Moreno, L., y Mari-Klose, P. (2013). Las transformaciones del Estado de Bienestar Mediterráneo: Trayectorias y retos de un régimen en transición. En E. Del Pino, y M. J. Rubio, *Los Estados de Bienestar en la encrucijada: Políticas sociales en perspectiva comparada* (págs. 126-145). Madrid: Tecnos.
- Oliva, J. (2014). Sistema de autonomía personal y atención a la dependencia: Análisis y líneas de avances en tres dimensiones. *Actas de la Dependencia*(12). Obtenido de http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/j.oliva_analisisylineas_web.pdf

- Orden de 24 de julio de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su aportación en el coste de los servicios, en la Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón N° 163. Aragón, 20 de agosto de 2013. Obtenido de: <http://iass.aragon.es/adjuntos/raiz/orden24julio2013.pdf>
- Pérez-Díaz, J. (2003a). *La madurez de masas*. (I. d. Sociales, Ed.) Madrid, España: Artegraf. S.A.
- Pérez-Díaz, J. (2003b). Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Reis*, 104(3), 91-121.
- Pérez-Díaz, J. (16 de junio de 2010). *Apuntes de Demografía*. Obtenido de Blog de Julio Pérez Díaz: <http://apuntesdedemografia.com/curso-de-demografia/temario/tema-1-introduccion/la-teoria-de-la-transicion-demografica-1/>
- Ramiro, D. (2011). Historia de la Población Mundial. Información Estadística y Cartográfica de Andalucía(1), 13-23. Obtenido de <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/InformacionEstadisticaCartografica/RevistaFuturoPoblacion.pdf>
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Boletín Oficial del Estado núm. 168, Madrid, 14 de julio de 2012. Obtenido de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-9364
- Robles, E. (2011). El envejecimiento de la población: aspectos demográficos. En R. Gómez Redondo, *Salud, demografía y sociedad en la población anciana* (págs. 39-56). España: Alianza .
- Robles, E., García, F., y Bernabéu, J. (1996a). La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Revista Española de Salud Pública*, 70(2), 221-233.
- Robles, E., García, F., y Bernabéu, J. (1996b). La transición sanitaria: Una revisión conceptual. *Boletón de la Asociación de Demografía Histórica*, XVI(I), 117-144.
- Rodríguez , G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/36184>
- Rodríguez , A. (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro blanco*. (M. d. Sociales, Ed.) Madrid: Grafo, S.A. Obtenido de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Rodríguez, J., González , A., Díaz, P., y Rodríguez, V. (2011). Estudio Longitudinal: Envejecer en España. El proyecto ELES. *Perfiles y tendencias*(50). Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=58320>

Romea, A. C., y Del Rincón, M. M. (2016). Desigualdades territoriales en la "carga de cuidados" en Aragón. XII Congreso Español de Sociología. 30 de junio, 1 y 2 de julio de 2016. Gijón.

Ruiz-Huerta, J., Vizán, C., y Benyakhlef, M. (2011). *La crisis económica y la tensión fiscal en las Comunidades Autónomas en Informe de las CC.AA 2011*. Instituto de Derecho Público, Barcelona. Obtenido de http://foroautonomias.spacebits.es/wp-content/uploads/2012/06/informe-Autonomias_2011_crisis.pdf

Vilà , T. (2013). Evolución y reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. *Actas de la dependencia*(8). Obtenido de http://www.fundacionpilares.org/docs/evolucionyreforma_tvila.pdf