

CAPÍTULO 5. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA DE SERVICIOS A PERSONAS DEPENDIENTES CON DISCAPACIDAD, MENORES DE 65 AÑOS

Luis Palma Martos, Antonio García Sánchez y
M. Carmen González Camacho





5.1. INTRODUCCIÓN.

Queremos comenzar este capítulo con una reflexión sobre el término discapacidad, en contraposición con los términos invalidez y minusvalía, de uso habitual hasta fechas muy recientes y que incluso, a día de hoy, prevalecen en algunas definiciones normativas en materia de prestación social y ayudas económicas a estos colectivos.

El término “discapacidad” fue aceptado por la Real Academia Española de la Lengua e incluido en su diccionario hace ya más de una década: “cualidad de discapacitado; dicho de una persona: que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas”.

Esta digresión no es sino un reconocimiento del gran poder del lenguaje para influir y crear impresiones. Así, otros términos quizás más comunes (como, por ejemplo, “incapacidad”, “minusválido”, e “inválido”) pueden dar a entender que las personas con discapacidades son personas “sin habilidad”, de “menor valor”, o “sin valor”. En comparación, discapacidad quiere decir una falta de habilidad en algún ramo específico. El uso del término reconoce que todas las personas con discapacidad pueden contribuir, de algún modo, a nuestra sociedad y al mismo tiempo está de acuerdo con cambios similares en las leyes, que van mucho más allá de la evolución del lenguaje¹.

Junto a esta digresión, debemos reflexionar sobre la asociación existente entre las situaciones de discapacidad

171

-
- 1 Podemos encontrar descripciones más detalladas de todos estos términos en el Libro Blanco de la Dependencia, Capítulo I, pp. 4-10 y Capítulo IV, pp. 7-8.
 - 2 De hecho, en el Libro Blanco sobre la Dependencia, Capítulo IV, página 23, al abordar los recursos existentes para ayudar a las personas con discapacidad menores de 65 años se dice textualmente: “Actualmente los sistemas de servicios sociales, de salud y de seguridad social disponen de recursos técnicos que dan respuesta social y/o sanitaria al colectivo de personas con discapacidad menores de 65 años en situación de dependencia; además en el ámbito de los servicios sociales y de la seguridad social existen también recursos económicos destinados a cubrir determinadas necesidades y contingencias como veremos más adelante”. Es decir, se hace especial hincapié en las situaciones de dependencia y, secundariamente, en otras cuestiones.

y dependencia (al menos parcial), que suelen encontrarse con carácter general. De hecho, y aunque con diferente terminología en el lenguaje, las primeras preocupaciones por las personas con discapacidad tenían que ver con las consecuencias de su dependencia².

La condición de discapacidad en cualquier sociedad ha sido vista históricamente, como algo trágico. En la medida en que las personas con discapacidades eran, con frecuencia, incapaces de sostenerse a ellas mismas o a sus familias, se las consideraba como dependientes sociales, objetos de piedad o receptoras de caridad. La sociedad asumió así una actitud paternalista con respecto a este colectivo, internándolos con frecuencia en asilos especiales u hospitales; se los consideraba pacientes o clientes que necesitaban cura. En esas instituciones, los profesionales médicos y los trabajadores sociales eran las personas que tomaban primordialmente las decisiones, en lugar de los propios protagonistas³.

Como resultado, los/as discapacitados/as estaban excluidos de la sociedad en general. Aunque la presunción era que las personas con discapacidades necesitaban rehabilitarse de sus “problemas”, muchas de ellas sufrían condiciones para las cuales no había curas conocidas en esa época. De esta forma, la sociedad no daba lugar a la integración, perpetuando por lo tanto los mitos de desigualdad.

Sin embargo, en la primera mitad del siglo XX, se vivieron dos guerras mundiales y este hecho, especialmente la participación de Estados Unidos en ellas, tuvo un efecto

profundo en la manera en que la sociedad en general consideraba y trataba a la personas con discapacidad. Al regresar al hogar miles de soldados con discapacidades, las sociedades tuvieron que tomar medidas para que pudieran reincorporarse a la actividad laboral, o bien tuviesen garantizada una “merecida” ayuda económica por su participación en las mencionadas guerras.

Las primeras leyes de “rehabilitación vocacional” fueron aprobadas por el Congreso de Estados Unidos en la década de 1920, para proveer servicios a los veteranos de la Primera Guerra Mundial que quedaron discapacitados, y las medidas se intensificaron a raíz de la II Guerra Mundial. Los mayores cambios, sin embargo, vinieron en medio de los movimientos por los derechos civiles de la década de 1960. A medida que los negros, las mujeres y otras minorías sociales adquirían conciencia política, también lo hicieron los minusválidos.

Así, progresivamente, tanto los/as discapacitados/as como la sociedad fueron tomando conciencia de los derechos que les asisten como ciudadanos. Más allá de las cuestiones médico-asistenciales, este colectivo comenzó a demandar el ejercicio efectivo del conjunto de sus “derechos civiles”, en condiciones de igualdad de oportunidades con el resto de ciudadanos: educación, formación, cultura, ocio, vivir de forma independiente...

Las cuestiones referentes a la educación fueron las que obtuvieron más pronta respuesta, al menos en aspectos puntuales⁴. No es hasta la década pasada cuando se

3 Aún a día de hoy, no deja de ser importante la actuación de las Fundaciones Tutelares, para asumir la tutela de los discapacitados en caso de devenir legalmente incapacitados. Estas fundaciones están reguladas en Andalucía por el Decreto 279/2003 de 7 de octubre; previamente la tutela sólo podía ser ejercitada por personas físicas. Para más información nos remitimos a la página Web de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

4 Un momento clave en la historia del movimiento de los minusválidos podría haber sido la admisión de Ed Roberts en la Universidad de California en Berkeley en 1962. Paralizado desde el cuello hacia abajo debido a que había sufrido polio cuando era niño, Roberts superó la oposición a ser admitido, y lo alojaron en el hospital de la universidad. El título de un periódico local proclamó: “Lisiado desvalido asiste a clases en la UC”. Puede verse una descripción más detallada en www.discapacidad.org.

generaliza la toma de conciencia social y política de la problemática de los/as discapacitados/as y de la necesidad de llevar a cabo acciones que faciliten tanto su integración social como el ejercicio de todos sus derechos en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía, incluido el acceso al mercado de trabajo⁵.

5.1.1 LA DISCAPACIDAD EN EL CONTEXTO ANDALUZ Y ESPAÑOL.

Para el estudio de la discapacidad en España, la principal referencia sigue siendo la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 99)*, que cifra en aproximadamente el

9% de la población española el número total de personas con alguna discapacidad o con limitaciones que han causado o pueden llegar a causar discapacidades.

Los resultados muestran una clara correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad. Más del 32 por ciento de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad, mientras que entre las menores de 65 años la proporción de personas con discapacidad no llega al 5 por ciento. No obstante, el aumento de la prevalencia es continuo conforme avanza la edad, pues a partir de los 50 años ese incremento se acelera de forma notable.

5 De 1990 es la Ley de Norteamericanos Minusválidos (ADA) contra la discriminación, modelada siguiendo la Ley de los Derechos Civiles de 1964, que asegura al minusválido igual acceso a las oportunidades de empleo y a las instalaciones públicas. De este año es también la Ley de Educación para Minusválidos (IDEA), que estipula la educación pública gratuita y apropiada para cada niño minusválido, y promueve el concepto de la inclusión, al requerir que los estudiantes discapacitados sean educados en ambientes educativos generales, junto con estudiantes sin discapacidades, en la mayor medida “apropiada”.

Las Normas Uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad fueron aprobadas por Resolución 48/96 de 20 de diciembre de 1993 de la Asamblea General de Naciones Unidas.

El artículo 13 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, firmado en Ámsterdam el 2 de octubre de 1997, habilita al Consejo para adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación, entre otros motivos, por razón de discapacidad.

En su desarrollo, se aprueba la Directiva 2000/78/CE, de 27 de noviembre, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, por motivos de religión o convicciones, de discapacidad, de edad o de orientación sexual, que ha sido transpuesta al ordenamiento jurídico español a través de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), establece en el artículo 1.2 que a los efectos de dicha ley, (establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución) tendrán la consideración de discapacitados quienes tengan un grado de minusvalía igual o superior al 33%. En especial, el Artículo 14 de la Constitución establece que: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. El Consejo de la Unión Europea reunido en Laeken el 3 de diciembre de 2001, aprobó una Decisión por la que declaró el año 2003 como “Año Europeo de las Personas con Discapacidad”.

El Tratado por el que se establece una Constitución para Europa firmado en Roma el 29 de octubre de 2004 por los Jefes de Estado y de Gobierno de los Estados miembros de la Unión Europea, establece en el artículo II-81, “la prohibición de toda discriminación, y en particular por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, relación o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”.

Es decir, en la normativa más reciente se está asimilando la discriminación por motivos de discapacidad a las demás formas de discriminación. Por ello, cuando se habla de discapacidad, cada vez más se usa el término de derechos humanos aplicando la legislación de no discriminación y no sólo utilizando medidas de “acción positiva”.

La encuesta estima, en conjunto, un número mayor de mujeres que de varones con discapacidad (el 58,3 por cien de la población con discapacidad son mujeres). Sin embargo, este predominio cuantitativo de las mujeres no se da en todos los grupos de edad. La encuesta ha identificado un mayor número de varones que de mujeres en las edades jóvenes, mientras que en edades más elevadas se invierte esta tendencia. El punto de inflexión se sitúa alrededor de los 45 años.

En cuanto a la distribución territorial de la discapacidad en España, a la vista del CUADRO 1, cabe señalar la concentración en unas cuantas Comunidades Autónomas: 22,7% en Andalucía, 16% en Cataluña, 10,7% en Madrid y 8,9% en la Comunidad Valenciana. Por lo que respecta a la provincia de Sevilla, concentra el 4,7%, cifra ligeramente superior al 4,1 de Castilla-La Mancha y al 4,5% del País Vasco y claramente superior a los valores de Murcia, Canarias, Baleares y Extremadura, entre otras Comunidades Autónomas.

Si bien es cierto que se trata de las comunidades que igualmente concentran la mayor parte de la población española, la concentración de discapacitados/as presenta un mapa ligeramente diferente al del conjunto de la población. Este hecho lo podemos comprobar si nos fijamos en

las tasas de personas con algún tipo de discapacidad entre 6 y 64 años por cada 1.000 habitantes en dicho intervalo de edad. Si calculamos el índice de cada región, asignando el valor 100 a la media del conjunto nacional, podemos ver con más claridad la mencionada concentración (CUADRO 2).

Andalucía es la Comunidad Autónoma que presenta un índice mayor, 123, (a excepción de la Ciudad de Melilla), seguida de Murcia (122), Galicia (110) y Cataluña (104). En el extremo opuesto se sitúan Navarra, con un índice de sólo 76, Aragón (80), Madrid (82) y la Comunidad Valenciana (89), a pesar de concentrar un porcentaje importante de la población en cifras absolutas. Aunque, en líneas generales, la concentración se sucede para todos los tramos de edad, debemos destacar que las diferencias se incrementan en el caso de los mayores de 45 años. Especialmente, en el caso de la provincia de Sevilla, comprobamos cómo la mayor concentración se debe exclusivamente a los mayores de 45 años (126), mientras que para el intervalo entre 6 y 44 años (98) se sitúa ligeramente por debajo de la media nacional. Sus datos son superiores, en general, a los de cualquier Comunidad Autónoma, a excepción de la propia Andalucía, Murcia y Galicia.

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

	Ambos sexos		
	Total	De 6 a 44 años	De 45 a 64 años
España	100%	100%	100%
<i>Andalucía</i>	22,8%	23,0%	22,6%
Sevilla	4,7%	4,5%	4,9%
Aragón	2,2%	2,3%	2,2%
Principado de Asturias	2,6%	2,7%	2,6%
Baleares	1,9%	1,9%	2,0%
Canarias	3,9%	4,4%	3,5%
Cantabria	3,9%	1,2%	1,4%
Castilla y León	6,0%	5,5%	6,3%
Castilla-La Mancha	4,1%	4,0%	4,1%
Cataluña	16,0%	15,9%	16,1%
Comunidad Valenciana	8,9%	9,0%	8,8%
Extremadura	2,5%	2,4%	2,6%
Galicia	7,4%	6,6%	7,9%
Comunidad de Madrid	10,7%	11,3%	10,2%
Región de Murcia	3,5%	3,6%	3,3%
Comunidad Foral de Navarra	1,0%	1,1%	1,0%
País Vasco	4,5%	4,1%	4,8%
La Rioja	0,4%	0,4%	0,3%
Ceuta	0,2%	0,3%	0,2%
Melilla	0,2%	0,3%	0,2%

FUENTE: Elaboración propia a partir de EDDDES99 (Instituto Nacional de Estadística).

CUADRO 2. ÍNDICE DE TASAS DE DISCAPACIDAD POR 1.000 HABITANTES.

	Ambos sexos		
	Total	De 6 a 44 años	De 45 a 64 años
España	100	100	100
Andalucía	123	118	138
Sevilla	107	98	126
Aragón	80	87	70
Principado de Asturias	102	108	90
Baleares	100	98	102
Canarias	89	97	91
Cantabria	99	91	103
Castilla y León	101	94	102
Castilla-La Mancha	98	95	105
Cataluña	104	106	97
Comunidad Valenciana	88	89	87
Extremadura	94	88	105
Galicia	110	102	109
Comunidad de Madrid	82	88	75
Región de Murcia	122	122	132
Comunidad Foral de Navarra	76	83	69
País Vasco	85	80	83
La Rioja	58	67	49
Ceuta	108	136	97
Melilla	151	145	186

FUENTE: Elaboración propia a partir de EDDDES99 (Instituto Nacional de Estadística).

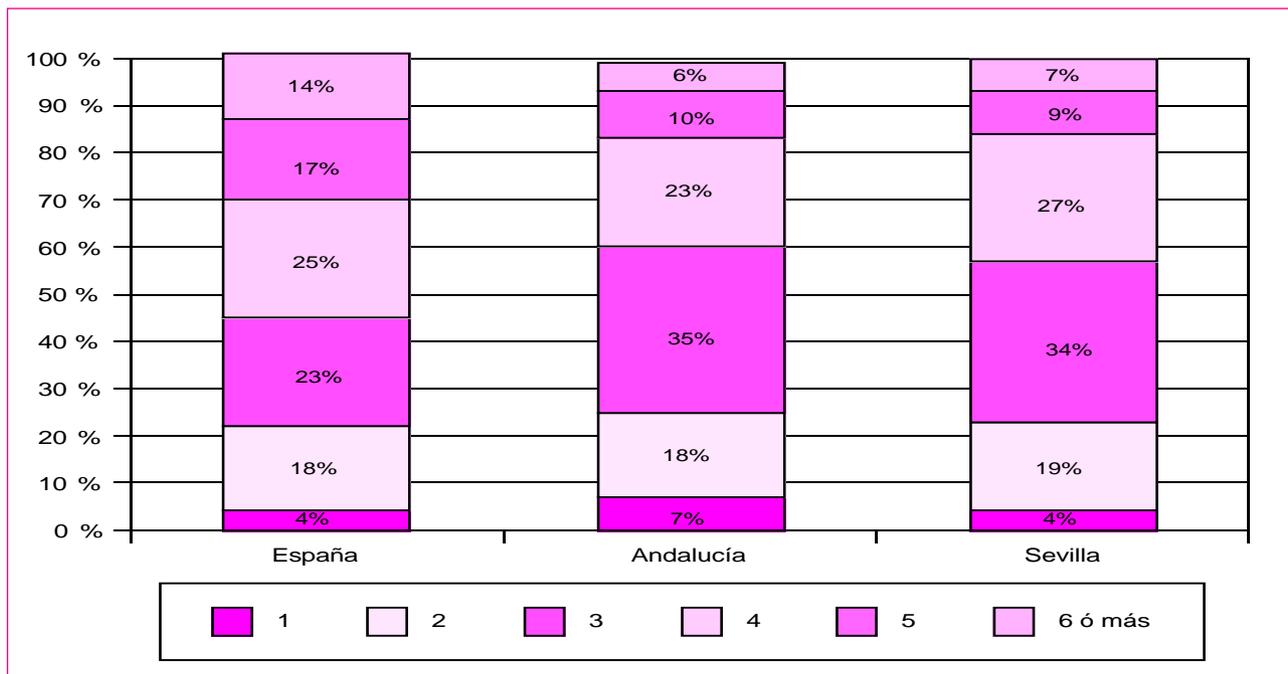
El tipo de hábitat donde residen estas personas es una cuestión importante para la política social y la planificación de servicios. Cabe plantear la hipótesis, *a priori*, de

la existencia de cierta relación de intercambio de determinadas ventajas asociadas a diferentes tamaños de núcleos poblacionales. En núcleos más pequeños

pueden encontrarse ciertas ventajas en términos de acceso a la vivienda (en especial en cuanto se refiere a su adaptación a las necesidades específicas de cualquier discapacitado), de obtención de servicios personales no especializados (servicio doméstico en particular) y de un trato personal más directo que pudiera permitir soslayar las barreras arquitectónicas existentes. En el

otro extremo, la ciudad oferta una gama mucho más amplia de servicios y actividades, especialmente aquellos cuya prestación requiere una determinada masa crítica, que sólo se logra allí donde la concentración de personas con discapacidad permite obtener mayor eficiencia en el gasto social o explotar las economías de escala en el caso de la iniciativa privada.

GRÁFICO 1. TAMAÑO DEL HOGAR EN QUE CONVIVEN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



FUENTE: Elaboración propia a partir de EDDDES99 (Instituto Nacional de Estadística).

A la vista del GRÁFICO 2, podemos comprobar cómo en el conjunto del Estado, algo más de la mitad de las personas con discapacidad viven en municipios de menos de 50.000 habitantes (un 27% en lo que podemos llamar “pueblos” —menos de 10.000 habitantes— y otro 24% en ciudades pequeñas, de menos de 50.000 habitantes), una

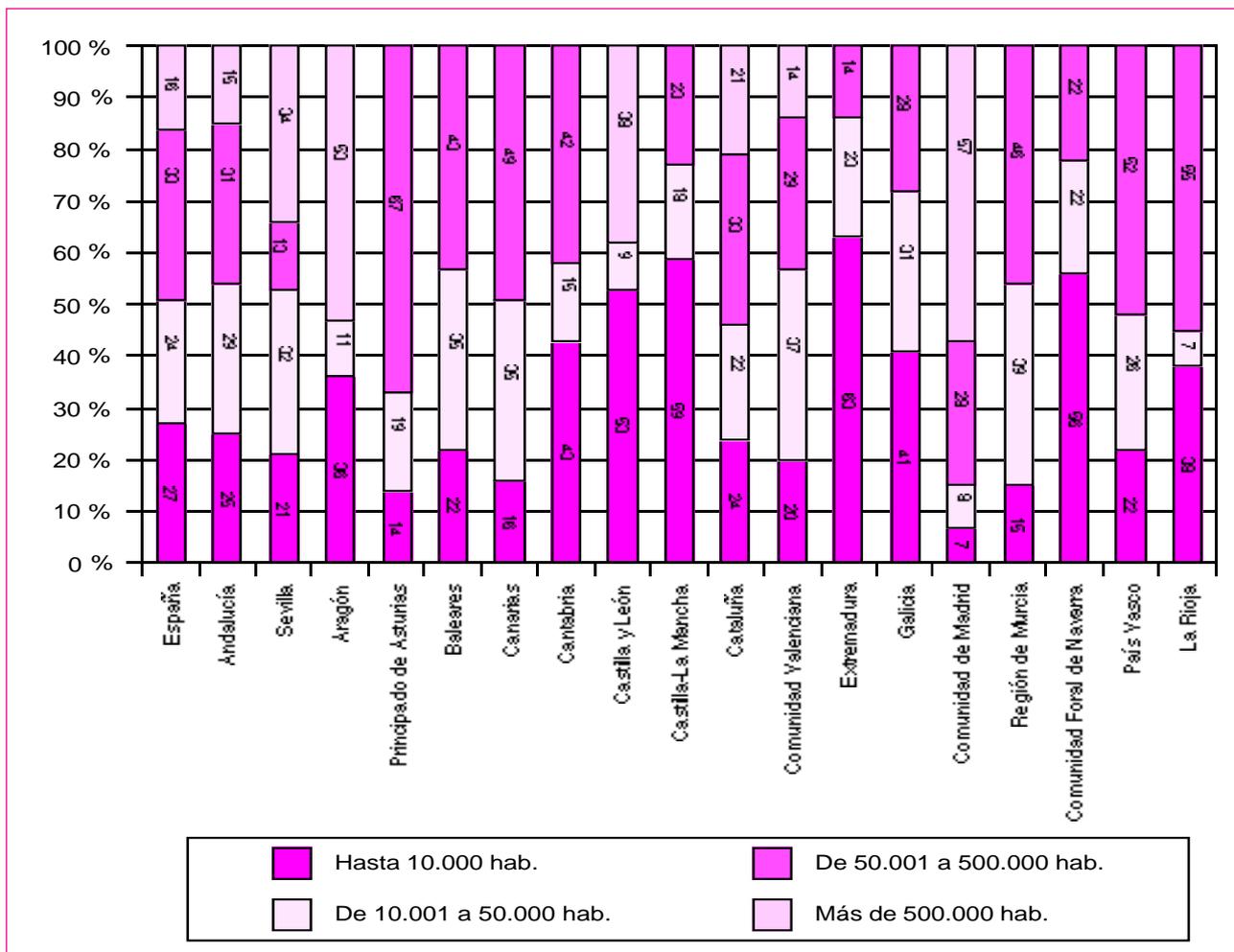
tercera parte vive en ciudades de tamaño medio (hasta 500.000 habitantes) y tan sólo un 15% vive en grandes ciudades, de más de 500.000 habitantes.

Desde la perspectiva de las diferentes Comunidades Autónomas y provincias, observamos una lógica hetero-

geneidad, en función de las características propias de la distribución y tamaño de los núcleos poblacionales que las conforman. Así, en Extremadura (63%), Castilla-La Mancha (59%) y Castilla y León (53%) predominan los

núcleos rurales. En el extremo opuesto se sitúan la Comunidad de Madrid (56%), Aragón (52%) y, en menor medida, Sevilla (33%) en las que predominan las grandes ciudades.

GRÁFICO 2. TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



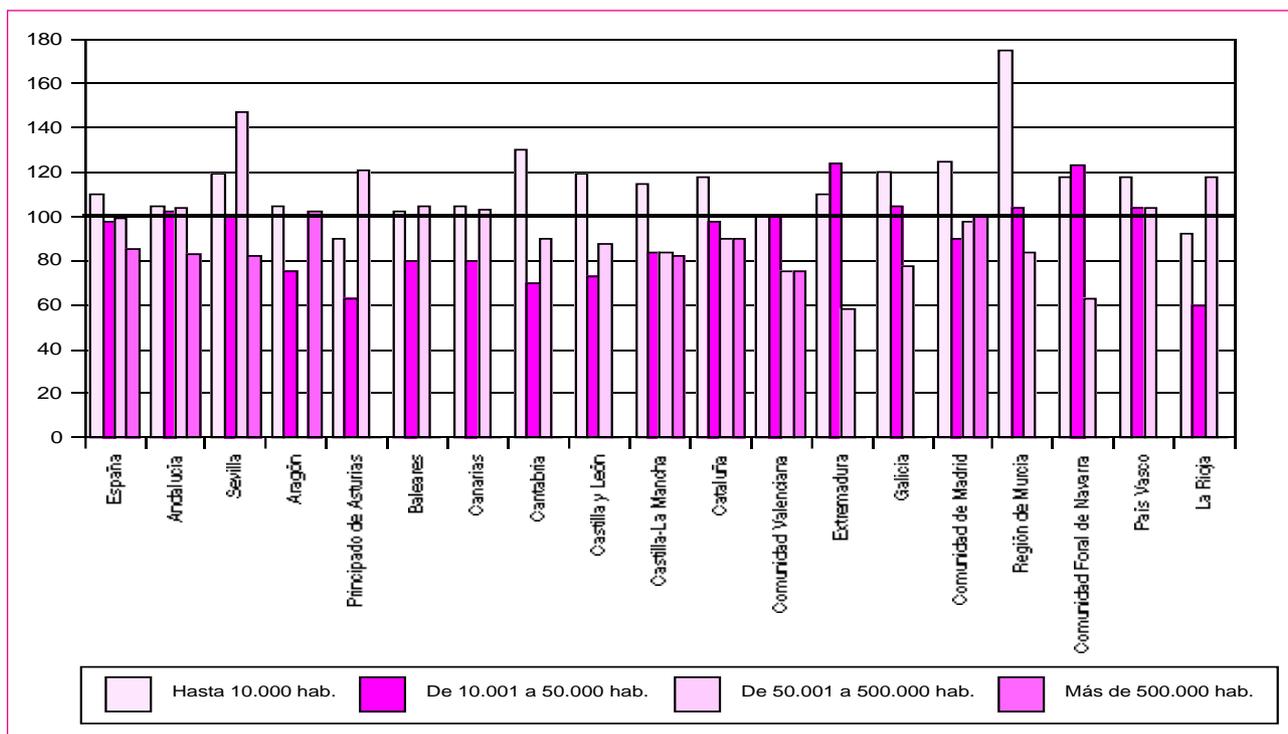
FUENTE: Elaboración propia a partir de EDES99 (Instituto Nacional de Estadística).

Para saber si las diferencias en la distribución por tamaños de municipios se deben a características estructurales de cada Comunidad o si, por el contrario, obedecen a preferencias de este colectivo, elaboraremos un índice de concentración residencial. En su expresión más simple, este índice puede elaborarse a partir del cociente entre la distribución porcentual por tamaños de municipios de la población con discapacidad y la distribución por tamaños de los municipios para el conjunto de la población, multiplicado por cien. Así, un índice mayor que cien implicaría una concentración de personas con discapacidad en ese tamaño de municipio mayor de la que cabría esperar a partir de la distribución

de la población, mientras que un índice menor que cien implicaría justo lo contrario. El Gráfico 3 muestra los resultados de dicho índice.

A la vista del GRÁFICO 3 y de los datos del CUADRO 3, destacamos, en primer lugar, que, para el conjunto de España, existe una mayor concentración en pueblos (113), en detrimento claramente de las grandes ciudades (87), mientras que en ciudades pequeñas y medianas (97 y 99, respectivamente) la concentración es relativamente acorde con la estructura de la distribución de la población en este tipo de municipios.

GRÁFICO 3. CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA



FUENTE: Elaboración propia a partir de EDD99 y de la Revisión del Padrón 1999 (INE).

CUADRO 3. ÍNDICES DE CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA.

	Ambos sexos			
	Hasta 10.000 hab.	De 10.001 a 50.000 hab.	De 50.001 a 500.000 hab.	Más de 500.000 hab.
España	113	97	99	87
<i>Andalucía</i>	107	99	103	85
Sevilla	117	100	147	82
Aragón	108	74		103
Principado de Asturias	93	64	121	
Baleares	104	90	108	
Canarias	108	91	105	
Cantabria	129	72	91	
Castilla y León	117	74	89	
Castilla-La Mancha	114	88	83	
Cataluña	116	96	100	90
Comunidad Valenciana	100	101	119	73
Extremadura	111	124	57	
Galicia	119	103	79	
Comunidad de Madrid	128	87	98	101
Región de Murcia	171	103	86	
Comunidad Foral de Navarra	116	122	65	
País Vasco	117	83	105	
La Rioja	94	61	115	
Ceuta			100	
Melilla			100	

FUENTE: Elaboración propia a partir de EDD99 y de la Revisión del Padrón 1999 (INE).

Esta es una situación generalizada para todas las grandes ciudades, a excepción de Madrid (101) y algo más Zaragoza (103), donde la población de discapacitados/as se concentra ligeramente por encima de lo que cabría esperar. No obstante, en ambos casos, para el conjunto de la Comunidad Autónoma, la concentración en pequeños municipios es sensiblemente mayor, especialmente en el caso de Madrid (128).

De otra parte, es también una tónica general la concentración en pequeñas localidades de menos de 10.000 habitantes, como refleja el hecho de que, en general, los índices de este tipo de municipios están por encima de 100, a excepción del Principado de Asturias (93) y La Rioja (94); en ambos casos los índices superiores a cien se encuentran en las ciudades de tamaño medio, mientras que las pequeñas ciudades presentan índices inferiores incluso a los de las pequeñas localidades.

En cuanto a las diferencias entre ciudades pequeñas y las de tamaño medio, encontramos bastante heterogeneidad en los índices. No obstante, los valores de las ciudades de tamaño medio son superiores a los correspondientes a las pequeñas, a excepción de Extremadura y Navarra, las únicas Comunidades en que las ciudades pequeñas presentan los índices de concentración más altos que el resto de tamaños de núcleo poblacional.

En resumen, parece revelarse cierta preferencia por los núcleos poblacionales pequeños y, en segundo lugar, por las ciudades de tamaño medio, en detrimento especialmente de las grandes urbes y, en menor medida, de las ciudades pequeñas.

Respecto a la provincia de Sevilla, encontramos una concentración especialmente elevada en las ciudades de tamaño medio (147) claramente en detrimento de la concentración en la capital (82), mientras que en las pequeñas localidades la concentración (117) es ligeramente superior a la media nacional (113) y andaluza (107).

5.1.2. SISTEMAS DE AYUDA A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

La situación de dependencia de personas menores de 65 años va unida a algún tipo de discapacidad, que de forma genérica⁶ se resume en deficiencia (problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de la persona), limitaciones en la actividad (dificultades para realizar ciertas actividades) y restricciones en la participación (problemas en situaciones vitales como relaciones interpersonales, empleo, etc.).

Las formas de enfrentarse a los problemas derivados de la discapacidad se han dirigido hacia la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la no discriminación. En España, la rehabilitación se recogía en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, con el objetivo de facilitar la recuperación del individuo afectado para la vida normal, mediante técnicas terapéuticas y otros elementos. La igualdad de oportunidades es un aspecto esencial de la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982⁷. La no discriminación se incorporó al ordenamiento jurídico español con la Ley 62/2003, de 20 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social y la Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no discrimi-

6 Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS (2001).

7 Teniendo como antecedentes la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), las Declaraciones sobre los Derechos de las Personas con Retraso Mental (1971) y Derechos de las Personas Minusválidas (1975) y el Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad (1982), de la ONU.

nación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad⁸.

La variada problemática de las personas con discapacidad ha fomentado la aparición de distintas asociaciones y organizaciones que luchan por el reconocimiento de los derechos de sus asociados, configurando el Comité Español de Representantes de personas con discapacidad, que supone una plataforma representativa del sector.

Las ayudas a la discapacidad se dividen en prestaciones en servicios y prestaciones económicas. Estas últimas pueden ser ayudas técnicas y prestaciones económicas directas.

Para concluir esta introducción, queremos dedicar este apartado a analizar las formas en que se satisfacen las necesidades de las personas con discapacidad, el grado en que demandan ayuda y ésta es satisfecha, el tipo de ayuda que reciben y, en el caso de la asistencia personal, la modalidad de ayuda más frecuente, la relación con el cuidador y el volumen de horas semanales de ayuda recibidas.

5.1.2.1. Prestaciones en servicios y asistencia técnica.

Las prestaciones en servicios tienen carácter sanitario y social. Por una parte, en los Centros de Salud se ubican las Unidades de Apoyo a la Atención Primaria y en los Centros de Atención a personas con discapacidad se proporcionan servicios ambulatorios de información, valoración, evaluación, diagnóstico, orientación, rehabilitación y recuperación profesional. Estos servicios de atención

primaria se complementan con la asistencia sanitaria a domicilio, la hospitalización a domicilio, el apoyo a la unidad de convivencia y ayuda a domicilio y la Teleasistencia.

Por otra parte, existe la posibilidad de recibir atención integral durante el día en centros de atención, como los Hospitales de Día, los Centros de Día, los Centros ocupacionales, los Centros de rehabilitación y los Centros de respiro familiar.

Los centros residenciales presentan distinta tipología y finalidad (Unidad de media estancia, Unidad de larga estancia hospitalaria, centros residenciales⁹, alojamientos alternativos y los Centros de recuperación profesional).

Los Centros de Especialidades y de Referencia proporcionan atención directa a personas con tipos específicos de discapacidad, como el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (Madrid), para personas con discapacidad de edad avanzada (Pozoblanco), para lesiones medulares (Barcelona, Toledo), para personas con trastornos múltiples (Guadalajara), para personas con enfermedades raras (Burgos) o con enfermedad mental grave (Valencia).

Las prestaciones técnicas tienen carácter económico, como las ayudas para la adaptación de la vivienda, y de carácter directo, como son las prestaciones ortoprotésicas y las ayudas técnicas a la persona con discapacidad.

A la vista del CUADRO 4, comprobamos cómo algo menos de la mitad de los/as discapacitados/as no han requerido ayuda (45% en el conjunto de España), casi la

8 Ambas basadas en el artículo 13 del Tratado de la Comunidad Europea y más concretamente en la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, sobre el establecimiento de un marco general de igualdad en el empleo.

9 Para personas con discapacidad grave existen los Centros de Atención a Minusválidos Físicos, los Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos y los centros psiquiátricos.

mitad (47%) han necesitado algún tipo de servicio y lo han recibido y un 6% no ha recibido el servicio que necesitaba. En Andalucía los datos son muy similares, si bien el

porcentaje es algo menor entre quienes no han requerido ayuda (44%) y mayor para los que no la han recibido a pesar de necesitarlo (7%).

CUADRO 4. PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN LA NECESIDAD O NO DE SERVICIOS.

	Ambos sexos			
	Ha necesitado algún servicio y lo ha recibido	Ha necesitado algún servicio y no lo ha recibido	No ha necesitado ningún servicio	No consta
España	47%	6%	45%	2%
<i>Andalucía</i>	47%	7%	44%	2%
Aragón	42%	6%	50%	2%
Principado de Asturias	52%	4%	39%	5%
Baleares	49%	8%	41%	1%
Canarias	52%	6%	38%	4%
Cantabria	38%	3%	56%	2%
Castilla y León	41%	7%	52%	1%
Castilla-La Mancha	49%	6%	43%	1%
Cataluña	50%	5%	41%	4%
Comunidad Valenciana	42%	8%	49%	2%
Extremadura	53%	9%	38%	1%
Galicia	41%	5%	54%	0%
Comunidad de Madrid	50%	6%	41%	3%
Región de Murcia	57%	5%	37%	1%
Comunidad Foral de Navarra	40%	6%	52%	2%
País Vasco	37%	5%	53%	5%
La Rioja	28%	2%	70%	1%
Ceuta	55%	5%	38%	2%
Melilla	32%	1%	64%	3%

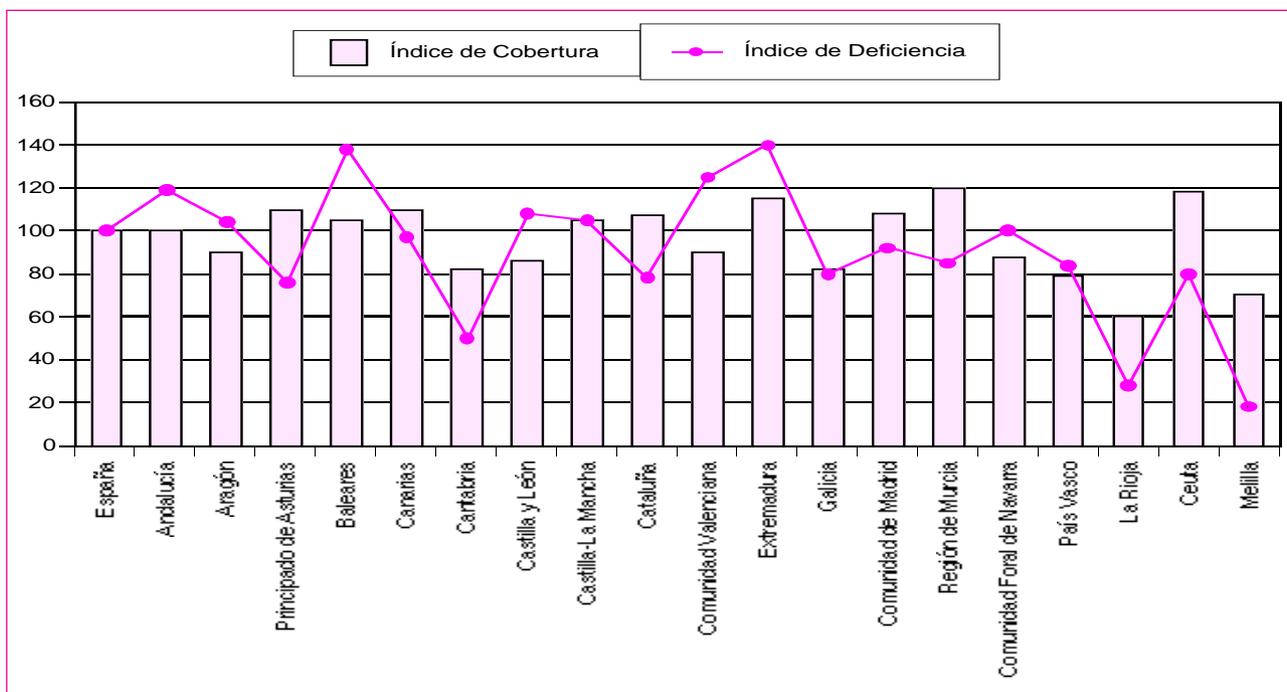
FUENTE: Elaboración propia a partir de EDDDES99 (INE).

En cuanto al resto de Comunidades Autónomas, la heterogeneidad es la nota dominante. Quizá quepa destacar el caso de La Rioja, donde el 70% no ha necesitado ningún servicio y sólo un 2% no lo ha recibido habiéndolo necesitado. En el extremo opuesto, Murcia (38%) y Asturias (39%) presentan las tasas mas bajas de personas con discapacidad que no requieren ningún servicio, al tiempo que tienen tasas de no satisfacción del servicio necesitado del 5% y 4%, respectivamente, por debajo de los niveles medios del conjunto del Estado. Por último,

Baleares (8%), Valencia (8%) y Extremadura (9%) presentan los índices más elevados de no satisfacción de un servicio necesitado.

Si llamamos “índice de cobertura” al porcentaje de discapacitados¹⁰ que han necesitado ayuda y la han recibido e “índice de deficiencia” al porcentaje que no ha recibido los servicios necesitados, el GRÁFICO 4 resume las diferencias encontradas por Comunidades Autónomas, respecto a la media del conjunto de España (índice 100).

GRÁFICO 4. ÍNDICES DE COBERTURA Y DE DEFICIENCIA DE SERVICIOS.



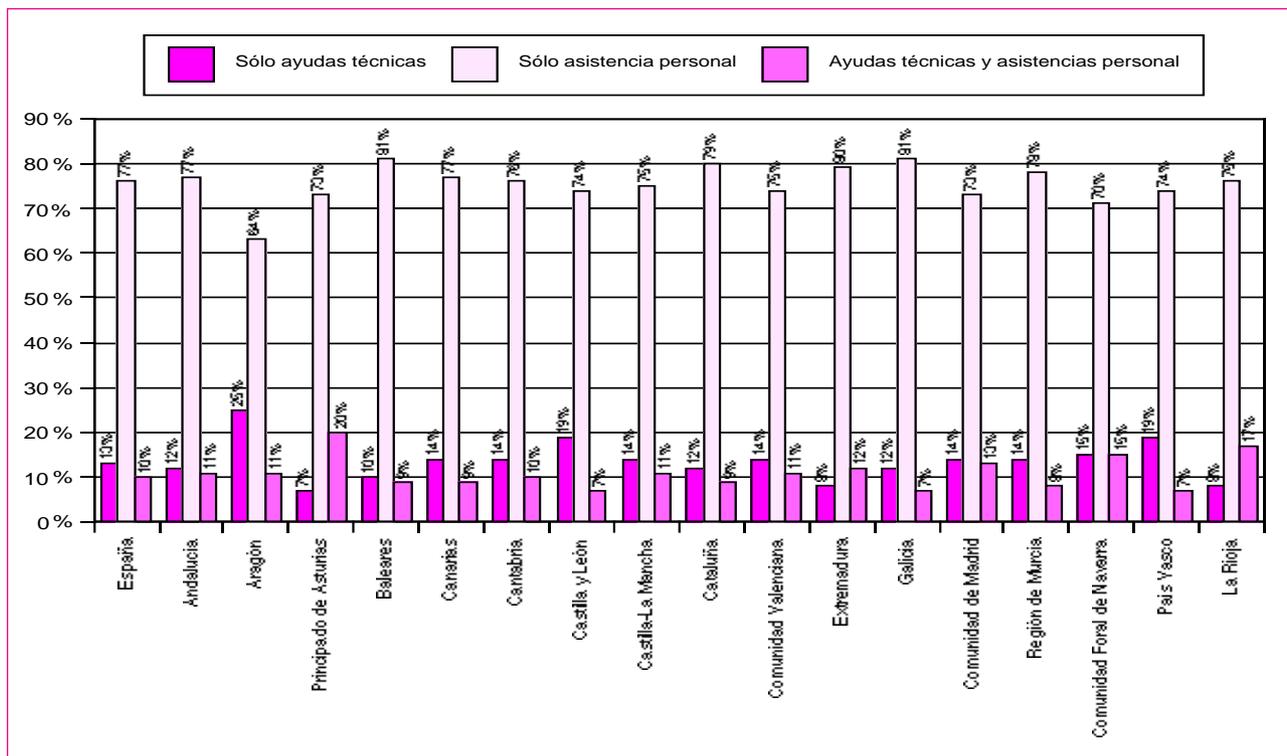
FUENTE: Elaboración propia a partir de EDES99 (INE).

10 Un/a discapacitado/a puede tener más de una discapacidad y necesitar ayuda para todas ellas.

Estas personas que han recibido ayuda pueden haberlo hecho por una o varias discapacidades y la ayuda puede haber sido técnica, de asistencia personal o de ambos tipos. Del total de las discapacidades que han recibido asistencia de algún tipo, las ayudas han consistido mayoritariamente en asistencia personal (más de un 86%),

mientras que la asistencia técnica se sitúa en niveles mucho más reducidos (23%), lo que supone un 10% que recibe ambos tipos de ayuda. Como puede comprobarse en el GRÁFICO 5, la realidad que acabamos de describir para el conjunto de España se repite, con ligeras variaciones para todas las comunidades autónomas.

GRÁFICO 5. TIPO DE AYUDAS RECIBIDAS.



FUENTE: Elaboración propia a partir de EDDSES99 (INE).

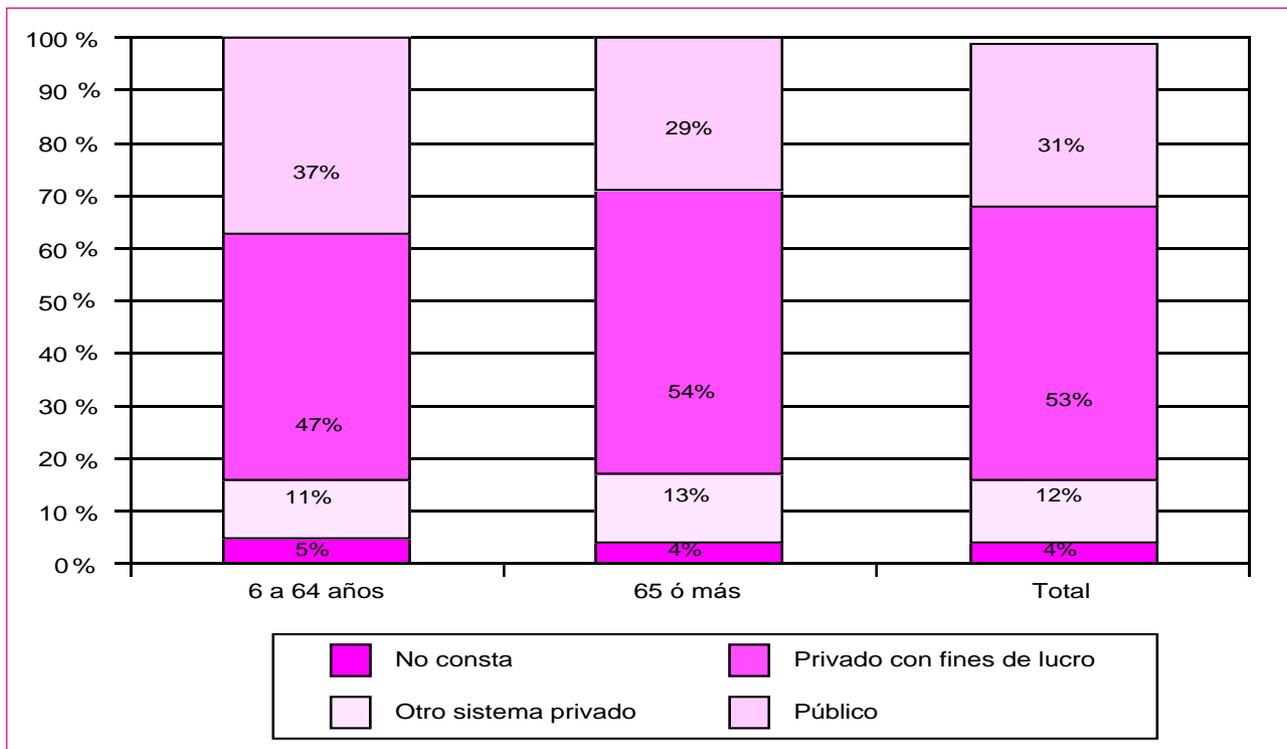
Las ayudas técnicas han procedido, en primer lugar, de empresas privadas lucrativas (47%), seguidas del sector público (37%) y de otros sistemas privados (11%), como queda reflejado en el GRÁFICO 6. En dicho gráfico puede comprobarse igualmente que existen ligeras diferencias

respecto a la población con discapacidad mayor de 65 años. En el caso de las personas mayores hay un menor recurso al sector público (29%), que se deriva fundamentalmente hacia empresas privadas lucrativas (54%) y en menor medida a otros sistemas privados (13%), que en

este caso es ligeramente superior al de los menores de 64 años. Ello supone que algo más del 21% de las personas con discapacidad recibe asistencia técnica, el 40% recibe

ayuda personal y el 9% recibe ambos tipos de ayudas, en el conjunto de España.

GRÁFICO 6. SISTEMA PROVEEDOR DE AYUDAS TÉCNICAS.



FUENTE: Elaboración propia a partir de EDDDES99 (INE).

Por su parte, las ayudas personales proceden fundamentalmente de familiares directos (cónyuge, padre o madre, hermano o hermana, hijo o hija), como refleja el GRÁFICO 7. Queremos destacar que en la provincia de Sevilla el recurso a familiares directos (77%) es superior al de Andalucía (75%), que también supera la media nacional (73%), a todas luces elevada. Esta tendencia se repite también en el recurso a otros parientes, que en Sevilla (7%) supera tanto a la media andaluza (6%) como a la

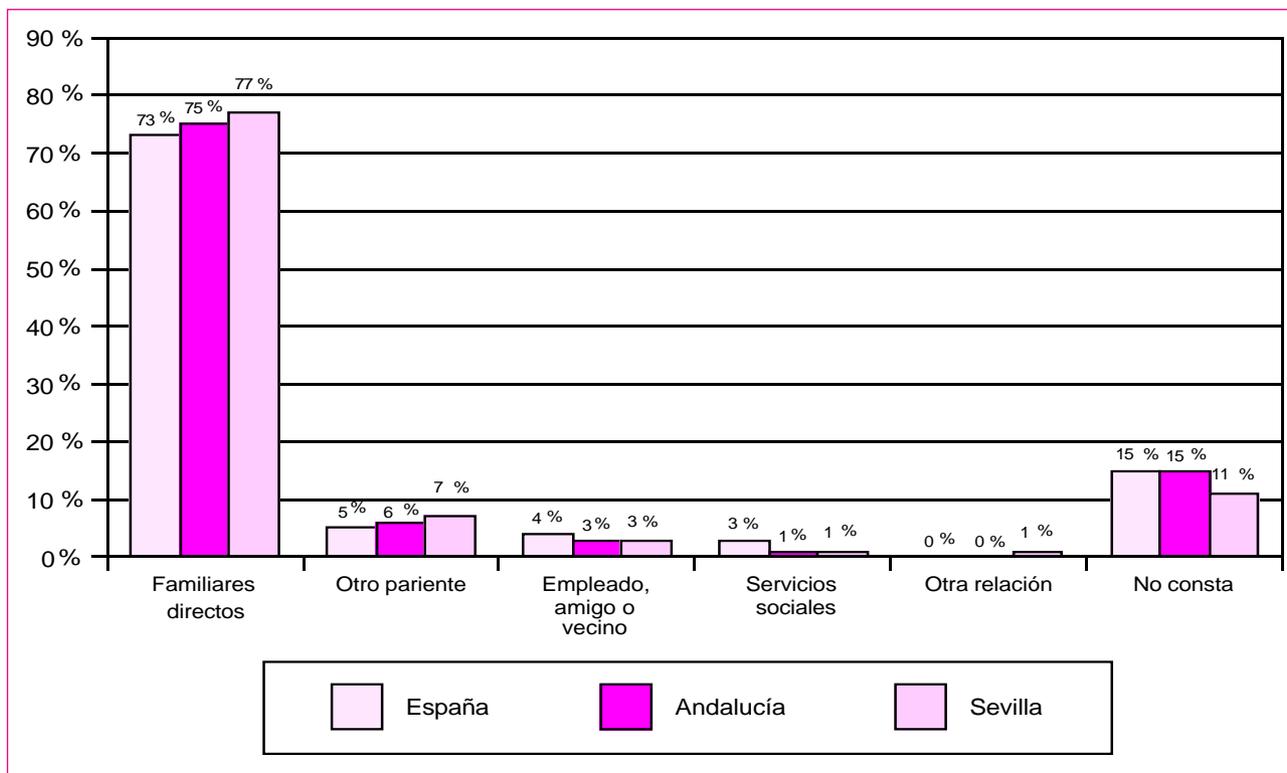
española (5%). En conjunto, en la provincia de Sevilla se recurre en un 84% a familiares, frente al 81% de Andalucía o el 78% del conjunto de España.

Consecuencia lógica del mayor recurso a la familia es el menor recurso a las restantes fuentes de prestación de servicios de asistencia personal. La procedente de empleados/as, vecinos/as y amigos/as en Sevilla y Andalucía se sitúa en el 3%, frente al 4% en España. Pero

quizá merezca ser destacado el menor recurso a los Servicios Sociales, que en Sevilla y Andalucía representan tan sólo el 1% frente el 3% del conjunto del Estado; es

decir, niveles que se sitúan en la tercera parte de la media nacional, que sin lugar a dudas es extremadamente reducida, por no decir residual.

GRÁFICO 7. PROCEDENCIA DE LA ASISTENCIA PERSONAL.



187

FUENTE: Elaboración propia a partir de EDDDES99 (INE).

En este punto cabe plantearnos la cuestión, obviamente de difícil respuesta, acerca de hasta qué punto el mayor recurso a la familia sea una consecuencia de dos elementos relacionados con los menores niveles de renta de la Comunidad Andaluza. Por un lado, las limitaciones de renta inducen a un mayor recurso a la solidaridad familiar

frente al mercado de servicios. Por otro, las disponibilidades presupuestarias más reducidas de las distintas administraciones públicas limitan las posibilidades de oferta de los servicios sociales y por tanto la cobertura de las necesidades. En conjunto, con menores niveles de renta y de oferta de servicios sociales, las personas con discapaci-

dad andaluzas se ven obligadas a recurrir a la solidaridad familiar todavía en mayor medida de lo que se hace en el resto de España.

5.1.2.2. Prestaciones económicas directas.

Las prestaciones económicas consisten en pensiones, asignaciones, subsidios y otros tipos de ayudas¹¹ a organizaciones de apoyo a personas con discapacidad, a lo que habría que añadir los beneficios fiscales que se recogen en la Ley del IRPF:

Pensión de Incapacidad Permanente, en el grado de Gran Invalidez: se reconoce el grado de Gran Invalidez al trabajador/a con incapacidad permanente que necesita la ayuda de otra persona para realizar actividades esenciales de la vida diaria. Es requisito tener cotizado un período mínimo y depende de la edad del trabajador y de si la contingencia proviene de enfermedad común o profesional o accidente. La cuantía de la prestación es el 100% de la base de cotización incrementada en un 50% para la persona que atiende al beneficiario. Este incremento puede sustituirse, a petición del beneficiario, por su internamiento en una institución asistencial pública de la Seguridad Social. La cuantía mínima de esta pensión, en 2004, era de 617,34 euros/mes (727,34 euros/mes con cónyuge a cargo) y la máxima de 2.089,10 euros/mes, en catorce pagas al año. Son rentas exentas de imposición en el IRPF.

Complemento por Ayuda de Tercera Persona de la Pensión no Contributiva de Invalidez: está destinada a personas que no han cotizado suficientemente para tener derecho a una pensión contributiva que tengan un grado de minusvalía/discapacidad igual o superior al 75% y necesite la ayuda de otra persona para realizar actividades esenciales de la vida, por lo que recibirá un comple-

mento del 50% sobre el importe general establecido para la Pensión no Contributiva de Invalidez. Los requisitos mínimos son: tener entre 18 y 65 años y un mínimo de cinco años de residencia en territorio español. En 2004, la cuantía genérica de esta pensión, incluyendo el complemento por ayuda de tercera persona alcanzaba la cifra de 414,45 euros/mes, en catorce pagas al año. Son rentas exentas de imposición en el IRPF.

Asignación por hijo/a a cargo Minusválido/a mayor de 18 años que precisa la ayuda de tercera persona: el beneficiario es el hijo minusválido y los requisitos son la convivencia, la inexistencia de otros ingresos, que sea mayor de 18 años y la acreditación de un grado de minusvalía/discapacidad igual o superior al 75%. Su cuantía en 2004 asciende a 402,14 euros/mes, en doce pagas al año. Son rentas exentas de imposición en el IRPF.

Subsidio por Ayuda de Tercera Persona: este subsidio ha sido suprimido desde 1994.

Ayudas a ONGs: se componen de Subvenciones del Régimen General del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y de las Comunidades Autónomas.

Cofinanciación de Planes y Programas con Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales: se firman anualmente entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las Consejerías de las Comunidades Autónomas.

También están exentas de imposición las pensiones de inutilidad o de retiro de los funcionarios cuando están imposibilitados par la realización de toda profesión u oficio, las prestaciones públicas por actos de terrorismo, las pensiones de orfandad por incapacidad absoluta, los subsidios acogidos a la Ley de Integración Social de los Minusválidos y las pensiones asistenciales.

11 Incluidas entre las prestaciones de la Seguridad Social.

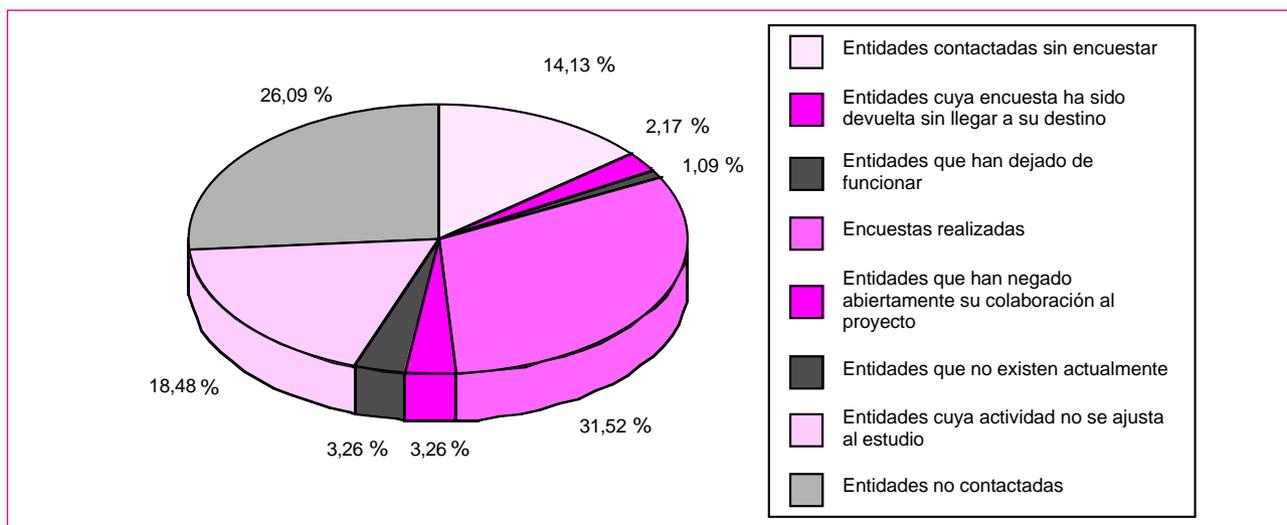
La Ley del IRPF recoge el derecho a reducciones del rendimiento del trabajo según el grado de discapacidad del preceptor, incrementos del mínimo personal y familiar en función del grado de minusvalía¹² del declarante o de sus ascendientes o descendientes, deducciones en la cuota íntegra de los gastos destinados a la adecuación de la vivienda habitual, incremento del límite de las aportaciones a planes y fondos de pensiones o a Mutualidades de Previsión Social (acreditando un grado de minusvalía igual o superior al 65%) y mejoras en la tributación de las

aportaciones efectuadas a favor del patrimonio de una persona con discapacidad¹³.

5.2. LOS SERVICIOS DE AYUDA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE SEVILLA.

5.2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO.

GRÁFICO 8. ENTIDADES CONSIDERADAS PARA EL ESTUDIO.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

Para la realización del estudio se han considerado 92 entidades que proporcionan servicios a personas con disca-

pacidad, en sus diversas modalidades. Aunque se ha contactado con 68 entidades, se ha conseguido entrevis-

12 Desde el 33% al 65% de grado de minusvalía.

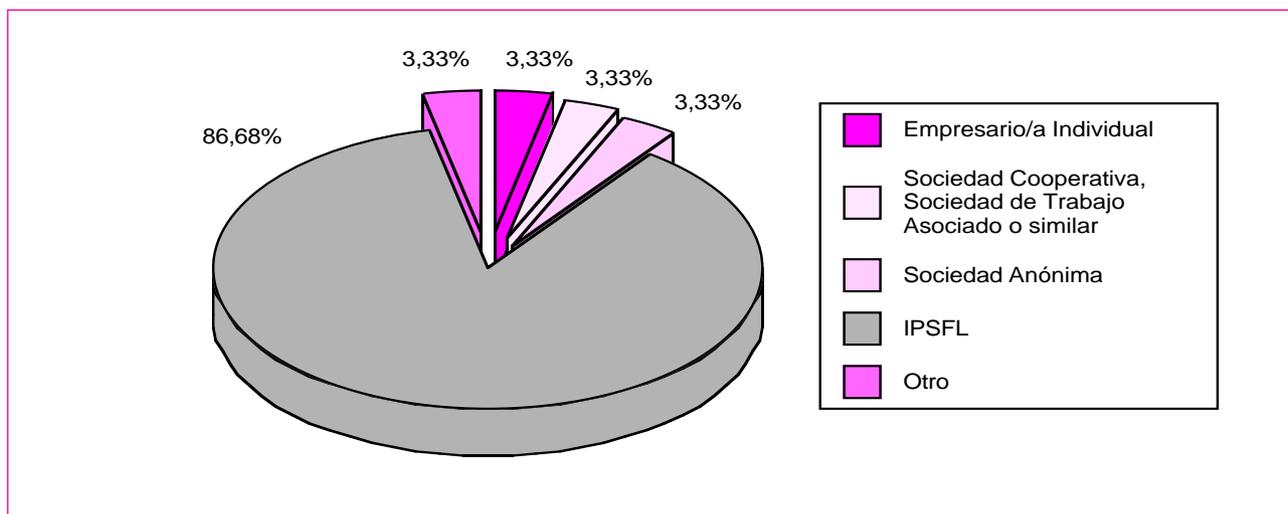
13 Recogidas en la Ley41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad.

tar a 30 (el 31,52% de las consideradas), mientras que otras 13 entidades (14%) no han podido ser encuestadas por diversos motivos a pesar de haber sido contactadas; hemos encontrado 17 entidades cuya actividad no se ajustaba al objeto del estudio (18,5%) y tan sólo 3 entidades (3,3%) se han negado abiertamente a colaborar con el proyecto. Todos estos aspectos quedan representados en el GRÁFICO 8.

5.2.2. DATOS IDENTIFICATIVOS.

Comenzamos nuestro estudio atendiendo a la forma jurídica de las entidades, representada en el GRÁFICO 9. Las entidades entrevistadas presentan mayoritariamente la forma jurídica de Instituciones Privadas sin Fines Lucrativos (IPSFL) (86,7%), siendo residuales las demás formas organizativas (3,3%), a excepción de las sociedades de responsabilidad limitada, de las que no hemos encontrado ningún caso. De las entidades que actualmente son empresas (4) tan sólo una de ellas (25%) inició sus actividades como IPSFL, lo que supone un escaso 3,3% del total de entidades.

GRÁFICO 9. TIPO DE ENTIDAD.



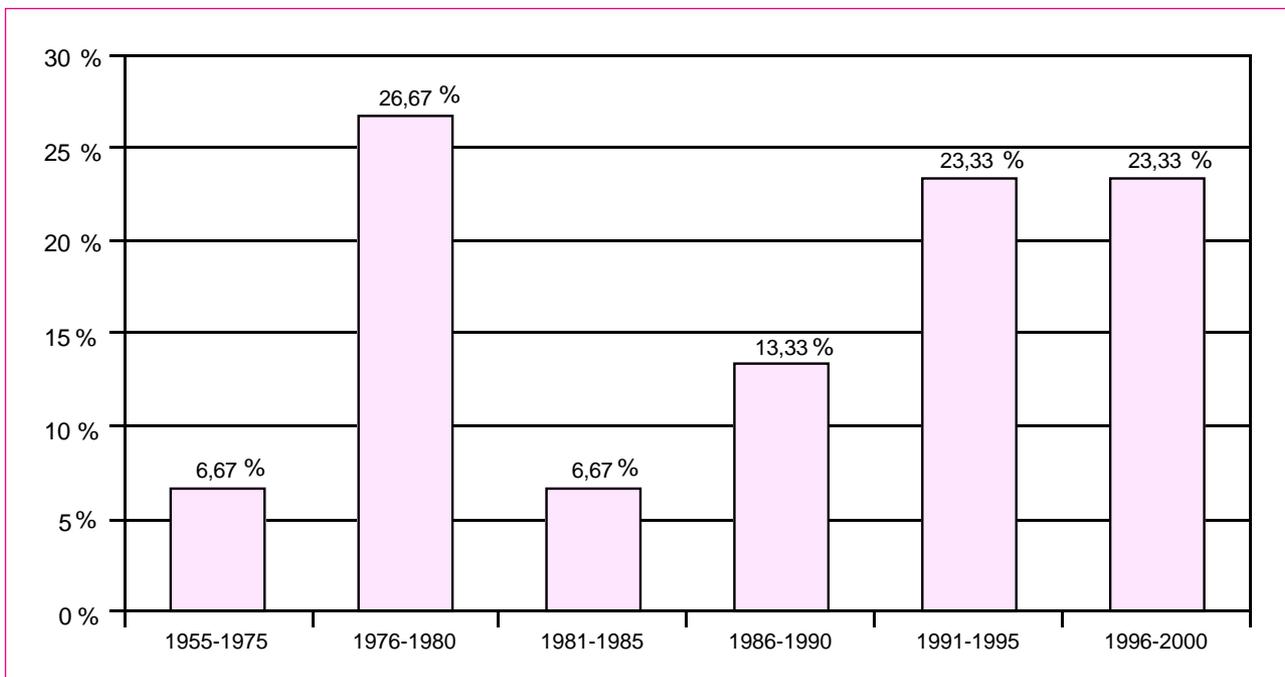
190

FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

En cuanto al año de inicio de sus actividades, la mayoría de las entidades iniciaron su actividad después de 1991 (46,67%), aunque la tercera parte empezó a funcionar

antes de 1980, de las que un 3,37% lo hizo entre 1956 y 1960 y otro 3,3% entre 1971 y 1975. Todo ello queda recogido en el GRÁFICO 10.

GRÁFICO 10. AÑO DE INICIO DE LAS ACTIVIDADES.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

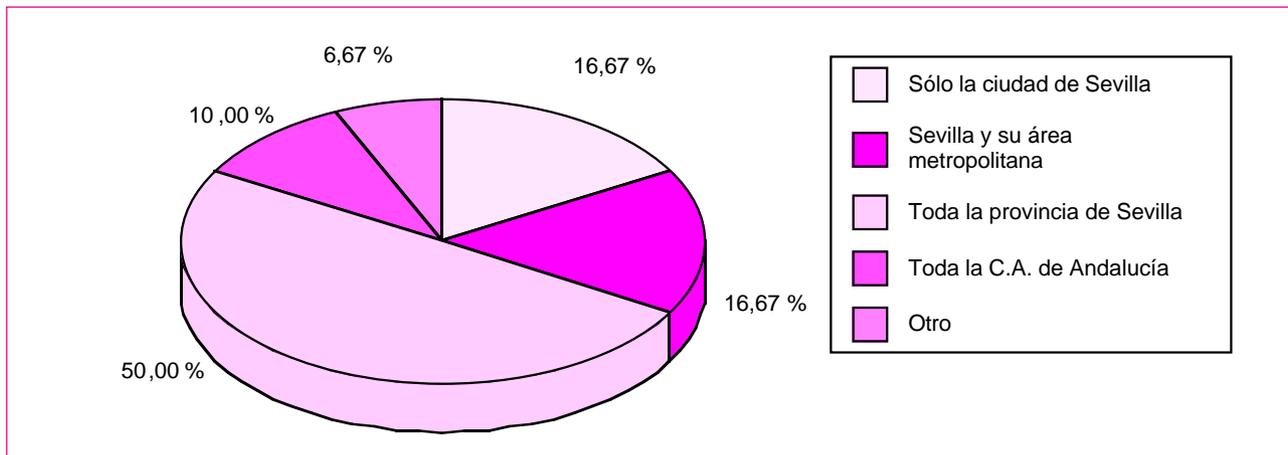
El GRÁFICO 11 recoge el ámbito territorial de actividad de estas entidades. Comprobamos que es mayoritariamente toda la provincia de Sevilla (50%), seguida de aquellas que se dedican al área metropolitana de la ciudad (16,67%) y en exclusiva a la ciudad de Sevilla (16,67%), mientras que otro 10% atiende a toda la comunidad andaluza.

Se trata de empresas de reducido tamaño. El 77% tiene

menos de 50 trabajadores, el 70% menos de 30 y el 50% menos de 10, mientras que tan sólo un 3,3% tiene más de 100. (GRÁFICO 12).

En cuanto al grado de feminización del empleo, una característica dominante en los servicios de atención personal, alcanza poco más del 55%, frente a niveles del 80% en los servicios de atención personal a mayores y a niños/as de hasta 3 años.

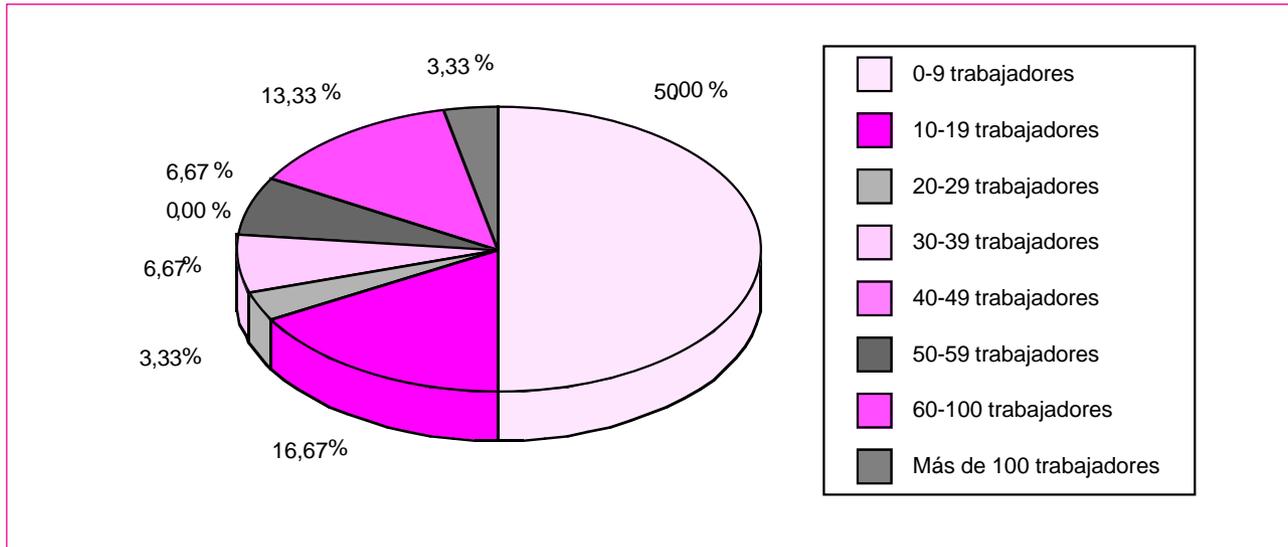
GRÁFICO 11. ÁMBITO TERRITORIAL DE ACTIVIDAD



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

GRÁFICO 12. TAMAÑO DE LAS EMPRESAS

192



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

5.2.3. FUNCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD.

El estudio del funcionamiento de la entidad se dividirá en cuatro apartados: la organización interna, la comercialización del servicio, el número de usuarios/as y la cifra bruta de negocios en el último año.

5.2.3.1. Producción del servicio.

Para conocer la organización interna de la entidad, estudiaremos las características del personal que trabaja o colabora con la entidad, distinguiendo entre aquellas personas que desempeñan una labor de trato directo con los usuarios/as de aquellas que se dedican a otras tareas: administración, limpieza, mantenimiento... Nos centraremos en la existencia de una relación laboral frente a otro tipo de vinculaciones (contrato mercantil, voluntariado, estudiantes en prácticas,...), el tipo, la duración del contrato laboral y el nivel de formación.

5.2.3.1.1. Recursos humanos.

CUADRO 5. RELACIÓN DEL PERSONAL CON LA ENTIDAD.

	Total	% Respecto del total de colaboradores/as
Contratación laboral	855	75,07%
<i>Contratos Indefinidos</i>	660	57,95%
<i>Contratos Temporales</i>	195	17,12%
Contratación mercantil	4	0,35%
Otros**	280	24,58%
Total de colaboradores/as	1.139	100%

FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

El CUADRO 5 nos da una visión general del tipo de relación existente entre la entidad y los diferentes colectivos

de personas que trabajan o colaboran con ella. El 75% tiene una vinculación laboral, mientras que el 25% restante son personas voluntarias y estudiantes en prácticas, a excepción de un residual 0,35% (4 personas de 1.139) que mantienen una relación contractual de tipo mercantil. Los contratos laborales son indefinidos en algo más del 77% (58% del total de colaboradores) y en algo menos del 23% temporales (17% del total de colaboradores).

En los contratos laborales hemos distinguido según se trate de vinculación indefinida o temporal y a tiempo completo o a tiempo parcial; para todas las formas de vinculación hemos estudiado las diferencias por sexos.

Los resultados se presentan en el CUADRO 6. En lo que se refiere a la temporalidad, casi el 58% de los colaboradores tiene un contrato indefinido, el 55% a tiempo completo y el 3% restante a tiempo parcial; es decir, casi el 95% de los contratos indefinidos lo son a tiempo completo. Los contratos temporales representan el 17% del total, el 10% a tiempo completo y el 7% a tiempo parcial; en este caso, el 60% de los contratos temporales son de jornada completa.

Si nos fijamos en el nivel de dedicación, comprobamos que casi el 77% de los contratos lo son a tiempo completo, mientras que el 13% lo son a tiempo parcial.

Para estudiar con un poco más de detalle la feminización del empleo, señalamos que el 69% de los contratos indefinidos a tiempo completo son con mujeres (38% del total de vinculaciones), alcanza el 60% en el conjunto de contratos a tiempo completo y más del 73% en los que son a tiempo parcial. Se trata de cifras claramente superiores al nivel de feminización medio (56%) del conjunto de colaboradores, mientras que no llega al 36% en el caso del voluntariado y estudiantes en prácticas. Ello puede interpretarse como un recurso mayoritario al empleo femenino de carácter estable o al menos con cierto nivel de permanencia), mientras que las actividades ocasionales son llevadas a cabo en mayor medida por hombres, bajo la forma de voluntariado.

Cuadro 6. Relación Laboral de los/as colaboradores/as. Por tipos de contrato y sexo

				TOTAL	%	
CONTRATACIÓN LABORAL 855	CONTRATOS INDEFINIDOS 660	TIEMPO COMPLETO 625	HOMBRES	194	17,03%	54,87%
			MUJERES	431	37,84%	
	660	TIEMPO PARCIAL 35	HOMBRES	13	1,14%	3,07%
			MUJERES	22	1,93%	
	CONTRATOS TEMPORALES 195	TIEMPO COMPLETO 117	HOMBRES	101	8,87%	10,27%
			MUJERES	16	1,40%	
	195	TIEMPO PARCIAL 78	HOMBRES	17	1,49%	6,85%
			MUJERES	61	5,36%	
CONTRATACIÓN MERCANTIL 4			HOMBRES	0	0,00%	0,35%
			MUJERES	4	0,35%	
OTROS** 280			HOMBRES	180	15,80%	24,58%
			MUJERES	100	8,78%	
TOTAL HOMBRES				505	44,34%	
TOTAL MUJERES				634	55,66%	
TOTAL				1.139	100,00%	

194

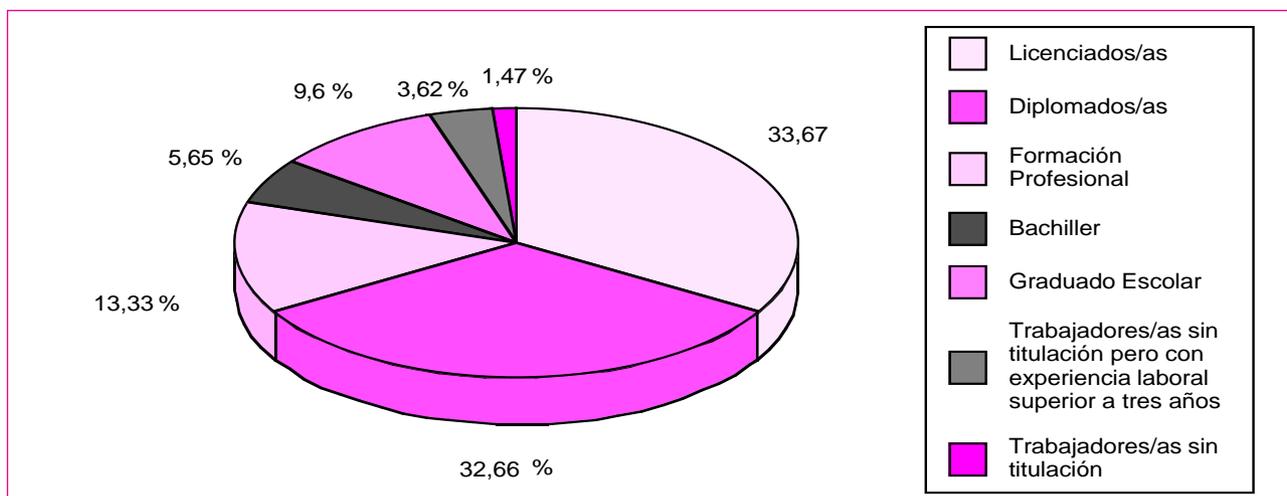
	Total	(Respecto al total de colaboradores/as):	%	
			Respecto al total de trabajadores/as: (con contrato laboral) 1.139	(con el mismo tipo de contrato): 855
TIEMPO COMPLETO				
HOMBRES	295	25,90%	34,50%	39,76%
MUJERES	447	39,24%	52,28%	60,24%
TIEMPO PARCIAL				
HOMBRES	30	2,63%	3,51%	26,55%
MUJERES	83	7,29%	9,71%	73,45%

FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

El nivel de formación de las personas que colaboran en estas entidades es considerablemente elevado, como refleja el GRÁFICO 13: un tercio tiene titulación universitaria de grado superior, otro tercio la tiene de grado medio y más de un 13% tiene formación profesional especializada. De otra parte, poco más del 5 % no tiene titulación, y de ellos más del 3,6% tiene amplia experiencia laboral, por lo que no llega al 1,5% el porcentaje de colaboradores/as sin cualifi-

cación ni experiencia. Estos resultados son muy semejantes a los que se obtienen para quienes realizan una labor de trato directo con los/as discapacitados/as, con ligeros incrementos de la formación universitaria de grado medio y superior, hasta superar el 36% en ambos casos, reduciéndose el peso de quienes poseen Formación Profesional especializada. Sin embargo, tan solo el 52% de las entidades utiliza mecanismos internos formales de formación.

GRÁFICO 13. NIVEL FORMATIVO DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LA ENTIDAD.

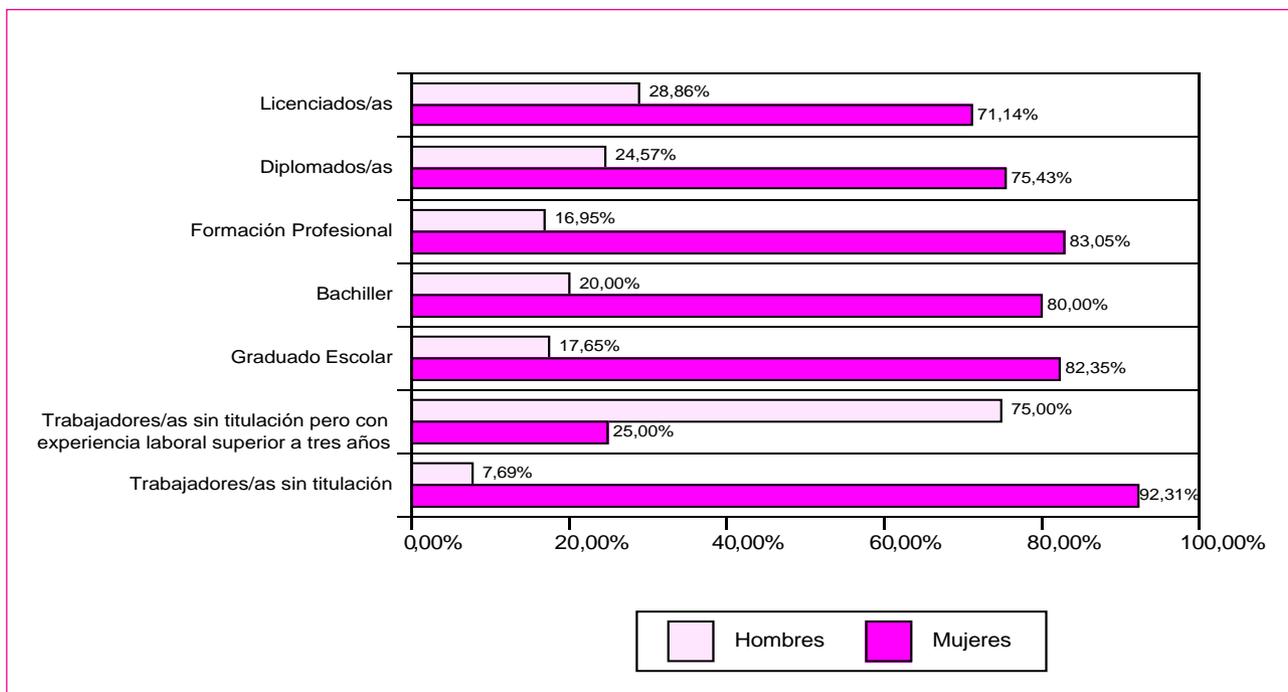


FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

En cuanto a las diferencias por sexos en la cualificación, el GRÁFICO 14 nos muestra que, en general, prevalecen las mujeres sobre los hombres, resultado de la feminización en la contratación que hemos comentado más arriba. No obstante, debemos destacar que el nivel de feminización es decreciente con el grado de formación, lo que es reflejo de una sociedad que todavía no ha alcanzado las cuotas de igualdad de otros países desarrollados. Los datos referidos exclusivamente a quienes reali-

zan una labor de trato directo con los usuarios son equivalentes, a excepción de los dos niveles más bajos de formación, en los que se incrementa la tasa de feminización. En el caso de los/as trabajadores/as sin titulación pero con experiencia previa la tasa de feminización se sitúa por encima del 55% (frente al 25% del conjunto de trabajadores/as); en cuanto a los trabajadores/as sin titulación ni experiencia que realizan labores de trato directo, el 100% son mujeres.

GRÁFICO 14. NIVEL FORMATIVO DE LOS/AS TRABAJADORES/AS (POR SEXOS).



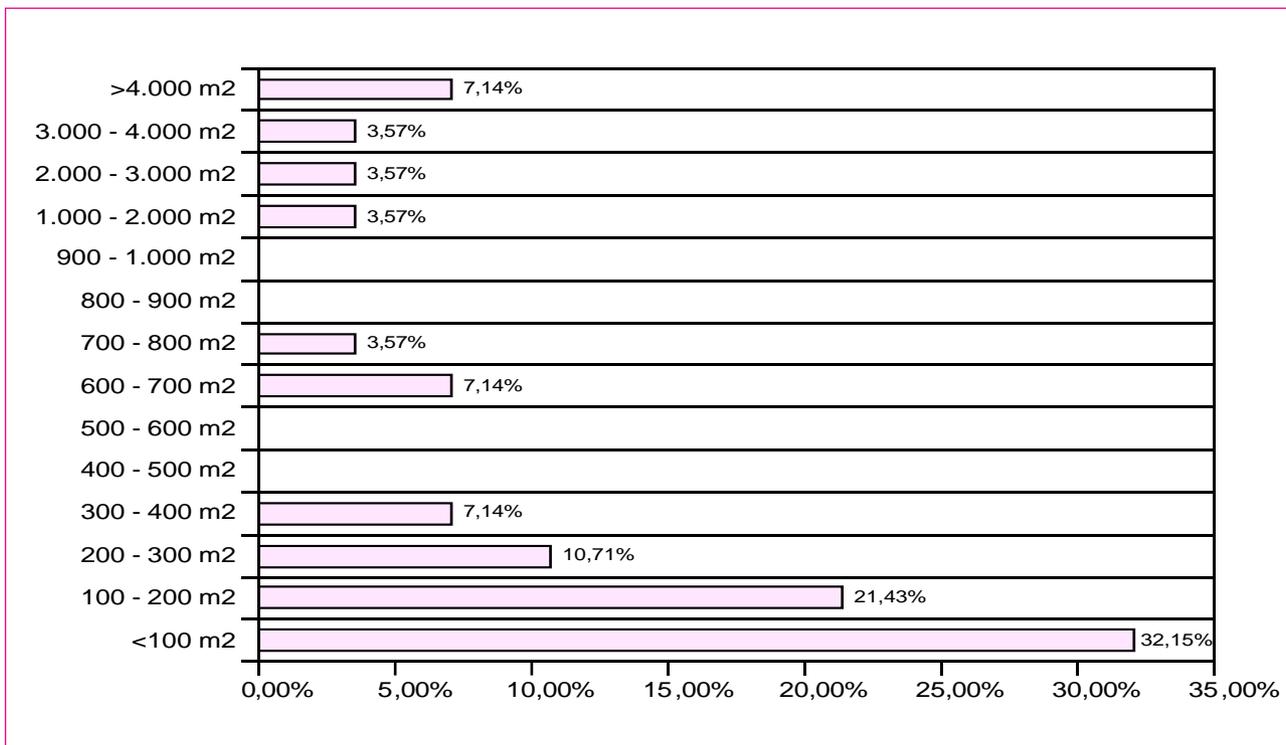
FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

5.2.3.1.2. Instalaciones, servicios, tecnología y calidad.

La actividad se realiza mayoritariamente en locales de tamaño reducido, como muestra el GRÁFICO 15. Más del 70% dispone de menos de 400 m² de superficie cubierta, más de la mitad tiene menos de 200 m² y la tercera parte utiliza locales de menos de 100 m² de superficie cubierta. En el extremo opuesto, poco más del 7% dispone de más de 4.000 m², algo más del 10% dispone de entre 1.000 y

4.000 m² de superficie cubierta y un 11% entre 600 y 800 m². Encontramos valores semejantes para la superficie descubierta de la que disponen las entidades, situándose la media, en ambos casos, en aproximadamente 758 m². *Grosso modo*, podemos decir que estas entidades tienen cubierta la mitad de la superficie disponible y descubierta la otra mitad.

GRÁFICO 15. SUPERFICIE CUBIERTA (EN METROS CUADRADOS)

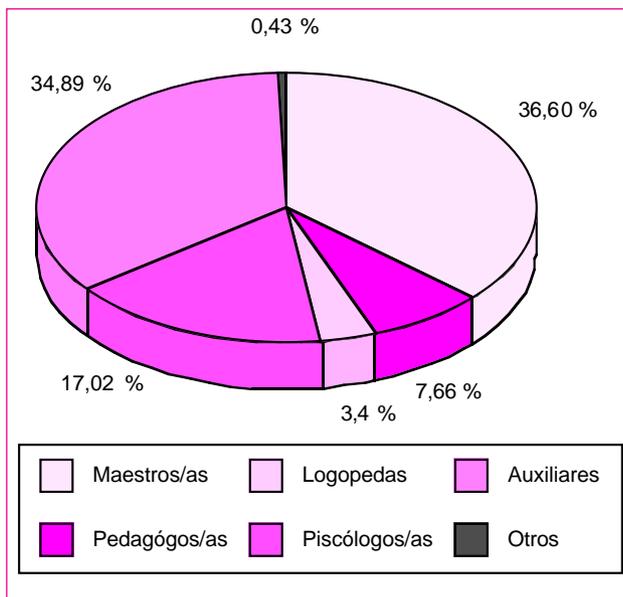


FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

Tan sólo el 37% de las entidades cuenta con vehículos en propiedad y el 27% contempla la posibilidad del uso de vehículos particulares tanto para facilitar la movilidad de los/as usuarios/as y atender sus necesidades de desplazamientos como para realizar las diversas tareas que se derivan del funcionamiento de la entidad.

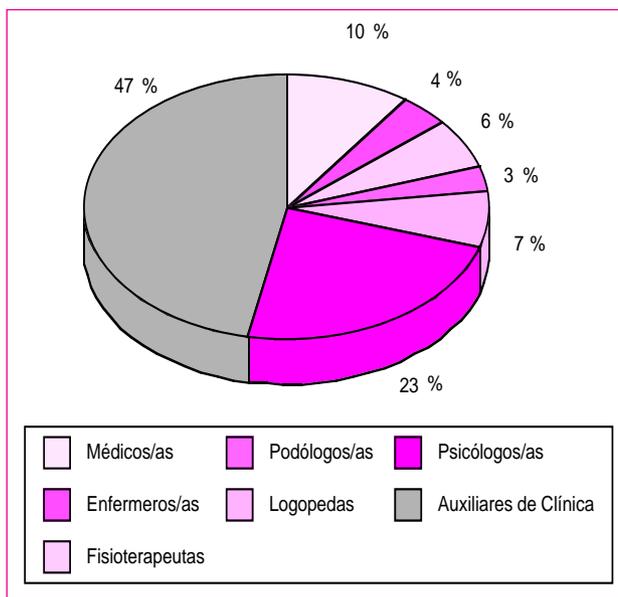
Entre los servicios que ofrecen, se encuentran servicios clínicos y educativos. El 83% de las entidades presta servicios educativos y para el 60% es una parte sustancial del servicio “global” que prestan a los/as usuarios/as. Estos servicios, como muestra el GRÁFICO 16, son prestados fundamentalmente por maestras o maestros y por auxiliares y, en menor medida, por psicólogas/os y logopedas.

GRÁFICO 16 PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EDUCATIVOS.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

GRÁFICO 17. PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS CLÍNICOS.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

El servicio clínico es prestado por poco más del 43% de las entidades, aunque solamente un 15% lo considera como parte sustancial del servicio "global". En aquellos casos en los que se presta, como muestra el GRÁFICO 17, es atendido fundamentalmente por auxiliares de clínica (47%), seguidos de psicólogas/os (23%), médicos/as (10%) y de, en casos más minoritarios, logopedas (7%), fisioterapeutas (6%), enfermeras/os (4%) y podólogos/as (3%).

En cuanto a la tecnología utilizada, a la vista del CUADRO 7, comprobamos que estas entidades no utilizan la teleasistencia y sólo de forma marginal la televigilancia. Sin embargo sí que utilizan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC), fundamentalmente para acceder a Internet y al servicio de correo electrónico. Sin embargo, tan solo algo menos del 37% dispone de página Web.

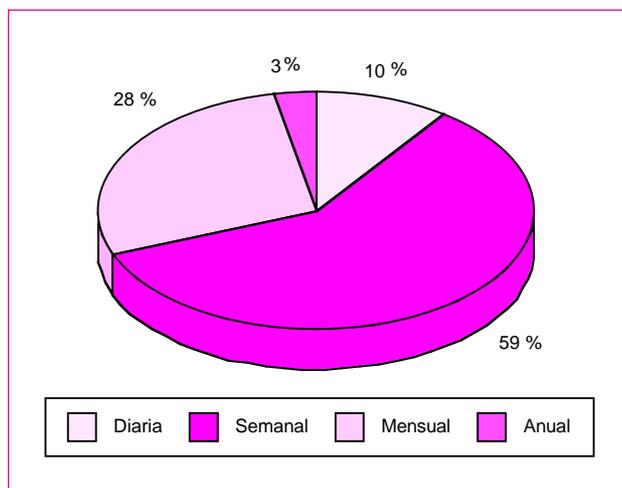
CUADRO 7. UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍA.

%	Teleasistencia	Televigilancia	Internet	Correo	WEB
Sí	0%	3,3%	93,3%	86,7%	36,7%
No	100%	96,7%	6,7%	13,3%	63,3%
Datos no disponibles	30%	30%	30%	30%	30%

FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

Acabamos este apartado dando un vistazo a diversas cuestiones relacionadas con la calidad de dicho servicio. Queremos destacar que todas las empresas organizan reuniones del personal para abordar las cuestiones referidas a de los perceptores del servicio y a la mejora del mismo. Como muestra el GRÁFICO 18, dichas reuniones son mayoritariamente semanales (59%) o mensuales (28%), siendo muchas menos las entidades que realizan este seguimiento de forma diaria (10%) y residual la que lo realiza tan sólo una vez al año.

GRÁFICO 18. FRECUENCIA DE LAS REUNIONES.



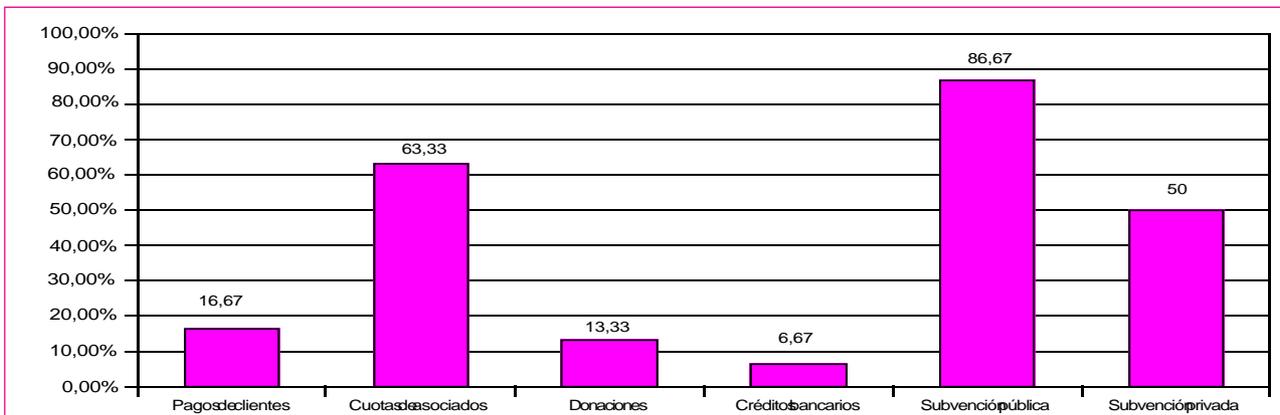
FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

Así mismo, tan solo un 23% de las entidades realizan auditorías de calidad, aunque sólo una (el 3,33%) ha obtenido certificación externa de calidad.

5.2.3.1.3. Financiación.

La financiación de estas entidades, como muestra el GRÁFICO 19, descansa sobre las subvenciones (la totalidad de las entidades recibe algún tipo de subvención), públicas (87%), privadas (50%) o de ambos tipos (37%), y las cuotas de asociados (63%); el pago de usuarios ocupa un lugar mucho menor (17%), ligeramente por encima de las donaciones (13%); el recurso a créditos procedentes de entidades bancarias es una fuente de financiación marginal, que tan sólo utiliza algo menos del 7% de las entidades.

GRÁFICO 19. FUENTES DE FINANCIACIÓN.



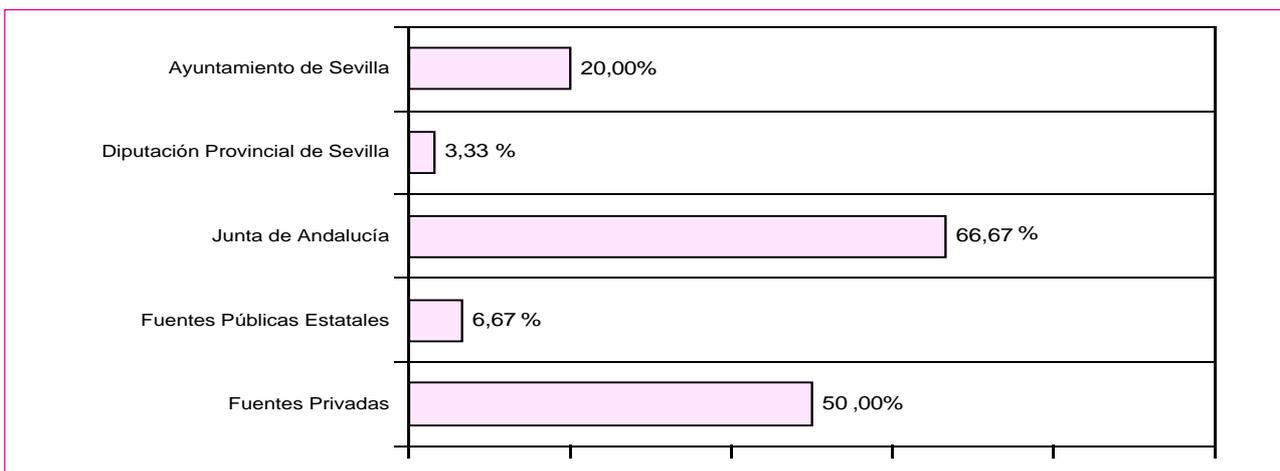
* La suma de porcentajes según fuentes de financiación es superior a 100, puesto que es habitual el recurso de las entidades a más de una fuente de financiación.

FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

Para estudiar con algo más de detalle la que se ha revelado como forma principal de financiación, podemos mirar el GRÁFICO 20. Las subvenciones públicas proceden mayoritariamente de la Junta de Andalucía (66,67%)

seguida del Ayuntamiento de Sevilla (20%) y de forma muy minoritaria de otras fuentes públicas de ámbito estatal (6,67%) y la Diputación Provincial de Sevilla (3,3%).

GRÁFICO 20. FUENTES DE LAS QUE PROCEDEN LAS SUBVENCIONES.



* La suma de porcentajes según fuentes de financiación es superior a 100, puesto que es habitual el recurso de las entidades a más de una fuente de financiación.

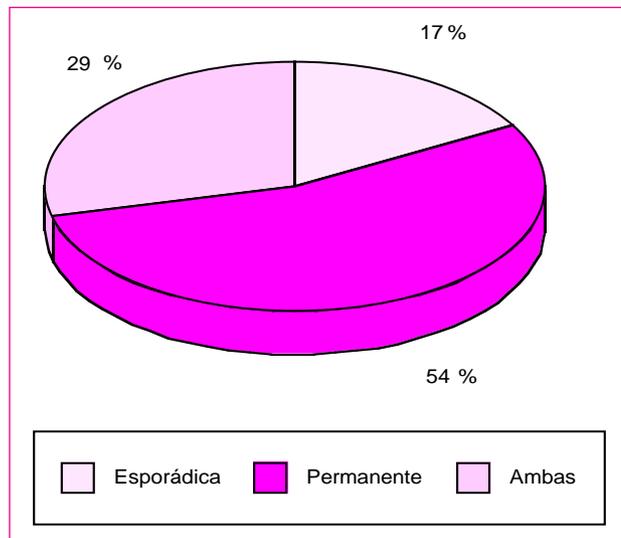
FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

5.2.3.2. Comercialización del Servicio.

Abordamos a continuación tres aspectos centrales de la forma en que las entidades ponen el servicio a disposición de sus clientes: el carácter esporádico o permanente de la vinculación con éstos, los mecanismos publicitarios utilizados (incluido el esfuerzo en publicidad) y el precio del servicio.

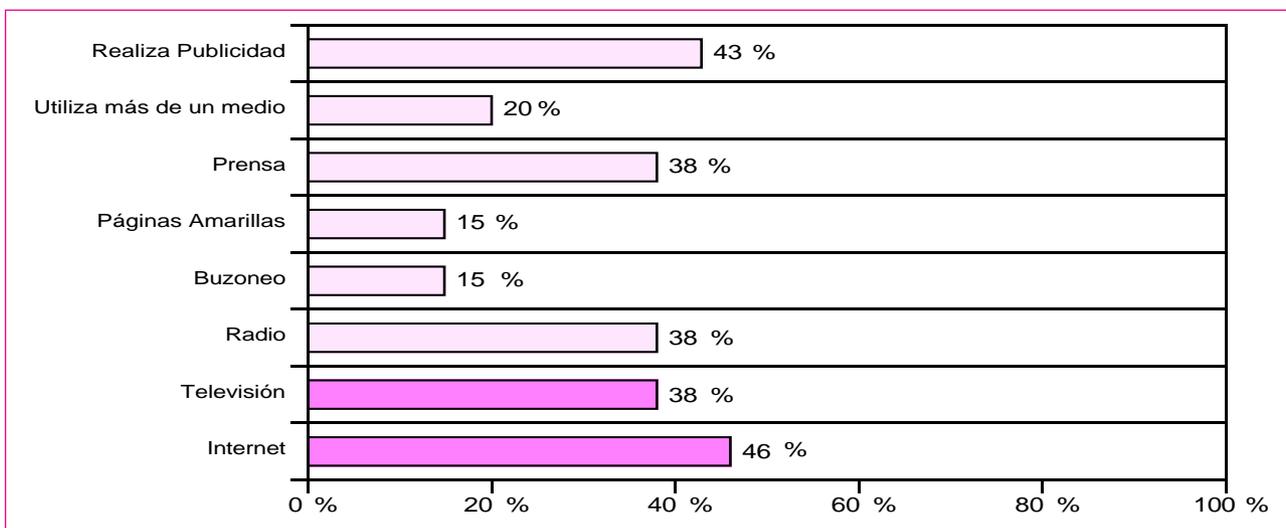
El GRÁFICO 21 nos muestra que la forma predominante es la vinculación de carácter permanente frente a la esporádica. Un 83% de las entidades mantiene la vinculación de forma permanente (para el 54% es la forma exclusiva de vinculación), mientras que sólo 48% contempla la posibilidad de mantener vinculaciones esporádicas, reduciéndose al 17% las que sólo mantienen vinculaciones con carácter esporádico. Ello supone que un 29% las entidades contemplan la posibilidad de ambos tipos de vinculación.

GRÁFICO 21. FORMA DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

GRÁFICO 22. ENTIDADES QUE REALIZAN PUBLICIDAD Y MEDIOS QUE UTILIZAN.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

Los mecanismos que las entidades utilizan para darse a conocer vienen reflejados en el GRÁFICO 22. Comprobamos que tan sólo el 43% de las entidades realiza algún tipo de publicidad, de las que algo más de la mitad utiliza un solo medio para ello. El mecanismo que se presenta más importante es Internet (utilizado por el 46% de las entidades que hacen publicidad), seguido muy de cerca por los medios de comunicación “tradicionales”, cada uno empleado por un 38% de las entidades que utilizan algún mecanismo para darse a conocer; de hecho, la mitad de las empresas que utiliza Internet lo combina con al menos un medio de comunicación “tradicional”, mientras que la otra mitad utiliza exclusivamente Internet. Los anuncios en Páginas Amarillas o similares y el buzoneo se mantienen como actividades residuales.

El que estas entidades se financien casi en su totalidad a través de subvenciones, cuotas de asociado y donativos, relega el mecanismo de pago de un precio por el servicio y lo convierte en una práctica residual, por lo general simbólico y que las entidades no han acertado a respondernos de forma significativa.

5.2.3.3. Entorno y perspectivas.

La última parte del cuestionario pretendía recabar la percepción que las entidades tienen del entorno y el sector donde se desenvuelven, haciendo hincapié en cuestiones como el grado de competencia y de cooperación entre las entidades, el nivel e regulación por parte del sector público, el grado de cobertura de las necesidades del colectivo al que dirigen sus actividades y la evolución futura.

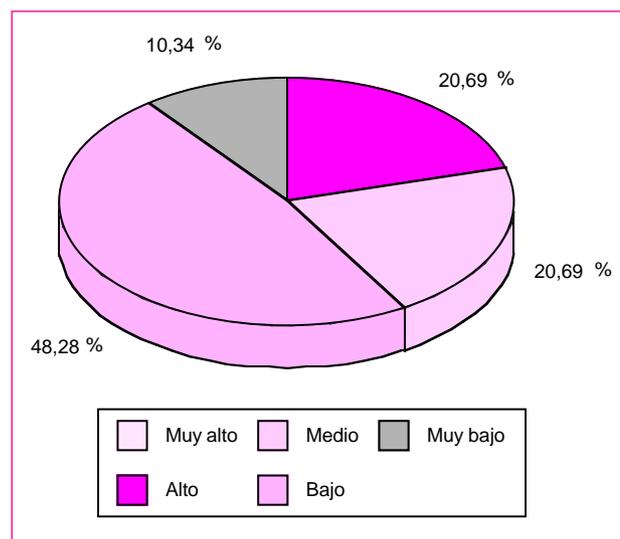
5.2.3.3.1. Competencia, cooperación y regulación.

Como muestra el GRÁFICO 23, se percibe poca competencia en el sector. La mayoría de las entidades considera que la competencia es baja (48%) o muy baja (10%), a

lo sumo media (21%), mientras que sólo un 21% la considera alta y ninguna la considera muy alta.

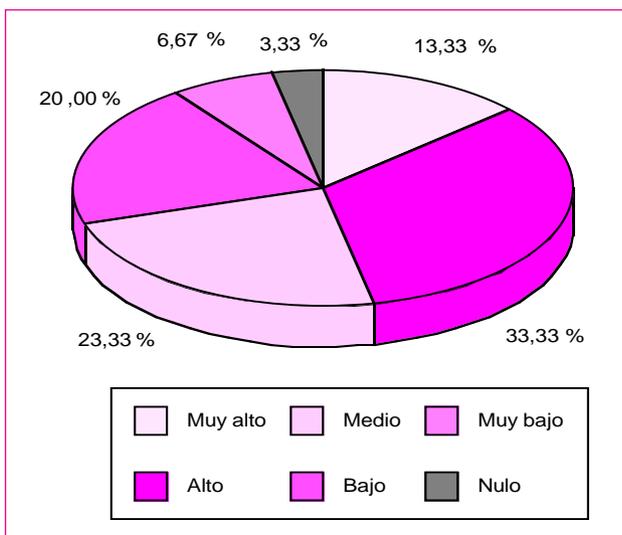
La cooperación, por el contrario, se percibe alta, como refleja el GRÁFICO 24. Casi la mitad de las empresas piensa que la cooperación es alta (33%), muy alta (13%) o al menos media (23%), mientras que poco más de la cuarta parte piensa que sea baja (20%) o muy baja (7%). De forma residual, una entidad considera que el grado de cooperación es nulo.

GRÁFICO 23. PERCEPCIÓN DEL GRADO DE COMPETENCIA EN EL SECTOR.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

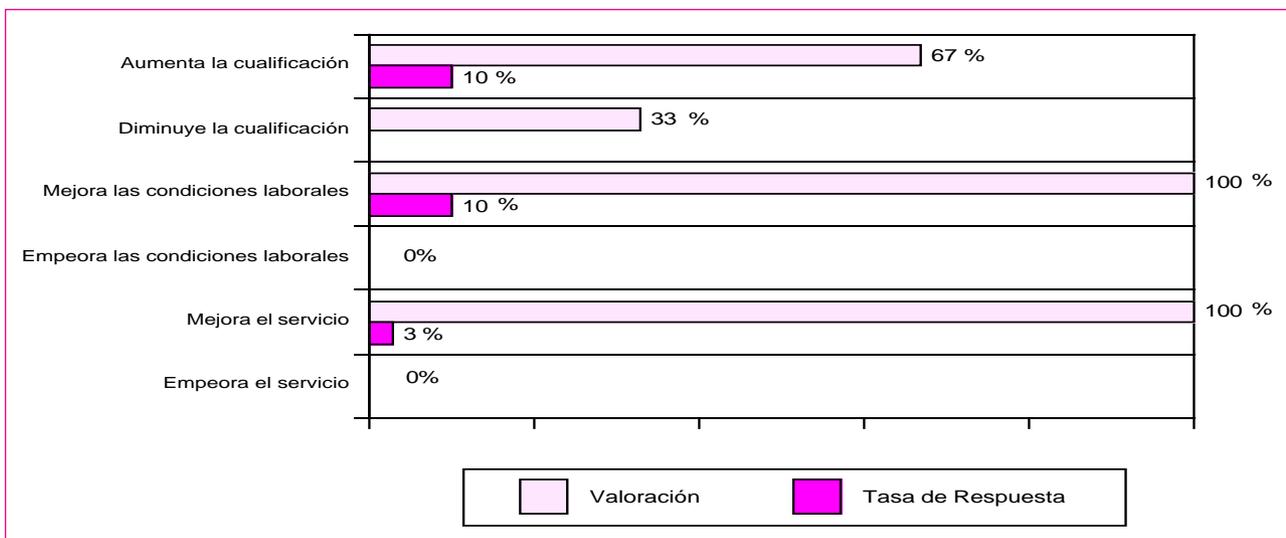
GRÁFICO 24. PERCEPCIÓN DEL GRADO DE COOPERACIÓN EN EL SECTOR



La regulación pública existente en el sector se percibe equilibrada: más de la mitad de las entidades la considera adecuada, la tercera parte insuficiente y sólo un 13% excesiva. Respecto a la forma en que la regulación está afectando al mercado laboral, como muestra el Gráfico 25, son muy escasas las entidades que han respondido a esta cuestión, por lo que los datos no son concluyentes en modo alguno. No obstante, parece apuntarse que los resultados se perciben positivos, en la medida en que ninguna entidad ha contestado que empeoren el servicio ni las condiciones laborales y, respecto a la cualificación, consideran mayoritariamente que aumenta.

FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

GRÁFICO 25. EFECTOS DE LA REGULACIÓN SOBRE EL MERCADO LABORAL



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

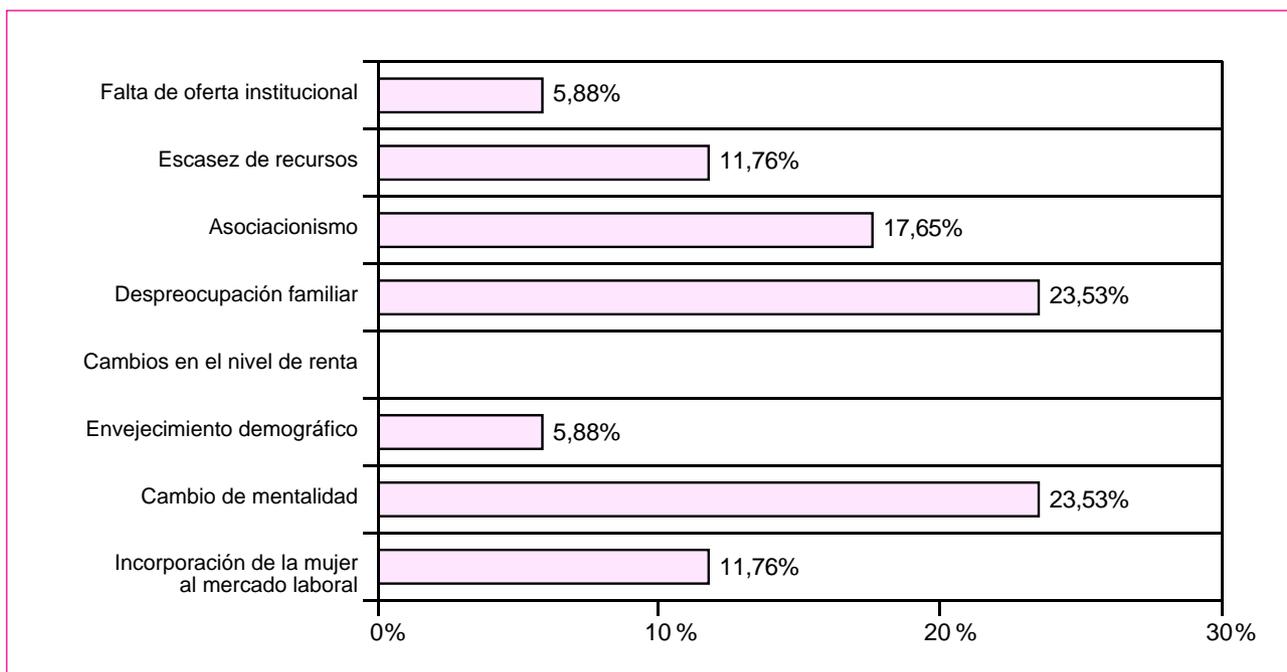
5.2.3.3.2. Evolución futura y perspectivas.

En cuanto al grado de cobertura de las necesidades, el 80% de las entidades considera que no están suficientemente cubiertas. De otra parte, un 75% opina que en los próximos años la evolución del mercado será creciente y el 25% restante que será estable; ninguna entidad considera por tanto que el mercado vaya a tener una evolución desfavorable.

Más allá de la razón relativamente obvia que justificaría la evolución creciente del mercado por los avances en la cobertura de las necesidades de este colectivo, el GRÁFICO 26 apunta las razones esgrimidas por las enti-

dades para justificar la evolución que previamente habían indicado. Destacan la despreocupación familiar, el cambio de mentalidad y el asociacionismo, hechos que podemos vincular a la redefinición de la familia, en forma y funciones y también a una progresiva aceptación social de la discapacidad. La incorporación de la mujer al mercado laboral ocupa un puesto discreto, pues tan sólo el 12% de las entidades la señala como causa de la evolución prevista. No deja de ser un hecho sorprendente, especialmente en la medida en que los cuidados y servicios de asistencia personal han venido corriendo en gran medida a cargo de la mujer y su incorporación activa al mercado de trabajo le restaría tiempo y posibilidades de seguir asumiendo dichos cuidados.

GRÁFICO 26. PRINCIPALES CAUSAS DE LA EVOLUCIÓN PREVISTA.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la encuesta.

5.3. CONCLUSIONES.

Finalizamos el capítulo con una serie de breves reflexiones que pueden extraerse del mismo, unas de carácter general, referidas al conjunto de Andalucía y España, y otras más específicas a la situación de la ciudad de Sevilla, a la luz de los datos de la encuesta.

La discapacidad no se distribuye homogéneamente. Hay más mujeres que hombres con discapacidad, especialmente a partir de los 45 años, la prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad al igual que la dependencia derivada de la discapacidad.

Los/as discapacitados/as menores de 65 años parecen disfrutar de un alto grado de independencia (un 45% no necesitó ayuda) y los mecanismos y sistemas de ayuda han funcionado aparentemente de forma satisfactoria, en la medida que sólo un 6% de quienes han necesitado ayuda no la han recibido. No obstante, es necesario matizar estos datos. Quienes han recibido ayudas técnicas (un 23%) han acudido principalmente (50%) a empresas privadas lucrativas y en menor medida (37%) al sector público, normalmente el Sistema Nacional de Salud. De otra parte, la principal modalidad de ayuda ha sido de tipo personal y, en este caso, ha sido la familia quien en un 81% ha asumido dicha ayuda (el 75% familiares de primer grado), siendo residual (3% en España, 1% en Andalucía y Sevilla) quienes la han obtenido de los servicios sociales.

Este hecho nos lleva a realizar una importante reflexión acerca de la atención por parte del sector público a las personas con discapacidad menores de 65 años. Dicha

atención, en lo que a servicios de atención personal se refiere, se centra en las situaciones de dependencia derivadas de la discapacidad¹⁴, que como ya hemos dicho prevalece mayoritariamente en la población de edad más avanzada. Por este motivo, la atención se ha venido centrando en el colectivo de mayores (y niños con problemas específicos y especialmente graves) y no en el de la población menor de 65 años.

Este grupo, al que podemos llamar “discapacitados/as adultos/as”, recibe fundamentalmente ayuda técnica y sanitaria a través del sistema nacional de salud (rehabilitación) y gozan de cierta protección legal e institucional en materia de igualdad y no discriminación, pero no reciben servicios públicos de asistencia personal. El que las discapacidades en este intervalo de edad provengan en gran medida de accidentes (de tráfico, laborales,...) y la potencial cobertura por un sistema de seguros (indemnizaciones,...) y el sistema nacional de salud, podría explicar (aunque no justificar) el que los servicios sociales de atención personal no lleguen a este colectivo.

La provisión de estos servicios queda por tanto en manos de la Sociedad Civil, a la que el propio Libro Blanco de la Dependencia le atribuye un papel primordial¹⁵. No obstante, debe reconocerse que el sector público ni siquiera lleva a cabo una labor de censado, control y valoración de las actuaciones de la sociedad civil. De hecho, sólo disponen de meros listados de entidades y servicios que son incompletos, heterogéneos en terminología y marco conceptual, que no permiten las comparaciones geográficas ni la planificación y que hacen imposible contabilizar los costes y por tanto evaluar los servicios prestados. El estableci-

14 Véase la argumentación al respecto en el Libro Blanco de la Dependencia, Capítulo IV, p. 23. Así mismo, la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía mantiene tres líneas de actuación para personas con discapacidad: Centros de valoración y orientación, Centros residenciales y centros de día, y Programas de estancia diurna y respiro familiar. Todas ellas claramente orientadas hacia solventar las situaciones de dependencia.

miento de un Grupo de Trabajo para crear un Observatorio de la Discapacidad y para homogeneizar el marco conceptual y terminológico son muy recientes¹⁶.

En cuanto a la situación de la oferta de servicios al colectivo de personas adultas discapacitadas en la ciudad de Sevilla, podemos extraer algunas conclusiones destacadas, por lo general en línea con lo que acabamos de señalar. En primer lugar destacamos que dicha oferta está en manos de la sociedad civil (un 87% son IPSFL), financiadas casi totalmente por subvenciones públicas (el 87%) o privadas (el 50%), cuotas de asociados (el 63%) y donaciones (el 13%). Aunque existen determinados proyectos para censar dichas entidades¹⁷, se echa de menos una base de datos informatizada y accesible desde Internet y telefónicamente, al objeto de canalizar adecuadamente las demandas y necesidades de los/as discapacitados/as con la oferta de servicios y actividades de las entidades.

Igualmente, parece razonable ir más allá del apoyo económico a estas entidades mediante subvenciones (el 20% recibe ayudas del Ayuntamiento de Sevilla) y adoptar

medidas que fomenten y acerquen los servicios públicos sociales a las personas discapacitadas menores de 65 años, especialmente en la medida en que, a medio y largo plazo, la evolución del mercado de trabajo y del modelo de familia tenderán a reducir las posibilidades de acudir a la solidaridad familiar para la obtención de los servicios de asistencia personal.

En términos generales, estas asociaciones prestan un servicio de calidad razonable. Se realizan reuniones frecuentes (al menos una vez al mes, e incluso semanales o diarias) para abordar diversas cuestiones relativas tanto a la prestación del servicio como a sus perceptores. El nivel formativo de quienes colaboran y trabajan en dichas entidades (tanto si realizan tareas de trato directo con los/as discapacitados/as como si no) es elevado: tan sólo el 1,4% no tiene ni formación ni experiencia laboral, mientras que el 66% tiene formación universitaria. Además, en el caso de que presten servicios educativos (más del 80% lo hace) o sanitarios, éstos son prestados por personal con la cualificación acorde a las características y requerimientos del servicio.

15 Capítulo IV, p. 96.

16 Libro Blanco de la Discapacidad, Capítulo IV, pp. 41–42.

17 El marco del proyecto REDES en el que se encuadra este trabajo es un ejemplo.

BIBLIOGRAFÍA





- ABELLÁN, A. y PUGA, M^a.D. (2002): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- ALEGRE, M.J. (2003): “España es el penúltimo país de la UE en inversión en prestaciones sociales”, *Diario de Sevilla*, 17 de agosto de 2003.
- ALONSO, L.E. (1999): *Trabajo y ciudadanía. Estudios sobre la crisis de la sociedad salarial*. Madrid, Trotta-Fundación 1^o de mayo.
- ALONSO, L.E. y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1994): Necesidades sociales y crisis de los consumos públicos. *Revista de Occidente* n^o 162, pp.61-76.
- ANISI, D. (1989): “La posibilidad actual de un nuevo pacto keynesiano” en Muñoz de Bustillo, R. (Comp.) (1989) pp. 241-272.
- ANISI, D. (1992): *Jerarquía, Mercado, Valores. Una reflexión económica sobre el poder*. Alianza Editorial. Madrid.
- ANISI, D. (1995): *Creadores de escasez. Del bienestar al miedo*. Alianza Editorial. Madrid.
- ANTOLÍN, P., DANG, T. y OXLEY, H. (2001): “Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-Related Spending”. *OCDE Economics Department Working Papers*, núm. 305.
- AZNAR, G; CAILLÉ, A.; LAVILLE, J.L.; ROBIN, J. y SUE, R. (1999): *Hacia una economía plural: un trabajo, una actividad, una renta para todos*. Ed. Miragunao. Grupo Promocions.
- BALLARIN, PILAR et al. (1997): *Women in the European Union*. Granada: Universidad de Granada y University of Toulouse Press (versión electrónica en <http://www.helsinki.fi/science/xantippa/wee/wee23.html>)
- BAREA TEJEIRO J. et al. (1992): *Gasto público en servicios sociales en España: marco teórico y metodología para su cuantificación*. Ed. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- BARRÓN, SARA (2002) “Familias monoparentales: un ejercicio de clarificación conceptual y sociológica” *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 40, pp.13-30.

- BAUMAN, Z. y TESTER, K. (2002): *La ambivalencia de la modernidad y otras conversaciones*. Paidós. Barcelona.
- BEBBINGTON, A. y BONE, M. (1998): *Healthy Life Expectancy and Long Term Care*, Discussion Paper 1426, PSSRU, Universidad de Kent.
- BILLARI, FRANCESCO (2004), "Choices, opportunities and constraints of partnership, childbearing and parenting: the patterns in the 1990s", *Paper presented at the European Population Forum 2004: Population Challenges and Policy Responses*.
- BLUSTONE, B. y ROSE, S. (1998): "Implications of the growth in work time for Macro Policy". Levy Institute Policy Paper, nº 39/1998. Blithewood, NY.
- BOE, Serie D, 596, de 2 de octubre de 2003, p. 46.
- BOND, J. y BUCK, D. (1998): *Social Protection for Dependency in Old Age in the United Kingdom*. Leuven: HIVA.
- BOURDIEU, P. et al. (1999): *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge, Polity (trad. cast.: *La miseria del mundo*. Tres Cantos, Akal, 1999).
- BRADSHAW, JONATHAN and FINCH, NAOMI (2002) *A comparison of child benefit packages in 22 countries*, Department for Work and Pensions Research Report No.174, Leeds: CDS.
- BRAÑA, F. (2004): "La dependencia de los mayores en España. Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia". Versión electrónica. http://intranet.icea.es/pensiones/documentacion/coste_seg_dep_en.pdf.
- CACHÓN, L. (1999): "Sobre desarrollo local y nuevos yacimientos de empleo". *Política y Sociedad*, nº 31, mayo-agosto, pp. 117-130.
- CACHÓN, L. (2003): "Nuevos Yacimientos de Empleo: necesidades, empleos y políticas". En PALMA MARTOS, L. (Coordinador) (2003): *Bienestar y nuevos yacimientos de empleo*. REDES. Recursos para el Empleo. Servicio de Desarrollo Local. Ayuntamiento de Sevilla
- CANTERBERY, E. R. y BURKHARDT, R. (1983): "What do we mean by asking if economics is a science" en Eichner, A. (Comp.) (1983), pp. 15-40.
- CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Fundación La Caixa.
- COLECTIVO IOE (2001): *Mujer, inmigración y trabajo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- COLL, P. (1990): "La dimensión del sector español ayer y hoy: variaciones y causas". *Información Comercial Española*, 681-682, pp. 75-87.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1993): *Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI*. Libro Blanco.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1999): "Hacia una Europa para todas las edades. Fomentar la prosperidad y la solidaridad entre las generación". COM(1999) 221 final. Bruselas, 21.05.1999.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1999): "Una estrategia concertada para modernizar la protección social". *Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones*. COM (1999) 347 final. http.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2000): "Agenda de la Política Social (2000-2005)", COM (2000) 379 final, Bruselas.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2003): "Feasibility Study - Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union". Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. <http://europa.eu.int>.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2003): "La situación social en la Unión Europea 2003". Bruselas.

COMISIÓN EUROPEA Y CONSEJO EUROPEO (2003): "Supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly", Bruselas.

CONSEJO DE EUROPA (1998): Recomendación nº 98 (9).

CORTES GENERALES, SENADO (2000): "Ponencia sobre la problemática del envejecimiento de la población española". Madrid.

CUTLER, D.M. y SHEINER, L. (1998): "Managed Care and the Growth of Medical Expenditures". En Alan Garber, ed. *Frontiers in Health Policy Research*. Cambridge: MIT Press, 1998, Cap. 3.

CHACÓN RODRÍGUEZ, LORENZO y FUNDACIÓN TOMILLO (1998): *Nuevos yacimientos de empleo en España, Potencial de crecimiento y desarrollo futuro*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

CHALLIS, D. (1992): "The Care of the Elderly in Europe: Social Care": *European Journal of Gerontology*, 1.

CHRISTIANSEN, T. (2003): "Free Choice of Provider of Personal and Practical Help", *Health Policy Monitor*, Bielefeld, Bertelsmann Foundation Pubs. (www.healthpolicymonitor.org).

DAATLAND, S. (1997): *Social protection for the elderly in Norway*, NOVA-Skriftserie, 4797, Oslo.

DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): "La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos". Oficina del Defensor del Pueblo, Madrid.

DELGADO SOLÍS, ANA MARÍA et al. (1994): *Los servicios de atención a la primera infancia. Necesidades del grupo familiar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS (2000): "Informe sobre el Seguro de Dependencia". Madrid.

DURÁN HERAS, M^ªA. (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBVA.

ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2000): "Progress Report to the Ecofin Council on the Impact of Ageing Populations on Public Pension Systems". EPC/ECFIN/581/00-en- Rev. 1 Brussels, 6 Noviembre. Versión Electrónica.

ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2001): "Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations: The Impact on Public Spending on Pensions, Health and Long-Term Care for the Elderly and Possible Indicators of the Long-Term Sustainability of Public Finances". (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc_en.htm).

EL MUNDO (2004): "Un grupo de expertos aboga por concertar los servicios públicos". 17 de noviembre. Edición Cataluña, pág. 25.

EL PAÍS (2004): "CC.OO. propone subir los impuestos para pagar la atención a los ancianos", 12 de noviembre, pág. 26.

EQUIPO REDES. Servicio de Desarrollo Local. Área de Administración de Personal, Juventud y Empleo. Ayuntamiento de Sevilla “El proyecto REDES la formación en Nuevos Yacimientos de empleo de atención a personas” en PALMA MARTOS L. (Coordinador) (2003): *Bienestar y nuevos yacimientos de empleo*. REDES. Recursos para el Empleo. Servicio de Desarrollo Local. Ayuntamiento de Sevilla

EUROSTAT (2001): “Social Protection Expenditures and Receipts, 1980-1999”. Luxemburgo

EUROSTAT (2001): “The Social Situation in the European Union 2000”. European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Unite E-1. Versión electrónica.

EUROSTAT (2004): “The Social Situation in the European Union 2003”. European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Unite E-1. Versión electrónica.

EUROSTAT. <http://europa.eu.int/comm/eurostat/>

EVERS, A. (1996): “El nuevo seguro de asistencia a largo plazo en Alemania: características, consecuencias y perspectivas”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Nº 6.

FABRICOTTI y HELDERMAN (2003): “Integrated Care for the Elderly”, *Health Policy Monitor*, Bielefeld, Bertelsmann Foundation Pubs. www.healthpolicy-monitor.org.

FERNÁNDEZ CORDÓN, J.A. (1996): *Demografía, actividad y dependencia en España*. Bilbao: Fundación BBV-Documenta.

FERRERA, M. (2000): *Los dilemas de la Europa Social*. En MUÑOZ MACHADO, GARCÍA DELGADO y GONZÁLEZ SEARA (directores) (2000), pp. 421-433.

FLAQUER, LLUIS (2000): *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*, Barcelona: Fundación “la Caixa”.

FRADES, J. (2002): “La protección de las personas dependientes”. Mimeo, Gabinete Técnico Confederal de UGT.

FUENTES, E., BAREA, J. (1996): “El déficit público de la democracia española”. *Papeles de Economía Española*, 68, pp. 86-191.

FUNDACIÓN CIREM (1999) Los nuevos yacimientos de empleo. Los retos de la creación de empleo sobre el territorio. Icaria, Barcelona.

FUNDACIÓN TOLERANCIA Y SOLIDARIDAD (1998): *Un nuevo contrato para el bienestar. La propuesta laborista*. Nau Llibres.

GALBRAITH, J. K. (1992): *La cultura de la satisfacción*. 2ª Edición. Ariel Sociedad Económica. Barcelona.

GALLEGO, R.; GOMA, R. y SUBIRTAS, J. (Editores) (2003): *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*. TECNOS y Universitat Pompeu Fabra.

GIDDENS, A. (1991): *Modernity and Self-identity: Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge, Polity (trad. cast.: *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en época contemporánea*. Barcelona, Península, 1997).

GIDDENS, A. (1999): *La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia*. Taurus. Madrid.

GONZÁLEZ SEARA, L. (2000): “Antecedentes y fundamentos teóricos y doctrinales del Estado de Bienestar”. En MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J.L. y GONZÁLEZ SEARA, L. (Directores) (2000), pp. 37-129.

GONZÁLEZ SEARA, L. et al. (2000): *Las estructuras del bienestar en Europa..* Escuela Libre Editorial, Civitas. Madrid.

GORZ, A. (1997): *Miserees du present, richesse du possible*. Ed. Gallilée.

GREFFE, X. (1990): *Descentralizar en favor del empleo. Las iniciativas locales de desarrollo*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.

GRUBER, J. y WISE, D. (2001): "An International Perspective on Policies for an Ageing Society", National Bureau of Economic Research-WP 8103, 2001.

HANSEN, E. B. (1998): *Social protection for dependency in old age in Denmark*, Leuven, HIVA.

HEUVELINE, P., J.M. TIMBERLAKE y F.F. FURSTENBERG (2003): "Shifting Childrearing to single mothers: Results from 17 Western Countries" *Population and Development Review* vol. 29 nº1, pp. 47-71.

HICKS, P. (2001): "Public Support for Retirement Income Reform". *OCDE Labour Market and Social Policy. Occasional Papers*, Nº 35. Diciembre. Versión Electrónica.

HIRSCHMAN, A.O. (1991): *La retórica de la intransigencia*. Fondo de Cultura Económica. México.

IKEGAMI, N. y CAMPBELL, C. (2002): "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-Term Care Systems". *Social Policy and Administration*, vol. 36, 7.

IMSERO (1998): *Atención a personas mayores que viven en residencias: Protocolos de intervención psicossocial y sanitaria*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.

IMSERO (1999a): *Vejez y Protección Social de la Dependencia en Europa. Observatorio de Personas Mayores*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

IMSERO (1999b): *La Protección Social de la Dependencia*, Colección Servicios Sociales, Nº 42, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

IMSERO (2001): "Informe 2000. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas". Madrid: IMSERO.

IMSERO (2003): "II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

IMSERO (2003): "Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

INE (2001): "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999" (EDDES). Madrid: INE.

INE. www.ine.es

INFANTE, A. y RICO GÓMEZ, A. (2004): "Demografía y sanidad en España: ¿Qué podemos aprender de Europa?". *Consecuencias de la Evolución Demográfica en la Economía (ICE)*, Mayo-Junio 2004; núm. 815.

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE ANDALUCÍA (2004). *Anuario Estadístico de Andalucía 2004*. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/anuario/anuario04/index.htm>

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE ANDALUCÍA. Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (2005). http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/sima_web/

- INSTITUTO DE LA MUJER (2004): La mujer en cifras. <http://www.mtas.es/mujer/MCIFRAS/monoparentales.htm>
- JACOBZONE, S. (1999): "Le vieillissement et les soins pour les personnes âgées dépendantes: un aperçu des perspectives internationales", *OECD Labour market and social policy occasional papers*, Nº 38.
- JACOBZONE, S. y JENSON, J. (2000): "Care Allowances for the Frail Elderly People and their Impact on Women Care-Givers". *OECD: Labour Market and Social. Occasional Papers*, nº 41.
- JAÉN GARCÍA, y PALMA MARTOS, L. (2004): "Public expenditure dynamics in Spain: a simplified model of its determinants". Papeles de Trabajo 9/2004. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Hacienda.
- JARA, P. (2003a): "Una familia postiza para los ancianos", *Diario de Sevilla*, 21 de agosto de 2003.
- JARA, P. (2003b): "Servicio médico a domicilio", *Diario de Sevilla*, 4 de agosto de 2003.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (2003): *I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía*. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.
- KEYNES, J.M. (1981): *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*. Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- KRAMER, M. (1980): "The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980; 62 (suppl. 283): 382-97.
- LE FEUVRE, NICKY (1997): "Women, work and employment in Europe" en P. Ballarin et al. (coord.) *Women in the European Union*.
- LÓPEZ, L.M. (2003): "España envejece", *El País*, 10 de agosto de 2003.
- MANTON K.G, CORDER, E. y STALLARD, E. (1997): "Chronic Disabilities Trends in Elderly United States Populations: 1982-1994". *Proc Natl Acad Sci USA* 1997; 94: 2593-2598.
- MARTÍN NAVARRO, J.L. y Palma Martos, L. (2001) « Negociación colectiva y nuevos yacimientos de empleo » En Rodríguez-Piñero Rojo, M. Pp.343-437.
- MARTÍN NAVARRO, J.L.; PALMA MARTOS, M.L. y RODRÍGUEZ RAMOS, A.: «Política Social y Política Laboral en España: Panorámica desde la perspectiva de la creación de empleo». En PALMA MARTOS, L. (Coordinador) (2003): *Los Nuevos Yacimientos de Empleo en Servicios de Apoyo a las Familias en la ciudad de Sevilla*. REDES. Recursos para el Empleo. Servicio de Desarrollo Local. Ayuntamiento de Sevilla.
- MARTÍN, J.L. et al. (2000): "Políticas activas del mercado de trabajo. Estructura educativa y formación como elementos determinantes de la inserción laboral en Andalucía". Trabajo de investigación. Consejería de Economía y Hacienda. Sevilla.
- MAYORDOMO, J. (2003): "Enfermeras de enlace", *El País*, 15 de julio de 2003.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001): "Bases para un modelo de atención sociosanitaria". Borrador. Madrid.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005): *Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Pág. Web.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005): *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*, http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200501/li bro_blanco_dependencia.htm

MISHRA, R. (2000): "El Estado de Bienestar en transición: Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda en la década de los noventa". En Muñoz de Bustillo (Ed.) (2000), pp. 109-136.

MONTERO, R. (2003): "Cinco mil plazas para el 'respiro' de familias con mayores y disminuidos", *Diario de Sevilla*, 4 de agosto de 2003.

MONTGOMERY, (1999): "The Family Role in the Context of Long-Term Care". *Journal of Aging and Health*, 11(3): 383-417.

MONTSERRAT, J. (2003^a): "El coste de la dependencia". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, Julio-Agosto.

MONTSERRAT, J. (2003^b): "El impacto de la vejez en el gasto sanitario y social". Mimeo, Universidad Ramón Lluch.

MONTSERRAT, J. (2004): "Los costes de la protección social de la dependencia par la población mayor: un gasto razonable versus gasto actual" en Casado, D. (dir), *Respuestas a la dependencia*, Ed. CCS, Madrid.

MONTSERRAT, J. y RODRÍGUEZ, G. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.

MORROW, K. y ROEGER, W. (2001): "The Economic Consequences of Ageing Populations (a Comparisón of the EU, US and Japan)". Directorate-General for Economic and Financial Affairs of the European Comission.

MTAS (1999a): "Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997". Madrid.

MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (2000): "Retos y restricciones del Estado de Bienestar en el cambio de siglo". En Muñoz de Bustillo, R. (Ed) (2000), pp. 17-108.

MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (Comp.) (1989): *Crisis y futuro del Estado del Bienestar*. Alianza Universidad. Madrid.

MUÑOZ MACHADO, S., GARCÍA DELGADO, J. L. y GONZÁLEZ SEARA, L. (2000): *Las estructuras del Bienestar en Europa*. Escuela Libre Editorial. Civitas.

NOGUEIRA, C. (2004): "Trabajo aumenta la financiación para servicios sociales municipales y congela la autonómica", *El País*, 25 de octubre de 2004.

O'HIGGINS, M. (1993): "El bienestar y la privatización: la experiencia británica". En Kammasman, S.B. y Khan, A. (Eds). *La privatización y el Estado benefactor*. Fondo de Cultura Económica. México.

O'DONOGHUE, C. y SUTHERLAND, H. (1999): 'Accounting for the Family in European Income Tax Systems', *Cambridge Journal of Economics*, 23, 5, pp. 565-598.

OBSERVATORIO EUROPEO (1999): *Health Care Systems in Transition. United Kingdom*, Copenhagen.

OBSERVATORIO EUROPEO (2000): *Health Care Systems in Transition. Belgium*, Copenhagen.

OBSERVATORIO EUROPEO (2000): *Health Care Systems in Transition. France*. Copenhagen.

OBSERVATORIO EUROPEO (2000): *Health Care Systems in Transition. Germany*, Copenhagen.

- OBSERVATORIO EUROPEO (2000): *Health Care Systems in Transition. Spain* Copenhagen.
- OBSERVATORIO EUROPEO (2000): *Health Care Systems in Transition. Sweden*, Copenhagen.
- OBSERVATORIO EUROPEO (2001): *Health Care Systems in Transition. Austria*, Copenhagen.
- OBSERVATORIO EUROPEO (2001): *Health Care Systems in Transition. Italy*, Copenhagen.
- OBSERVATORIO EUROPEO (2002): *Health Care Systems in Transition. Finland*, Copenhagen.
- OCDE (1984) Iniciativas locales para la creación de empleo. Programa ILE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- OCDE (2004): Social Expenditure Database (SOCX, www.oecd.org/els/social/expenditure).
- OCDE (2005): Society at a Glance: Social Indicators, 2005 Edition.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002): "Active Ageing. A Policy Framework". Ginebra
- PACOLET, J. et al. (1998): *Social Protection for Dependency in old age in the 15 UE Member States and Norway*, European Commission, Bruselas.
- PACOLET, J. et al. (1999): "Social Protection for Dependency in Old Age in the 15-UE Member States and Norway". Luxemburgo: Office for Official Publications in the European Communities, 1999.
- PALMA MARTOS, L. (2003): "Política Social y Estado del Bienestar en la Unión Europea. Implicaciones ante el reto de la ampliación". En PALMA MARTOS, L. (Coordinador) (2003): *Bienestar y Nuevos Yacimientos de Empleo*. REDES. Recursos para el Empleo. Servicio de Desarrollo Local. Ayuntamiento de Sevilla
- PALMA MARTOS, L. (Coordinador) (2003): *Los Nuevos Yacimientos de Empleo en Servicios de Apoyo a las Familias en la ciudad de Sevilla*. REDES. Recursos para el Empleo. Servicio de Desarrollo Local. Ayuntamiento de Sevilla.
- PALMA MARTOS, LUIS (2003a). "Política social y estado del bienestar en la unión europea. Implicaciones ante el reto de la ampliación" en *Bienestar y nuevos yacimientos de empleo*. Redes. Ayuntamiento de Sevilla, pp. 9-28.
- PALMA MARTOS, LUIS (Director) (2003b): *Los nuevos yacimientos de empleo en servicios de apoyo a las familias en la ciudad de Sevilla*, Redes. Ayuntamiento de Sevilla.
- PARELLA, S. (2003): "Los riesgos de la expansión de los servicios de proximidad desde una perspectiva de género". En PALMA MARTOS, L. (Coordinador) (2003): *Bienestar y nuevos yacimientos de empleo*. REDES. Recursos para el Empleo. Servicio de Desarrollo Local. Ayuntamiento de Sevilla
- PÉREZ DÍAZ, J. (1998): "La demografía y el envejecimiento de las poblaciones", en A.S. Staab y L.C. Hodges, *Enfermería Gerontológica*. México DF: McGraw Hill.
- PÉREZ DÍAZ, J. (2002): "La madurez de masas". Versión electrónica www.imsersomayores.cesic.es
- PEYREFITTE, A. (1998): *Du "Miracle" en economie: Leçons au Collège de France*. París, Odile Jacob (trad. cast.: Bello, A. Milagros económicos. Barcelona
- PHILLIPS, A. W. (1958): "The relation between unemployment and the rate of change of money wage rates in the United Kingdom, 1861-1957" en *ECONÓMICA*, nº 2.

PICHAUD, D. (1997): "Social Security and dependence". *International Social Security Review*. Vol 50 (1), pp. 41-55.

POZZI, S. (2003): "Bush logra una reforma histórica del sistema de asistencia a los ancianos", *El País*, 26 de noviembre de 2003.

PRIETO, J. (2003): "Las empresas francesas deberán suprimir un día festivo al año para ayudar a la vejez", *El País*, 7 de noviembre de 2003.

RANDSTAD (2004): *Calidad del Trabajo en la Europa de los Quince. Las Políticas de Conciliación*. Informe Randstad elaborado por el Instituto de Estudios Laborales de ESADE-Randstad.
<http://www.randstad.es/content/randstad/gabinete-de-prensa/calendario/3%C2%BA%20informe%20IEL%20pol%C3%ADticas%20conciliaci%C3%B3n.pdf>

ROBINSON, R. (2003): "Recent Reforms of Policy on Long-Term Care for the Elderly". *Health Policy Monitor*, Bielefeld, Bertelsmann Foundation Pubs.
www.healthpolicy-monitor.org.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004a): *Protección Social de la Dependencia en España*, Fundación Alternativas, Madrid.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004b): "Referencias europeas de la protección social de la dependencia", en Casado, D. (dir.), *Respuestas a la Dependencia*, Ed. CCS, Madrid.

RODRÍGUEZ, G. (coor.) (1999): *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.

ROSTGAARD, T. (2002) "Caring for children and older people in Europe - A comparison of European policies and practice", *Policy Studies* vol.23, nº 1, pp. 51-68.

ROSTGAARD, T. (2002): "Care Services for Children and Other Dependent People". European Union Presidency Conference, Elsinore, 25-26 de noviembre.

ROYAL COMMISSION ON LONG-TERM CARE (1999): "With Respect to Old Age". The Stationery Office, Londres, marzo 1999.

RUESGA, S. (2003): "Empleo irregular y Yacimientos de Empleo: ¿encuentro o desencuentro?" EN PALMA MARTOS, L. (Coordinador) (2003): *Los Nuevos Yacimientos de Empleo en Servicios de Apoyo a las Familias en la ciudad de Sevilla*. REDES. Recursos para el Empleo. Servicio de Desarrollo Local. Ayuntamiento de Sevilla

SÁNCHEZ, M. (2003): "Más viejos y más dependientes", *El País*, 4 de noviembre de 2003, p. 34.

SARASA URDIOLA, S. (2003): "Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores". Fundación Alternativas. Documento de Trabajo 15/2003.

SCHART, T. y WENGER, C. (eds.) (1995): *International Perspectives on Community Care for Older People*, Avebury, Aldershot.

SCHULTE, B. (1996): "Social protection for dependence in old age: the case of Germany" en Eissen, R. y Sloan, F. A. (ed.), *Long-term care: economic issues and policy solutions*, Boston/Dordrecht/Londre: Kluwer.

SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD:
<http://sid.usal.es/>.

SOCIEDAD y DISCAPACIDAD:
<http://www.discapacidad.org>.

SOTELO, I. (2005): "Desmontaje del estado de Bienestar". *El País*, viernes, 7 de enero de 2005, pág. 12).

The clearing house on international developments in child, youth and family policies at Columbia university (2003) <http://www.childpolicyintl.org/>

TOHARIA, L. et al. (1998): *El mercado de trabajo en España*. McGraw-Hill, Madrid.

UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (2002): "World Population Ageing: 1950-2050". Versión Electrónica www.un.org/population/publications/worldageing19502050.

VALCARCE, A. (2004): "El cuarto pilar del Estado del Bienestar". *El País*, 21 de diciembre, pág. 36.

WIENER, J.M, ULLSTON, L.H. y HANLEY, R.J. (1994): *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*. The Brookings Institution: Washington, D.C.

WITTENBERG, R., PICKARD, L., COMAS HERRERA, A., Davies, B. y Darton, R. (1998): *Demand for Long-Term Care: Projections of Long-Term Care Finance for Elderly People*. PSSRU: University of Kent.