Los actores sociales en el sistema de dependencia español

Vicente MARBÁN GALLEGO
Universidad de Alcalá
vicente.marban@uah.es

Recibido: 23-6-10
Aceptado: 10-12-10

RESUMEN
La política social de atención a la dependencia se ha ido convirtiendo en una prioridad desde los años 80 en los países nórdicos, a mediados de los 90 en algunos países centroeuropeos y entrado el siglo XXI también lo está siendo en nuestra política social. Para fundamentar esta circunstancia, en este texto pretendemos responder a preguntas como ¿porqué llevar a cabo una política más integral de atención a la dependencia en España? ¿Cuáles han sido los principales factores de cambio sociales e institucionales que han acelerado la reforma de dicha política?, ¿Cómo se ha producido dicha reforma? y fundamentalmente ¿quiénes participaron en la misma y qué coaliciones de defensa de intereses comunes se han dado entre los diferentes actores sociales implicados? Para resolver esta última pregunta nos hemos apoyado en los resultados de 17 entrevistas en profundidad realizadas a actores sociales estratégicos como los sindicatos, patronal, entidades no lucrativas acción social, partidos políticos, CCAA y expertos entre octubre de 2007 y julio de 2008.

Palabras clave: Dependencia, cuidados de larga duración, actores sociales, Ley de Dependencia

Social actors in the spanish system of dependency

ABSTRACT
The social policy of attention to the dependency has been turning into a priority during the eighties in the northern countries, in the middle of the nineties in some central european countries and also in Spanish social policy in the 21st century.
Concerning this point, in this text we try to answer to the following questions: why is necessary a more integral policy of attention to the dependence in Spain? Which have been the main social and institutional factors of change that have accelerated the reform?, how has this reform been taken place? And above all, who took part in the same one and what advocacy coalitions have been taken place between the different social and institutional implied actors? To answer the last question we have done 17 in depth interviews to the social actors implied (unions, employers, social action non profit organizations, political parties, regions and experts) between October (2007) and July (2008).

Key Words: Dependency, long-term care, social actors, Law of Dependency

REFERENCIA NORMALIZADA
Marbán Gallego, V. (2011). Los actores sociales en el sistema de dependencia español. *Cuadernos de Relaciones Laborales* Vol. 29, núm. 1, p. 69-91.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Panorama general y dirección de las reformas en los sistemas de AD en la UE ampliada. 3. La reforma de la política social de atención a la dependencia en España. 3.1. Porqué una política más integral de atención a la dependencia en España. Principales factores de cambio social e institucional. 3.2. Cómo se ha producido la reforma de la política social de atención a la dependencia. 3.3. Quiénes participaron en la reforma de la política social de atención a la dependencia. Actores sociales en el proceso de reforma. 4. Conclusiones. 5. Referencias Bibliográficas.

Introducción[1]

La política social de atención a la dependencia, a diferencia de las políticas sociales implementadas en otros campos, ha experimentado un considerable desarrollo a nivel europeo tanto en recursos como en ratios de cobertura. La aprobación en España de la de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD, en adelante) supone un paso adelante en la dirección de las reformas implementadas a principios de los 80 en los países nórdicos y en la segunda mitad de los 90 en algunos países centroeuropeos. Su aprobación es consecuencia de una consecución de cambios culturales, sociales e institucionales, los cuales a su vez han ejercido gran influencia en el posicionamiento y las coaliciones entre los diferentes actores implicados en la reforma de la política social de atención a la dependencia.

En este texto nos centraremos en el análisis de dichos cambios para lo cual, en primer lugar, partiremos de un análisis del panorama general de las reformas europeas en el ámbito de la dependencia que servirá de contexto general para entender la reforma de la política social de atención a la dependencia en España. Una reforma que sigue la estela de otros países europeos cuyos sistemas de atención a la dependencia comparten unos rasgos afines al nuestro como son la creciente colaboración público-privada en la provisión de los servicios con un peso creciente de la iniciativa privada lucrativa y no lucrativa, una gestión descentralizada de la provisión de servicios y sobre todo, la feminización de los cuidados y el significativo peso de los cuidados informales.

A continuación analizaremos otros factores que han propiciado el desarrollo en los últimos años de una política más integral de atención a la dependencia en España y cómo se ha producido dicha reforma, es decir, si ha sido el resultado de una sucesión de procesos y "equilibrios interrumpidos" o bien si se ha producido por la

[1] Este texto se ha realizado en el marco del proyecto de investigación NURSOPOB (Nuevos Riesgos Sociales y Trayectorias de las Políticas del Bienestar) del Plan Nacional de I+D+I del Ministerio de Educación y Ciencia y en el cual se ha realizado un análisis de fuentes secundarias y documentales complementadas con 17 entrevistas en profundidad a actores sociales estratégicos como los sindicatos, patronal, entidades no lucrativas acción social, partidos políticos, CCAA y expertos entre octubre de 2007 y julio de 2008.

acumulación de una serie de efectos que conllevan una transformación gradual de esta política pública.

Finalmente, en base a las entrevistas realizadas se analizará el papel de los distintos actores sociales implicados en la reforma de la política social de atención a la dependencia y las coaliciones de defensa de intereses comunes que se hayan producido entre ellos. Entre los actores sociales se ha entrevistado a los principales partidos políticos, sindicatos, empresarios, incluidos los relacionados con la economía social, entidades no lucrativas de acción social de carácter singular (Cáritas y Cruz Roja), de personas mayores y de personas con discapacidad, expertos, y directores generales de sanidad y de programas específicos de atención a la dependencia de distintas CCAA.

2. Panorama general y dirección de las reformas en los sistemas de AD en la UE ampliada

La extensión y diversificación de los cuidados de AD se ha producido a distintas velocidades en la UE. A principios de los 80 fueron los países nórdicos los que ampliaron y diversificaron su sistema de cuidados en respuesta a unos cambios sociodemográficos precoces en la UE (en especial Suecia donde 23 de cada 100 ciudadanos eran mayores de 65 años) , mientras que esto no se produciría hasta entrados los 90 en los modelos de Seguridad Social, y de manera moderada hasta principios del siglo XXI en el modelo mediterráneo.

Los países nórdicos optaron a principios de los 80 por integrar progresivamente las necesidades de atención a la dependencia en el extenso sistema de prestaciones y servicios sociosanitarios existentes. Una década después, mientras en estos países el debate latente sobre el sistema giraba en torno a su redimensionamiento, en el modelo de Seguridad Social se gestaba específicamente un modelo de seguros públicos, administrativamente más complejos, en respuesta, además de a factores sociodemográficos, a un sistema que contaba con un alto nivel de copago, sobre todo en cuidados institucionales, infracobertura de prestaciones, disminución en la oferta de cuidadores familiares y unos servicios de atención muy medicalizados y costosos (Pacolet, 1998).

En los que respecta a los países de arraigo liberal como el Reino Unido, en los 90 se debatían en torno a la contención de los costes de las prestaciones implementadas a inicios de los 80 y a la búsqueda de soluciones para resolver el conflicto existente entre unos sistemas sanitarios universales y unos servicios sociales de AD asistenciales; mientras tanto, en los países mediterráneos, el debate sobre protección social fue capitalizado por la viabilidad del sistema de pensiones y las posibles reformas, y la atención prestada a la AD quedó en un segundo plano, como también lo fue, mucho más si cabe y de manera residual, en los países del Este inmersos en un contexto de plena reorientación de sus economías.

En definitiva, la tendencia desde mediados de los 90 ha sido a que los sistemas de AD nórdicos, más maduros y potentes en la oferta de servicios pero también más costosos, se hayan redimensionado en consonancia con la reducción de gastos en

protección social llevada a cabo desde entonces. Para conseguirlo han ido estableciendo paulatinamente una mayor libertad de elección entre paquetes de prestaciones monetarias, rescatando el papel de los cuidadores informales y en menor medida formales, ampliando el copago, abriéndose a la iniciativa privada y estableciendo un sistema de prestaciones más selectivo (Pacolet, 1998).

Mientras tanto, los sistemas de Seguridad Social, en la andadura iniciada en la segunda mitad de los 90, priorizaron la prestación de servicios con el fin de extender y diversificar un oferta pública insuficiente aunque lo consiguieron con menos éxito y rapidez de la esperada, bien por el insuficiente esfuerzo inversor, o bien porque la escasez de servicios públicos combinada con la posibilidad de elegir entre prestaciones monetarias o por servicios, hizo que muchos ciudadanos se decantaran por las primeras destinándolas a cuidados informales.

No obstante, a pesar de su relativo éxito, la década de los 90 puede considerarse la "edad dorada" de las soluciones al estilo Bismarck dentro de la UE mediante sistemas de seguro de dependencia integrados en un modelo de Seguridad Social que prevalecieron sobre las opciones de incluir este riesgo social dentro de sistemas asistenciales de servicios sociales. Particularmente, la magnitud del modelo alemán , inspirado en parte en el holandés y en el austriaco, bien supuso un empuje a la definición de otros modelos de atención dentro del marco de la Seguridad Social (Luxemburgo, por ejemplo), un impulso en el debate sobre la AD en otros (Francia, Bélgica) o bien su "incubación" en países que posteriormente se plantearían su universalización (España).

En la década de 2000, por el contrario, se carece de un modelo preferente de cuidados dentro de la UE. Una década caracterizada por la extensión de la red de prestaciones de AD en sistemas asistenciales como el mediterráneo y por el ordenamiento y asentamiento de las bases sociosanitarias necesarias para la extensión de un sistema de cuidados de larga duración en los países del Este,. En este sentido, los sistemas de AD que se están implementando lo están haciendo desde ópticas muy distintas. Valgan los ejemplos de como Eslovenia está transitando hacia un sistema de seguro obligatorio de AD, Bulgaria está definiendo una Ley Asistencial y Rumania ha optado por un sistema de contribuciones obligatorias a un seguro de AD cuyo acceso a las prestaciones sería bajo prueba de recursos.

La ausencia de un modelo preferente de cuidados en la UE, empero, no es incompatible con la existencia de una serie de aspectos comunes a la mayoría de los sistemas de la UE:

En primer lugar, a pesar de los diferentes niveles de cobertura es un rasgo común a todos ellos tanto la feminización de los cuidados como el significativo peso de los cuidados informales dentro de la UE.

En segundo lugar, los distintos sistemas de AD en la UE comparten, aunque en proporción variable, la colaboración público- privada en la provisión de los servicios con un peso creciente de la iniciativa privada lucrativa y no lucrativa. En buena medida, es una respuesta a las restricciones presupuestarias, al incremento de los costes propiciados por el envejecimiento de la población o a la preocupación por la sostenibilidad fiscal fruto del aumento en la ratio de dependencia (tabla 1).

Tabla 1.- Ratio de dependencia en la UE (27) y UE (15)[2]

	1995	2000	2005	2020	2035	2050
UE (27)	22.1	23.4	24.9 (f)	32.1 (f)	44.8 (f)	52.8 (f)
UE (15)	23	24.3	25.9 (f)	32.8 (f)	46.3 (f)	53.2 (f)
Finlandia	21.1	22.2	23.7 (f)	37 (f)	47 (f)	46.7 (f)
Suecia	27.4	26.9	26.4 (f)	34.4 (f)	40.6 (f)	40.9 (f)
Dinamarca	22.7	22.2	22.6 (f)	31.2 (f)	40.4 (f)	40 (f)
Alemania	22.5	23.9	27.8 (f)	35.1 (f)	52.6 (f)	55.8 (f)
Luxemburgo	20.6	21.4	21.2 (f)	24.7 (f)	35.1 (f)	36.1 (f)
Bélgica	23.8	25.5	26.3 (f)	32.2 (f)	45.1 (f)	48.1 (f)
Austria	22.5	22.9	23.6 (f)	30.3 (f)	47.1 (f)	53.2 (f)
Francia	23	24.6	25.3 (f)	33.2 (f)	44.1 (f)	47.9 (f)
Países Bajos	19.3	20	20.7 (f)	29 (f)	40.3 (f)	38.6 (f)
España	22.3	24.5	24.5 (f)	30 (f)	45.9 (f)	67.5 (f)
Italia	24	26.8	29.4 (f)	36.6 (f)	52.4 (f)	66 (f)
Portugal	21.9	23.7	25.2 (f)	31.5 (f)	43.4 (f)	58.1 (f)
Grecia	22.2	24.2	26.8 (f)	32.5 (f)	44.3 (f)	58.8 (f)
Chipre	17.2	17	17.7 (f)	25.5 (f)	34.7 (f)	43.2 (f)
Malta	16.3	17.9	19.2 (f)	30 (f)	35.5 (f)	40.6 (f)
Reino Unido	24.3	23.9	24.4 (f)	30.3 (f)	41.4 (f)	45.3 (f)
Irlanda	17.8	16.8	16.5 (f)	22.5 (f)	31.6 (f)	45.3 (f)
Polonia	16.6	17.6	18.7 (f)	27.1 (f)	37.1 (f)	51 (f)
República Checa	19.3	19.8	19.8 (f)	31.8 (f)	39 (f)	54.8 (f)
Eslovenia	17.4	19.8	21.7 (f)	30.8 (f)	44.5 (f)	55.6 (f)
Eslovaquia	16.3	16.6	16.3 (f)	23.5 (f)	34.2 (f)	50.6 (f)
Estonia	20.2	22.4	24.1 (f)	28.7 (f)	34.5 (f)	43.1 (f)
Letonia	20.5	22.1	24.1 (f)	28 (f)	34.9 (f)	44.1 (f)
Lituania	18.5	20.8	22.5 (f)	26 (f)	36.5 (f)	44.9 (f)
Bulgaria	22.2	23.8	24.9 (f)	33 (f)	43.7 (f)	60.9 (f)
Rumania	17.6	19.3	21.1 (f)	25.1 (f)	34.4 (f)	51.1 (f)

Fuente: Eurostat

[2] Ratio dependencia: mide la proporción de personas mayores de 65 años sobre la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años).

En modelos como el nórdico, tal colaboración, además responde a la contención de unos extensos servicios públicos cada vez más costosos e intensivos en tecnología (entre el 2000 y el 2004 el gasto en CLD en mayores de 65 años incrementó 1,5 veces más de lo que lo hizo el nº de personas en esa edad) (Comisión Europea, 2007 b), así como a la dificultad de incrementar el nivel de empleo en la población activa para garantizar la sostenibilidad fiscal (OCDE, 2005). Por el contrario, en los países mediterráneos y del Este tal colaboración es consubstancial con la génesis de sus sistemas ya que el fomento de la provisión privada está discurriendo en paralelo a una mayor diversificación de una red de servicios públicos claramente insuficiente.

Por último, la mayoría de ellos son sistemas con una gestión descentralizada, con un creciente peso de las administraciones regionales y locales, y todavía muy institucionalizados en comparación con la cobertura comunitaria (algo menos en el modelo mediterráneo) (Pacolet, 2006) de ahí que compartan como objetivo común reducir la institucionalización y favorecer la atención en el domicilio.

Además de compartir estos rasgos, los sistemas de AD en la UE también comparten una serie de déficit que, según el informe conjunto sobre Protección Social e Inclusión Social de la Comisión Europea (European Commission, 2007), giran en torno al acceso desigual, calidad de servicios insuficiente y dificultades en la sostenibilidad financiera y de los recursos humanos de los sistemas de AD, carencias que son especialmente relevantes en los países del Este.

En síntesis, tales problemas difieren entre y dentro de los distintos modelos. En lo relativo al acceso, el informe conjunto pone de manifiesto que las desigualdades existen en todos los modelos si bien son especialmente significativas las que se producen en sistemas asistenciales como el Irlandés, en los países del Este o en los países mediterráneos, donde los servicios públicos son claramente insuficientes y existe un alto nivel de copago. En los países del Este las desigualdades en el acceso se dan especialmente entre los ámbitos rural y urbano, mientras que los países mediterráneos, por lo general, carecen de un sistema armonizado de prestaciones y algunos de ellos afrontan importantes desigualdades territoriales. Buena parte de los esfuerzos más recientes van encaminados a superar este déficit, en especial en aquellos con un sistema de AD de nivel asistencial medio.

En lo que respecta a la calidad, los modelos de AD más consolidados (nórdicos, Seguridad Social) y en aquellos con un nivel de prestaciones asistencial medio en expansión (Reino Unido, España o Italia) la mejora de la calidad se orienta según los informes europeos fundamentalmente a promover la continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria, al uso de equipos de evaluación multidisciplinares y a una mayor implicación del usuario en el tipo de cuidados recibidos.

En los países mediterráneos con un sistema de AD de carácter asistencial-residual (Chipre, Malta) los principales esfuerzos en términos de calidad apuntan a la acreditación y evaluación de la provisión privada lucrativa y no lucrativa (Chipre), así como un nuevo marco legal para potenciar el papel de las ONG en la AD (Malta).

Mientras tanto, en los países del Este se están empezando a definir estándares uniformes de calidad; en unos casos se han aprobado recientemente (Lituania, Estonia, Eslovaquia), mientras que en otros se están integrando en el desarrollo de nuevas

Leyes de Servicios Sociales o de Asistencia Social (República Checa, Bulgaria, Rumania) o bien en nuevos sistemas de Seguridad Social de AD (Eslovenia)..

En cuanto a la sostenibilidad financiera y de recursos humanos, la mayoría de los sistemas coincide en afrontar tal situación favoreciendo la entrada de proveedores privados y con mayor competencia entre los prestadores de servicios. En este sentido, es probable que al igual que está sucediendo con otros modelos en gestación como el español, los países del Este vayan "incorporado de serie" algunas de las "lecciones aprendidas" por otros modelos para garantizar la sostenibilidad financiera (OCDE, 2005) y, además de contemplar la entrada de proveedores privados y mayor competencia entre los prestadores de servicios, también incorporen políticas de prevención de discapacidades o favorezcan la desinstitucionalización.

En lo que se refiere a las tendencias de cambio comunes en la UE, sin duda se verán condicionadas por el impacto que la actual crisis económica tenga en las cuentas públicas. No obstante, podríamos destacar las siguientes:

1. En primer lugar, en paralelo a la creciente significación que está tomando el mercado dentro de los sistemas de AD, se está produciendo una mayor regulación de la provisión privada de los servicios y una (re)definición de los estándares de evaluación y seguimiento de la calidad de las prestaciones. A pesar de ser una tendencia común y de que la mayoría de los estados miembro disponen de normas de calidad, todavía existen notables diferencias tanto territoriales como según el estatus jurídico que adopten, según sean vinculantes o se trate de meras recomendaciones.

2. Se está promoviendo el uso de las nuevas tecnologías en los cuidados a domicilio**,** así como la continuidad de los cuidados y la coordinación sociosanitaria y entre las distintas administraciones territoriales . En este sentido, los países del Este, en proceso de reforma de sus sistemas sanitarios, ya se están planteando como objetivo a medio plazo la sustitución de un modelo eminentemente "clínico" por un modelo "sociosanitario" de AD desarrollando experiencias propias de los países nórdicos y Luxemburgo, y en menor medida de otros como Alemania, Austria o Francia, como dotar de más recursos materiales a los servicios sociales, el uso de equipos multidisciplinares de evaluación y la integración del gasto sanitario y social a nivel local.

3. En la UE se está produciendo una expansión de las prestaciones monetarias como consecuencia fundamentalmente de (1) la creciente libertad de elección propiciada en los últimos años entre prestaciones en servicios o monetarias directas, como de (2) la implementación de programas de prestaciones monetarias "ad hoc" de cada sistema de AD.

En lo que respecta a la libertad de elección, está favoreciendo la expansión de las prestaciones monetarias y desplazando en cierto modo a la prestación en servicios, sobre todo en los contextos en los que la oferta de servicios públicos es insuficiente. Concretamente sucede que, en los casos donde la libertad de elección no se asienta sobre una oferta de servicios públicos suficiente, de partida, tal libertad de elección puede estar condicionada y favorecer a las prestaciones monetarias y, particularmente, a los proveedores privados. Así sucede en Irlanda donde la libertad de elección es relativa en la medida en la que, el intencionadamente bajo nivel de gasto en servicios públicos de AD, junto a la existencia de prestaciones monetarias directas en las que se

excluye la retribución a un familiar, han propiciado una mayor demanda de éstas siendo los proveedores privados su destino más probable.

En los casos donde la oferta de servicios públicos resulta insuficiente pero no hay restricciones al destino de esas prestaciones a los familiares, como ocurre en Austria o en Alemania, suele suceder que, estos factores combinados con las preferencias personales de los cuidadores y la posibilidad de elegir entre prestaciones monetarias o por servicios abocan a que muchos ciudadanos sigan decantándose por las primeras y las destinen a cuidados informales (actualmente casi 2/3 todavía se decantan por las prestaciones monetarias aunque empieza a perder peso en los últimos años).

4. Parece constatarse como tendencia de cambio en la UE el reforzamiento de las políticas de formación y mayor regulación del marco legal y de las condiciones laborales de los cuidadores profesionales sociosanitarios. Tal tendencia surge como respuesta a los incrementos en la demanda de cuidadores profesionales y al déficit generalizado de profesionales cualificados en la UE. Este déficit es especialmente relevante en los países del Este en la medida en la que son, "exportadores de cuidadores" no profesionales dentro de la UE con expectativas de obtener formación fuera de sus países de origen, lo cual indudablemente está afectando tanto a la oferta de personal cualificado como a su "segunda línea" de cuidadores familiares.

5. Por último, el creciente papel del Tercer Sector en la provisión de cuidados es una realidad en la mayoría de los modelos de AD de la UE. En los Países del Este este fenómeno no se está produciendo por mimetismo con otros modelos de AD europeos sino por factores endógenos como el emergente protagonismo de la sociedad civil, la insuficiente red de servicios públicos de AD, y la limitada oferta de cuidadores profesionales y, en algunos casos, familiares.

3. La reforma de la política social de atención a la dependencia en España

3.1. Porqué una política integral de atención a la dependencia en España. Principales factores de cambio social e institucional

En el caso español, la reforma de la política social de atención a la dependencia cuyo máximo exponente es la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 2006 (LAPAD, en adelante), no puede explicarse sin atender a diferentes contextos como son el cultural, social e institucional, los cuales a su vez han ejercido gran influencia en el posicionamiento y las coaliciones entre los diferentes actores sociales sobre el modelo español de atención a las personas dependientes.

A) Cambios en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados (care responsability culture). Se trata de cambios progresivos, incluso en cierto modo impuestos que, empero, no implican un retroceso del modelo de atención familiar de cuidados sino una profunda reestructuración social interna.

a.1) En primer lugar, se trata de cambios culturales desencadenados por cambios sociodemográficos que afectan a la tradicional dinámica y roles familiares, como el

menor tamaño de las familias o la creciente participación de la mujer en el mercado laboral. Tales cambios están precipitando una crisis de la tradicional red de cuidados de los que disponían las personas dependientes en décadas anteriores y ha puesto de manifiesto la fragilidad e insuficiencia del vigente modelo de atención a la dependencia.

Estos cambios en la oferta familiar de cuidados están profundamente ligados con factores de creciente demanda a consecuencia del aumento en ciertas causas sobrevenidas (accidentes de tráfico o accidentes laborales, por ejemplo) o como consecuencia del 'coste del éxito' asociado a un creciente envejecimiento del envejecimiento (en 2026 el 21,6 de la población española será mayores de 65 años y el 7% mayor de 80 años, Libro Blanco de la Dependencia. Imserso, 2005)

Se trata de cambios culturales que son progresivos y que registran una creciente demanda de socialización de esta contingencia y la asunción de responsabilidades colectivas en los cuidados (en 2006 sólo el 5,5% de los mayores de 65 años creen que las familias deben asumir toda la responsabilidad de los cuidados frente al 10,6% que tan sólo dos años antes opinaba lo mismo; el porcentaje de personas que opinaba que la familia debe ser responsable de los cuidados con ayuda de las AAPP ha pasado del 38% en 2004 al 43% en 2006) (IMSERSO- CIS, 2006; IMSERSO, 2004b).

No obstante, estos cambios todavía están lastrados por una tradición cultural propia de nuestro sistema de protección social caracterizada por los bajos niveles de oferta de servicios sociales, la prevalencia de las prestaciones económicas frente a los servicios en el ámbito institucional y la persistencia de la mujer cuidadora como cuidador principal.

Un claro ejemplo de la prevalencia de las prestaciones económicas frente a los servicios es la LAPAD, donde a pesar de contemplar las prestaciones económicas como una excepción, se constata que entre noviembre 2008 y febrero de 2010 han aumentado del 45% al 50% mientras que el peso de las prestaciones en servicios concretos como ayuda a domicilio han descendido del 14% al 11% (datos elaborados a partir de SAAD-IMSERSO). Circunstancia que era en cierto modo previsible por cuanto algo similar sucedió en el modelo alemán donde, como ya hemos comentado, aunque empieza a perder peso en los últimos años, casi 2/3 todavía se decantan por las prestaciones monetarias para cuidados informales.

No obstante, de continuar esta tendencia en un modelo altamente feminizado y con bajas tasas de actividad femenina como el nuestro, contrariamente a lo previsto por la LAPAD, podría estarse perpetuando el modelo familístico de cuidados y ralentizando un proceso de transición de la mujer cuidadora a la mujer trabajadora especialmente en el núcleo principal de cuidadoras, mujeres de entre 55 y 70 años con poca cualificación profesional que, o no han estado nunca en el mercado laboral, o han estado poco tiempo y que son más propensas a preferir una ayuda económica por desempeñar tareas que ya venían haciendo sin remuneración que a incorporarse a un puesto de trabajo.

En lo que se refiere a la persistencia de la mujer cuidadora como cuidador principal, se constata igualmente que quien normalmente ayuda a la persona mayor a desarrollar las actividades básicas de la vida diaria son, por término medio, el cónyuge

(en el 22,5 % de los caso), y fundamentalmente las hijas (39,3% frente al 9,15% de los hijos) (Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 2.647, IMSERSO- CIS, 2006)

a.2) Parte de este cambio en la cultura de los cuidados viene también desencadenado por un factor menos visible pero que ha operado de manera latente y gota a gota en el imaginario colectivo. En particular, la creciente densidad de conciencia con respecto a la dependencia desde los años 1980s, la cual parte de un movimiento ilustrado encabezado por las clases profesionales provenientes del ámbito de la Seguridad Social y de la geriatría y la gerontología, así como de expertos y académicos que trasladan esas inquietudes a las administraciones públicas, las cuales reaccionan, no obstante, con retraso a las demandas sociales planteadas. Se trataba de profesionales y expertos que, en muchos casos, conocían las experiencias de otros países en el campo de la dependencia, de la geriatría y la gerontología. Contribuyeron a crear incipientes cambios en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados, una especie de "conciencia por goteo" sobre dicho fenómeno cuyos conocimientos y experiencias posteriormente fueron puestas de relieve en el Libro Blanco.

Dicho movimiento ilustrado consiguió que desde finales de los 80 y principios de los 90 el tema de la dependencia al menos fuese "puesto en la agenda de asuntos pendientes" de nuestro Estado de Bienestar en cierto modo también propiciado porque en esos años el principal debate sobre protección social girara en torno a la viabilidad del sistema de pensiones y sus posibles reformas. No sería hasta iniciada la primera década de 2000 cuando una demanda social creciente de un buen número de familias 'desbordadas' por un aumento de la esperanza de vida con elevados años de discapacidad y plenamente concienciadas del problema, fueran realmente canalizadas por los sindicatos y por las organizaciones sociales de la discapacidad y de personas mayores a través de consejos estatales y plataformas de entidades (Plataforma de ONG de acción social, Consejo Estatal de personas Mayores, Consejo de ONGs de Acción Social, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI-).

B) En segundo lugar, la reforma de la política social de atención a la dependencia no puede explicarse sin atender a la organización y provisión de los cuidados en las esferas pública y privada (social caring setting) para sostener o impulsar un sistema de atención a la dependencia de amplia cobertura como se pretende en nuestro recién estrenado sistema.

En este sentido, el caso español participa de algunos de los rasgos comentados a nivel de la UE, es decir, alta feminización de los cuidados y significativo peso de los cuidados informales, creciente colaboración público-privada en la provisión de los servicios con un peso creciente de la iniciativa privada lucrativa y no lucrativa, una gestión descentralizada de la provisión de servicios, creciente regulación de la provisión privada de los servicios y una (re)definición de los estándares de evaluación, seguimiento y control de la calidad de las prestaciones.

Rasgos que son consubstanciales con nuestro sistema de cuidados, de carácter asistencial, y sustentado por las familias, las entidades no lucrativas, las empresas privadas (fundamentalmente en el ámbito de los servicios residenciales donde el

índice de cobertura de las residencias privadas es del 2,28, superior al de las residencias públicas que es del 2,04 y donde el 80% de las residencias son de titularidad privada - IMSERSO, 2008) y con una participación multinivel de perfil asistencialista de las AAPP, fundamentalmente las CCAA y las CCLL.

Efectivamente, se constata como las familias son las primeras proveedoras de cuidados y como recaen sobre ellas de manera muy significativa los principales cuidados de las personas mayores. Así se pone de manifiesto en la Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2006 (IMSERSO-CIS, 2006) ya que mientras los cuidadores principales familiares (cónyuge, hijas e hijos) suelen representar, por término medio, el 71% de los cuidados principales, los servicios sociales públicos o las empresas de servicios sociales privadas tan sólo representan el 2,5 y el 0,2% respectivamente.

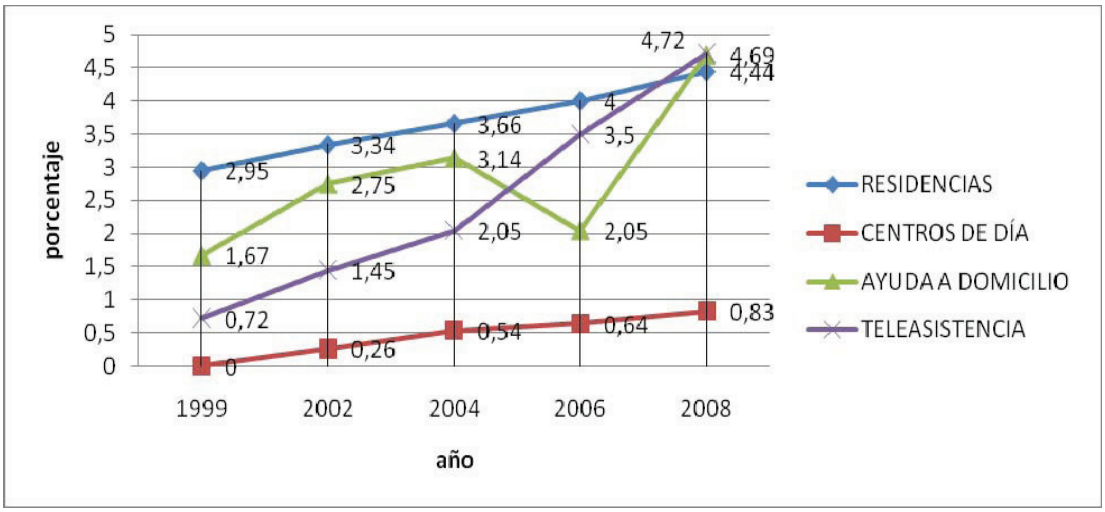
En cuanto al papel de las AAPP, existe un amplio mapa de prestaciones y ventajas fiscales para atender esta contingencia[3]. No obstante, se trata de prestaciones que han aumentado significativamente en oferta y cobertura en los últimos años (grafico 1) pero que son insuficientes y están desequilibradas territorialmente en tasas de cobertura, en requisitos de acceso y en aportaciones del usuario (Marbán, 2009).

En definitiva, con la organización y provisión de los cuidados previa a la LAPAD, los servicios y prestaciones seguían siendo insuficientes y la sobrecarga de los cuidadores familiares excesiva lo cual, junto a la inmediata demanda de necesidades de atención, justifica plenamente la implementación de la reforma y responde a nuestra pregunta de por qué era necesaria una política integral de atención a la dependencia en España como la puesta en marcha hace más de tres años con la LAPAD.

---

[3] Entre otras, medidas de conciliación de la vida familiar y laboral, las prestaciones económicas por hijo a cargo mayor de 18 años y con minusvalía igual o superior al 65%, prestaciones de "gran invalidez o a nivel mesogubernamental los programas sociosanitarios y planes de atención a personas mayores contemplados tanto por las leyes autonómicas de servicios sociales como el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales desde 1988.

Grafico 1: Ratios de cobertura de la oferta de servicios sociales: 1999- 2008 (% sobre población mayor de 65 años)



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2000, 2002, 2004a, 2006, 2008).

C) Un tercer factor de cambio fundamental en la definición del actual sistema de atención a la dependencia español son las reformas políticas y las inercias institucionales (**Policy legacy and policy reforms**) tanto internas como externas a nivel socio-sanitario.

A nivel externo, no podemos obviar el efecto llamada que han tenido las reformas europeas en el debate sobre la AD en España a las cuales nos hemos referido en el apartado anterior y al cual nos remitimos. Apuntar, por lo tanto como las experiencias europeas, en particular las de los países nórdicos y centroeuropeos (Pacolet, 1998), supusieron un acicate más en la definición de una política integral de atención a la dependencia en España (Pavolini y Ranci, 2008). Tales experiencias se reflejan, por ejemplo, desde el año 2005 en los Joint Report de la Comisión (European Commission, 2009).

A nivel interno, nuestra reforma de la política social de atención a la dependencia también se construye a partir de un sistema de servicios sociales que en los últimos años ha ido aumentando considerablemente los ratios de cobertura de servicios susceptibles de atender a situaciones de dependencia (recordar gráfico 1) sobre la base de un sistema sanitario universal que tradicionalmente viene asumiendo la atención de esta contingencia en sus grados más severos.

Ciertamente la aprobación de la LAPAD supone una transformación parcial de nuestro modelo de servicios sociales por cuanto implica la universalización selectiva de una contingencia social en un contexto general de sostenida asistencialización de los servicios sociales. No obstante, su puesta en marcha no parte de la nada.

Sin ánimo de ser exhaustivos, podríamos mencionar los siguientes hitos y reformas políticas de significación en la actual configuración de la actual política de atención a la dependencia:

1. La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). Aunque tuvo una orientación sesgada hacia las prestaciones económicas en detrimento de las políticas relativas a la integración sociolaboral o a la supresión de barreras arquitectónicas, esta ley contemplaba pioneramente en su artículo 16 un subsidio de ayuda por tercer persona (suprimido en 1994) orientado a personas con 18 o más años sin actividad laboral, con un grado de discapacidad igual o superior al 75% y que necesitaran la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.

2. El Plan Gerontológico (1992). Aborda por primera vez de manera integral toda una serie de políticas en materia de envejecimiento más allá de sus efectos sobre las pensiones abriéndose camino la importancia de su atención sociosanitaria. No obstante, estas medidas en su mayoría no se implementaron por la falta de financiación e impulso político y por la fragmentación de competencias entre las Administraciones públicas (Rodríguez Rodríguez, 2006). Sin embargo, de haberse llevado a cabo habrían supuesto un importante avance en la atención de situaciones de dependencia de personas mayores (Sancho y Rodríguez, 2002) ya que por entonces ya contemplaban medidas como alcanzar ratios suficientes en los principales servicios de atención, un complemento de pensión para pensionistas en situación de dependencia funcional, o mapas sociosanitarios y unidades específicas para coordinar los servicios sociales y sanitarios.

3. Las leyes autonómicas de servicios sociales tanto de primera generación, reguladas durante los 1980s y parte de los 1990s, como las de segunda generación en CCAA como Galicia, País Vasco, Comunidad de Valencia, La Rioja, Principado de Asturias, Madrid y Murcia (Guillén, 2005), han ido configurando junto a diversos programas sociosanitarios y planes de atención a personas mayores un mapa autonómico de servicios sociales cada vez más extenso. Aunque "se proclaman como universales, es decir, accesibles a cualquier persona en situación de necesidad [...] se trata de un derecho puramente retórico, que no puede compararse de ninguna manera al derecho subjetivo que tienen los sistemas de protección ya consolidados" (Rodríguez Rodríguez, 2006: 50).

4. Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido de 1994, TRLGSS) de 1994. El artículo 136, capitulo V del título II, regula la incapacidad permanente entre las cuales está la gran invalidez, definida como "la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos". Así mismo, el artículo 181 (a) reconoce una asignación económica por cada hijo, menor de 18 años o, cuando siendo mayor de dicha edad, esté afectado por una discapacidad, en un grado igual o superior al 65 por 100, a cargo del beneficiario.

5. El Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales desde 1988. En 1993 la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) aprobó un catálogo que atribuía mayores competencias para las corporaciones locales en materia de servicios sociales, lo que implicó la extensión de servicios sociales como la ayuda a domicilio, una apuesta de los ayuntamientos hacia los cuidados de proximidad y una incipiente dotación de profesionales municipales.

6. Son igualmente reseñables otras medidas contempladas desde el ámbito sanitario como la Ley General de Sanidad (1986), y la práctica universalización de la atención sanitaria a toda la población, y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, reguladora por primera vez de la prestación llamada socio-sanitaria, que no se remite exclusivamente a la dependencia, pero que es relevante para ella pues incluye prestaciones de cuidados de larga duración, de la atención sanitaria de la convalecencia, y de rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Según su artículo 14 tales prestaciones estarían destinadas a "aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características puedan beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social".

3.2 Cómo se ha producido la reforma de la política social de atención a la dependencia

El debate sobre las razones que motivan los cambios en las instituciones y en las políticas públicas ha sido muy fructífero en las últimas décadas. Según Pavolini y Ranci (2010) estos cambios podrían producirse 1) de manera abrupta como consecuencia de shocks externos (por ejemplo, una crisis económica o política), 2) por el efecto de una sucesión de procesos y "equilibrios interrumpidos" que hacen que las AAPP vayan resolviendo prioridades del momento postponiendo otras para periodos posteriores y 3) por la acumulación de una serie de efectos que conllevan una transformación gradual de las políticas públicas.

La política social de atención a la dependencia en España entendemos que responde a las dos últimas tendencias, especialmente a la última. Por un lado, es precisamente la acumulación y confluencia de factores de índole político (un nuevo gobierno socialista) y socioeconómico (los progresivos cambios sociodemográficos, el contexto europeo, la diversidad de reformas mencionadas, concienciación de clases profesionales, expertos, actores social y ciudadanos, etc), la que ha ido propiciando una reforma gradual de la política social de atención a la dependencia en España hasta alcanzar su máxima expresión normativa en la LAPAD.

Por otro lado, también responde a una sucesión de procesos y "equilibrios interrumpidos**"** motivados porque los Gobiernos, y también otros agentes sociales, han ido postponiendo la atención a la dependencia como una prioridad en ciernes. En este sentido, podríamos apuntar varias circunstancias que avalarían esta fundamentación.

En primer lugar, conviene recordar como el Plan Gerontológico, de haberse implementado plenamente desde 1992 habría supuesto un importante avance en la

atención de situaciones de dependencia de personas mayores que se vio en cierto modo "interrumpido", como hemos mencionado, por la falta de financiación e impulso político y por la fragmentación de competencias entre las Administraciones públicas.

Igualmente, sucede que durante el segundo mandato del partido popular entre 2000 y 2004, tanto la creación de una comisión de dependencia denominada como comisión Zaplana, como el Acuerdo Social de 2001 y la situación económica de elevado crecimiento económico del momento indujeron a pensar que la Ley de la Dependencia la haría el Partido Popular en ese mandato, sin embargo, esto no sucedió, probablemente por razones presupuestarias como apunta uno de nuestros informantes.

En tercer lugar, en lo que respecta a los agentes sociales, la prioridad de los movimientos sociales de personas mayores y discapacidad en los años 90, no fue tanto la atención a la dependencia sino la subida de las pensiones, la ampliación de programas de turismo y de termalismo, y la integración laboral y educativa. Por parte de los sindicatos, se priorizaron aspectos como la dignificación de las pensiones o la protección al desempleo (debido, en buena medida, a las altas tasas de paro en los 1990s).

Además del análisis sobre cómo se ha producido la reforma de la política social de atención a la dependencia en el plano teórico, bien como una reforma gradual o como el resultado de una sucesión de procesos y "equilibrios interrumpidos", no conviene pasar por alto cómo se ha gestado la propia LAPAD.

En concreto, la gestación de la Ley de Dependencia arrancó con la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia en mayo de 2004 por iniciativa del gobierno del PSOE, a través del IMSERSO, y se publicó a principios de enero de 2005.

Iniciado el 2005, y sobre la base de dicho documento, se debatió el contenido de la futura Ley entre patronal, sindicatos y gobierno. En diciembre de 2005 se alcanzó el acuerdo social entre el gobierno, los sindicatos UGT y CCOO, y las patronales CEOE y CEPYME) mediante el cual se acordaron las líneas básicas de la futura ley.

Hasta la presentación del anteproyecto, la percepción de la mayoría de los actores sociales entrevistados es que, más allá de la participación de sindicatos y patronal en el acuerdo social, la negociación institucional no se produjo hasta que el texto del anteproyecto ya estaba muy estructurado.

En este sentido, algunos expertos académicos y asociaciones de discapacitados entrevistadas han manifestado que en la elaboración del anteproyecto se produjo 1) una falta de participación del Tercer Sector de acción social, 2) cierta disconformidad por parte de las Comunidades Autónomas y la Federación Española de Municipios y Provincias por no haber participado institucionalmente, así como 3) una opacidad extraordinaria en aspectos sustanciales como las razones oficiales que motivaron la renuncia al modelo continental o de seguridad social del Libro Blanco, con el argumento oficioso de que los empresarios se negaron a financiar con las cotizaciones sociales el nuevo sistema.

Una vez presentado el anteproyecto a principios de 2006, éste fue sometido a diversos informes independientes (SIPOSO: Seminario de Intervención y Políticas Sociales, 2006; SEGG, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006), a dictámenes como los del Consejos Económico y Social (CES, 2006) y el Consejo de

Estado (2006), y a propuestas por parte de sindicatos, organizaciones sociales del ámbito de la discapacidad y de personas mayores. El impacto de tales informes se concretó en la introducción de varios cambios que se reflejarían después en el proyecto de ley como la distinción entre servicios asistenciales y de manutención, y hoteleros (art 33.3), útil a efectos de la determinación del copago, la inclusión dentro de la ley del análisis del impacto de género (Disposición final 1ª.4), la cobertura a los menores de tres años con graves discapacidades (Disposición adicional decimotercera), la inclusión de pleno derecho de las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, y el fomento del empleo de las personas con discapacidad (Disposición adicional decimocuarta).

De este modo, desde la redacción del anteproyecto hasta la elaboración del proyecto en mayo de 2006 y la posterior aprobación parlamentaria de la Ley a finales de 2006, el proceso fue más participativo y el ámbito parlamentario articuló las demandas de muchos sectores, si bien las grandes cuestiones a resolver como su desvinculación de la Seguridad Social, la forma de financiar esta política o la pretensión de priorizar los servicios más que las prestaciones económicas se resolvieron en el acuerdo social de diciembre de 2005.

En cuanto a su aprobación parlamentaria, Nafarroa Bai se abstuvo y rechazaron la reforma los partidos políticos CIU, PNV y EA porque, entre otras razones, entendían que la financiación era insuficiente y sobre todo porque la ley invadía competencias exclusivas de las CCAA en materia de servicios sociales (el país, 30 de noviembre de 2006).

3.3. Quiénes participaron en la reforma de la política social de atención a la dependencia. Actores sociales en el proceso de reforma.

El papel de los distintos actores sociales implicados en la reforma de la política social de atención a la dependencia, y en particular en la LAPAD, ha sido determinante para configurar el actual sistema.

Dicho papel es fruto de una serie de coaliciones de defensa de intereses comunes *(advocacy coalition*) (Sabatier y Jenkins-Smith,1999; Weible, Sabatier y McQueen, 2009) construidos en base a diferentes combinaciones de creencias, intereses y recursos entre los distintos actores implicados. El siguiente cuadro, realizado a partir del análisis de las entrevistas realizadas, lo esquematiza:

Cuadro 1. Creencias, intereses y recursos de los actores sociales implicados en la reforma de la política social de atención a la dependencia

	SINDICATOS	PATRONAL. SECTOR PRIVADO LUCRATIVO	TERCER SECTOR. SECTOR PRIVADO NO LUCRATIVO	PARTIDOS POLÍTICOS	CCAA	CCLL
CREENCIAS						
Cobertura	Provisión universal pública	Provisión universal privada	Provisión universal mixta (pública y privada no lucrativa)	Provisión universal (mixta: pública-privada concertada según ideología política)	Provisión universal (mixta: pública-privada concertada)	Provisión universal (mixta: pública-privada concertada)
Ámbito competencial	Administración Central (AC) Seguridad Social	AC, CCAA, CCLL	AC Seguridad Social	AC, CCAA, CCLL según ideología política Seguridad Social - Impuestos: según ideología política[4]	CCAA	CCAA, CCLL
Marco protector	Complementariedad, servicios de respiro, reconocimiento de los derechos de los cuidadores en la Seguridad Social	Financiación vía impuestos	Complementariedad, servicios de respiro, libertad de elección de proveedor, reconocimiento de los derechos de los cuidadores en la Seguridad Social		Financiación vía impuestos	Financiación vía impuestos
Apoyo a la familia		Servicios de respiro, libertad de elección de proveedor			Complementariedad, servicios de respiro.	Complementariedad, servicios de respiro
Otras…..	Importancia de la prevención, la formación, la calidad en la prestación de servicios, coordinación sociosanitaria	Importancia de la prevención, la formación, la calidad en la prestación de servicios	Importancia de la prevención, la formación, la calidad en la prestación de servicios, coordinación sociosanitaria	Complementariedad, servicios de respiro, libertad de elección de proveedor, reconocimiento de los derechos de los cuidadores en la Seguridad Social	Importancia de la prevención, la formación, la calidad en la prestación de servicios, coordinación sociosanitaria	Importancia de la prevención, la formación, la calidad en la prestación de servicios

[4]Por ejemplo, los partidos políticos de izquierda como IU se mostraban partidarios de un sistema enmarcado en la Seguridad Social, los partidos políticos de carácter más autonomista e independentista (CIU, PNV, EA…) por un sistema de financiación impositiva

				Importancia de la prevención, la formación, la calidad en la prestación de servicios		
INTERESES	Creación de empleo Desfeminización de cuidados, igualdad de acceso. Extensión de servicios públicos	Extensión de la red de servicios, crecimiento organizativo, diversificación de "productos" de financiación privados (ej. Hipoteca inversa..) Búsqueda de beneficios, Contención en cotizaciones sociales para financiar el SAD	Creación de empleo Extensión de la red de servicios, crecimiento organizativo, ampliación de derechos de personas mayores, con discapacidad intelectual y enfermedad mental	Creación de empleo Desfeminización de cuidados, igualdad de acceso Extensión de servicios públicos Suficiencia financiera	Autonomía y preservación de competencias en servicios sociales	Reconocimiento como agente prestador de servicios de proximidad. Mayor autonomía con respecto a las CCAA.
RECURSOS	Recursos para la Formación de trabajadores/cuidadores Representación sindical en organizaciones prestadoras de servicios	Provisión de servicios, Recursos humanos y capacidad instalada en la provisión de servicios (residencias, centros de día…)	Sensibilización ciudadana, Capacidad instalada en la provisión de servicios, Voluntariado, Formación de trabajadores/cuidadores,		Capacidad instalada en la provisión de servicios (residencias, centros de día…), financiación por impuestos	Capacidad instalada en la provisión de servicios (residencias, centros de día…)

Fuente: Elaboración propia

Conviene apuntar, no obstante, que se trataría de coaliciones sui géneris por cuanto en la práctica lo que se ha producido es una confluencia inercial de intereses entre los distintos actores sociales e institucionales más que alianzas diseñadas por acuerdo.

En cualquier caso, a la vista del cuadro I, cabría distinguir dos situaciones. Por un lado, una serie de aspectos básicos de la reforma sobre los cuales existió un relativo consenso como la universalidad e igualdad de acceso, el reconocimiento de los derechos de los cuidadores en la Seguridad Social, la importancia concedida a la prevención, la formación, la calidad en la prestación de servicios o la importancia del apoyo a las familias. Por el otro, aspectos como el marco protector y el ámbito competencial

que fueron objeto de intenso debate y de distintas combinaciones de "coaliciones" entre los actores sociales.

Con respecto al marco protector y el ámbito competencial el principal debate surgió en torno a la inclusión de la LAPAD en el marco de la Seguridad Social, lo cual a su vez conferiría más competencias a la Administración Central en servicios sociales, o bien fuera de ella, optando por ser financiada vía impuestos como en el sistema nórdico.

En este sentido, por un lado las organizaciones del TS y los sindicatos eran proclives a incluir los derechos y prestaciones en el ámbito de la Seguridad Social y a una participación más activa de la Administración Central en los servicios sociales fundamentalmente porque con ellos se respondía con mayor fidelidad a sus principales intereses y creencias, en particular, la igualdad de acceso en todo el territorio, la extensión de los servicios públicos y la extensión de los servicios privados no lucrativos de responsabilidad pública. No obstante, a pesar de los puntos de encuentro, no cabe hablar de una verdadera coalición entre organizaciones del TS y sindicatos por cuanto, según las personas entrevistadas, pesaron más sus diferencias en el campo de lo laboral, cierta falta de comunicación y la lucha subyacente por ocupar espacios de acción social comunes.

Por otro lado la patronal, gran parte de las CCAA y los partidos políticos de corte más autonomista se oponían a la inclusión de la LAPAD en el marco de la Seguridad Social y abogaban por la financiación vía impuestos. Para las CCAA y los partidos políticos de corte más autonomista, el incluir la LAPAD en el sistema de la Seguridad Social afectaba de pleno al ámbito competencial pues conferiría al Gobierno central una capacidad imperativa que invadía las competencias de las CCAA en servicios sociales y que las restaba legitimidad para intervenir en la práctica. Para la patronal, la inclusión en la Seguridad Social implicaría un aumento en sus costes laborales (vía cotizaciones sociales) lastrando así su crecimiento organizativo.

Según las entrevistas realizadas, el hecho de enmarcar el nuevo sistema fuera del ámbito de la Seguridad Social se debió finalmente al propio rechazo de la patronal, a la oposición de las CCAA y también de los partidos políticos más autonomistas, los cuales poseían una mayor presencia parlamentaria durante la legislatura en que se aprobó la Ley, si bien una parte la decisión se gestó previamente en el acuerdo social de diciembre de 2005 entre el gobierno, los sindicatos UGT y CCOO, y las patronales CEOE y CEPYME). En dicho acuerdo la presión de la patronal fue determinante por cuanto se oponía a un incremento de las cotizaciones y porque la integración de los mecanismos de protección de la dependencia en la Seguridad Social podría implicar un replanteamiento del Pacto de Toledo, cuya dinámica era la de sacar del sistema contributivo todo lo que no fuera protección económica 'pura y dura' teniendo en cuenta que en el texto de la ley de dependencia se priorizan las prestaciones en servicios sobre las económicas.

Haciendo un breve "balance" de los resultados conseguidos por los diferentes actores sociales podríamos concluir que las Corporaciones Locales, a pesar de que han ido siendo cada vez más visibles a medida que se iba avanzando del anteproyecto hasta la Ley, en la práctica su participación en la LAPAD ha sido testimonial, lo cual

contrasta con el papel desempeñado por las CCAA al conseguir su principal objetivo como es la preservación de sus competencias en servicios sociales frente a la administración central.

En lo que respecta a la patronal no han conseguido que el peso de la iniciativa privada en el conjunto de la ley sea especialmente significativo si bien logró la no inclusión de la Ley en el ámbito de la Seguridad Social, y dar mayor visibilidad a ciertos productos de financiación privados (por ejemplo, la hipoteca inversa).

Las organizaciones del Tercer Sector, cuyas demandas fueron especialmente canalizadas por organizaciones de personas con de discapacidad y personas mayores como CERMI, FEAPS, CEOMA, UDP, o la Plataforma de ONG de Acción Social, entre otras, consiguieron la introducción de cambios sustanciales en la ley como la valoración 'especial' del Tercer Sector (Art.16.2) o a la inclusión en la Ley de las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental y su reflejo en el baremo.

4. Conclusiones

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia sigue la senda de las reformas iniciadas en los años 80 en los países nórdicos, y continuada a mediados de los 90 por otros países del centro de Europa. Aunque la actual crisis económica puede contener la extensión de recursos y de cobertura de dichas reformas conteniendo a su vez la creación de una extensa red de servicios en beneficio de la perpetuación de las prestaciones económicas, es un hecho que la atención a esta contingencia se ha ido convirtiendo en un derecho subjetivo en cada vez más países de la UE. España es un claro ejemplo que, además, participa de algunos de los rasgos definitorios de este sistema en la UE (alto peso de los cuidados informales fundamentalmente femeninos o colaboración y descentralización de la provisión de los servicios, entre otros) que son consubstanciales con nuestro sistema de cuidados, de carácter asistencial, familístico, de provisión plural (pública, lucrativa y no lucrativa) y multinivel (Administraciones central, CCAA y CCLL)

Al principio del texto nos preguntábamos *porqué* era necesaria una reforma de la política social de atención a la dependencia. Entendemos que la respuesta puede encontrarse en un análisis multicontextual (cultural, social e institucional). En dicho análisis destacaríamos: 1) cambios en la cultura sobre la responsabilidad de los cuidados *(care responsability 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.

En cuanto al *cómo* se hizo la reforma podemos concluir que fue un reforma gradual por la acumulación y confluencia de los factores mencionados pero también como consecuencia de sucesión de procesos y "equilibrios interrumpidos" motivados porque los Gobiernos (caso del partido popular en su mandato entre 2000 y 2004), y también otros actores sociales (sindicatos y movimientos sociales de personas mayores y discapacidad en los años 90) fueron posponiendo la atención a la dependencia como una prioridad en ciernes hasta principios del siglo XXI.

Con respecto a la pregunta final de *quienes* participaron en la reforma podemos apuntar que los diversos actores sociales implicados en la LAPAD (sindicatos, patronal, entidades no lucrativas acción social, partidos políticos, CCAA) no llegaron a realizar entre ellos acuerdos o alianzas adhoc. No obstante, si se produjo una confluencia inercial de creencias, intereses y recursos entre los distintos actores sociales que fueron conformando de manera más o menos espontánea grupos de presión claramente diferenciados en el debate sobre aspectos como el marco protector y el ámbito competencial. En particular, observamos como, por un lado, mientras las organizaciones del TS y los sindicatos eran proclives a incluir los derechos y prestaciones en el ámbito de la Seguridad Social y a una participación más activa de la Administración Central en los servicios sociales, por el otro, la patronal, gran parte de las CCAA y los partidos políticos de corte más autonomista que abogaban por la financiación vía impuestos, se oponían a ello al considerar que esto afectaba de pleno al ámbito competencial pues conferiría al Gobierno central una capacidad imperativa que invadía las competencias de las CCAA.

5. Bibliografía

Comisión Europea (2007a). *Propuesta de informe conjunto sobre protección social e inclusión social 2007*, Bruselas: Comisión Europea.

Comisión Europea (2007b). *Informe conjunto sobre protección social e inclusión social 2007. Perfiles de países,* Bruselas: Comisión Europea.

European Commission (2009). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009*, Luxembourg.

European Commission. (2007). *Joint Report on social protection and social inclusion. Supporting document*. Brussels: European Commission.

IMSERSO- CIS, (2006). Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 2.647.

IMSERSO (2000). *Las personas mayores en España. Informe 2000*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2004a). *Las personas mayores en España. Informe, 2004.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2004 b). Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudio 4.597.

IMSERSO (2005). Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España. Madrid: Imserso.

http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancodependencia-01.pdf.

IMSERSO (2006). *Las personas mayores en España. Informe 2006.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España. Informe 2008.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Marbán, Vicente (2009). La atención a la Dependencia en Moreno, L (coord.) (2009): *Reformas de las políticas del bienestar en España* (pp. 207-238). Madrid: Ed. Siglo XXI.

OCDE (2005). *Long-term care for older* People. París: OCDE.

Pacolet, J. (1998). *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member Status and Norway*, Bruselas: Comisión Europea.

Pacolet, J. (2006). Protección social de las personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado del Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración. *Revista Española del Tercer Sector* Núm. 3, 111-160.

Pavolini, E. and Ranci, C. (2008). Restructuring the Welfare State: reforms in long-term care in Western European countries*, Journal of European Social Policy*. Vol.18, Núm.3.

Pavolini, E. and Ranci, C. (2010). Reforms in long-term care policies in EU countries, en prensa.

Rodríguez Cabrero, .G. (2009). El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)", *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. Núm. 2, julio-diciembre 2009.

Sabatier, P. A. y Jenkins-Smith, H. (1999). The Advocacy Coalition Framework: an assessment, in Sabatier, P. (1999): *Theories of the Policy Process.* (pp. 117-168). Boulder, C.O: Westview Press.

Weible, C. M., Sabatier, P. A. y McQueen, K. (2009). Themes and Variations: Taking Stocks of the Advocacy Coalition Framework. The Policy Studies Journal. Vol 37, Num. 1, 121-140.