



EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: DEL MODELO DE INTERNAMIENTO AL ENFOQUE COMUNITARIO¹

Historical Development of Dependency Care Services: From the Internment Model to The Community Model

Eduardo Díaz Velázquez

SIIS Centro de Documentación y Estudios/ Universidad Complutense de Madrid

ediaz@siis.net

Resumen:

Este artículo pretende realizar un recorrido histórico por los servicios de atención a las personas con discapacidad y/o en situaciones de dependencia en los últimos años, con la finalidad de mostrar la evolución paradigmática que ha existido desde la hegemonía de un modelo de institucionalización (en el que la persona con discapacidad o en situación de dependencia funcional, ya fuera ésta de carácter psíquico, físico o sensorial, recibía la atención específica en un régimen de internamiento por lo general de carácter permanente en una institución más o menos cerrada) a otro modelo en el que predomina el enfoque comunitario, caracterizado por la permanencia de la persona con discapacidad y/o en situación de dependencia en su propio domicilio, recibiendo los servicios y atenciones que requiere en el mismo o en su entorno más cercano. Ambos enfoques, por otro lado, han convivido con los cuidados y apoyos familiares que se dispensaban (y se dispensan) en el seno familiar.

Sin embargo, estas dos concepciones paradigmáticas, más que realidades disociadas, son dos tipos ideales que, aunque se contraponen teóricamente, coexisten en la realidad debido a una multiplicidad de condicionantes normativos, sociales, culturales, económicos y políticos. Así, en la actualidad podemos observar cómo existen al menos dos variables fundamentales que inciden sobre este fenómeno de la atención a las situaciones de dependencia, empujándolo hacia dos direcciones opuestas. Por un lado, las disposiciones normativas que bajo ese enfoque comunitario están orientadas a la permanencia de la persona en situación de dependencia en su entorno habitual, en la línea de las aspiraciones de los propios afectados y de la opinión pública; por otro lado, los intereses económicos, principalmente de

¹ Este artículo está basado en la ponencia titulada “La concepción de los servicios de atención a la dependencia: de la institucionalización al enfoque comunitario”, presentada al *III Congreso Anual de la Red Española de Política Social “Los actores de las políticas sociales en un contexto de transformación”*, celebrado en Pamplona entre el 24 y el 26 de noviembre de 2011.

entidades del ámbito privado, en amortizar aquellas infraestructuras residenciales que, en un contexto de crisis económica, no han cumplido sus expectativas de cobertura.

Palabras clave: Dependencia, discapacidad, modelo comunitario, modelo de internamiento, servicios de atención a la dependencia.

Abstract:

This article portrays a historical overview of care services to people with disabilities or people in situations of dependency in recent years, in order to show the paradigm shift that has existed from (firstly) the hegemony of a model of institutionalization or internment (in where the person with disabilities or at risk of functional dependence, either of mental, physical or sensory character, received specific attention in a regime of internment usually permanent in a more or less closed institution) to a more recent model in which the community approach predominates, characterized by the permanence of the disabled person or person with dependency status in their own homes, receiving the services and care required in the same or in their immediate environment. Both approaches, on the other hand, have coexisted with care and family support that was and is still dispensed in the family.

However, these two paradigmatic conceptions, rather than dissociated realities are two ideal types, although theoretically opposed, coexist in real life due to a variety of regulatory, social, cultural, economic and political conditions. Thus, we can now observe that there are at least two fundamental variables that affect this phenomenon of attention to situations of dependency, pushing in two opposite directions. On the one hand, the regulatory provisions under the community approach, that are oriented to the permanence of the person in a position of dependence in his or her usual environment, in line with the aspirations of the people affected and with public opinion; on the other hand, economic interests, mainly from the private sphere, aim at recovering investment costs of those residential infrastructures that have been built, and that in a context of economic crisis have not met their expectations of coverage.

Keywords: Dependency, disability, community model, internment model, dependency care services.

I. Introducción

La coyuntura social actual de redefinición y auge de los servicios de atención a la dependencia, debido al progresivo envejecimiento de nuestra población, y el momento “cumbre” que supuso la promulgación y ulterior desarrollo de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, denominada popularmente como “Ley de Dependencia”, ha puesto el tema de los cuidados y la atención a las personas en situación de dependencia en el centro del debate público. El desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) podría parecer que modernizaba e instauraba unos servicios de atención a las necesidades de las personas en situación de dependencia desde un enfoque comunitario, aunque tanto el planteamiento de la norma citada como su aplicación han hecho dudar a algunos estudiosos y a diferentes actores sociales de los colectivos implicados si realmente esta evolución es real, pues como afirma Paco Guzmán en una entrevista en la revista *Gizarteratuz*: “la Ley de dependencia promueve la institucionalización en lugar de la autonomía personal” (SIIS, 2011a).

A través del análisis histórico de la normativa, las acciones desarrolladas y la documentación existente acerca de los servicios de atención a las personas con discapacidad y/o en situaciones de dependencia, se puede evidenciar la existencia de una evolución paradigmática desde un modelo de institucionalización o internamiento hegemónico (en el que la persona con discapacidad y/o en situación de dependencia funcional, ya fuera ésta de carácter psíquico, físico o sensorial, recibía la atención específica en un régimen de internamiento por lo general de carácter permanente en una institución más o menos cerrada) a un modelo de atención en la comunidad, caracterizado por la permanencia de la persona con discapacidad o en situación de

dependencia en su propio domicilio, recibiendo los servicios y atenciones que requiere en el mismo (teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio) o en su entorno más cercano (centros de día). Ambos enfoques, por otro lado, han convivido (y conviven) con los cuidados y apoyos familiares dispensados por la familia. Además, más allá de las necesidades de atención asistencial, la prestación de estos servicios ha de ponerse en relación con las necesidades habitacionales y residenciales de determinados colectivos de personas con discapacidad con necesidades especiales de apoyo para el desarrollo de una vida cotidiana en un domicilio independiente al de su familia ascendente. Nos referimos, principalmente, a personas con discapacidades intelectuales o mentales, que requieren más asistencia específica para la vida autónoma.

El esquema evolutivo citado (del modelo de institucionalización al enfoque comunitario) evoca dos concepciones paradigmáticas aparentemente opuestas entre sí. Sin embargo, más que realidades disociadas, son dos tipos ideales que, aunque se contraponen teóricamente, coexisten en la realidad debido a una multiplicidad de condicionantes normativos, sociales, culturales, económicos y políticos. Así, en la actualidad podemos observar cómo existen al menos dos variables fundamentales que inciden sobre este fenómeno de la atención a las situaciones de dependencia, empujándolo hacia dos direcciones opuestas. Por un lado, las disposiciones normativas que bajo ese enfoque comunitario están orientadas a la permanencia de la persona en situación de dependencia en su entorno habitual, en línea con las aspiraciones de los propios afectados y de la opinión pública (aunque la aplicación práctica de esas políticas no siempre se orientan en esa dirección); por otro lado, los intereses económicos, principalmente de entidades del ámbito privado, en amortizar aquellas infraestructuras residenciales que, en un contexto de crisis económica, no han cumplido sus expectativas de cobertura.

Trataremos de analizar a continuación el papel relevante de esos aspectos culturales, sociales y económicos, en la misma línea que otros autores lo han hecho, como es el caso de Marbán (2011), que señala que la respuesta a la dependencia que se conforma con la instauración del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia comporta “un análisis multicontextual (cultural, social e institucional). En dicho análisis destacaríamos: 1) cambios en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados (care responsibility culture), a su vez motivados por otros de índole sociodemográfica (envejecimiento, cambios en las dinámicas familiares, entre otros); 2) nuestra propia estructura de organización y provisión de los cuidados en las esferas pública y privada (social caring setting) plural, familística y multinivel, como apuntábamos, y que se muestra excesivamente intensiva en cuidados familiares e insuficiente y desigual en oferta y cobertura de servicios públicos y en servicios privados de responsabilidad pública; y 3) las reformas políticas y las inercias institucionales (Policy legacy and policy reforms) en este ámbito, influidas por un contexto europeo de atención creciente a esta contingencia y construidas a partir de una serie de hitos y reformas políticas (Plan Gerontológico, LISMI, Ley General de la Seguridad Social, etc.) de significación en la actual configuración de la política de atención a la dependencia” (Marbán, 2011: 89).

II. El modelo de institucionalización o de internamiento

Históricamente, el internamiento en instituciones cerradas fue la respuesta de las sociedades para la atención (y control) de aquellos individuos que se encontraban en determinadas situaciones de vulnerabilidad y que, debido a ello, se enjuiciaba que podían ser un riesgo para la propia sociedad. Esas instituciones, tales como hospicios, hospitales, orfanatos o asilos, entre otras, encerraban entre sus paredes a individuos enfermos, pobres, huérfanos, ancianos desahuciados e “inútiles”, en una palabra, a los que antaño se consideraban marginados y, ahora, son denominados como excluidos o, al menos, vulnerables a la exclusión. Este modelo, que ya se daba en la época medieval y la edad moderna, y que queda reflejado (y en ocasiones criticado) en tratados de la época como “El socorro de los pobres” de Juan Luis Vives (1992), publicado en el año 1525, ha llegado hasta nuestros días con un rostro más humanizado pero que, sin embargo, ha perdido terreno con respecto a otras formas de atención de las necesidades de las personas antaño institucionalizadas por su

falta de autonomía plena (personas mayores, personas con discapacidad, con enfermedad mental, menores, etc.). Las nuevas modalidades de atención a las personas en situación de dependencia tienen su origen en una concepción comunitaria de entender los cuidados y los apoyos que se han de prestar a las personas que así los requieren. Viviendas tuteladas, centros de día, servicios de ayuda a domicilio, etc., constituyen no sólo nuevas formas de entender la atención, sino nuevas formas de poner en valor la elección de la persona con respecto a cómo quiere vivir y quiere ser atendido cuando se encuentra en una situación de dependencia.

La institucionalización de los individuos y los efectos que comporta la misma sobre la *psique* ha sido analizada en reiteradas ocasiones por la sociología y la psicología. Goffman, en su trabajo “Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales”, define la ‘institución total’ como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (Goffman, 1970). Y, aunque considera el ejemplo más notorio de la misma la cárcel, señala que existen otras instituciones totales “cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley”, entre la que se encuentran los hospitales psiquiátricos, en los que se centra. Entre los diferentes tipos de ‘institución total’ que menciona Goffman, uno de ellos es el destinado al cuidado de personas dependientes o enfermas (residencias de ancianos, hogares de huérfanos, hospitales). Por las características intrínsecas de la institución total, según demuestra Goffman, se pueden desarrollar en el individuo diferentes efectos biológicos, psicológicos y sociales, que pueden variar según el modo en que se define y se organiza la propia institución.

Estas características de las instituciones totales y la conjunción en las mismas de finalidades asistenciales junto a aquellas de vigilancia y control (e incluso en ocasiones de castigo), han provocado una *estigmatización histórica* tanto del internamiento como del individuo internado en instituciones, existiendo en el imaginario cultural de la población una visión despectiva de las instituciones residenciales, en tanto que (desde esa perspectiva) excluyen al individuo de la sociedad y le apartan de su medio habitual, su hogar, cercenando al mismo tiempo su autonomía y poder de decisión. Abundan en la literatura, el cine o la televisión las historias en las que un anciano es “abandonado” por sus hijos en una institución en la que puede recibir las atenciones y cuidados apropiados que la familia, de acuerdo con la hiperactividad de la sociedad contemporánea, no puede llevar a cabo, al igual que las figuras del menor con problemas de conducta “abandonado” por sus padres en un Internado, o de la persona con discapacidad que se “envía” a un centro específico (con internamiento o no) para la mejor atención de sus necesidades específicas.

No obstante, aunque la realidad no siempre es congruente con las representaciones sociales del imaginario colectivo, en algunos estudios se ha podido comprobar cómo las características de estos centros residenciales y de internamiento favorecen la pasividad, la incomunicación o la soledad. Así, en un estudio de Bazo (1991) sobre centros residenciales, se comprueba que la incomunicación es un rasgo fundamental de la vida en las residencias de tercera edad, junto a la pasividad y a la concepción de la residencia como un asilo, esto es, un lugar en el que se “retira” al anciano.

Sin embargo, los servicios residenciales siguen existiendo, incluso con la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) ha crecido de forma significativa su cobertura de plazas, al mismo tiempo que hay gente que solicita voluntariamente su ingreso en una residencia. Quizá este sea un factor importante a la hora de comprender el fenómeno: la voluntariedad o no del ingreso. Al mismo tiempo, como veremos más adelante, se han modernizado las formas de concebir la atención residencial en los últimos tiempos, de acuerdo con los paradigmas de la autonomía personal y la vida independiente, así como de la planificación centrada en la persona, los cuales se están poniendo en práctica en algunos establecimientos residenciales (tanto para personas con discapacidad como para personas mayores en situación de dependencia funcional).

III. Una atención en la comunidad arraigada a las costumbres culturales

Como señala Demetrio Casado (2007), partiendo del análisis empírico y de determinados principios y reflexiones filosóficas y morales, el enfoque comunitario fue promoviéndose a lo largo del siglo XX como una tendencia reformista frente a las prácticas de internamiento en instituciones. La idea de este nuevo modelo o enfoque comunitario se basa fundamentalmente en que la persona mayor, con discapacidad o en situación de dependencia permanezca en la mayor medida de lo posible en su propio domicilio y en su entorno habitual, promoviendo para ello toda una serie de servicios y apoyos (a las personas y a las familias) que se prestan en el ámbito de la comunidad: servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, tratamientos ambulatorios, etc., a las que también deberían unirse, aunque su implementación es menor, medidas de conciliación y otros recursos dirigidos a las familias, y en especial a las mujeres, que son quienes han soportado el peso principal de los cuidados en las sociedades modernas al circunscribirse de manera predominante, por la división sexual del trabajo en nuestras sociedades, a la esfera doméstica o reproductiva. Son múltiples las voces que han alertado de la feminización de los cuidados informales (Serrano et al., 2013), en la atención a la dependencia no institucionalizada, si bien también en la atención institucionalizada y mercantilizada de las situaciones de dependencia existe la misma feminización, aunque ésta opere desde una lógica formal y contractual, pues la mayoría de las personas que trabajan en la prestación de estos servicios de apoyos son mujeres, por lo general con unas condiciones laborales bastante bajas.

Esa dimensión comunitaria, y la prestación de cuidados en el entorno familiar, también se ha materializado con la aplicación de la “Ley de Dependencia”, de tal manera que la prestación económica para cuidados en el entorno familiar ha sido dominante la prestación que se ha concedido de una manera dominante. En septiembre de 2011, el 46,08% del total de las prestaciones eran de este tipo, abarcando a un total de 419.787 personas, habiendo incluso en determinadas comunidades autónomas momentos en que 3 de cada 4 prestaciones/servicios concedidos eran prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, si bien ha perdido peso en los últimos años, situándose en mayo de 2014 en un 42,8% y por debajo de las 400.000 prestaciones (SAAD, 2014), debido entre otros motivos a los ataques a esta prestación (y al sistema de atención a la dependencia en términos globales) aparecidos en el *Real Decreto-Ley 20/2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*, tras el cual las cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores familiares no profesionales pasaban a tener carácter voluntario y el acuerdo sólo podría ser suscrito entre el cuidador no profesional y la Tesorería General de la Seguridad Social, pasando por lo tanto a recaer la responsabilidad de la cotización en el cuidador no profesional y eximiéndose el Estado de la obligatoriedad de cotizar por la persona cuidadora, con todo el perjuicio que implica, de cara al futuro, no cotizar a la Seguridad Social.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar proliferó al inicio de la aplicación del SAAD, en parte, por la concepción afianzada en el imaginario colectivo (desde antes la aprobación de la ley) de que ésta iba a consistir principalmente en una “paguita” para los cuidadores. A ello se une el deseo, tanto de cuidadores como de personas dependientes, de mantenerse en el hogar familiar y el entorno más cercano. Y esa tendencia parece que se encuentra arraigada en la sociedad española, puesto que en una Encuesta a la población cuidadora de personas mayores del año 2005 realizada por el IMSERSO, el 75,2% de los encuestados querrían que, en el caso de que necesitaran atención permanente, fueran atendidos en su propia casa o en la de su familia (IMSERSO, 2005).

No obstante todo esto, no se excluye que a pesar de que las personas en situación de dependencia valoren por encima de todo los cuidados de un familiar, no se deban establecer medidas de apoyo a los cuidadores familiares para la atención a las personas en situación de dependencia, mediante servicios preventivos de carácter continuado, como la teleasistencia, o de apoyos puntuales para atenciones específicas, como los Servicios de Ayuda a Domicilio. De hecho, en la actualidad se están asignando a algunas personas depen-

dientes de manera combinada servicios de ayuda a domicilio o de centro de día junto a prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, opción recomendada por profesionales y entidades como la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (García Herrero, 2011). Además, la falta de políticas de conciliación de la vida familiar y laboral perpetúa la feminización de los cuidados informales en la atención a la dependencia, además de una manera mucho más perversa que en el pasado, pues cada vez es más frecuente que la mujer, al mismo tiempo que es laboralmente activa, sostiene la mayor carga de los cuidados del núcleo familiar, tanto a ascendientes como a descendientes.

Pero más allá de los servicios comunitarios de atención a la dependencia, en el caso de las personas con discapacidad también cada vez hay una mayor propensión al desarrollo de recursos para la autonomía personal, tal y como demanda el propio colectivo. El desarrollo de programas de vida independiente que favorecen la inclusión comunitaria y la autonomía mediante servicios de asistencia personal para el empleo y la educación, que se ha desarrollado con éxito en lugares tan dispares como Guipúzcoa, la Comunidad de Madrid o el municipio de Barcelona, es un ejemplo de servicios proactivos frente a otras prestaciones que pueden suponer un mayor coste a la administración pública al mismo tiempo que fomentan la inactividad (como las pensiones por incapacidad). El problema que encontramos es el escaso contenido que han tenido estos servicios en la Ley de Dependencia, configurándose sólo como una prestación económica cuya escasa dotación y sus múltiples requisitos han hecho que apenas se conceda (Díaz Velázquez, 2010): un 0,10 a 1 de Octubre de 2011, o lo que es lo mismo, 889 personas, ascendiendo a 31 de mayo de 2014 a 1.713 y un 0,19%.

IV. La evolución normativa en la configuración de servicios de atención a la dependencia

El análisis legislativo revela que existe con anterioridad una regulación de servicios residenciales que implican institucionalización, frente a la más tardía aparición de otros recursos y servicios comunitarios como los de Ayuda a Domicilio y Centros de Día. La implantación del enfoque comunitario, por lo tanto, está siendo lento y con altibajos.

Mucho antes de la aparición de la *Ley de Dependencia*, ya existían algunas leyes asociadas con servicios o recursos de apoyo a personas en situación de dependencia. Las normas más pretéritas, de la década de los 80, se destinan fundamentalmente a regular el funcionamiento de los establecimientos residenciales, recogiendo reglamentos de funcionamiento interno, condiciones y características de estos recursos. Es destacable que en estas normas la noción de dependencia funcional está ausente y suele haber una separación nítida entre los recursos destinados a la “tercera edad” y a la población con discapacidad. Así, en el ámbito estatal, podemos remontarnos a la *Orden por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad* en 1985 o la *Orden por la que se regula la Acción Concertada del Instituto Nacional de Servicios Sociales en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros Residenciales para la Tercera Edad y Minusválidos* en 1989.

En el ámbito autonómico, podemos hacer alusión a diferentes normativas como la *Orden por la que se aprueba el reglamento de funcionamiento interno en los clubs, residencias de ancianos y comedores dependientes de la Diputación General de Aragón* de 1987, el *Decreto Foral 108/1993 por el que se regula la concesión de ayudas económicas individuales para ingreso en residencias de tercera edad del Territorio Histórico de Bizkaia*, el *Decreto 28/1993 por el que se complementa el régimen jurídico básico del servicio público de atención a personas mayores en residencias y centros de día de la Comunidad de Madrid*, el *Decreto 89/1994 por el que se complementa el régimen jurídico básico del servicio público de atención a personas con minusvalía, afectadas de deficiencia mental, en centros residenciales, centros de día y centros ocupacionales* o el *Decreto*

38/1990 por el que se establecen las bases para la puesta en funcionamiento, en Cantabria, de residencia de cuarta edad.

Al mismo tiempo, se va lentamente elaborando una normativa que regula la atención comunitaria para otras situaciones, como es el caso de las personas con enfermedad mental, que tras los cierres de los centros psiquiátricos, sufren la ausencia de cobertura de sus necesidades sociosanitarias y que en el nuevo contexto precisarían un tratamiento ambulatorio y comunitario. Así, podemos destacar el *Decreto 83/1998 por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para enfermos mentales en Canarias* o la *Ley 1/1996, de Salud Mental de Cantabria* o el *Decreto 149/1990 por el que se crea el Programa de Salud Mental en Cataluña*, entre otros. Sin embargo, en este colectivo la implementación efectiva de un modelo de atención comunitaria continúa siendo un reto pendiente.

Igualmente, la atención domiciliaria empieza a regularse y a implementarse por las administraciones locales (en colaboración con las comunidades autónomas) de una manera más tardía, principalmente a finales de los 90, por ejemplo, con el *Decreto 106/1997 por el que se regula el servicio de atención domiciliaria concertado entre la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar social del gobierno de Cantabria y la administración local*, o el *Decreto 269/1998 por el que se regula la prestación social básica de la ayuda a domicilio en Castilla y León*, entre otros.

Pero la consolidación de la universalidad de los servicios de atención a la dependencia y el derecho subjetivo a recibir esa atención no llega hasta la aprobación de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Sin embargo, algunas consideraciones de la norma han definido el desarrollo ulterior del sistema y el tipo de servicios y la forma en que se están desarrollando, poniendo dificultades a esa propia universalidad; dificultades que se han incrementado con las modificaciones normativas recientes.

Existen múltiples aspectos de la norma que limitan su contenido y aplicación. Por un lado, el carácter mixto público-privado de la gestión de los servicios, consagrado en el artículo 3, apartado m (“la participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia”) ha favorecido la prestación de servicios básicos por parte de empresas privadas, en teoría con unas garantías evaluadoras y de seguimiento que velen por la calidad del servicio y por que la gestión privada no suponga una merma de los derechos sociales adquiridos (Díaz Velázquez, 2010). El compromiso del poder público para garantizar este derecho social adquirido, por lo tanto, es menor en el papel y, sobre todo, en la práctica, sobre todo ahora en un contexto de crisis económica y de falta de liquidez de las administraciones públicas.

De la misma manera, el compromiso de los poderes públicos para el desarrollo del SAAD tampoco queda claro en otro aspecto, como señala el SIPOSO (2008: 22-24), de acuerdo con los artículos 7, 8, 9, 10 y 32, ya que supedita el establecimiento de los servicios de la ley (y, por tanto, el derecho adquirido del ciudadano a la atención a su dependencia) a la financiación que se acuerde anualmente mediante los convenios entre el Estado y las comunidades autónomas. Además, la reforma del *Real Decreto-Ley 20/2012*, implica una disminución del gasto de la Administración General del Estado, al reducirse las cuantías del nivel mínimo de financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La supeditación de la provisión de los recursos, a los que en teoría el ciudadano en situación de dependencia tiene derecho a acceder, a la disponibilidad presupuestaria implica que este derecho subjetivo sea un derecho *condicionado*, ya que no se garantizan suficientemente los servicios que la ley propugna, al contrario de lo que ha sucedido, al menos hasta ahora, en otros servicios sociales públicos y universales, como es el caso del sistema sanitario.

Por lo tanto, esos derechos subjetivos consolidados formalmente no se materializan siempre en medidas, puesto que están sujetos a la voluntad política y a la financiación existente. Y al dejarse la gestión del bienestar social en manos privadas quedan determinados por los intereses de la empresa, que ofrece, en última instancia, unos recursos en teoría universales (Díaz Velázquez, 2010). El contexto de crisis económica ha conllevado una reducción presupuestaria significativa de los concursos públicos para la gestión de servicios de atención a la dependencia (ya sean centros residenciales, servicios de ayuda a domicilio, etc.) y una reducción de las ofertas económicas de las empresas concursantes, lo que tiene unas consecuencias nefastas en las condiciones laborales de los profesionales del sector y, a la postre, en la calidad de los servicios prestados por dichas empresas.

Algo similar ocurre cuando la medida es una dotación económica para que el ciudadano o consumidor con discapacidad pueda adquirir los bienes que necesita en el mercado, como ocurre con la prestación económica de asistencia personal o la prestación económica vinculada al servicio. Al estar en la base de la prestación del servicio el beneficio y no un criterio de universalidad ni de justicia distributiva, se corre el riesgo de no poder garantizar los suficientes recursos económicos para asegurar su atención y su inclusión social a aquellos que no contaran con otros recursos adicionales que complementen a una prestación económica insuficiente para adquirir los recursos que satisfagan las necesidades existentes. Además, tras las modificaciones del Real Decreto-Ley 20/2012, a la hora de calcular las prestaciones de atención a la dependencia, no solo se tendrán en cuenta las rentas de la persona en situación de dependencia, sino también su patrimonio, teniendo en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta.

Estos problemas, ya en el origen de la ley, se han agudizado por tanto tras la introducción de modificaciones posteriores en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, principalmente a partir del *Real Decreto-ley 20/2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*, que en su Título III, “Medidas de racionalización del sistema de dependencia”, artículo 22, realiza toda una serie de cambios sustantivos al contenido y el sentido de la norma. Entre las principales, por ejemplo, se encuentra el régimen de incompatibilidades entre servicios y prestaciones. En ese sentido, la reforma señala que las prestaciones económicas serán incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo establecidos, excepto con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia. Del mismo modo se establece que los servicios serán incompatibles entre sí salvo el 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 (artículo 25bis).

Otra modificación importante es que se resta especificidad en la gradación de la situación de dependencia, eliminándose la clasificación en niveles (I y II) para cada uno de los tres grados existentes, al mismo tiempo que prácticamente se elimina la “retroactividad” en la recepción de la prestación desde que se adquiere el derecho, al ampliarse el plazo de dicha retroactividad de seis meses a dos años.

Para aquellos (la opción predominante) que reciben prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, como ya indicábamos, se suprimen las cotizaciones a la Seguridad Social de las cuidadoras familiares (que tendrán carácter voluntario). También se reduce significativamente la cuantía máxima de la prestación, en un 15%, con el correspondiente perjuicio tanto a la atención como a la calidad de vida de las cuidadoras, en su inmensa mayoría mujeres y la pérdida de poder adquisitivo que supone eso para el núcleo familiar en un contexto de crisis económica en el que ha aumentado tanto la tasa de paro.

Las medidas que contiene este *Real Decreto-ley 20/2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad* tienen su origen en el Acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial para la mejora del SAAD, (publicado por Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad) por el cual ya se establecían algunos cambios significativos, como por ejemplo el establecimiento del copago, que podrá ser hasta del 90% del precio del servicio que esté reci-

biendo y cuya aportación variará en función de las rentas y del patrimonio, modificaciones en el sistema de financiación ponderando positivamente la prestación de servicios frente a la prestación económica, el cumplimiento de que el cuidador familiar para recibir la prestación económica cumpla con unos conocimientos básicos y conviva con la persona en el hogar o el establecimiento de la hipoteca inversa para cubrir los costes de las plazas residenciales. Todas estas medidas tienden a precarizar las condiciones de acceso a los servicios y prestaciones y a empeorar las condiciones de vida tanto de las personas en situación de dependencia como de sus familias.

V. El factor económico en la atención a la dependencia: intereses empresariales, modelos de gestión y financiación del sistema

El sistema de atención a la dependencia se financia en un régimen de copago, en el que la parte que asume el Estado (recaudada mediante impuestos) está dividida entre la administración central, la autonómica y, en menor medida, la local. El sistema de atención a la dependencia en España, bajo la coyuntura de un sistema mixto público-privado (es decir, en el que gran parte de los recursos, aún de carácter público, son gestionados por entidades privadas, o bien existen plazas privadas son subvencionadas por la administración pública) ha explicado hasta ahora, por ejemplo, altas tasas de institucionalización o internamiento de la población en situación de dependencia. El modelo de negocio proyectado por las empresas del sector de atención a la dependencia se ha centrado más en la creación de infraestructuras residenciales que lo que ha proyectado la administración, tanto antes de la LAPAD como después de la misma. Ya en 2008, según señalaba Marbán (2011: 79) a partir de datos del IMSERSO, el índice de cobertura de las residencias privadas era mayor que el de las residencias públicas (del 2,28 al 2,04) y el 80% de dichas residencias eran de titularidad privada. Este autor (Marbán, 2011: 85-86) define claramente las creencias, intereses y recursos que pusieron en juego los diferentes actores sociales en la configuración de la Ley de Dependencia y destaca que entre ellos se encuentran los intereses económicos de la patronal del sector, que está constituida por grandes empresas que en muchas ocasiones provienen de sectores como el de la construcción y que han encontrado un nuevo nicho de negocio en los servicios sociales, mediante la externalización y subcontratación del sector público.

Todo esto ha tenido dos consecuencias: por un lado, al calor de la Ley de Dependencia, empresas del sector construyeron nuevas residencias de carácter privado con la posibilidad de dar cobertura a nuevos usuarios en régimen concertado con la administración pública. Muchas de estas plazas no se han cubierto, porque no existe suficiente demanda, lo que perjudica la viabilidad del negocio de dichas empresas. Por otro lado, el servicio residencial (1.645,52 €/mes, de acuerdo con los costes que se establecían en el *Libro blanco de la dependencia*, actualizados con el IPC general de 2003 a 2010, de un 19,5%) es más caro para la administración pública que otros servicios de atención a la dependencia, como los de ayuda a domicilio (205,54 €/mes) o los centros de día (768,98 €/mes). Un mayor protagonismo de las prestaciones residenciales podría disparar los costes del sistema, al mismo tiempo que ante los problemas de liquidez de las administraciones debido a la contracción del gasto y de los ingresos por la crisis económica, se está dificultando el pago a las empresas prestadoras de servicios en régimen de convenio o de subvención, que incluso han organizado en los últimos años paros en protesta, que tienen su origen ya en octubre o noviembre de 2011, en reclamación de los impagos.

Este interés económico explica que sólo a partir de 2008 la teleasistencia (con 4,72% de ratio de cobertura) y la ayuda a domicilio (con 4,69%) superaran el ratio de cobertura de los servicios residenciales (un 4,44%), que no obstante, sigue en aumento. Según los datos del SAAD a 31 de mayo de 2014, de los beneficiarios de prestaciones a cargo del sistema (teniendo en cuenta que hay muchos otros usuarios de este tipo del servicio, algunos usuarios anteriores y otros usuarios de recursos privados que no están contabilizados por el mismo y no forman parte de él) el 13,95% recibe un servicio de atención residencial (128.985 personas), cifra que con-

tinúa ganando más peso sobre el total y aún se encuentra por encima del 12,53% que recibe teleasistencia o el 12,71% que recibe ayuda a domicilio o el 7,59% que reciben servicios de centros de día. Lo que se constata es que, progresivamente, ganan peso los servicios basados en infraestructuras, como residencias y centros de día (en más de dos puntos porcentuales) mientras que se reduce el protagonismo de la teleasistencia y de la ayuda a domicilio (en más de un punto porcentual).

El protagonismo que tuvo la patronal, representada por la Asociación Estatal de Servicios Residenciales para la Tercera Edad (AESTE) -y en la actualidad la Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia (FED)-, en el desarrollo reglamentario de la *Ley de Dependencia*, como miembros del Comité Consultivo (frente a una infrarrepresentación del tercer sector de la acción social, que sólo pudieron contribuir al final de la elaboración a partir de diferentes informes y propuestas independientes) influyó en diferentes cuestiones como la financiación del nuevo sistema mediante las cotizaciones a la seguridad social como proponía el Libro Blanco, los sindicatos y el tercer sector. La intervención de dicha patronal del sector defendiendo sus intereses económicos tiene la intención de vectorizar el desarrollo de la Ley de Dependencia.

Sin embargo, es importante destacar el negocio que implican los servicios residenciales. Según datos (algo antiguos) de la página web de AESTE (<http://www.asociacion-aeste.es/>), ya en el ejercicio 2002 las residencias privadas para mayores generaron un volumen de negocio de 1.575 millones de euros, obteniendo un incremento del 10,2% respecto al año anterior, al mismo tiempo que en el mismo texto se quejaban de “las dificultades para comercializar y explotar en buenas condiciones los propios negocios, no tanto por el incremento de la competencia como por las condiciones del mercado”.

Además, esos intereses empresariales no sólo han operado como reivindicación, o más bien exigencia, en las negociaciones de los preceptos normativos y en el desarrollo de los servicios con respecto a la administración, sino que también se han utilizado para influir “ideológicamente” en la concepción de los servicios residenciales que se consideraban más adecuados, instando siempre a señalar un déficit de plazas residenciales en comparación con otros países, sin tener en cuenta la distinta idiosincrasia de su población y las diferentes etapas en las que se encuentra en cada uno de esos países su Estado de Bienestar. Así, en un estudio realizado por Antares Consulting (2007) para AESTE, “Análisis del mercado residencial para las personas mayores en España, Francia, Alemania y Reino Unido: Perspectivas para el Mercado Español”, se señala el déficit de plazas en España, que contaba con 272.240 plazas residenciales, frente a las 716.984 con las que contaba Alemania, es decir, una tercera parte. Si bien, no señalaban que la población española representaba un 54% de la población total alemana y que ésta última es una población mucho más envejecida. Otros datos que menciona el estudio son que el índice de residencias en nuestro país es menor, de 11,6 por cada 100.000 habitantes, frente al 26,3 del Reino Unido, 17,5 de Francia y 13,3 de Alemania.

Sin embargo, no menciona cuál es el desarrollo de otros servicios existentes de atención a las situaciones de dependencia y que se diseñen desde una perspectiva comunitaria, ni tampoco se plantea la idoneidad de uno u otros servicios para una mejor atención o cuáles son las preferencias, como usuarios, de las personas en situación de dependencia.

Por otro lado, en las demandas de la patronal del sector residencial, se ha hecho mucho énfasis en el esfuerzo de inversión que supone la creación de estas infraestructuras, por lo que han venido demandando de la administración pública soluciones ante una situación de “lucro cesante”, el estudio menciona que las tarifas actuales no son las adecuadas ni al coste ni a la calidad exigida desde las distintas administraciones y no remuneran el esfuerzo inversor de la iniciativa privada nivel residencial, que aunque necesita más inversión también genera más beneficios (Antares, 2007). En definitiva, este tipo de trabajos trata de orientar la toma de decisiones de las administraciones públicas en favor de los intereses económicos del sector empresarial y no de los intereses de los ciudadanos en situación de dependencia, relativos a cómo quieren satisfacer sus necesidades de apoyo.

VI. Evaluación del cumplimiento de la convención de derechos de las personas con discapacidad en materia de atención a las situaciones de dependencia

En Septiembre de 2011, España fue el primer país que pasó el Examen de Seguimiento de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. En dicho informe el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU expresaba su preocupación con respecto a la prestación de apoyos a las personas con discapacidad con limitaciones funcionales, alertando de casos en los que se imponía la institucionalización (especialmente en casos de personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental) o no se garantizaban las condiciones dignas para la integración en la comunidad y el desarrollo de la autonomía personal de la persona con discapacidad, principalmente por la carencia de servicios de apoyo y de provisión de cuidados de carácter comunitario, entre los que ponía especial énfasis en los servicios de asistencia personal, severamente limitados en nuestro país por la *Ley de Dependencia*.

Entre dichas recomendaciones, podemos tomar las siguientes como especialmente relevantes:

“Libertad y seguridad de la persona (Artículo 14)

35. El Comité toma nota del régimen jurídico que permite la institucionalización de las personas con discapacidad, incluyendo las personas con discapacidad intelectual y psicosocial (“enfermedad mental”). Al Comité le preocupa la tendencia, de la cual ha sido informado, a recurrir a medidas de urgencia en casos de institucionalización que ofrecen a la persona implicada únicamente salvaguardas *pos-facto*. Asimismo, el Comité está preocupado por los presuntos abusos de las personas con discapacidad que se encuentran institucionalizadas en centros residenciales y psiquiátricos.

36. El Comité recomienda que el Estado parte revise las leyes que contemplan la privación de libertad por motivo de discapacidad, incluyendo la discapacidad mental, psicosocial o intelectual. Asimismo, recomienda que se deroguen las disposiciones que autorizan el internamiento involuntario por una discapacidad aparente o diagnosticada, y que se adopten medidas que garanticen que los servicios de atención sanitaria, y entre ellos todos los servicios de atención sanitaria en material de salud mental, se basen en el consentimiento informado de la persona implicada.

(...)

Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (Artículo 19)

39. El Comité está preocupado por la falta de recursos y servicios que garanticen el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad, en particular en las zonas rurales. Asimismo, le preocupa el hecho de que la elección de residencias para las personas con discapacidad se vea limitada por la falta de disponibilidad de los servicios necesarios, así como el hecho de que las personas que viven en instituciones residenciales no tengan,

supuestamente, ninguna alternativa a la institucionalización. Por último, al Comité le preocupa que la elegibilidad para acceder a servicios sociales esté vinculada a un grado específico de discapacidad.

40. El Comité alienta al Estado parte a garantizar la disponibilidad de fondos adecuados para permitir de manera efectiva a las personas con discapacidad ejercer el derecho a elegir su lugar de residencia en igualdad de condiciones con las demás personas, y acceder a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal, para así aprovechar los ajustes razonables para integrarse mejor en sus comunidades.

41. Al Comité le resulta inquietante que la ley de promoción de la autonomía personal limite los recursos disponibles para la contratación de la asistencia personal, ofreciendo esta posibilidad únicamente a aquellas personas que tengan discapacidad del grado 3, y solamente para la educación y el empleo.

42. El Comité insta al Estado parte a aumentar los recursos disponibles para la asistencia personal para que todas las personas con discapacidad puedan disfrutar de la asistencia personal en función de sus necesidades.”

VIII. ¿Otra “institucionalización” es posible? hacia un nuevo modelo de atención residencial

El mayor problema relacionado con la institucionalización, es decir, con la existencia de servicios residenciales para personas con discapacidad o mayores en situación de dependencia, es qué hacer con los recursos ya existentes. Estudios como el de Mansell y Beadle-Brown (2011) muestran que las alternativas comunitarias presentan mejores resultados en el ratio coste-eficacia frente a los centros residenciales habituales en el caso de las personas con discapacidad intelectual, además de que ya hemos visto que la elección predominante del usuario es permanecer en su entorno comunitario recibiendo apoyos tanto de familiares como de profesionales. Si bien la institucionalización o internamiento alude a un modelo de atención que no es elegido ni rentable, ¿qué hacer con las infraestructuras existentes?

Los establecimientos residenciales siempre se han caracterizado por ser “instituciones totales” en las que los usuarios han estado supeditados a la racionalización formal de la distribución de tareas, donde en ningún caso ha prevalecido el interés ni la autonomía del usuario, y en las que se han presentado muchas situaciones de abandono y negligencias. En el imaginario colectivo, como decíamos, la percepción de los servicios residenciales no es muy positiva. Sin embargo, hay otros modelos de residencias que tratan de cambiar esa imagen de institución total. Diferentes iniciativas están tratando de transformar las formas de atención y gestión de los servicios residenciales para dar soluciones a las necesidades habitacionales de estos colectivos, al mismo tiempo que se incide, en mejorar la calidad de vida y la autonomía personal de los usuarios. Así, podemos encontrar residencias con un alto grado de flexibilidad y autonomía para los usuarios, así como transformaciones de algunos centros residenciales a viviendas tuteladas. Incluso, se han creado residencias de personas mayores bajo un modelo de autogestión por parte de las mismas. También se están desarrollando documentos e iniciativas que inciden en el cambio del modelo de atención residencial hacia perspectivas basadas en los paradigmas de calidad de vida, autonomía personal o la atención centrada en la persona, ya sea en el ámbito de la discapacidad o en el gerontológico (Martínez Rodríguez, 2011)

En este sentido, el proyecto “Vivir Mejor. Cómo concebimos la atención residencial” (SIIS, 2011b), refiere unas pautas básicas para una atención de calidad a las personas con discapacidad en un entorno residencial.

Promovido por el Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava, este proyecto busca la mejora de la calidad de la atención prestada a las personas con discapacidad, que de forma participativa con los trabajadores, trate de afianzar un modelo de calidad en el servicio, mediante la paulatina incorporación de las siguientes pautas de atención: la introducción de un paradigma y modelo de apoyos, la planificación centrada en la persona, el uso de criterios de actuación basados en las dimensiones de calidad de vida y el apoyo conductual positivo.

Asimismo, existen experiencias positivas en el desarrollo de viviendas tuteladas o de viviendas compartidas entre personas con determinadas discapacidades y personas sin discapacidad, han favorecido la inclusión social al mismo tiempo que la vida independiente, pues las grandes dificultades de emancipación de los jóvenes en España inciden especialmente en colectivos como el de personas con discapacidad en situación de dependencia, que necesitan determinados apoyos para vivir de manera autónoma. Si no se establecen los servicios de asistencia personal y apoyo suficientes, esos problemas de emancipación del núcleo familiar persistirán, por lo que para algunos casos puede ser un buen modelo la transformación de determinados servicios residenciales en un modelo de vivienda compartida y tutelada, donde la organización de tiempos y tareas sea más flexible y no comporte una desconexión con la comunidad en la que la personas vive.

VIII. Conclusiones

Si bien las formas reales de atención a las que responden el modelo de institucionalización y el modelo comunitario no están configuradas de un modo tan antagónico como a priori se describen, entendidos ambos como “tipos ideales” al estilo weberiano, es evidente que la evolución paradigmática hacia un modelo de apoyos en la comunidad, que a priori se consolida a nivel internacional con textos normativos como la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, no se ha culminado con éxito. A pesar del énfasis que en la normativa relativa a este ámbito se pone en la autonomía personal y en la vida independiente, esa concepción de la persona en nuestra sociedad, tal vez consecuenta con una aspiración de libertad y autonomía (desde una perspectiva liberal de la sociedad) o de emancipación (desde una perspectiva más progresista), no se refleja de manera sustantiva en la realidad.

A pesar de que se supone que formalmente en la carta de derechos humanos y la convención, que es la traslación de la misma a las personas con discapacidad, se defiende la autonomía y la vida independiente de éstas, en realidad muchas de las actuaciones no permiten una autonomía real ni una auténtica vida independiente, no se dan los servicios de asistencia ni los apoyos necesarios, sino que se favorece otro modelo de atención en el que la persona en situación de dependencia o discapacidad tiene un papel pasivo, configurando los servicios no tanto en función de las necesidades y demandas de los usuarios sino en función de las posibilidades de la administración pública y de los intereses de negocio de las entidades prestadoras de los servicios.

Realmente, los criterios fundamentales para desarrollar los servicios son los puramente económicos, entendiéndolo por ello, fundamentalmente, las oportunidades de negocio que se puedan generar en el mercado y no tanto la calidad de los servicios o la satisfacción de las necesidades. Esa lógica de la generación de negocio y de maximización del beneficio para las empresas privadas, mediante el adelgazamiento del sector público a través de la subcontratación, la privatización de los servicios públicos de atención a la dependencia o la concertación de servicios (como las plazas residenciales) con entidades privadas, está en la génesis de la *Ley de Dependencia*, en la que se consagra un sistema mixto público-privado, recayendo el protagonismo de este último no en el tercer sector de la acción social, sino fundamentalmente en el sector empresarial.

La definición de un modelo de atención a la dependencia, como hemos visto, está sustentada en factores económicos, culturales y sociales de enorme peso. Sin embargo, es importante determinar y clarificar si en

esa confluencia de intereses y factores se da más importancia a los intereses económicos de las empresas prestadoras de servicios, a las personas en situación de dependencia, a sus familias cuidadoras (especialmente las mujeres), a los derechos de los profesionales de atención a la dependencia, a la sostenibilidad de la gestión de los recursos públicos, a garantizar el ejercicio de los derechos sociales de los ciudadanos y satisfacer sus necesidades, etc. En el contexto social y económico en el que nos encontramos, de capitalismo neoliberal, el factor condicionante que prima, a nuestro juicio, es el económico, orientado a mercantilizar y monetarizar cualquier aspecto de la vida social, como es el caso de los cuidados, despojándolos de su contexto comunitario, construyendo un derecho social subjetivo para mercantilizarlo con la finalidad de que unos pocos se beneficien del valor social que tienen los cuidados a las personas en nuestras sociedades.

Bibliografía:

- Antares Consulting (2007): Análisis del mercado residencial para las personas mayores en España, Francia, Alemania y Reino Unido: Perspectivas para el Mercado Español. Madrid, AESTE.
- Bazo, M.T. "Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 1991, pp. 149-164.
- Casado, D. (2007) "Objetivos permanentes y enfoques de los servicios sociales", en D. Casado y F. Fantova (coordinadores), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*. Madrid: Fundación FOESSA: 255 a 287.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Septiembre de 2011): Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización de Naciones Unidas.
- Díaz Velázquez, E. (2010): "¿Políticas sociales de dependencia o de promoción de la autonomía? *Zerbitzuan* 48, Diciembre 2010: 33-42.
- García Herrero, G. (2011): "El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada" en *Zerbitzuan*, 49, Junio 2011: 55-70.
- Goffman, E. (1970): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu.
- IMSERSO (2005): *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf>
- Mansell, J. et Beadle-Brown, J. (2011): "Desinstitucionalización y vida en la comunidad". En *Zerbitzuan* 49, Junio 2011: 137-146
- Marbán, V. (2011): "Los actores sociales en el sistema de dependencia español" en *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 29, Núm. 1 (2011): 69-91.
- Martínez Rodríguez, T. (2011): *La atención gerontológica centrada en la persona*. Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Servicio de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD (2014): *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de mayo de 2014*, Madrid, IMSERSO. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20140531.pdf>

Servicio de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD (2011): Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 1 de octubre de 2011, Madrid, IMSERSO. Disponible en:

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20111001.pdf>

Serrano Pascual, A. et al. (2013): "Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica", en Revista Internacional de Sociología (RIS). Vol.71, nº 3, Septiembre-Diciembre, 669-694, 2013.

SIIS-Centro de Documentación y Estudios (2011a): "Entrevista con Paco Guzmán". En Gizarteratuz, 13, 2011, pp. 6-7.

SIIS-Centro de Documentación y Estudios (2011b): Vivir mejor. Cómo concebimos la atención residencial. Pautas básicas para una atención de calidad a las personas con discapacidad. Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava.

Vives, J. L. (1992): Del socorro de los pobres. Barcelona, Editorial Hacer.