



**EUSKO  
IKASKUNTZA**  
Asmoz ta Jakitez

## Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria



**Abril 2021**

## Equipo de trabajo

Joseba Zalakain (Coordinación, SII Centro de Documentación y Estudios), Arrate Arin (Eusko Ikaskuntza), Maia Berasategui (Etcharry Formation Développement), Lucía Martínez Virto (Universidad Pública de Navarra), Laurent Melito (Etcharry Formation Développement) y Angel Toña (Eusko Ikaskuntza).

## Patrocinio



# Abreviaturas

AGGIR. Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources

AJPA. Allocation Journalière de Proche Aidant

AJAP. Allocation Journalière d'Accompagnement d'une Personne en Fin de Vie

APA. Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS. Agence Régionale de Santé

ASH. Aide Sociale à l'Hébergement

BVD. Baremo de Valoración de la Dependencia

CAF. Caisse d'Allocations Familiales

CNSA. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CCAA. Comunidades Autónomas

CAV. Comunidad Autónoma Vasca

CCAS. Centre Communal d'Action Sociale

CIAS. Centre Intercommunal d'Action Sociale

CPOM. Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DPE. Dedicación Plena Equivalente.

EHPA. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD. Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales

IPREM. Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

LAPAD. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia

SAAD. Sistema de Atención a la Autonomía y a la Dependencia

SAAD. Services d'aide et d'accompagnement à domicile

SAD. Servicio de Asistencia Domiciliaria

SSIAD. Services de Soins Infirmiers à Domicile

SPASAD. Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

PASA. Pôles d'activités et de soins adaptés

PCH. Prestation de Compensation du Handicap

PCEF. Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar

PEAP. Prestación Económica de Asistencia Personal

PEVS. Prestación Económica Vinculada al Servicio

PIA. Programa Individual de Atención

SSBB. Servicios Sociales de Base

USLD. Unités de Soins de Longue Durée

UHR. Unités d'Hébergement Renforcées

# Índice

1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA .....	8
3. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LOS TERRITORIOS DE EUSKAL HERRIA: ANÁLISIS COMPARADO	
3.1. Introducción y características básicas del sistema .....	10
3.2. Estructura demográfica, necesidades sociales y demanda de servicios .....	12
3.3. Estructura competencial, normativa y ordenación territorial.....	13
3.3.1. Departamento de Pirineos Atlánticos.....	13
3.3.2. Comunidad Foral de Navarra.....	16
3.3.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	19
3.4. El acceso a los servicios sociales de atención a la dependencia .....	23
3.4.1. Departamento de Pirineos Atlánticos.....	23
3.4.2. Comunidad Foral de Navarra.....	25
3.4.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	27
3.4.4. Visión conjunta.....	28
3.5. Principales servicios y prestaciones para las personas mayores en situación de Dependencia .....	29
3.5.1. Departamento de Pirineos Atlánticos.....	29
3.5.2. Comunidad Foral de Navarra.....	31
3.5.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	34
3.5.4. Visión conjunta.....	37
3.6. La oferta de servicios sociales para personas mayores en situación de dependencia.....	38
3.6.1. Departamento de Pirineos Atlánticos.....	38
3.6.2. Comunidad Foral de Navarra.....	40
3.6.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	43
3.6.4. Visión conjunta.....	45
3.7. El personal que trabaja en los Servicios Sociales: dotación, cualificación y condiciones de trabajo.....	46
3.7.1. Departamento de Pirineos Atlánticos.....	46
3.7.2. Comunidad Foral de Navarra.....	49
3.7.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	53
3.7.4. Visión conjunta.....	57
3.8. Extensión del cuidado informal y prestaciones para las personas cuidadoras .....	59
3.8.1. Departamento de Pirineos Atlánticos.....	59
3.8.2. Comunidad Foral de Navarra.....	60
3.8.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	60
3.8.4. Visión conjunta.....	64
3.9. Las entidades proveedoras de Servicios Sociales de atención a la dependencia .....	64
3.9.1. Departamento de Pirineos Atlánticos.....	64
3.9.2. Comunidad Foral de Navarra.....	65
3.9.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	66
3.9.4. Visión conjunta.....	67
3.10. El tratamiento fiscal de la dependencia .....	67
3.10.1. Departamento de Pirineos Atlánticos.....	67
3.10.2. Comunidad Foral de Navarra.....	67
3.10.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	68

3.10.4. Visión conjunta .....	68
3.11. Gasto y financiación de los Servicios Sociales de atención a la dependencia .....	69
3.11.1. Departamento de Pirineos Atlánticos .....	69
3.11.2. Comunidad Foral de Navarra .....	71
3.11.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	75
3.11.4. Visión conjunta .....	80
3.12. La coordinación sociosanitaria .....	82
3.12.1. Departamento de Pirineos Atlánticos .....	82
3.12.2. Comunidad Foral de Navarra .....	84
3.12.3. Comunidad Autónoma Vasca .....	86
4. CONCLUSIONES, RETOS COMUNES Y RECOMENDACIONES .....	88
4.1. Principales diferencias y similitudes .....	88
4.2. Retos y limitaciones .....	92
4.2.1. Retos y limitaciones de los modelos estatales .....	92
4.2.2. Retos, limitaciones y potencialidades de los modelos territoriales .....	96
5. REFERENCIAS.....	103

# 1. Introducción

En el espacio geográfico conformado por la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), la Comunidad Foral Navarra e Ipar Euskal Herria encontramos tres modelos muy diferentes de bienestar social, con diferentes concepciones políticas y niveles competenciales. Aunque las necesidades y riesgos sociales son similares, la respuesta que tradicionalmente se ha dado a esas necesidades ha sido muy diferente en cada una de las tres áreas. El territorio transfronterizo constituye en ese sentido un espacio de reflexión estratégico y un laboratorio del cual pueden extraerse análisis, aprendizajes e innovaciones de gran interés para la mejora de las políticas de intervención social.

A partir de esa primera constatación, este informe se enmarca en un proyecto más amplio de Eusko Ikaskuntza con el objetivo de crear un laboratorio de análisis y de innovación social en relación al modelo de bienestar y a las políticas públicas que se desarrollan en el ámbito de los Servicios Sociales en los diferentes territorios de Euskal Herria: CAV, Navarra e Ipar Euskal Herria. Las características de este programa de trabajo van en consonancia con los valores y características que Eusko Ikaskuntza quiere promover a través de sus programas:

- Visión del conjunto de Euskal Herria. Tender puentes entre los territorios de Euskal Herria (CAV, Navarra e Ipar Euskal Herria).
- Mirada a largo plazo. Capacidad de hacer propuestas transformadoras.
- Objetivo de impactar en políticas públicas. Tener capacidad de influencia.
- Ser voz de la sociedad civil.
- Trabajar en red: Gobernanza colaborativa o gobernanza democrática.

Aunque este laboratorio tiene como objetivo analizar el conjunto de las políticas que tienen que ver con el bienestar social –políticas de garantía de ingresos, de empleo, de apoyo a las familias, de inclusión social, de prevención y abordaje de la exclusión residencial, etc.– el primero de los informes realizados en el marco de este programa se refiere al envejecimiento y la atención a la dependencia, dada la importancia de los cuidados a las personas mayores y dependientes en el marco de los Servicios Sociales y su relevancia en lo que se refiere a la calidad de vida y a la cohesión social de toda la población.

En efecto, no cabe duda de que el ámbito de los cuidados ha tomado un papel protagonista en la agenda pública pues, sin cuidados sociales y sanitarios, difícilmente podemos ser una sociedad que resista a las crisis emergentes. El modelo de atención a los cuidados en nuestro territorio ha sido, y es, espacio de debate. Y no solo es debido a un crecimiento de la presión de los actores o la demanda por una cuestión meramente demográfica. Han surgido también cambios y nuevas necesidades derivadas de procesos de envejecimiento, donde las personas reclaman un mayor protagonismo en relación a cómo quieren ser cuidadas, evidenciando los límites del actual sistema.

El modelo de Atención Centrado en la Persona es un horizonte reclamado por proveedores y beneficiarios de recursos. Su implementación se exige tanto en los espacios de atención residencial, como de cuidado domiciliario, y avanza hacia un modelo más adecuado a la diversidad de necesidades, con un mayor respeto a los derechos y voluntades de las personas mayores. La crisis de la Covid-19 ha puesto de manifiesto la importancia del modelo de cuidados en la garantía de la supervivencia, un modelo con las debilidades de un sistema precarizado, con escasos medios humanos y materiales, y con un tejido profesional de gran valor técnico y humano. Desde este momento, cualquier debate sobre el modelo social y de bienestar de nuestras sociedades no podrá obviar la necesidad de poner en el centro de la discusión el modelo de cuidados que nuestra sociedad necesita. Ese debate sobre el modelo de cuidados puede sin duda enriquecerse a partir del análisis comparado de los modelos de servicios sociales que existen en Euskadi, en Navarra y en Ipar Euskal Herria, y del aprendizaje mutuo que se puede derivar de esas comparaciones.

A partir de esa reflexión, este informe describe y compara el sistema de servicios sociales que existe en los tres ámbitos administrativos que conforman Euskal Herria para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores dependientes. En ese sentido, el objetivo del trabajo es triple:

- Por una parte, describir el funcionamiento básico del sistema de servicios sociales para personas mayores o dependientes en cada Territorio, de forma que puede ser conocido por las personas que no lo conocen en detalle.
- Por otra, ofrecer datos e indicadores que permitan dimensionar y poner en relación el alcance de esas políticas en cada territorio, desde el punto de vista del número de personas atendidas, los servicios ofrecidos, el personal ocupado o el gasto realizado.
- Por último, identificar las principales similitudes y las principales divergencias que existen entre los tres territorios, identificar los retos comunes –así como los específicos de cada territorio– y plantear algunas recomendaciones para la mejora de los servicios en los tres ámbitos territorios analizados, a partir de los aprendizajes extraídos.

## 2. Metodología y estructura

Desde el punto de vista metodológico, el informe realizado no se basa en una investigación específica, sino que pretende recoger la información y los datos disponibles a partir de muy diversas fuentes estadísticas y administrativas.

Esa necesidad de comparar datos de muy diversas fuentes ha planteado algunas dificultades de cara a la realización de este trabajo, ya que no siempre los indicadores disponibles para cada territorio son los mismos o se calculan de la misma forma. La propia definición del perímetro de las políticas analizadas y de las personas destinatarias es diferente en cada territorio, lo que dificulta la comparación entre las tres realidades administrativas que conforman Euskal Herria. En ese sentido, una de las primeras conclusiones del trabajo realizado hace referencia a la dificultad para disponer de datos suficientemente homogéneos y comparables sobre el alcance de los Servicios Sociales en la CAV, Navarra e Ipar Euskal Herria e incluso a la dificultad para determinar cuáles son las políticas, los servicios y las prestaciones que deben tenerse en cuenta en cada uno de los territorios para un análisis homogéneo de modelo de cuidados y apoyos que existe en ellos.

Para poder dar respuesta a estas dificultades, las opciones metodológicas que se han tomado son las siguientes:

- La mayor parte de la información referente a Ipar Euskal Herria hace referencia, en realidad, al conjunto del Departamento de Pirineos Atlánticos, ya que la información básica sobre el sistema de servicios sociales se ofrece en el Estado francés –en general– a nivel de Departamento. La competencia del Consejo del Departamento en materia de acción social y la desagregación de los datos que se realiza habitualmente en el Estado francés en el ámbito estadístico hacen prácticamente imposible disponer de datos relativos únicamente a los territorios de Lapurdi, Behe Nafarroa y Zuberoa.
- En el caso de la CAV, pese a las notables diferencias que existen en cuanto al despliegue y el funcionamiento de los servicios sociales en cada uno de los tres Territorios Históricos, se ha optado en la mayor parte de los casos por ofrecer los datos para el conjunto de la Comunidad, y sólo en algunos casos los datos se han desagregado por Territorio Histórico.
- Los datos analizados y los servicios descritos se refieren fundamentalmente a las personas mayores en situación de dependencia. En algunos casos, sin embargo, la información disponible hace referencia al conjunto de las personas con dependencia, lo que incluye a menores y a personas adultas con discapacidad. El informe no se centra sin embargo en las políticas de atención a la discapacidad, que requerirían, en todo caso, un informe específico.
- Del mismo modo, algunos de los datos que se ofrecen hacen referencia al conjunto de los Servicios Sociales y no sólo a los servicios sociales de atención a las personas con dependencia, puesto que, en ocasiones, la información relativa a los servicios sociales no diferencia la edad o la problemática de las personas atendidas.
- En algunos casos existen fuentes diversas para la obtención de los mismos o similares datos. En tales casos, especialmente a la hora de realizar comparaciones entre los territorios, se ha dado prioridad a las fuentes comunes o de ámbito superior, es decir, a las fuentes que ofrecen datos para al menos dos de los ámbitos territoriales analizados. Aunque en ocasiones esos datos no coincidan con los datos de las instituciones locales, se ha pensado que estas fuentes resultan más fiables a la hora de realizar comparaciones, ya que se basan en una metodología común y armonizada.
- Los datos no siempre hacen referencia a los mismos años. Se ha intentado en cualquier caso utilizar para cada tabla o gráfico los datos más recientes disponibles, que en general se refieren a los años 2017, 2018 y 2019, en función de la disponibilidad de datos de cada una de las fuentes utilizadas.



- Este es uno de los pocos estudios, que sepamos, en los que se analizan en detalle y se comparan los datos relativos a la oferta, la dotación de personal o el gasto de servicios sociales que se realiza en la CAV, Navarra y los Pirineos Atlánticos. El interés del trabajo no radica en cualquier caso en los datos tomados de forma aislada, sino en identificar las similitudes y las diferencias que existen en cada territorio y en extraer conclusiones globales que contribuyan al aprendizaje común.

La estructura del informe es la siguiente:

- En primer lugar, se describen las características básicas del sistema de atención a la dependencia y a las personas mayores en cada uno de los ámbitos territoriales analizados, al objeto de poder contextualizar la información que se da en los siguientes apartados. Se resume también la información disponible sobre la estructura demográfica de los tres territorios analizados y se describe la estructura competencial, la normativa básica y la ordenación territorial de los Servicios Sociales para las personas mayores o dependientes en la CAV, Navarra e Ipar Euskal Herria.
- Los siguientes apartados describen de forma detallada el contenido de los principales servicios y prestaciones para las personas mayores en situación de dependencia que existen en la CAV, Navarra y el Departamento de Pirineos Atlánticos; la dotación y la oferta de servicios sociales para personas mayores en situación de dependencia que existe en cada territorio; la dotación, la cualificación y las condiciones de trabajo del personal que trabaja en los servicios sociales; la extensión del cuidado informal y las prestaciones para las personas cuidadoras familiares; el papel y el perfil de las entidades proveedoras de Servicios Sociales de atención a la dependencia; el tratamiento fiscal de la dependencia en cada territorio; la información disponible sobre el gasto y las fórmulas de financiación de los Servicios Sociales de atención a la dependencia; y, finalmente, los sistemas de coordinación sociosanitaria que existen en los tres territorios.

Para el análisis de esos elementos, se analiza en primer lugar de forma específica la situación de cada territorio y, posteriormente, se ofrece una visión conjunta en la que se intentan identificar las diferencias y las similitudes que en relación a cada una de las cuestiones analizadas se han identificado en los tres territorios.

- El último apartado recoge las principales diferencias y las principales similitudes que existen en los tres territorios analizados con relación a la respuesta que se da a las necesidades sociales de las personas mayores dependientes y en relación a la configuración de los Servicios Sociales, así como los principales retos que se plantean en cada territorio, a escala estatal, regional y local.

### 3. La atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria: análisis comparado

#### 3.1. Introducción y características básicas del sistema

Al objeto de facilitar la comprensión de los siguientes apartados, y como introducción, en este primer epígrafe se describen brevemente las principales características del sistema de atención a la dependencia que existe en cada uno de los tres territorios analizados:

- En el caso de Ipar Euskal Herria y del Departamento de Pirineos Atlánticos, el sistema de atención a la dependencia se articula fundamentalmente en torno a una prestación económica –la *Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)*– que se concede a las personas mayores de 60 años que acreditan una situación de dependencia mediante un baremo de ámbito estatal y con las que se establece un plan individualizado de atención. Se trata de una prestación universal, aunque su cuantía se modula en función del nivel de renta y del grado de dependencia, y con ella se financia tanto el acceso a los servicios de apoyo en el domicilio como el acceso a los centros residenciales.

Desde el punto de vista competencial, si bien el Estado central regula las características básicas del sistema, las principales competencias en cuanto a la financiación y la prestación de los servicios de atención a la dependencia recaen en los Consejos Generales de los Departamentos, que asumen el liderazgo del sistema a nivel del territorio. La administración regional juega también un papel importante en lo que se refiere a la financiación y la articulación de los servicios de salud, así como en relación a los servicios sociales y sociosanitarios. Por su parte, los ayuntamientos juegan un papel secundario, si bien pueden desarrollar diversos servicios y prestaciones, de forma discrecional, y pueden también ser titulares de servicios y centros de atención directa, como las residencias medicalizadas para personas mayores (EHPAD) o los servicios de acompañamiento y atención a domicilio (SAAD). En ese contexto, juega un papel de creciente importancia en Ipar Euskal Herria la Mancomunidad de Municipios de la Aglomeración del País Vasco, que presta de forma mancomunada diferentes servicios a escala local.

Desde el punto de vista de la provisión de los servicios, y en aplicación del principio de libre elección, las personas usuarias pueden acceder –mediante la APA– a los servicios y centros de su elección, que pueden estar gestionados bien por entidades públicas (dependientes de ayuntamientos o de hospitales), o bien por entidades privadas con y sin fin de lucro.

Como se explica en las páginas siguientes, el sistema francés de atención a la dependencia destaca también por la estrecha coordinación entre el ámbito social, el sanitario y el sociosanitario, por la existencia de un sistema de triple tarificación para la determinación de la participación económica de las personas usuarias en la financiación de las residencias y por la existencia de un sistema de cotización sobre los salarios que abonan las empresas y mediante el cual se cofinancian los gastos de atención a la dependencia. En relación a Euskadi y Navarra, el sistema de atención a la dependencia se caracteriza en Ipar Euskal Herria por el escaso impulso que desde la administración se da al trabajo en red de los diversos agentes, y el menor protagonismo de las dinámicas de participación y coordinación entre los agentes públicos y la sociedad civil.

- En el caso de la Comunidad Foral Navarra, el sistema de atención a la dependencia se enmarca tanto en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), de ámbito estatal, como en el sistema navarro de servicios sociales, de ámbito autonómico (foral). Si bien la regulación general, y una parte de la financiación, se establece a nivel estatal, los servicios se prestan en el marco de los Servicios Sociales, regulados por la Ley de Servicios Sociales de Navarra de 2006. En ese marco, la mayor parte de los servicios son prestados por la Agencia Navarra de Autonomía y Atención a la Dependencia, dependiente del Gobierno de Navarra, si

bien los ayuntamientos están también obligados a prestar desde los Servicios Sociales de Base un programa de promoción de la autonomía y atención a la dependencia que incluye el Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD).

En aplicación tanto de la Ley de Dependencia estatal como de la Ley autonómica de Servicios Sociales de Navarra, la mayor parte de los servicios de atención a las personas con dependencia tienen carácter garantizado, es decir, deben ser ofrecidas a las personas que cumplen los requisitos de acceso, y no tienen por tanto carácter discrecional.

En lo que se refiere a la oferta de servicios, la cartera se divide en prestaciones económicas y servicios de atención directa: al igual que en la CAV, la principal prestación contemplada por el sistema es la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PCEF), a la que acceden casi la mitad de las personas usuarias de servicios de atención a la dependencia. Le siguen en orden de importancia los servicios residenciales y el servicio de teleasistencia.

En cuanto a la provisión de los servicios, pueden ser o bien directamente prestados por las administraciones públicas o bien prestados –mediante contrato, convenio o concierto– por entidades privadas con o sin fin de lucro. También existe un número relativamente importante de plazas privadas, sin financiación pública alguna, a las que acceden las personas que no están en una situación de dependencia o que están en lista de espera para acceder a una plaza de responsabilidad pública.

- El modelo de la CAV coincide en buena medida con el existente en la Comunidad Foral navarra, debido en parte a que en ambos territorios se aplica la Ley estatal de Dependencia. En ese sentido, el catálogo de servicios y centros es similar, y también en la CAV tiene un papel protagonista la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), que compensa los cuidados prestados por las personas cuidadoras informales. Le siguen en importancia, también como en Navarra, los centros residenciales y la teleasistencia. Tanto la Ley de Dependencia como la Ley vasca de Servicios Sociales de 2008 garantizan el derecho subjetivo a los servicios de atención a todas las personas que acrediten cumplir los requisitos de acceso, independientemente de su renta, de acuerdo al principio de universalidad que ambas leyes consagran. Para ello, la Ley vasca de Servicios Sociales establece un amplio catálogo de servicios, centros y prestaciones, que deben obligatoriamente ser ofertados a las personas que cumplen los requisitos de acceso.

Como en el conjunto del Estado, y como también ocurre en Navarra, los proveedores de los servicios sociales de atención a la dependencia pueden ser en la CAV tanto entidades públicas como entidades privadas, con y sin fin de lucro. En ese sentido, la Ley vasca de Servicios Sociales prevé la posibilidad de que la gestión de los centros pueda encomendarse a entidades de cualquier titularidad, si bien la Ley establece que, a los efectos de establecimiento de conciertos, las administraciones públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a las entidades dedicadas a la prestación de servicios sociales que tengan carácter no lucrativo. A diferencia de lo señalado para Ipar Euskal Herria, y como ocurre en Navarra, no puede decirse que la libertad de elección sea un principio relevante a la hora de diseñar el acceso de las personas dependientes a los servicios que les corresponden. En ese sentido, es la propia administración la que concierta o contrata los servicios a los proveedores externos, o la que los presta de forma directa, y sólo en casos muy concretos se plantea el acceso directo de los usuarios a los servicios y centros de su elección a través de una prestación económica, como ocurre en el Estado francés.

La estructura competencial de los Servicios Sociales vascos se caracteriza por su alto grado de descentralización: como en Navarra, los servicios se diferencian en dos niveles de atención –primaria y secundaria–, correspondiendo la gestión y la financiación de los servicios sociales de atención primaria a los municipios –independientemente de su tamaño– y la gestión de los servicios sociales de atención secundaria, así como la mayor parte de las prestaciones económicas a las Diputaciones forales de Álava, Gipuzkoa y Bizkaia. El Gobierno Vasco asume las

funciones de regulación y planificación, así como la prestación de algunos servicios de atención directa (fundamentalmente, el servicio de teleasistencia).

### 3.2. Estructura demográfica, necesidades sociales y demanda de servicios

La población que reside en los tres territorios analizados en este informe asciende a 3,5 millones de personas, de las que el 62% reside en la CAV, el 18% en la Comunidad foral Navarra y el 19% en el Departamento de Pirineos Atlánticos. La densidad de población es muy superior en la CAV que en los otros dos territorios, así como el tamaño medio de los municipios: los municipios de la CAV tienen un tamaño medio de 8.764 habitantes, frente a 2.405 en Navarra y 1.240 en Pirineos Atlánticos, donde el número de ayuntamientos supera el medio millar.

En lo que se refiere al PIB por habitante, con datos para 2016 en el caso de Pirineos Atlánticos, 2017 en el caso de Navarra y 2018 en el caso de la CAV, de acuerdo a Eurostat, oscila entre 27.300 euros en el Departamento de Pirineos Atlánticos y 36.300 euros en el caso de la CAV.

**Tabla 1. Indicadores geográficos comparados**

	CAV	Navarra	Pirineos Atlánticos
Población total	2.199.711	654.214	677.309
Nº de municipios	251	272	546
Tamaño medio de los municipios	8.764	2.405	1.240
Densidad de población*	303	63	84
PIB per cápita (en PPA)	36.300	33.700	27.300

Fuentes: Elaboración propia a partir de NASTAT, EUSTAT, INSEE, Eurostat. \*Habitantes por kilómetro cuadrados

Aunque el porcentaje que representan las personas mayores de 65 años en relación al conjunto de la población es similar en los tres territorios (oscila entre el 19,8% de Navarra y el 24,2% de Pirineos Atlánticos), el peso de la población mayor de 65 años en relación a la población menor de 16 –es decir, el índice de envejecimiento– es muy superior en la CAV, debido a sus reducidas tasas de natalidad y al escaso peso de la población menor de edad en su estructura poblacional. El peso de la población mayor de 75 años oscila entre el 9,9% de Navarra y el 11,9% de la CAV, en la línea del 9,7% que se registra en la UE27. En torno al 60% de las personas mayores, en los tres territorios, son mujeres. El porcentaje de mayores de 65 años que viven solos es mayor en Pirineos Atlánticos –33,9%– que en los dos territorios peninsulares. La esperanza de vida a los 65 años ronda en los tres territorios los 20 años.

**Tabla 2. Indicadores sociodemográficos comparados**

	CAV	Navarra	Pirineos Atlánticos*
Tamaño medio de los hogares	2,4	2,5	2,1
Tasa de fecundidad	35,1	37,9	43,4
Índice de envejecimiento de la población	154,0	121,5	120,5
% mayores de 65	22,6	19,8	24,2
% mayores de 75	11,3	9,9	11,9
% de mujeres entre mayores de 75	61,6	59,9	61,4
% mayores de 65 que viven solos	22,7	25,4	33,9
Esperanza de vida hombres a los 65**	19	20	24
Esperanza de vida mujeres a los 65**	23	24	28
% de pensiones de jubilación inferiores a 600 euros	15,4	14,7	10,1

Fuentes: elaboración propia a partir de EUSTAT, INE, INSEYE, SAAD y Observatorio de la Realidad Social del Gobierno de Navarra. \*Los datos se refieren a 2017. \*\*En el caso de Pirineos Atlánticos se recoge la esperanza de vida a los 60.

En lo que se refiere a las previsiones demográficas, la tabla siguiente recoge el peso que la población mayor de 75 años y de 85 años tendrá en Navarra, en los tres Territorios de la CAV y en algunas comarcas de Ipar Euskal Herria. El porcentaje de mayores de 75 oscila, según estas estimaciones, entre el 11,7% en Hasparren y el 18,9% en Soule, mientras que el de mayores de 85 oscilará entre el 3,4% y el 6,4 de estos dos territorios de Ipar Euskal Herria. Estas previsiones suponen un incremento de unos tres puntos porcentuales con respecto a los datos de 2017. Concretamente, en Navarra el porcentaje de personas de esta edad se incrementaría del 9,9% al 12,2%, en la CAV del 11,3% al 14,43% de media en sus tres territorios y del 11,9% al 15,75% en Ipar Euskal Herria.

**Tabla 3. Previsiones demográficas para 2031 por territorios y comarcas**

	75 y más	85 y más
Araba	14,1	4,8
Bizkaia	14,8	5,0
Gipuzkoa	14,4	4,8
Navarra	12,2	4,1
Soule	18,9	6,4
Garazi-Baigorri	17,8	5,5
Iholdi	16,5	6,1
Bidache	13,4	3,9
Amikuze	16,2	5,7
Hasparren	11,7	3,4

Fuentes: INE y INSEE RP y estimaciones © Compas. 4

### 3.3. Estructura competencial, normativa y ordenación territorial

#### 3.3.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

##### a) Normativa básica

La normativa básica en relación a la atención a las personas mayores o dependientes, a diferencia de lo que ocurre en la CAV y en la Comunidad Foral de Navarra es de ámbito básicamente estatal. Las principales normas que cabe señalar en el ámbito de la acción social con las personas mayores dependientes son el Código de la Acción Social y las Familias, por una parte, y las leyes que se refieren de forma específica a la atención a las personas mayores dependientes (la Ley de 2001 relativa la prestación individual de autonomía, por una parte, y la Ley de 2015 relativa a la adaptación de la sociedad al envejecimiento, por otra).

El denominado *Code de l'action sociale et des familles* constituye el marco normativo en el que se recopilan y centralizan todos aquellos aspectos normativos que regulan la acción social y de atención a las familias, tales como:

- autorización y acreditación de servicios;
- procesos de evaluación interna y externa de los centros y servicios;
- definición de las competencias departamentales en acción social;
- definición de la *Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)*;
- aspectos técnicos de organización y funcionamiento de los servicios a domicilio;

- regulación de los planes de atención individualizados en centros residenciales;
- derechos y obligaciones de los centros y servicios sociales y sociosanitarios;
- derechos y obligaciones de las personas usuarias.

Además, a la hora de destacar las leyes que regulan específicamente el sistema de atención a la dependencia en Francia, cabría destacar principalmente las siguientes normas:

- *LOI n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. La Ley 2001-647 establece la creación de la *Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)* como eje vertebrador del sistema de atención a la dependencia.
- *LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. Esta Ley apuesta por una estrategia integral de prevención de la dependencia, así como todo un conjunto de acciones de adaptación del entorno al envejecimiento de la población (viviendas adaptadas, medios de transporte, urbanización, planes contra el aislamiento social, etc.). La Ley prioriza la atención en el domicilio sobre la atención residencial y da también prioridad al apoyo a las personas cuidadoras. La Ley introduce en ese sentido una serie de mejoras y modificaciones en relación a la APA, entre las que cabe destacar:
  - o Incremento de la cuantía de las prestaciones, especialmente en lo que se refiere a la APA a domicilio, y reducción de los niveles de copago para las personas con niveles más elevados de dependencia.
  - o Introducción de medidas específicas de apoyo a las personas cuidadoras, especialmente en lo que se refiere al derecho al respiro
  - o La reforma y refuerzo del permiso laboral para personas cuidadoras
  - o La introducción de nuevas medidas de carácter preventivo
  - o Mejoras en lo que se refiere a la información sobre las tarifas aplicadas en los centros residenciales.

#### b) Estructura competencial

Las competencias relativas a los servicios sociales para personas dependientes recaen fundamentalmente, en todo el Estado francés, en los Departamentos. El proceso de descentralización de 1983 dio a los Consejos departamentales jurisdicción de derecho ordinario sobre la asistencia social. Así pues, todas las competencias en materia de asistencia social legal, planificación, tarificación y control de los establecimientos o servicios autorizados para prestar asistencia social se transfieren del Estado a los Departamentos, de forma que, en lo que respecta a la asistencia social, la autonomía personal y la solidaridad territorial, el papel de “líder” de la acción social recae en el Departamento.

En ese contexto, las principales funciones de los diversos niveles administrativos son las siguientes:

- Como se acaba de señalar, los Departamentos son desde 1983 responsables de la mayor parte de las competencias en materia de acción social. La Ley NOTRe<sup>1</sup> reafirma la voluntad de la colectividad departamental en lo que se refiere a la promoción de la solidaridad y la cohesión territorial.

En ese marco, el Departamento de Pirineos Atlánticos –como el resto de los Departamentos franceses– tiene amplias competencias en el ámbito de la infancia y el apoyo a las familias en situación de precariedad económica, el apoyo a las personas con discapacidad –que incluye tanto los servicios de alojamiento y de integración social como la gestión de la Prestación de Compensación de la Discapacidad (*Prestation de Compensation du Handicap*)–, las políticas de

<sup>1</sup>Loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

inserción vinculadas a las políticas de garantía de ingresos y la prevención de la pobreza energética.

El grueso de sus funciones se relacionan en cualquier caso con las personas mayores dependientes, ya que los Departamentos son los responsables de la gestión de la *Allocation Personalisée d'Autonomie* (APA), la creación y mantenimiento de centros residenciales, la oferta de servicios de asistencia a domicilio y la gestión de determinadas ayudas para el alojamiento que pueden ser utilizadas para el abono de los servicios residenciales.

- También los municipios juegan un papel importante en el ámbito de la acción social en Ipar Euskal Herria, si bien su función es básicamente discrecional, a diferencia de lo que ocurre en Navarra y, sobre todo, en la CAV. De conformidad con el artículo L. 123-5 del Código de Acción Social y de la Familia, el municipio ejerce sus competencias en materia de asistencia social facultativa a través del Centro Comunitario de Acción Social (CCAS), que se encarga, dentro de la jurisdicción de su territorio, de llevar a cabo actividades de prevención y de desarrollo social en estrecha colaboración con las instituciones sociales públicas y privadas. En ese marco:
  - o El CCAS interviene en el marco de la asistencia social facultativa (ayuda de urgencia, préstamos sin interés, paquetes de alimentos, etc.).
  - o Participa en el examen de las solicitudes de asistencia social legal (asistencia médica, rentas garantizadas, asistencia a las personas mayores, comidas a domicilio, etc.) y las transmite a las autoridades decisorias competentes.
  - o Lleva a cabo la domiciliación administrativa de las personas sin hogar.
  - o Establece y mantiene un archivo de personas que reciben prestaciones de asistencia social y que residen en su territorio.
  - o Realiza un análisis de las necesidades sociales de toda la población bajo su jurisdicción.
  - o Puede llevar a cabo acciones que el departamento ha confiado al municipio en virtud de un acuerdo de delegación.

Además, los municipios pueden ser titulares y gestores de centros residenciales o servicios de atención domiciliaria –en concurrencia con el resto de los prestadores públicos y privados de servicios– a los que las personas usuarias acceden a través de la APA.

En ese marco, la Comunidad de la Aglomeración del País Vasco aglutina a 158 municipios del territorio y desarrolla diversas acciones y servicios en el ámbito de la autonomía personal y la dependencia mediante el Centro Intercomunitario de Acción Social (CIAS) del País Vasco:

- o El servicio de ayuda a domicilio cubre las zonas de Pays de Bidache, Pays de Soule, Garazi-Baigorri, y con 155.000 horas de servicio al año, es uno de los proveedores de servicios a domicilio más importantes del Departamento.
- o El servicio de entrega de comidas sólo concierne al Pays de Soule, Garazi-Baigorri y el Pays de Hasparren por el momento (posibilidad de extensión al Pays de Bidache).
- o Apoyo a la participación de las personas mayores en la vida cívica a través de la ayuda financiera a los espacios de vida social vinculados a la Caja de Prestaciones Familiares.



- Apoyo a las iniciativas para reforzar la atención a domicilio de las personas dependientes (experimentos, grupos de empleadores, promoción de las profesiones de asistencia personal, etc.).

La Comunidad de la Aglomeración del País Vasco participa además en la financiación de residencias autonomía mediante los denominados Préstamo Social de Alquiler (PLS) y garantías de préstamo, en la financiación de obras de adaptabilidad de la vivienda (Programa de Interés General), en el desarrollo de viviendas intermedias entre el hogar y el EHPAD (cohabitación, vivienda social compartida...).

- Las regiones –en este caso, la región de la Nueva Aquitania– no tienen competencias directas en el ámbito de la acción social, aunque sí juegan un papel relevante en el ámbito de la atención a las personas mayores dependientes, en la medida en que son responsables de las Agencias Regionales de Salud (ARS), responsables de la financiación de los servicios de salud prestados en los centros residenciales y de la firma de los convenios tripartidos que se establecen para la concertación y homologación de estos centros.

La administración central establece el marco normativo básico, fundamentalmente a través del Código de la Acción Social y las Familias (Code de l'Action Sociale et les Familles), que regula el conjunto de las políticas sociales y sociosanitarias en Francia y constituye el marco regulador básico de la atención a las personas con dependencia. El Estado no ostenta sin embargo competencias relevantes en lo que se refiere a la gestión y prestación de los servicios a las personas dependientes, aunque sí en relación al control, la planificación y la tarificación de los centros y servicios que dependen del Seguro de Enfermedad, la atención a las personas sin hogar, la gestión de los centros de alojamiento e inserción social, etc.

En el ámbito específico de los servicios a las personas mayores, el Ministerio de Salud es también responsable de la Alta Autoridad de Salud (*Haute Autorité de Santé*, HAS), responsable de la definición de las recomendaciones de buenas prácticas profesionales para los centros del sector sociosanitario –incluyendo las residencias para personas mayores–; de la definición de los criterios para el desarrollo de evaluaciones de centros y servicios –obligatorias para todos los centros–; y de la habilitación de los organismos externos responsables de llevar a cabo esas evaluaciones. La HAS se orienta al conjunto de los servicios sociales y sanitarios y asume las funciones de evaluación y generación de buenas prácticas que hasta 2018 realizaba la *Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* (ANESM).

En lo que se refiere a la prestación de los servicios, como se señala más adelante, puede realizarse tanto por parte de entidades de titularidad pública –dependientes de los centros comunales de acción social o de los hospitales– como por parte de entidades privadas con y sin fin de lucro. Teóricamente al menos, y en función de la oferta existente en cada zona, las personas usuarias pueden elegir un centro residencial o un servicio de asistencia domiciliaria de titularidad pública o de titularidad privada, y acceder a él mediante la APA. En ese contexto, puede decirse que los centros y servicios de titularidad pública compiten con los de titularidad privada, en un marco determinado por la libre elección de las personas usuarias.

### 3.3.2. Comunidad Foral de Navarra

- a) Estructura competencial y normativa básica

El sistema de protección y atención a la dependencia en Navarra se enmarca en el espacio de acción de los Servicios Sociales públicos. En ese marco, la gestión de los cuidados y la atención a las personas dependientes recae en Navarra en dos niveles administrativos fundamentales.



- Por un lado, el nivel autonómico, situado en la Agencia Navarra de Promoción de la Autonomía y Desarrollo de las Personas, dentro del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno Foral.
- Por otro lado, en las administraciones locales, competentes en materia de servicios sociales de atención primaria y en algunos servicios de cuidados en el entorno como el Servicio de Atención a Domicilio.

La administración estatal también juega un papel relevante, al menos en lo que se refiere a la regulación y la financiación de los servicios de atención a la dependencia. Efectivamente, con la aprobación de la Ley 15/2006 de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas Dependientes del Gobierno de España se legisló una norma estatal que, aunque cede competencias en gestión, prestación, financiación e, incluso, ampliación, marca unos mínimos a cumplir en todo el territorio estatal. En ese sentido, la Ley de Dependencia reconoce un nivel mínimo de desarrollo con apoyo y financiación estatal, un segundo nivel acordado con financiación mixta (Estado y CCAA) y un nivel adicional a desarrollar por las comunidades autónomas.

En todo caso, además de la estructura competencial del sistema público, la provisión de cuidados es mixta. En este reparto destacan las familias, que aún en modelos de sistemas públicos fuertes, presentan responsabilidades en la gestión, organización o financiación de algunos servicios. En Navarra, al igual que en otras CCAA del Estado español y en otras regiones de Europa, las familias tienen un papel cardinal en la gestión, organización y provisión de los cuidados.

Junto al papel de las familias debe destacarse el papel de las entidades del tercer sector, muchas de ellas proveedoras de servicios propios o concertados de titularidad pública. También otras empresas privadas que desarrollan servicios de manera autónoma o, en ocasiones, con convenios de concierto (por ejemplo, residencias, centros de día, etc.). Todos aquellos servicios, de provisión privada o del tercer sector, que forman parte de la cartera de servicios sociales públicos están regulados por el Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la ley foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de servicios sociales.

Por último, cabe destacar también el tejido social y comunitario como un actor clave en la participación y promoción de redes de voluntariado que dotan de estructuras de apoyo a los territorios, servicios y personas mayores. Estas redes tuvieron un papel cardinal en la primera ola de la pandemia Covid 19.

En lo que se refiere a la normativa básica que regula el sistema, la atención a las personas en situación de dependencia se sustenta en dos normas fundamentales:

- Por un lado, la Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, a través de la cual se regula la estructura y funciones del sistema navarro de servicios sociales.
- Por otro lado, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD) con ámbito de actuación en todo el estado español.

Curiosamente, ambas leyes fueron aprobadas en mismo día, el 14 de diciembre de 2006, una en Pamplona y otra en Madrid.

En materia de desarrollo de servicios, destaca también el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, de cartera de servicios sociales de ámbito general, fue modificada por el DF 30/2019, de 20 de marzo, ampliando los servicios y prestaciones garantizados e incorporando nuevas prestaciones y servicios como no garantizadas. Este decreto define y regula el acceso a las prestaciones destinadas a las personas en situación de dependencia.

## b) Ordenación territorial y estructura de los servicios

Como se ha señalado previamente, la Ley Foral de Servicios Sociales estableció una estructura de atención en los servicios sociales de Navarra de dos niveles: atención primaria y atención especializada. Aunque la atención primaria de servicios sociales se encuentra regulada por la normativa foral y es cofinanciada desde el Gobierno de Navarra, su desarrollo es competencia de las entidades locales.

Los servicios municipales se organizan en torno a zonas básicas de servicios sociales y áreas, las cuales agrupan varias zonas básicas. Concretamente, Navarra cuenta con 44 Zonas Básicas de Servicios Sociales (formadas por diferentes mancomunidades de municipios) y agrupadas en seis Áreas de Servicios Sociales, según el Decreto Foral 22/2010, de 17 de mayo, por el que se establece la zonificación de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra.

Del mismo modo, su acción se organiza en torno a cuatro programas que obligatoriamente deben prestar las administraciones locales:

- El Programa de Acogida y Orientación Social, dirigido a toda la población, que ofrece intervención social a las personas que presenten demandas ante los servicios sociales.
- El Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, que tiene como objetivo posibilitar a las personas en situación de dependencia la permanencia en su medio habitual el máximo tiempo posible.
- El Programa de Incorporación Social en Atención Primaria, cuya finalidad es favorecer la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social en cualquiera de sus ámbitos.
- El Programa de Atención a la Infancia y Familia en Atención Primaria, que tiene como objetivo asegurar a los menores de edad un entorno que permita su desarrollo personal mediante mecanismos de protección, apoyo personal, familiar y social.

Esta estructura descentralizada se asentó en la filosofía de integrar el Sistema de Servicios Sociales en la comunidad, buscando superar un modelo de atención generalista previo que no lograba desarrollar una atención en el entorno adaptada a las necesidades de la población (Aguilar, 2014).

La implementación de este modelo en Navarra, entre los años 2007 y 2008, coincidió con el impacto de la crisis económica y con las políticas de austeridad. Pero también con la extensión de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Esta ley estableció distintos niveles de responsabilidad, distribuyendo competencias importantes a las comunidades autónomas y entidades locales en la gestión, implementación y financiación de los recursos públicos. Si bien es cierto que anteriormente las comunidades autónomas y los ayuntamientos habían desarrollado recursos de atención a la dependencia, la norma lo convirtió en derecho, contribuyendo a un mayor desarrollo del sistema que redujo parte de las diferencias territoriales previamente existentes.

La implementación de ambas normativas en Navarra implicó cambios importantes tanto en la estructura como en el reconocimiento del derecho a los cuidados. Por un lado, la atención directa a la población mayor o con necesidades de cuidados se atribuyó a los servicios sociales de atención primaria. Ello incrementó la demanda de acceso a estos servicios. Por otro lado, la extensión de la Ley en un periodo de crisis económica generó algunas restricciones estatales y limitaciones presupuestarias que derivaron, en ocasiones, en la incompatibilidad de algunas prestaciones y servicios.

Con el fin no solo de dotar de una nueva organización a los servicios, desde la propia LF 15/2006 se insta a la aprobación de una cartera de Servicios Sociales de Ámbito General que se materializa en el Decreto Foral 69/2008. Ésta se organiza en base a las necesidades sociales o colectivos a los que va

destinada. Concretamente se identifican ocho ámbitos de actuación en los que se enmarcan las prestaciones garantizadas (exigibles como derecho subjetivo) y las no garantizadas (solo exigible con disponibilidad presupuestaria) vinculadas a cada espacio. Los ámbitos delimitados son: atención primaria, dependencia, personas mayores, discapacidad, enfermedad mental, exclusión social, menores y violencia de género<sup>2</sup>.

El desarrollo de la cartera de servicios y prestaciones implicó cuatro avances importantes:

- En términos de derecho reconoció el acceso y la responsabilidad de los servicios públicos en el desarrollo de las distintas prestaciones.
- En términos de modelo marcó el enfoque y la filosofía del sistema, contribuyendo a la cohesión territorial.
- En su relación con la ciudadanía, informó y desarrolló su derecho a la atención.
- En el nivel de intervención, ofreció a las profesionales las herramientas de trabajo necesarias para promover los cuidados en el domicilio.

Puede decirse por tanto que la cartera implicó un avance en el desarrollo del sistema de provisión público de cuidados (Martínez Virto y Sánchez Salmerón, 2019).

### 3.3.3. Comunidad Autónoma Vasca

#### a) Estructura competencial y normativa básica

Como en el caso de la Comunidad Foral de Navarra, la atención a las personas mayores dependientes viene básicamente marcada en la CAV por dos leyes: la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la dependencia por una parte, y la Ley 12/2008 de Servicios Sociales, por otra. La primera es de ámbito estatal y la segunda de ámbito autonómico

Como en Navarra, la existencia de dos leyes diferentes lleva en cierto modo a la existencia de dos sistemas diferentes, que, si bien coinciden en muchos aspectos, divergen en otros: por una parte, el Sistema estatal de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) regula y cofinancia diferentes servicios y prestaciones a las personas en situación de dependencia, independientemente de su edad. Esas personas son en cualquier caso atendidas desde el sistema autonómico de servicios sociales, que puede también atender a otras personas que, por diferentes razones, no cumplen los requisitos para acceder a los servicios cubiertos por el sistema estatal de atención a la dependencia.

En el momento de su aprobación, los principales objetivos de la Ley vasca de Servicios Sociales eran:

- Establecer el derecho subjetivo a los Servicios Sociales, fijando obligaciones concretas para las administraciones y reduciendo los niveles previos de discrecionalidad técnica y política. Si bien el derecho subjetivo a los servicios sociales de atención a la dependencia ya venía establecido por la Ley estatal de dependencia, la Ley vasca establece el derecho subjetivo y universal a los servicios sociales para todas las personas que acreditan una situación de necesidad, tanto en el ámbito de la dependencia como en el ámbito de la infancia, la desprotección, la discapacidad o la exclusión social.
- Establecer un Catálogo de servicios y prestaciones que las administraciones están obligadas a ofrecer a las personas que cumplen los requisitos de acceso. En ese sentido, el Catálogo es el instrumento por el que se identifican las prestaciones económicas y los servicios cuya provisión deberán garantizar las administraciones vascas competentes a través del Sistema.

---

<sup>2</sup> Para más detalle (mínimo de protección y requisitos) consultar DF 69/2008 y cartera completa de prestaciones.

- Consolidar un modelo de atención comunitario e individualizado, con los Servicios Sociales de Base (SSBB) como puerta de entrada al sistema y pieza clave del procedimiento de atención.
- Clarificar la estructura competencial y el papel de los diversos niveles de la administración en la financiación y la provisión de los servicios.
- Generar un verdadero sistema de Servicios Sociales, desde el punto de vista funcional y territorial, abierto a toda la población –es decir, universal– con un objeto propio y unas finalidades mejor definidas.
- Contribuir a la maduración del sistema de Servicios Sociales, entendido como cuarto pilar del Estado de Bienestar, y a la equiparación con otros sistemas, como los de salud, educación o pensiones.

El principal desarrollo legislativo de la Ley de Servicios Sociales lo constituye el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, mediante el que se establece el perfil de las personas que tienen derecho de acceso a cada servicio, así como las prestaciones técnicas que incluye cada centro o programa.

#### b) Estructura competencial y ordenación territorial

También como en el caso de Navarra, en la CAV los servicios sociales se estructuran fundamentalmente en servicios de atención primaria y de atención secundaria. La atribución de competencias es en cualquier caso diferente a la que existe en la Comunidad Foral:

- Como en el resto del Estado, la administración central es competente para establecer la normativa básica relacionada con la dependencia y la promoción de la autonomía personal, así como de asumir una parte de su financiación. En todo caso, la mayor parte de las decisiones relativas al Sistema de Atención a la Dependencia se adoptan en el marco del Consejo Territorial de la Dependencia, que agrupa a todas las Comunidades Autónomas, así como a las Diputaciones Forales vascas.
- El Gobierno Vasco es responsable de la regulación y la planificación general de los servicios, así como de la prestación de algunos servicios, como, en el caso de las personas mayores, la teleasistencia. A diferencia de lo que ocurre en Navarra y en el resto de las Comunidades Autónomas españolas, las competencias de la administración autonómica en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención directa es muy limitada.
- Las Diputaciones Forales son las responsables de la prestación de los servicios de atención secundaria –entre los que destacan los centros residenciales y los centros de día para personas mayores–, así como de la gestión y financiación de las prestaciones económicas en el ámbito de la dependencia.
- Los ayuntamientos, independientemente de su tamaño, son los responsables de la prestación de los servicios sociales de atención primaria, entre los que destacan el Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD), los servicios de atención diurna, las viviendas comunitarias y los apartamentos tutelados y los Servicios Sociales de Base, en los que recae la responsabilidad de iniciar los procedimientos de atención y actuar como profesionales de referencia de las personas usuarias.

Como se ve, el modelo vasco de Servicios Sociales está ampliamente descentralizado y las administraciones competentes –la local y la foral– cuentan con un amplio grado de autonomía para la ejecución de sus competencias. Aunque se basa en una normativa básica unificada y en una serie de herramientas comunes de planificación, el Sistema Vasco de Servicios Sociales está también basado en la idea de la autonomía foral y local en lo que se refiere a la provisión de los servicios y la asignación de los recursos. Esta descentralización –mucho mayor que la establecida en el ámbito de la salud o la sanidad– se

corresponden con la trayectoria histórica de los Servicios Sociales y permite una amplia capacidad de adaptación a las particularidades de cada territorio. También conlleva, sin embargo, riesgos importantes<sup>3</sup>.

Dada su compleja arquitectura institucional, la Ley de Servicios Sociales prevé la creación de diversos órganos de cooperación, consulta e inspección:

- El Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales (OISS), que agrupa a representantes de todas las instituciones con competencias en la prestación de los servicios Sociales en la CAV, incluyendo el Gobierno Vasco, las Diputaciones y los ayuntamientos. El Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales juega un papel fundamental en la organización de los Servicios Sociales, en la medida en que supone la introducción en el sistema de un cauce formal de cooperación y coordinación entre las administraciones públicas vascas, a los efectos de garantizar la unidad del Sistema Vasco de Servicios Sociales y, en consecuencia, un desarrollo coherente y armónico del conjunto de prestaciones y servicios en todo el territorio autonómico. Adscrito al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de servicios sociales, cuenta con una representación paritaria entre el Gobierno Vasco, por un lado, y las diputaciones forales y los ayuntamientos, a través de la Asociación Vasca de Municipios Eudel, por otro.
- La Alta Inspección de Servicios Sociales, cuya función es la de garantizar el ejercicio efectivo del derecho subjetivo a los servicios sociales, así como el cumplimiento y la observancia del ordenamiento jurídico aplicable (si bien no entrará en el examen individual de quejas referidas al ejercicio del derecho subjetivo a los servicios sociales)<sup>4</sup>. Sus funciones son:
  - o Velar por el cumplimiento de las condiciones básicas que garanticen el derecho a los servicios sociales.
  - o Comprobar la adecuación de los niveles de servicio y prestación ofrecidos por el Sistema Vasco de Servicios Sociales, atendiendo a las condiciones establecidas en la Cartera de Prestaciones y Servicios.
  - o Comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la ordenación general del Sistema Vasco de Servicios Sociales en relación con la planificación y programación de los servicios sociales, la autorización e inspección de entidades prestadoras de servicios y las funciones de valoración y diagnóstico.
  - o Verificar la adecuación de los conciertos y contratos de gestión de servicios sociales a los criterios establecidos por la presente ley y sus disposiciones de desarrollo.
- El Consejo Vasco de Servicios Sociales se constituye como máximo órgano de consulta y participación social y en él están representados de forma paritaria el Gobierno Vasco, las diputaciones forales y los ayuntamientos, por un lado, y, por otro, el conjunto de los agentes sociales que intervienen en el sector, en concreto las organizaciones sindicales, las organizaciones empresariales, las de personas usuarias, las del tercer sector de acción social y las de profesionales que trabajen en el campo de los servicios sociales.

En lo que se refiere a la provisión de los servicios, como se señala posteriormente, los servicios sociales pueden ser prestados tanto de forma directa por las propias administraciones públicas como de forma indirecta por entidades privadas con y sin fin de lucro, si bien determinadas funciones y servicios se reservan exclusivamente a la administración pública. La Ley de Servicios Sociales privilegia además la

---

<sup>3</sup> En ese sentido, tal y como señala el último informe del Ararteko sobre los servicios sociales de atención primaria en Euskadi (Ararteko, 2016), existe en el marco de los servicios sociales vascos “una tensión irresuelta entre los principios de autonomía local, por una parte, y garantía de igualdad en el acceso a los servicios sociales, por otra”. El informe añade que “la preeminencia que se ha dado al criterio de autonomía local (y foral) y el legítimo respeto a la capacidad de auto-organización de cada institución, junto a la atribución a la administración local y foral de competencias que se limitan prácticamente a la provisión de los servicios que les competen, plantea problemas graves en lo que se refiere al liderazgo del sistema, especialmente a nivel territorial”.

<sup>4</sup> El desarrollo de la Alta Inspección de Servicios Sociales ha sido limitado, por diversas circunstancias, en los casi doce años de aplicación de la Ley Vasca de Servicios Sociales.

participación de la iniciativa social sin fin de lucro en la prestación de los servicios sociales, mediante la figura del concierto social, aún sin regular.

Finalmente, en lo que se refiere a la ordenación territorial, el Mapa de Servicios Sociales de la CAV crea cinco niveles territoriales, con un volumen de población determinado, en función de los cuales deben desplegarse los servicios del Catálogo. Cada nivel responde a un grado de proximidad determinado, de forma que los diferentes servicios del catálogo deben teóricamente desplegarse a nivel de zona básica, área, comarca, sector o territorio histórico. Como se observa en el cuadro siguiente, los servicios orientados para las personas en situación o riesgo de dependencia deben desplegarse a nivel de zona básica y área, debido a la necesidad de garantizar su proximidad.

**Cuadro 1. Ordenación territorial de los Servicios Sociales en la CAV**

Demarcación	Grado de proximidad	Ámbito poblacional (volumen de población)	Servicios
Zona básica	Muy alta	3.000-5000 habitantes	Servicios Sociales de Base Servicio de Asistencia Domiciliaria Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial. Servicio de apoyo a personas cuidadoras
Área	Alta	15.001-50.000	Servicio de atención diurna (primaria) Vivienda comunitaria y apartamentos tutelados (primaria) Centro de día (secundaria) Centro de noche (secundaria) Centros residenciales (secundaria)
Comarca	Media	50.001-199.999	-
Sector	Baja	200.000-400.000	-
Territorio Histórico o CAV	Centralizados	400.001-población total del Territorio Histórico o la CAV	-

El Mapa de Servicios Sociales introduce por tanto:

- Un nivel territorial básico para el despliegue de los centros de atención secundaria, al objeto de garantizar su proximidad y equilibrio territorial.
- La posibilidad de crear recursos de competencia municipal y ámbito de actuación supramunicipal, forzando teóricamente la mancomunización de los centros, de forma que determinados servicios de competencia municipal puedan ser prestados a nivel de área o de comarcas, desde lógicas de desarrollo comarcal o intermunicipal.

Además, el Mapa de Servicios Sociales establece para unas dotaciones mínimas (en términos de cobertura poblacional) para cada tipo de centro o servicio, diferentes para cada TH, que se plantean en términos de recomendación para ser alcanzadas al final del periodo de planificación previsto. En ese sentido, el Mapa de Servicios Sociales establece orientaciones a tener en cuenta por las administraciones, junto a la eficiencia en la gestión y el aprovechamiento de recursos, pero no es de obligado cumplimiento. Por otra parte, las recomendaciones relacionadas con la cobertura de los servicios no se establecen en función de unas necesidades hipotéticas de la población potencialmente usuaria, sino en función de las coberturas registradas en el año 2011, para intentar alcanzar un equilibrio o convergencia interterritorial, que se equipara al concepto de universalización planteado en la Ley.

## 3.4. El acceso a los servicios sociales de atención a la dependencia

### 3.4.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

Como se ha explicado previamente, el acceso a los servicios de acción social para las personas en situación de dependencia se realiza fundamentalmente a través de una prestación económica –la *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA)– que se concede a las personas mayores de 60 años que acreditan una situación de dependencia mediante un baremo de ámbito estatal y con las que se establece un plan individualizado de atención.

Una vez que se recibe la solicitud, está sujeta a una evaluación de la situación de la persona usuaria por parte del personal de enfermería del Consejo Departamental, con el objeto de determinar el grado de pérdida de autonomía, las necesidades del usuario y su entorno. También recoge la información necesaria para elaborar un plan de asistencia individualizado. Esta evaluación se lleva a cabo utilizando una escala de evaluación multidimensional, que se utiliza para evaluar a las personas en situaciones vulnerables. Esta escala tiene 12 secciones que cuantifican la pérdida de autonomía (identidad de la persona, elementos de organización, circunstancias de la solicitud, entorno social de la persona, situación financiera, entorno físico y del hogar, ayudas actuales, escala AGGIR y estado de salud, necesidades y proyectos de la persona, situación y necesidades de los familiares o cuidadores, resumen de la situación y plan de asistencia).

El grado de dependencia de las personas solicitantes de la APA se determina mediante la escala AGGIR, que establece seis niveles diferentes de dependencia a partir de una escala que oscila entre los 70 y los 1.000 puntos: el GIR 1 corresponde a las personas encamadas cuyas funciones mentales están gravemente dañadas y precisan de supervisión constante. En el otro extremo, el GIR 6 corresponde a las personas que mantienen su autonomía para las principales actividades de la vida cotidiana.

La APA se concede a las personas con niveles GIR que van de 1 a 4. La prestación presenta una doble modalidad, en función del lugar en el que se desarrollan los cuidados:

- En su modalidad a domicilio (*APA a domicile*), la prestación se destina a la financiación de las ayudas necesarias para el mantenimiento en el domicilio en función de la situación personal de cada persona beneficiaria: horas de ayuda doméstica, servicio de comida a domicilio, telealarma, trabajos de adaptación de la vivienda, etc. Permite igualmente financiar la adquisición de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones, camas medicalizadas, etc.
- En su modalidad institucional (*APA en établissements*), la prestación se destina a la cofinanciación de la tarifa aplicada por los centros residenciales para la financiación de la atención personal.

Las características principales de la APA son las siguientes:

- Se trata de una prestación no contributiva, financiada principalmente vía impuestos y de carácter casi-universal. Toda persona mayor con residencia legal en Francia puede acceder a la misma y su cuantía se establece en función de los recursos de la persona usuaria. Sin embargo, en el caso de los centros residenciales, las personas con ingresos muy elevados pueden no tener derecho a la prestación, debido a las fórmulas de cálculo utilizadas.
- Es una prestación condicionada por la edad: solo las personas mayores de 60 años pueden acceder a la misma. El sistema francés organiza de manera separada la protección de las personas mayores dependientes, de modo que las personas jóvenes y adultas con discapacidad acceden a otra prestación especial para compensar la pérdida de autonomía (*PCH prestation de*



*compensation du handicap*, con condiciones de acceso más exigentes pero con servicios y cuantías más favorables que la APA)<sup>5</sup>.

- La APA constituye una prestación personalizada, adaptada a las necesidades propias de la persona y a sus deseos. Como se ha dicho, la atribución de la prestación se basa en la elaboración de un plan de atención personalizado que comprende diversos aspectos de la situación personal de la persona beneficiaria.

Como también se ha dicho, el acceso a la APA no está condicionado al nivel de recursos económicos de la persona usuaria, pero sí la cuantía de la prestación. Las cuantías se calculan de forma diferente en función de si se utilizan para servicios residenciales o servicios a domicilio:

- En el caso de los servicios residenciales, la cantidad percibida se modula en función del grado de dependencia y de los recursos económicos de la persona. En primer lugar, los centros residenciales establecen, a partir de una negociación previa con el Consejo del Departamento, tres tarifas diferentes para el pago de los servicios de atención a la dependencia, en función de la escala AGGIR antes señalada.
  - o Tarifa GIR 1 y 2 para las personas con mayor pérdida de autonomía. Es la tarifa más elevada.
  - o Tarifa GIR 3 y 4 para las personas con una pérdida de autonomía moderada. Es la tarifa intermedia.
  - o Tarifa GIR 5 y 6 para personas autónomas o con una pérdida de autonomía muy reducidas. Es la tarifa más económica.

A partir de la definición de esas tres tarifas, el montante de la prestación se calcula en función del grado de dependencia y de la renta de la persona usuaria:

- o En el caso de las personas con ingresos más bajos (inferiores a 2.486 euros mensuales), la persona usuaria abona siempre la tarifa más baja. Por lo tanto, la prestación que recibe es la correspondiente a la diferencia entre la tarifa que les correspondería por su grado de dependencia y la que efectivamente paga<sup>6</sup>.
- o En el caso de las personas con ingresos más elevados (superiores a 3.825 euros mensuales) se abona la tarifa correspondiente al grado más bajo de dependencia y, además, el 80% de la tarifa correspondiente al grado de dependencia de la persona usuaria. La prestación equivale por tanto a la diferencia entre la tarifa correspondiente y la realmente abonada.
- o En el caso de las personas que están en una situación intermedia –es decir, con ingresos de entre 2.486 y 3.825 euros mensuales–, se abona la tarifa más económica y una parte creciente de la tarifa correspondiente al grado de dependencia de la persona usuaria, hasta el 80%. La prestación equivale a la diferencia entre la tarifa correspondiente y la efectivamente abonada.

A título de ejemplo, las tarifas mensuales de un centro determinado son de 196 euros para la tarifa más reducida (GIR 5 y 6), 464 para la tarifa intermedia (GIR 3 y 4) y 731 para la tarifa más elevada (GIR 1 y 2). En el caso de tener recursos bajos (menos de 2.486 euros mensuales) las personas residentes sólo pagan los 196 euros de la tarifa más reducida, por lo que reciben como prestación la diferencia de 534 euros (si les hubiera correspondido pagar la tarifa más elevada) o 267 (si les hubiera correspondido pagar la tarifa intermedia). En el caso de las personas con ingresos más elevados no reciben en la práctica prestación alguna, ya que la suma

---

<sup>5</sup> La APA no es acumulable con ciertas prestaciones adquiridas antes de los 60 años por discapacidad o invalidez (distinta de la PCH). En este caso la persona mantiene la prestación anterior.

<sup>6</sup> Si su grado de dependencia es el más bajo, por tanto, no recibe prestación alguna, ya que abona íntegramente la que le corresponde.



de la tarifa básica y el 80% de la que les corresponde es superior a la tarifa que les corresponde en función de su grado de dependencia.

- En el caso de la APA en domicilio, la cuantía de la prestación depende del importe del paquete de atención establecido en el plan de atención, puesto que la prestación equivale a un porcentaje determinado del coste de ese paquete. Como antes se ha señalado, el acceso a la prestación no está condicionado por el nivel de recursos económicos, aunque sí lo está la cuantía de la prestación, que se modula en función de los recursos económicos de la persona:
  - o La cuantía de la prestación para las personas con ingresos inferiores a 803 euros mensuales equivale al 100% del coste del paquete de atención, es decir, se financia íntegramente el paquete de servicios asignado.
  - o La cuantía de la prestación para las personas con ingresos superiores a 2.995 euros mensuales equivale al 10% del coste del paquete de atención, por lo que se establece un copago del 90%.
  - o La cuantía de la prestación para las personas con ingresos de entre 803 y 2.995 euros mensuales oscila entre el 100% y el 10% del paquete de atención, reduciéndose el porcentaje (y, por tanto, la prestación) a medida que crecen los ingresos.

Por tanto, a diferencia de lo que ocurre en el caso de las residencias, todas las personas – independientemente de su renta– acceden a la APA, si bien en el caso de las personas con mayores recursos la prestación se limita al 10% del importe del paquete de cuidados, estableciéndose un copago del 90%. En todo caso, se aplican a la prestación unas cuantías máximas para cada nivel de dependencia. A partir del 1º de enero de 2021, los importes máximos se fijan en:

- o Para GIR 1: 1.747,58 euros/mes
- o Para GIR 2: 1.403,24 euros/mes
- o Para GIR 3: 1.013,89 euros/mes
- o Para GIR 4: 676,30 euros/mes.

Como en otros países de Europa, la libertad de elección del tipo de prestatario de servicios de atención constituye un principio clave del sistema de protección. En virtud de esa capacidad de elección, las personas eligen si quieren acceder a la APA a domicilio o en residencia y, una vez realizada esa elección, el servicio concreto que quieren utilizar (ya sea un centro residencial, ya sea una entidad prestadora de servicios de asistencia domiciliaria), siempre lógicamente que exista una oferta suficiente en el territorio. De esa forma, la persona usuaria puede elegir acceder a una residencia o un servicio de asistencia domiciliaria de titularidad pública o de titularidad privada, cofinanciando en ambos casos las tarifas aplicadas por el centro o servicio mediante la APA.

### **3.4.2. Comunidad Foral de Navarra**

Como en el caso de la CAV, las personas que desean acceder a un servicio, centro o prestación en el marco del sistema de atención a la dependencia son valoradas mediante un baremo específico –el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)– regulado de la misma manera para todo el territorio estatal. Este baremo determina los criterios para la valoración del grado de autonomía de las personas, para lo cual toma en consideración la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como a la necesidad de apoyo y supervisión para su realización en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental. Además de esta valoración, se tienen también en cuenta los informes relativos a la salud de la persona y su entorno.

La escala BVD busca comprobar en qué medida una persona es o no autosuficiente o requiere apoyo de otra persona para realizar las actividades básicas de su vida diaria. Es decir, mide la dependencia física en actividades como comer, asearse, ir al baño, vestirse, incontinencia y movimiento. A partir de la aplicación de este baremo, se distinguen tres grados de dependencia:

- Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.
- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

La valoración de la dependencia se realiza a través del Servicio de Valoración de la Dependencia, gestionado por la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas. La valoración de la dependencia incluye la elaboración de un Programa Individual de Atención (PIA), en el que se determinan las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona dependiente, entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado de dependencia, así como los importes correspondientes, tanto en el caso de las prestaciones como del copago de los servicios, en función de la situación económica de las personas. La persona beneficiaria, su familia o representantes legales podrán elegir entre las alternativas propuestas.

De acuerdo a los datos que ofrece el Observatorio Estatal de la Dependencia, el tiempo medio de tramitación de los expedientes de dependencia en Navarra es de 155 días. Se trata de uno de los plazos más breves de todo el Estado español, donde el plazo medio para la resolución de los expedientes es de 426 días. Navarra es además una de las comunidades en las que el porcentaje de personas con valoración de dependencia que no han accedido a un servicio o prestación y están, por tanto, en lista de espera es más bajo (6,1%, frente a una media cercana al 20%). En todo caso, como ocurre en la CAV, a los requisitos de acceso a las prestaciones del sistema estatal de atención a la dependencia pueden sumarse los requisitos de acceso a los servicios sociales que establece la normativa navarra. Si bien esta normativa no puede limitar lo establecido por la normativa estatal, sí puede ampliar los derechos reconocidos a nivel estatal, así como establecer requisitos específicos a los servicios o prestaciones que no forman parte del sistema estatal.

Teniendo en cuenta ese marco general, el procedimiento de acceso a los servicios se regula en Navarra mediante diversas órdenes forales.

- Por una parte, la Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo. A través de este baremo, además de la valoración de las denominadas actividades básicas de la vida diaria que marcan el acceso a las distintas prestaciones de la cartera de la LAPAD, se regula en Navarra una escala de “valoración de la dependencia social” para aquellas personas que se encuentren en una situación de grave conflicto familiar o carecer de soporte familiar adecuado y no poder permanecer en el domicilio.

Además de este requisito es necesario acreditar residencia efectiva y continuada en Navarra durante los dos años anteriores a la solicitud. Las personas beneficiarias de esta valoración pueden ser, personas mayores de 65 años, personas menores de 65 años con discapacidad, personas con enfermedad mental con una edad comprendida entre 18 y 65 años y personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo, con edad comprendida entre 18 y 65 años, en situación de extrema necesidad y desprotección social.

Mediante esta valoración se habilita una vía a través de la cual, aquellas personas que no podrían optar a los servicios y prestaciones del Catálogo de Servicios de la Ley de Dependencia por razones de dependencia, pero no pueden continuar residiendo en su entorno habitual por su situación personal y social, puedan acceder a recursos residenciales. Para ello se utilizan dos escalas de valoración, la escala social y la escasa Zarit.

- Un segundo hito normativo importante en Navarra es la Orden Foral 168/2015 a través de la cual se dan pasos en progresiva integración y reconocimiento de las personas con grado de dependencia moderado. Mediante esta regulación se reestablecen los regímenes de combatividad entre prestaciones y servicios para estas personas que habían sido establecidos por el Real Decreto 20/2012, también denominado el decreto de los “recortes” en todo el territorio de España. En esta misma línea, también la Orden Foral 20/2015 reconoce a las personas con dependencia moderada entre las eventuales beneficiarias de la ayuda económica para asistente personal y en la Orden Foral 21/2015 se incluye a las personas dependientes moderadas entre quienes pueden optar a una Prestación económica Vinculada al Servicio (PVS).

Mediante estas distintas normas, en el ejercicio de sus competencias en materia de asistencia social, Navarra ha ido, progresivamente, ampliando la atención a la dependencia que marca la Ley estatal 39/2006. Sus actuaciones más significativas han sido la de mejorar el régimen de compatibilidades entre servicios y prestaciones, así como incrementar las cuantías mínimas de las prestaciones económicas. Por otro lado, también ha aumentado la oferta de servicios y prestaciones para facilitar la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y, especialmente, reconoce otras formas de valoración social que busca responder a las necesidades de las personas más vulnerables.

A diferencia de lo señalado para Ipar Euskal Herria, y como ocurre en la CAV, no puede decirse por otra parte que la libertad de elección sea un principio relevante a la hora de diseñar el acceso de las personas dependientes a los servicios que les corresponden. En ese sentido, es la propia administración la que concierta o contrata los servicios a los proveedores externos, o la que los presta de forma directa, y sólo en casos muy concretos<sup>7</sup> se plantea el acceso directo de los usuarios a los servicios y centros de su elección a través de una prestación económica, como ocurre en el Estado francés.

### 3.4.3. Comunidad Autónoma Vasca

Los requisitos de acceso a los servicios sociales de atención a la dependencia en la CAV son muy similares a los que existen en Navarra, especialmente en lo que se refiere a los servicios y situaciones de necesidad contempladas en el marco del Sistema estatal de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). En ese sentido, el baremo para la determinación del grado de dependencia y los grados de dependencia son los mismos en la CAV, en Navarra y en el conjunto del Estado español.

En cualquier caso, y a diferencia de lo que ocurre en Navarra, los procedimientos y criterios de acceso para las diferentes prestaciones son diferentes en cada Territorio Histórico de la CAV, si bien en todos los casos deben atenerse a la normativa establecida a nivel estatal y autonómico. En ese sentido, la Ley 12/2008 de Servicios Sociales establece que son titulares del derecho a los servicios y prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales las personas empadronadas y con residencia legal y efectiva en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma del País Vasco, así como las personas que acrediten haber estado empadronadas y haber tenido la residencia efectiva en cualquier municipio de la Comunidad Autónoma del País Vasco durante 12 meses continuados inmediatamente anteriores a su solicitud de acceso a dicho sistema. No obstante lo anterior, para el acceso de estas personas a las prestaciones y servicios enmarcados en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se aplica lo previsto al respecto en la Ley de Dependencia.

En lo que se refiere a los tiempos de tramitación y las listas de espera, la situación de la CAV es similar a la de Navarra: el tiempo medio de tramitación de los expedientes es el más bajo del Estado –137 días,

---

<sup>7</sup> Sería el caso de la Prestación Económica de Asistencia Personal, la Prestación Vinculada al Servicio y la ayuda económica para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes para la contratación de un servicio: cuidador/a profesional y/o empresa de servicios.

frente a los 426 del conjunto del Estado– y el porcentaje de quienes no han accedido a ninguna prestación pese a tener derecho a ella está también entre las más bajas del Estado (16,7%).

El proceso de reconocimiento de la dependencia es gestionado desde las respectivas Diputaciones Forales y es similar en los tres territorios de la CAV, aunque existen algunas diferencias, por ejemplo en lo que se refiere a la elaboración del Plan Individual de Atención (PIA). En todo caso, la Ley de Servicios Sociales establece el protagonismo de los Servicios Sociales de Base (SSBB), de competencia municipal, en lo que se refiere a la elaboración y seguimiento del plan individual de atención.

La situación de la CAV es también similar a la de Navarra en lo que se refiere a la relativamente escasa importancia que se otorga a libertad de elección de las personas usuarias en lo relativo al acceso a los servicios, en el sentido de que son las administraciones competentes –y no las personas usuarias, como en cierto modo ocurre en Ipar Euskal Herria– las que contratan –o prestan directamente– los servicios de atención directa. La excepción a esa regla la constituye la Prestación de Asistencia Personal (PEAP) –cuya extensión se limita casi exclusivamente a Gipuzkoa– y la Prestación Vinculada al Servicio (PEVS), que, pese a su creciente extensión, se plantea en la Ley de Servicios Sociales de forma claramente restrictiva. En ese sentido, la Ley 12/2008 de Servicios Sociales restringe el acceso a estas prestaciones a los casos en los que el acceso a un servicio público o concertado no puede garantizarse por falta de cobertura.

#### 3.4.4. Visión conjunta

Como se ha visto, los tres territorios analizados aplican una escala específica para determinar la existencia de una situación de dependencia, así como determinados requisitos administrativos y de residencia para acceder a los servicios. En los tres territorios, por otra parte, el acceso a los servicios se tramita desde los Servicios Sociales mediante un plan o programa individual de atención, en el que se detallan los servicios o prestaciones a los que la persona con dependencia puede tener derecho.

La tabla siguiente recoge, para cada uno de los tres ámbitos territoriales, el número total de personas en situación de dependencia diagnosticada, en función de los grados o niveles existentes en cada sistema. En el caso de Pirineos Atlánticos se recogen las personas que perciben las diferentes prestaciones por dependencia y en el caso de la CAV y de Navarra las personas con Grado I, II o III de dependencia, independientemente de la prestación o servicio al que acceden.

Al margen de la distribución por niveles, agrupados en la tabla de forma orientativa ya que los niveles de la escala AGGIR francesa no coinciden exactamente con los del BVD español, se observa que el número de personas con valoración de dependencia es de 80.742 en la CAV, 14.637 en Navarra y 19.254 en Pirineos Atlánticos<sup>8</sup>. Cuando el número de personas beneficiarias se calcula en relación a la población de cada territorio, se observa que oscila entre el 2,3% de Navarra y el 3,7% de la CAV, estando el Departamento de Pirineos Atlánticos en una posición intermedia (2,8% de la población percibe la APA o la PCH). Si el número de personas beneficiarias se relaciona con la población mayor de 65 años, la situación de Navarra y Pirineos Atlánticos se equipara en el entorno del 11%, y la CAV sigue registrando una tasa de incidencia de las situaciones valoradas de dependencia sustancialmente mayor (16,2%).

---

<sup>8</sup> En el caso de los territorios peninsulares se incluyen personas de todas las edades, por lo que en el caso de Pirineos Atlánticos se ha añadido al total de perceptores/as de la APA a las personas que perciben la *Prestation du Compensation du Handicap* (PCH), dado que esta es la prestación equiparable a la APA para los menores de 60 años

**Tabla 4. Personas en situación de dependencia en la CAV, Navarra y Pirineos Atlánticos**

	Grado III GIR1/2	Grado II GIR3	Grado I GIR 4/5	Total	Tasa po- blación to- tal	Tasa ma- yores de 65
CAV	20.775	26.073	33.894	80.742	3,7	16,2
Navarra	2.834	5.593	6.210	14.637	2,3	11,4
Pirineos Atlánticos	4.861	3.446	7.709	19.254*	2,8	11,7

Fuentes: INSEE e IMSERSO. El total de Pirineos Atlánticos suma un total de 3.238 personas menores de 60 años beneficiarias de la Prestación de Compensación de la Discapacidad, para incluir también en el caso de ese Departamento a la población menor de 60 años. Los datos de la CAV y Navarra se refieren a diciembre de 2019 y los de Pirineos Atlánticos a diciembre de 2018. En todos los casos se tiene en cuenta el número de personas usuarias a una fecha determinada y no el número total de personas usuarias a lo largo de un año completo.

### 3.5. Principales servicios y prestaciones para las personas mayores en situación de dependencia

#### 3.5.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

Como ya se ha indicado, el acceso a la mayor parte de los servicios de atención para las personas mayores dependientes se articula en todo el Estado francés a través de la *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA), que permite el acceso tanto a centros residenciales y de atención diurna como a los servicios de atención a domicilio, así como a las ayudas técnicas y a otros servicios adicionales<sup>9</sup>.

La oferta de centros residenciales y de atención diurna se define en función de aspectos tales como su grado de medicalización y su carácter más o menos sociosanitario, la intensidad de la atención prestada y el perfil de las personas destinatarias:

- Un primer tipo de centros son los denominados *logement foyer* o, actualmente, *residences autonomie*. Se trata de centros residenciales con atención de baja o muy baja intensidad, orientados a personas mayores de 60 años autónomas o con un grado muy reducido de dependencia (GIR 4 a 6). La atención sanitaria y social se ofrece en estos centros por profesionales ajenos al propio centro, preferentemente mediante acuerdos con residencias convencionales y/o con entidades prestadoras de Servicios de Atención a Domicilio (SAD). Podrían ser centros equiparables a las viviendas comunitarias o los apartamentos tutelados que existen en la CAV.
- El segundo tipo de centros es el denominado *Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées* (EHPA). Se trata, en la práctica, de centros similares a los anteriores y se caracterizan por su carácter no medicalizado. Dirigidos también a personas autónomas o con niveles reducidos de dependencia (GIR 5 a 6), los objetivos de estos centros se centran en la prevención de la dependencia y del aislamiento social, así como en el respiro de las personas cuidadoras. Como en las residencias autonomía, el alojamiento se realiza tanto en habitaciones como en apartamentos o estudios.
- El principal tipo de centro residencial es el llamado EHPAD (*Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*). Se trata de centros medicalizados, orientados a personas en situación de dependencia moderada o severa. Las personas usuarias deben tener más de 60 años y necesidades de apoyo para las actividades de la vida diaria. La principal diferencia entre un EHPA y un EHPAD reside en el nivel de autonomía de las personas atendidas –el EHPA atiende a personas mayores autónomas o semiautónomas, mientras que el EHPAD se orienta

<sup>9</sup> La APA a domicilio puede ser utilizada además para la contratación de servicios de teleasistencia, distribución de comida a domicilio, adquisición de ayudas técnicas o realización de reparaciones en el hogar.

a las personas con pérdida de autonomía que necesitan atención médica y supervisión diaria-, en su nivel de medicalización –a diferencia de los EHPA, los EHPAD están obligados a ofrecer servicios de atención sanitaria-, y en los servicios adicionales que se ofrecen.

- El último tipo de centros residenciales son las llamadas Unidades de Cuidados de Larga Duración (*Unités de Soins de Longue Durée*, USLD). Se trata de centros vinculados física y organizativamente a centros hospitalarios y tienen un nivel de medicalización sustancialmente mayor que en los EHPAD, por lo que pueden ser considerados como centros de carácter sociosanitario.

Junto a los centros residenciales señalados, cabe hacer también referencia a los centros de día, que pueden estar ubicados bien en centros independientes o bien formar parte de las instalaciones de un centro residencial.

El directorio de centros de la web oficial [Pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://Pour-les-personnes-agees.gouv.fr) indica la existencia de 159 centros en el Departamento de Pirineos Atlánticos, de los cuales 111 son EHPAD, 24 centros de día –de los cuales cuatro son estructuras independientes y 20 ofrecen atención diurna en EHPAD– y siete unidades de cuidados de larga duración.

Los centros residenciales señalados pueden tener diferentes unidades en su seno para el tratamiento de diversas necesidades. Del total de centros señalados, 49 cuentan con unidades de Alzheimer, 26 con Polos de Actividades y Cuidados Adaptados (*Pôles d'activités et de soins adaptés*<sup>10</sup>) y tres con Unidades de Alojamiento Reforzado (UHR)<sup>11</sup>.

En lo que se refiere a la atención a domicilio, se pueden distinguir tres modalidades diferentes:

- *Services d'aide et d'accompagnement à domicile* (SAAD). Se trata de la modalidad más habitual para la prestación de los servicios de ayuda a domicilio. Las actividades o tareas que se desarrollan en el marco de la asistencia domiciliaria financiada a través de la APA son limpieza y lavandería, ayuda para levantarse y acostarse, ayuda con el baño, ayuda con las compras, preparación y ayuda en la ingesta de alimentos, acompañamiento en actividades de ocio, etc.
- *Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile* (SPASAD). Los Servicios Polivalentes de Ayuda y Cuidados a Domicilio constituyen una mezcla de SAD convencional y SAD de enfermería. En el marco de ese sistema, los cuidados de enfermería son gratuitos y se prestan bajo prescripción médica, mientras que los cuidados no correspondientes al ámbito médico pueden ser financiados por la APA, las cajas del seguro de jubilación o por la propia persona usuaria.
- *Services de Soins Infirmiers à Domicile* (SSIAD). Los Servicios de Cuidados de Enfermería a Domicilio (SSIAD) son financiados por el Seguro de Salud y ofrecen, tras la correspondiente prescripción médica, servicios de enfermería domiciliaria a personas dependientes y/o con discapacidad. Sus intervenciones tienen los siguientes objetivos:
  - evitar la pérdida de autonomía,
  - evitar la hospitalización,
  - facilitar el regreso a casa después de la hospitalización,
  - retrasar la entrada a una institución residencial.

<sup>10</sup> Los denominados Polos de Actividades y Cuidados Adaptados (*Pôles d'activités et de soins adaptés* – PASA) son unidades de atención diurna orientados a residentes de los EHPAD con demencias u otros trastornos neurodegenerativos

<sup>11</sup> Se trata de unidades residenciales orientadas a las personas con demencias, enfermedades neurodegenerativas y/o trastornos severos del comportamiento. Tienen un tamaño reducido (entre 12 y 14 habitaciones individuales) y pueden equipararse a las unidades psiquiátricas existentes en la CAPV y Navarra.



El directorio de la web oficial [Pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://Pour-les-personnes-agees.gouv.fr) indica la existencia de 134 servicios de asistencia domiciliaria en el Departamento de Pirineos Atlánticos, de los cuales 108 son SAAD y 26 SSIAD.

Cabe destacar por último que junto a la APA existen otras dos vías de acceso a los servicios de asistencia domiciliaria, especialmente para personas autónomas o con niveles de dependencia reducidos:

- Las cajas del seguro de jubilación ofrecen a las personas aseguradas algunos servicios de asistencia domiciliaria, dependiendo de los recursos económicos y el grado de dependencia de la persona asegurada.
- Los ayuntamientos y centros comunales de acción social ofrecen a las personas autónomas o con niveles de dependencia reducidos que no se benefician de la APA y tienen ingresos bajos<sup>12</sup> servicios de atención domiciliaria básicamente orientados a las tareas domésticas o menaje-ras. La prestación puede abonarse tanto directamente a la entidad prestadora del servicio – que debe estar habilitada o acreditada por el Departamento– como a la persona usuaria, para que a su vez contrate el servicio requerido, y se establece en algunos casos un cierto nivel de copago, dependiendo de los departamentos<sup>13</sup>.

### 3.5.2. Comunidad Foral de Navarra

Como se ha señalado previamente, los servicios para personas con dependencia o riesgo de dependencia pueden ser garantizados o no garantizados, por una parte, y estar o no sujetos a copago. La mayoría de ellos, como en el caso de la CAV, se enmarcan en el sistema estatal de atención a la dependencia, si bien su regulación y provisión está en gran medida sujeta a la normativa de la propia Comunidad Foral.

Además, del servicio de reconocimiento de la situación de dependencia y de la asignación de prestaciones, que funciona como puerta de entrada al sistema, las principales prestaciones y servicios desarrollados para el ámbito de la atención a las personas mayores en el domicilio en el marco de los Servicios Sociales en Navarra son los siguientes:

- El servicio de atención domiciliaria, de competencia municipal. En el caso de las personas con dependencia, se trata de un servicio garantizado en el marco del sistema estatal de atención a la dependencia. En el caso de las personas sin valoración de dependencia, el servicio no es garantizado. En ambos casos está sujeto a copago. Entre sus funciones, recoge el apoyo a necesidades sociosanitarias como el aseo personal, la movilización de la persona, acompañamiento y paseos, compras y limpiezas generales, con carácter esporádico. Con el fin de reducir la diversidad del servicio, se acordó una ordenanza común de prestaciones e intensidades para toda Navarra. Ello implicó un avance importante en la reducción de la diversidad territorial; aun así, el servicio presenta algunas diferencias importantes, especialmente, en la atención de tarde o fines de semana.
- El servicio de teleasistencia domiciliaria, que consiste en la instalación en el domicilio de un dispositivo electrónico conectado a una central.
- El servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia. El programa incluye actividades de ejercicio físico dirigidas al mantenimiento de la situación funcional, la habilitación en actividades de la vida diaria y de estimulación cognitiva.

---

<sup>12</sup> El umbral se sitúa en los 903 euros en el caso de una persona sola y 1.402 en el caso de una pareja.

<sup>13</sup> Se establece en estos casos un sistema de reconocimiento de deuda cuando los bienes dejados en herencia al fallecimiento superan los 46.000 euros.

- El transporte adaptado y asistido, que ofrece transporte adaptado y/o de apoyo personal a las personas mayores para facilitar la asistencia a los servicios de atención diurna.
- El servicio de atención diurna. El servicio puede ser prestado en un establecimiento específico (centro de día) o residencial (servicio de estancias diurnas), para ofrecer durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales.
- El servicio de atención residencial, de carácter permanente o temporal. En el caso de las estancias temporales pueden ser definitivas o por un periodo limitado con el fin de dar respuesta a diferentes situaciones transitorias, tanto de la persona cuidadora (enfermedad, descanso temporal, ingreso hospitalario, etc.) como de la persona usuaria (recuperación o convalecencia, enfermedad grave, etc.).

Además, las personas con dependencia pueden acceder a las siguientes prestaciones económicas:

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Prestación destinada a contribuir a que las personas dependientes puedan obtener los cuidados que requiere en su domicilio y de apoyo al entorno familiar que le atiende. Oscila entre los 182 y los 582 euros mensuales, dependiendo del grado de dependencia y de la renta de la persona usuaria.
- La Prestación Vinculada al Servicio (PVS), que permite el acceso tanto a centros residenciales como a centros de atención diurna de titularidad privada, en caso de que no exista plaza pública disponible.
- La Prestación Económica para Asistente Personal. Se trata de una ayuda para contratar un servicio de apoyo y colaboración de un asistente personal, que ayude a la persona dependiente a tener mayor calidad de vida y autonomía personal. Implica realizar un "proyecto de vida independiente", destinado al logro de algún objetivo, como trabajar o estudiar, pero también aprender a leer braille, desarrollar una actividad deportiva, etc. La cuantía de la prestación oscila entre los 560 y los 1.600 euros, en función del grado de dependencia y de los ingresos de la persona usuaria.
- Las Ayudas Económicas para la contratación de cuidadores profesionales. Se trata de una ayuda económica para la contratación de cuidador/a profesional y/o empresa de servicios, para personas dependientes a cargo de sus familias. Tras incrementarse un 20% en julio de 2020, oscila entre 172,8 y 943,2 euros mes. Se exige que la persona dependiente reciba 80 o más horas mensuales de atención para personas que tengan reconocido un grado de gran dependencia y dependencia severa y 60 o más horas mensuales para las que tengan reconocido un grado de dependencia moderada. Además son necesarios otros requisitos, como contrato de trabajo o mercantil, alta en la Seguridad Social, cualificación profesional de la persona cuidadora, etc.

El cuadro siguiente recoge las principales características de cada servicio y prestación.



**Cuadro 2. Características de los servicios y prestaciones orientados a las personas mayores con dependencia en Navarra**

Servicio		Características
Servicio de reconocimiento de la situación de dependencia y de la asignación de prestaciones (PIA)		Garantizado Sin copago Ámbito de actuación: Zona Básica de servicios sociales
Servicio de atención domiciliaria	SAAD	Garantizado Dirigido a personas en situación de dependencia Intensidad máxima: Grado I: 20h/mes - Grado II: 20h/mes - Grado III: 40h/mes Copago Ámbito de actuación: Zona Básica de servicios sociales
	Municipal	No garantizado Dirigido a personas con dificultades de autovalimiento, riesgo o situación de dependencia Intensidad máxima de 2h/día Copago Ámbito de actuación: Zona Básica de servicios sociales
Servicio de teleasistencia domiciliaria (SAAD)		Garantizado Dirigido a personas con reconocimiento oficial de la situación de dependencia, para las personas mayores de 65 años que viven solas, con otra persona mayor de 65 años o pasan la mayor parte del tiempo solas (además de personas con discapacidad superior al 33% y personas con trastorno mental grave con informe de necesidad por parte de su centro de salud mental). Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (SAAD)		Garantizada Dirigido a personas con reconocimiento oficial de la situación de dependencia atendidas en su domicilio por sus familiares en unas condiciones adecuadas Cuantía máxima: Grado I: 180€/mes - Grado II: 407,21€/mes - Grado III: 542,85€/mes Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia (SAAD)		Garantizada Dirigido a personas con reconocimiento oficial de la situación de dependencia Intensidad mínima: Grado I: 20h/mes - Grado II: 12h/mes - Grado III: 8h/mes Sin copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Transporte adaptado y asistido		Garantizada Dirigido a personas con reconocimiento de dependencia para asistir a recursos de atención diurna Copago Frecuencia mínima: dos transportes semanales Frecuencia máxima: dos transportes diarios. Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Servicio de atención residencial		Garantizada Dirigido a personas reconocidas con dependencia severa o gran dependencia y aquellas que se encuentren en situación de grave conflicto familiar o carezcan de soporte familiar adecuado y no puedan permanecer en el domicilio Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Estancias temporales en residencias		Garantizada Dirigido a personas reconocidas con dependencia severa o gran dependencia y aquellas que se encuentren en situación de grave conflicto familiar o carezcan de soporte familiar adecuado y no puedan permanecer en el domicilio Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Apartamentos tutelados		Garantizada Dirigido a personas reconocidas con dependencia (además de personas con discapacidad superior al 33% y personas con trastorno mental grave). Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Servicios de Atención diurna	SAAD	Garantizada Dirigido a personas en situación de dependencia Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra

Servicio		Características
	Municipal	No garantizada Dirigido a personas mayores sin grado reconocido de dependencia Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Ayudas para el servicio de atención residencial (PVS)	SAAD	Garantizada Dirigido a personas reconocidas con dependencia severa o gran dependencia y aquellas que se encuentren en situación de grave conflicto familiar o carezcan de soporte familiar adecuado y no puedan permanecer en el domicilio. Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Ayudas para el servicio de atención diurna (PVS)	SAAD	Garantizada Dirigido a personas con reconocimiento de dependencia Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
Ayudas económicas para asistente personal	SAAD	Garantizada Dirigido a personas reconocidas con dependencia severa o gran dependencia Cuantías mensuales: - Para grandes dependientes: máximo 1.600,00 y mínimo 1.280,00 - Para dependientes severos: máximo 1.600,00 y mínimo 1.280,00 - Para dependientes moderados: máximo 700 y mínimo 560,00. Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra Compatible con servicio de teleasistencia
Ayudas económicas para la contratación de un cuidador profesional		Garantizada Dirigido a personas en situación de dependencia Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra Compatible con servicio de teleasistencia y SAD

Fuente: Elaboración propia a partir de la cartera de Servicios sociales de Navarra, regulada por el DF 69/2008.

### 3.5.3. Comunidad Autónoma Vasca

Como se ha señalado previamente, los Servicios Sociales destinados a las personas mayores con dependencia o riesgo de dependencia vienen, en su práctica totalidad, recogidos en la Cartera de Servicios Sociales incluida en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales, así como en la normativa que regula el sistema estatal de atención a la dependencia. Como también se ha señalado, los servicios pueden ser de atención primaria o de atención secundaria: los primeros se dirigen –en general, aunque no necesariamente– a las personas con niveles menores de dependencia y tienen también por lo general una menor intensidad y/o un carácter más preventivo. Los servicios de atención secundaria se dirigen a las personas con necesidades más intensas de apoyo y se centran especialmente en los centros residenciales y los centros de día. Junto a los servicios de atención primaria y secundaria, juegan también un papel importante las prestaciones económicas.

Los principales servicios y prestaciones de competencia municipal y/o de atención primaria son los siguientes:

- Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Es un servicio de naturaleza asistencial y preventiva destinado a ayudar a la persona usuaria en situación de dependencia, o riesgo de dependencia, a permanecer en su domicilio, ofreciéndole una ayuda de atención doméstica y personal que posibilite su desenvolvimiento en el propio domicilio y su integración en el entorno comunitario, evitando situaciones de aislamiento. Incluye un servicio de respiro para la persona cuidadora principal mediante el acceso temporal de la persona en situación o riesgo de dependencia al SAD o el refuerzo temporal de la intensidad ya ofrecida en dicho servicio.

El SAD no tiene una regulación autonómica y tanto su cobertura como su intensidad varían en función del municipio, si bien existen como se ha señalado una serie de recomendaciones y directrices básicas tanto en lo que se refiere a la cobertura como a la intensidad, a partir de lo establecido en el Mapa autonómico de Servicios Sociales y/o en la regulación estatal del SAAD. Algunos municipios, por otra parte, complementan el SAD con otros servicios adicionales, como las comidas a domicilio.

- Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial. Orientado a las personas en situación de riesgo de dependencia, este servicio consiste en un conjunto de prestaciones relacionales

de apoyo socioeducativo y/o psicosocial –de carácter individual, familiar y/o grupal– que pueden desarrollarse tanto en el domicilio familiar (educación doméstica, intervención familiar básica) como en el entorno comunitario (educación de calle, intermediación sociocultural). Sus objetivos son que las personas usuarias: a) adquieran y desarrollen capacidades (actitudes, aptitudes, conocimientos, criterios, pautas, habilidades) personales, familiares o grupales, que favorezcan su desenvolvimiento autónomo, su inclusión social y la adecuada convivencia en el medio familiar y comunitario; b) sustituyan hábitos, conductas, percepciones, sentimientos y actitudes, que resulten inadecuados por otros más adaptados.

Su desarrollo en el ámbito de la dependencia es de momento muy escaso en la mayor parte de los municipios de la CAV.

- Servicio de apoyo a personas cuidadoras. Este servicio ofrece a las y los cuidadores que forman parte de la red sociofamiliar de apoyo de personas en riesgo o situación de dependencia, la posibilidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades de cuidado y auto-cuidado.
- Servicios de atención diurna. Estos servicios ponen a disposición de las personas un dispositivo al que acudir durante el día y en el que se les ofrece un apoyo de baja intensidad ligado a sus necesidades específicas de atención. Su objetivo es el de contribuir al mantenimiento de la autonomía de las personas mayores en riesgo o situación de dependencia (Grado I, con una puntuación en el BVD de entre 25 y 39), a su permanencia en su entorno de vida habitual y su socialización, compensando en su caso situaciones de aislamiento. Incluye un servicio de respiro mediante el acceso temporal de la persona en riesgo o situación de dependencia (Grado I) al servicio de atención diurna para personas mayores o refuerzo temporal de la intensidad ya ofrecida en él.
- Servicios de alojamiento para personas mayores. Este servicio integra dos modalidades de alojamiento:
  - o Apartamentos tutelados. Integran un número variable de viviendas autónomas con un diseño funcional de apartamento y servicios comunes, de uso facultativo.
  - o Vivienda comunitaria. Es un equipamiento, de carácter colectivo, que puede integrarse en un edificio con viviendas ordinarias, ubicarse en un edificio junto a otros equipamientos sociales o constituir un edificio singular destinado a este fin.

Se trata en ambos casos de servicios de baja intensidad que cuentan con apoyo de personal (en el caso de los apartamentos tutelados, no necesariamente adscrito al mismo) para ejercer las funciones de tutelaje, mediación-intermediación, acompañamiento social y supervisión, así como, en su caso, atención personal y doméstica. Sus objetivos son: facilitar la permanencia de las personas usuarias en el entorno comunitario, mejorar su grado de autonomía personal, mantenerlo y/o prevenir el deterioro de las habilidades y capacidades que permiten su desenvolvimiento autónomo, evitar situaciones de aislamiento, favorecer su sentimiento de seguridad

Además, el Gobierno Vasco gestiona de forma centralizada el Servicio de Teleasistencia. Este servicio integra el dispositivo de comunicación de telealarma que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento informático específico, permite a las personas usuarias contactar de forma inmediata con un servicio de atención permanente atendido, 24 horas al día y todos los días del año, por personal específicamente preparado, que, en caso necesario, facilitará el acceso inmediato al tipo de atención requerida, contribuyendo a fortalecer su sentimiento de autonomía y/o seguridad.

Los principales servicios de competencia foral y/o de atención secundaria son los siguientes:

- Servicio o centro de día para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía. Este servicio ofrece, con carácter temporal o permanente, una atención individualizada e integral, durante el periodo diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo

de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal, compensar sus limitaciones funcionales y dar apoyo a sus cuidadores y cuidadoras habituales, mediante prestaciones preventivas, habilitadoras y asistenciales orientadas a la capacitación y al desarrollo de competencias para la autonomía personal y para la participación en el entorno comunitario. Se diferencia del servicio de atención diurna municipal en la intensidad de la atención y el perfil de las personas atendidas.

- Centro de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía. Es un recurso de atención a personas dependientes que, por diversas causas, en particular de origen psíquico o neurológico, necesitan supervisión de media o alta intensidad en horario nocturno para el control y la regulación del ritmo del sueño y del comportamiento nocturno, sin que dicha supervisión pueda serles ofrecida en su domicilio por sus cuidadores o cuidadoras habituales. En la práctica, este servicio no ha sido desarrollado en ningún territorio.
- Centros residenciales para personas mayores. Son centros destinados a servir de vivienda habitual o permanente y, en su caso temporal, a personas mayores en situación de dependencia en Grados II y III –y excepcionalmente en grado I– que no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades en su entorno habitual, o en alternativas de alojamiento de carácter más ligero, por requerir apoyos de mayor intensidad, ofreciéndose en estos centros una atención integral y continua.
- Servicio de respiro. Este servicio ofrece estancias temporales en servicios de atención secundaria, en concreto en centros residenciales, servicios o centros de día y centros de noche, a personas dependientes, con discapacidad, o con enfermedad mental crónica que habitualmente son atendidas por su red socio-familiar de apoyo, con el fin de ofrecer a la persona cuidadora principal y habitual la posibilidad de disponer de un tiempo para su descanso, recuperación y/o desarrollo personal, o para hacer frente a una situación de necesidad que le impida el ejercicio de sus funciones de cuidado.
- Servicio de ayudas técnicas, productos de apoyo y adaptación del medio físico. Este servicio tiene por objeto favorecer la autonomía personal en la realización de las actividades de la vida diaria y el desenvolvimiento autónomo. Con esa finalidad: a) informa y orienta sobre los productos de apoyo existentes y sobre las adaptaciones del entorno físico que permiten mejorar la accesibilidad; b) facilita el acceso, mediante un sistema de préstamo o de cesión temporal, a los productos de apoyo recuperables necesarios para realizar las actividades de la vida diaria, tanto a personas que se encuentran en su domicilio como en algún servicio de alojamiento o residencial; c) realiza propuestas de adaptación de la vivienda habitual orientadas a mejorar su grado de accesibilidad y el grado de autonomía de la persona dentro de ella.
- Servicio de transporte adaptado. Servicio de transporte puerta a puerta, dirigido a personas con limitaciones en su autonomía derivadas de déficit de movilidad. Se presta mediante vehículos adaptados a las necesidades de personas que utilizan productos de apoyo a la movilidad (sillas de ruedas, camillas, andadores, u otros). Permite a estas personas realizar desplazamientos que no podrían realizar mediante la red pública de transporte, cuando necesitan desplazarse para realizar actividades no habituales.

Las principales prestaciones económicas son las siguientes:

- Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Personas Cuidadoras No Profesionales (PECEF). Tiene por objetivo contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona en situación de dependencia por una persona de su red socio-familiar de apoyo. Esta persona actúa como cuidadora principal y habitual y ejerce dicha atención por sí misma o con la ayuda de otras personas a las que supervisa. Aunque las características básicas de la prestación vienen determinadas a nivel estatal, la cuantía de la prestación no es idéntica en los tres territorios de la CAV: en el caso de Gipuzkoa, por ejemplo, oscilan entre 154 y 524 euros mensuales, en función de la edad, la renta y el grado de dependencia

de la persona usuaria. La PECEF es compatible con el Servicio de Asistencia Domiciliaria y la atención diurna, si bien la cuantía de la prestación se reduce entre un 20% y un 60%.

- Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP). Su finalidad es promover la autonomía de las personas con dependencia, siendo su objetivo contribuir a la contratación de una asistencia personal que facilite a la persona beneficiaria el acceso a la educación y el trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Como en el caso de la PCEF, las cuantías de la prestación son diferentes en cada Territorio Histórico: en el caso de Gipuzkoa, por ejemplo, oscilan entre 300 y 844 euros, en función del grado de dependencia y de la renta de la persona usuaria. También como en el caso de la PECEF, la PEAP es compatible con el Servicio de Asistencia Domiciliaria y la atención diurna, si bien la cuantía de la prestación se reduce también entre un 20% y un 60%.
- Ayuda económica para la adquisición de productos de apoyo no recuperables. Tiene por objeto facilitar la compra y, en su caso, la instalación de productos de apoyo no recuperables a personas con limitaciones en su autonomía personal, con el fin de favorecer al máximo sus posibilidades de desenvolverse autónomamente y/o de facilitar el apoyo que les prestan otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Ayuda económica para la realización de adaptaciones en la vivienda habitual y en los vehículos particulares. Tiene por objeto facilitar a las personas con limitaciones en su autonomía personal, la realización de adaptaciones en su vivienda habitual y/o en su vehículo particular con el fin de mejorar su accesibilidad, favorecer al máximo sus posibilidades de desenvolverse autónomamente y facilitar el apoyo que les prestan otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Prestación Vinculada al Servicio (PEVS). Tiene como objetivo facilitar el acceso, fuera del SVSS, a una prestación o servicio de características similares a aquella prestación o servicio del Catálogo de Prestaciones y Servicios del SVSS al que tiene derecho la persona usuaria pero cuyo acceso no se puede garantizar temporalmente, en el marco de los servicios integrados en dicho sistema, por falta, en su caso, de cobertura suficiente del mismo. Lo anterior sólo será aplicable a servicios cuya provisión se encuentre en curso de desarrollo de acuerdo con lo previsto en la planificación del SVSS. Esta prestación es de competencia municipal, foral o autonómica, dependiendo de quién sea la competencia del servicio al que se vincule<sup>14</sup>.

Cabe añadir, finalmente, la existencia de centros sociosanitarios que atienden, por ejemplo, a personas mayores dependientes en situación de convalecencia. Estos centros son financiados por parte del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y las respectivas Diputaciones, y no forman parte de la Cartera de Servicios Sociales. El número de plazas y de centros en estas unidades residenciales sociosanitarias es aún reducido.

### 3.5.4. Visión conjunta

El esquema de centros y servicios existentes en cada uno de los ámbitos administrativos analizados tiene algunas similitudes, aunque también diferencias muy notables. Si bien en los tres territorios el grueso de la oferta se basa en los centros residenciales, los centros de día y los servicios de asistencia domiciliaria, las diferencias en la estructuración de la Cartera son muy claras, especialmente entre el Departamentos de Pirineos Atlánticos, por una parte, y Navarra y la CAV por otra, ya que estos dos territorios basan en gran medida su oferta en los servicios establecidos por la Ley estatal de Dependencia. Pese a ello, las diferencias entre ambos territorios –e, incluso, entre los Territorios Históricos de la propia CAV– son importantes.

---

<sup>14</sup> A título de ejemplo, en el caso de Álava, donde está prestación tiene una mayor extensión, la PEVS para el acceso a un centro residencial oscila entre los 300 y los 1.030 euros, en función del grado de dependencia y del tiempo de empadronamiento en el Territorio.

Más allá de la dotación de plazas existente (que se analiza en el punto siguiente), las principales diferencias destacables son las siguientes:

- En el caso de los Pirineos Atlánticos, destaca el grado de medicalización de los centros residenciales y la existencia de al menos tres tipos de centros residenciales distintos (EHPAD, residencias autonomía y Unidades de Cuidados de Larga Duración). También destaca la existencia de tres modalidades diferentes de SAD, así como la existencia de un SAD doméstico prestado por los ayuntamientos a las personas de bajos ingresos con niveles reducidos de dependencia. En todo caso, el catálogo de servicios es más limitado y genérico que el de los territorios peninsulares y no existe, como en la CAV y Navarra, una prestación económica para la compensación de los cuidados familiares prestados a domicilio.
- En el caso de Navarra, como en el de la CAV, cabe destacar la existencia de tres grandes tipos de servicios: la atención residencial, la atención domiciliaria y diurna, y la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, a las que se suman otros servicios y prestaciones de menor importancia. En relación a la CAV, destaca en Navarra el escaso peso que juegan los servicios de atención primaria y de competencia municipal, que se limitan básicamente a la prestación del SAD, que puede o no tener carácter garantizado, en el marco del programa municipal de promoción de la autonomía y de atención a las personas con dependencia.
- En el caso de la CAV, además de la existencia, como en Navarra, de la Prestación de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), inexistente en el Estado francés, cabe destacar la importancia que al menos desde el punto de vista conceptual tienen los centros y servicios de atención primaria y de competencia municipal. En ese sentido, todos los ayuntamientos están teóricamente obligados a ofrecer servicios de atención diurna, alojamiento para personas mayores o programas de apoyo a cuidadores, en el marco de la Cartera de Servicios Sociales y como derecho subjetivo de la ciudadanía. En la práctica, sin embargo, como se señala más adelante, el desarrollo de estos servicios de atención primaria y de competencia municipal es territorialmente muy desigual (Ararteko, 2016). También destaca en el caso de la CAV el relativamente elevado nivel de autonomía de los tres Territorios Históricos para la definición de sus servicios y prestaciones económicas, así como el elevado número de servicios, centros y prestaciones establecidos en el Catálogo, con cerca de 20 prestaciones, centros y servicios diferentes.

### **3.6. La oferta de servicios sociales para personas mayores en situación de dependencia**

#### **3.6.1. Departamento de Pirineos Atlánticos**

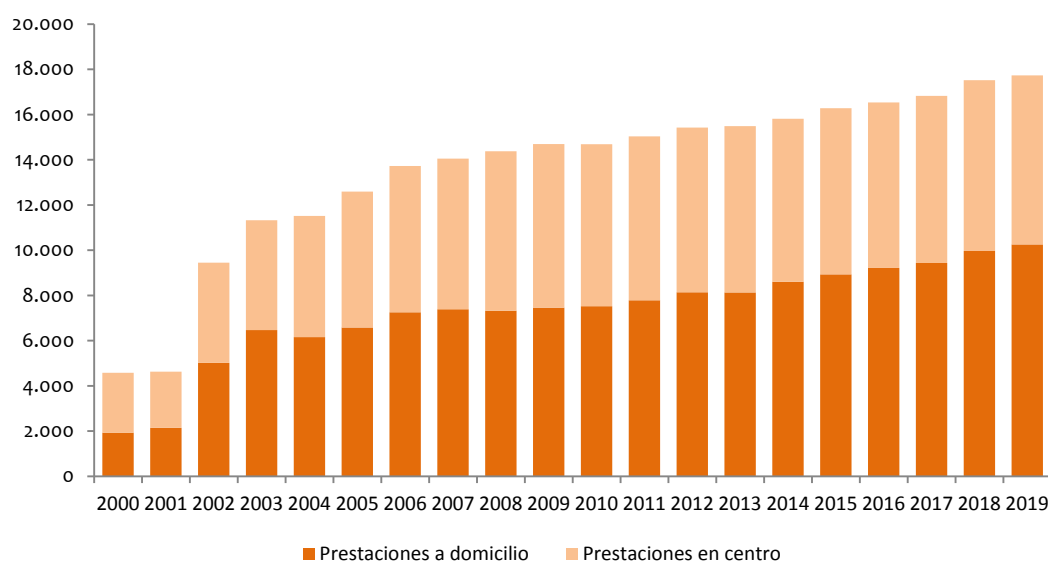
En total, en diciembre de 2019 el número de personas mayores que recibe prestaciones de acción social por parte del Departamento de Pirineos Atlánticos asciende a 17.733, lo que equivale al 11,2% de las personas mayores de 65 años residentes en el Departamento. De ellas, 10.254 reciben prestaciones por servicios a domicilio y 7.479 servicios de alojamiento, lo que representa una cobertura del 6,5% y el 4,7% respectivamente<sup>15</sup>.

El gráfico siguiente recoge la evolución del número de personas usuarias de ambos tipos de ayudas desde el año 2000. De acuerdo a los datos recogidos en el gráfico, el número de prestaciones se ha multiplicado desde ese año por 3,8, si bien el incremento ha sido mayor en el caso de los servicios domiciliarios (5,3) que en el caso de las prestaciones para acceder a centros residenciales (que en cualquier caso se han multiplicado por 2,8).

---

<sup>15</sup> Al margen de las prestaciones a las que se accede mediante la APA, el Departamento de Pirineos Atlánticos gestiona un servicio de teleasistencia que tenía en 2018 en torno a 1.500 personas usuarias.

**Gráfico 1. Evolución de las prestaciones en centro y a domicilio para personas mayores en el Departamento de Pirineos Atlánticos (2000-2019)**



Fuente: DREES, Enquête Aide sociale 2018.

En lo que se refiere, específicamente, a los centros residenciales, la Encuesta EHPAD realizada en 2015 identificó en Pirineos Atlánticos un total de 137 centros, que suman 8.405 plazas. De ellas, 7.425 (el 88,3%) corresponden a los EHPAD. La cobertura total es de 5,3 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años y el tamaño medio es de 61 plazas por centro. El Departamento cuenta con 1,1 centros residenciales para personas mayores por cada 1.000 personas mayores de 65 años.

**Tabla 5. Características de los centros residenciales para personas mayores en el Departamento de Pirineos Atlánticos (2015)**

	Centros	Plazas	Distribución (%)	Cobertura	Tamaño medio
EHPAD	113	7.425	88,3	4,68	65,7
EHPA	1	24	0,3	0,02	24,0
Residencia Autonomía	16	535	6,4	0,34	33,4
Unidad de Cuidados de Larga Duración	7	421	5,0	0,27	60,1
Total	137	8.405	100,0	5,30	61,4

Fuentes: Elaboración propia a partir de DREES, Enquete EHPAD.

Como se ha señalado, a estos datos deberían sumarse los servicios y prestaciones que otras entidades u organismos –comunidades locales, cajas del Seguro de Enfermedad o del Seguro de Jubilación, etc.– ofrecen al margen de la APA.



### 3.6.2. Comunidad Foral de Navarra

En el caso de la Comunidad Foral Navarra, como en el caso de la CAV, la cuantificación de los servicios sociales de atención a la dependencia no resulta sencilla, dada la existencia de fuentes diversas, el uso de más de un servicio o prestación por parte de una misma persona y la existencia de dos sistemas no perfectamente coincidentes (el Sistema estatal de Autonomía y Atención a la Dependencia y el sistema local de Servicios Sociales). Por ello, como en el caso de la CAV, en este apartado se ha optado por reflejar los datos que ofrecen las diversas fuentes disponibles, lo que permite tener una idea general del alcance de los servicios sociales para personas mayores. De esta forma, se recogen en este apartado en primer lugar los datos que ofrecen las fuentes oficiales de la Comunidad Foral y, posteriormente, para facilitar la comparación con la CAV, los datos que ofrece el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) tanto en relación a las personas usuarias de prestaciones de dependencia como en relación a la dotación de Servicios Sociales para personas mayores.

Como se observa en la tabla siguiente, a partir de los datos extraídos del Banco de Datos del Observatorio de la Realidad Social de Navarra, en 2019 el número de personas usuarias de servicios y prestaciones de atención a la dependencia en Navarra era de 19.500, lo que equivale al 15% de la población mayor de 65 años de Navarra. Debe tenerse en cuenta en cualquier caso que se incluye este cómputo personas de todas las edades y que una misma persona puede ser usuaria de más de una prestación o servicio.

En todo caso, se observa con claridad que las personas que reciben las ayudas económicas de atención en domicilio y para el apoyo a los cuidadores familiares suponen casi la mitad (45,2%) de las personas beneficiarias del conjunto de las prestaciones para personas mayores con dependencia. Le siguen, en orden de importancia, el servicio de atención telefónica (17% de los servicios) y el servicio de atención residencial (14%). Si este servicio se suma al número de personas beneficiarias de la prestación económica que da acceso a centros residenciales privados, el peso de la oferta residencial en el conjunto de la oferta alcanza el 20,7%, con una cobertura conjunta del 3,15%.

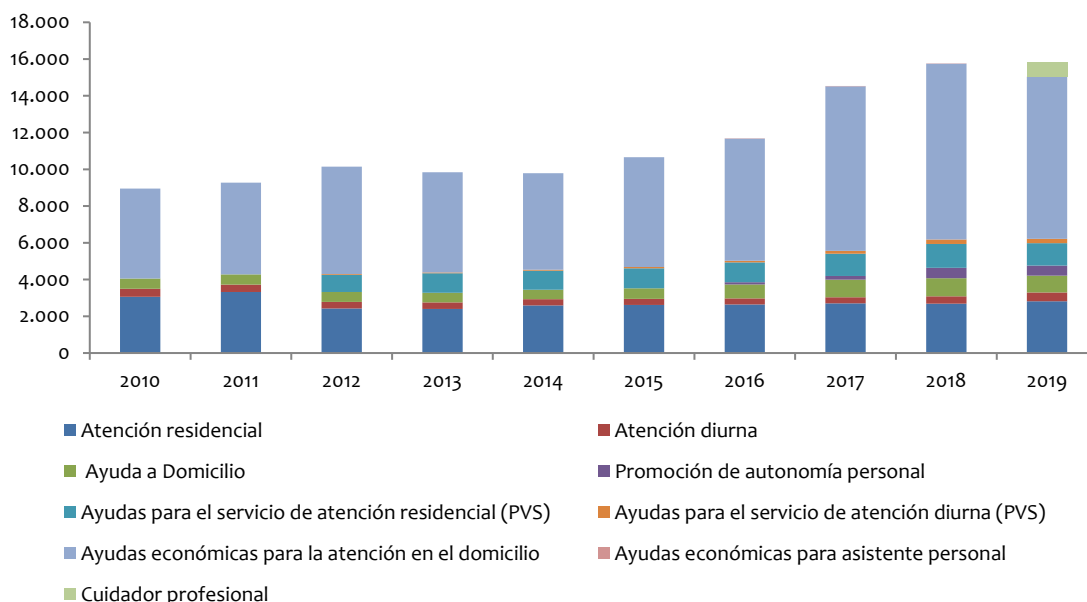
**Tabla 6. Número de personas beneficiarias de servicios y prestaciones de atención a la dependencia por grado de dependencia en Navarra (2019)**

	ND %	GI %	GII %	GIII %	Usua- rios/as	Distri- bución (%)	Cober- tura
Servicio de atención residencial	10,2	17,7	46,5	25,6	2.821	14,5	2,20
Servicio de atención diurna	6,5	29,0	38,3	26,3	480	2,5	0,37
Servicio de ayuda a domicilio	0,0	47,6	33,1	19,3	913	4,7	0,71
Servicio telefónico de Emergencia	22,6	45,2	25,4	6,9	3.312	17,0	2,58
Transporte adaptado y asistido	2,6	25,9	42,7	28,8	382	2,0	0,30
Promoción autonomía personal	17,7	55,6	19,1	7,7	549	2,8	0,43
Ayudas para el servicio de atención re- sidencial (PVS)	11,6	14,7	51,8	21,9	1.215	6,2	0,95
Ayudas para el servicio de atención diurna (PVS)	0,4	42,8	44,9	11,9	236	1,2	0,18
Ayudas económicas para la atención en el domicilio*	0,0	48,8	34,2	17,0	8.805	45,2	6,86
Ayudas económicas para asistente per- sonal	0,0	18,2	45,5	36,4	22	0,1	0,02
Cuidado profesional	0,0	18,7	44,4	36,9	765	3,9	0,60
Total	6,7	39,5	35,9	17,9	19.500	100,0	15,19

Fuente: Observatorio de la Realidad Social de Navarra (ORSN). Una persona puede ser usuaria de más de una prestación, por lo que en realidad el número total no equivale al de personas diferentes, sino al de prestaciones concedidas.

La evolución por años ha seguido una tendencia ascendente, como se puede ver en el gráfico siguiente. El número de personas beneficiarias no ha dejado de crecer desde 2015, incrementándose en más de un 50% en los últimos 5 años. Si en 2010 el número total de persona usuarias era de 8.951, en 2019 alcanzó los 15.806.

**Gráfico 2. Evolución del número de personas beneficiarias de prestaciones y servicios para personas en situación de dependencia en Navarra (2010- 2019)**



Fuente: Observatorio de la Realidad Social de Navarra

El aumento de la cobertura, como se puede observar, se debe fundamentalmente al incremento del volumen de prestaciones económicas. Aun así, se ha realizado en Navarra un esfuerzo importante en el incremento de servicios. Según el informe anual de la dependencia elaborado por el Observatorio de la realidad social (2019), desde julio de 2015 a diciembre de 2019 las prestaciones económicas han crecido un 68,3%, de 5.233 a 8.805. Por el contrario, los servicios lo han hecho en un 56,4%, de 5.997 a 9379 en ese mismo periodo.

Como se ha señalado en la introducción de este epígrafe, se ofrecen, además de los datos que ofrece el Gobierno de Navarra, los datos que el IMSERSO ofrece tanto en relación al número de prestaciones concedidas en el marco del SAAD (y que incluyen tanto a personas mayores como a personas menores de 65 años), como las plazas existentes y los servicios prestados en el marco de los Servicios Sociales para personas mayores (y que pueden o no estar incluidos en el marco del sistema de atención a la dependencia).

En lo que se refiere a los servicios y centros para personas mayores, los datos del IMSERSO indican la existencia de algo más de 20.000 plazas o usuarios de servicios, que equivalen a 15,5 plazas/personas usuarias por cada 100 personas mayores<sup>16</sup>.

- En lo que se refiere a la oferta residencial, la cobertura sumada de los centros residenciales y las viviendas para personas mayores equivale al 5,1% de la población de más de 65 años. El número de centros residenciales, de acuerdo a los datos del IMSERSO, es de 74, con un tamaño medio cercano a las 80 plazas.

<sup>16</sup> También en este caso puede ocurrir que una misma persona sea usuaria al mismo tiempo de más de un servicio o prestación, dadas las posibilidades de compatibilidad existentes.

- En lo que se refiere a la oferta de apoyo en el domicilio, la cobertura sumada de la teleasistencia, el SAD y los centros de día alcanzaría el 10,5%. De acuerdo a los datos del IMSERSO, la intensidad media del SAD en Navarra sería de 10 horas mensuales, muy por debajo de la media estatal, que es de 20 horas mensuales, siempre según los datos del IMSERSO.

**Tabla 7. Servicios sociales para personas mayores en la Comunidad Foral Navarra (2019)**

	Usuarios/ plazas	Cobertura	Intensidad (horas/mes)	Número de centros	Tamaño medio
Teleasistencia	9.193	7,04			
SAD	3.008	2,30	10,00		
Centros de día	1.352	1,03		70	19,3
Centros residenciales	5.831	4,46		74	78,8
Viviendas para mayores	833	0,64		15	55,5
Total	20.217	15,5			

Fuentes: IMSERSO.

Finalmente, en lo que se refiere a las prestaciones del SAAD –que incluyen tanto a personas mayores de 65 años como menores de esa edad y contabilizan también prestaciones como la PCEF o la PEAP–, el número total de personas usuarias es de 13.579, que reciben de media 1,25 prestaciones diferentes. Como ya se observaba en los datos del Gobierno de Navarra, el mayor peso corresponde a la prestación de apoyo familiar, con casi 10.000 personas usuarias (54% de todas las prestaciones concedidas). Las personas usuarias de centros residenciales son casi 2.000, así como las personas perceptoras de la Prestación Vinculada al Servicio, utilizada en su mayor parte para facilitar el acceso a centros residenciales. Sumadas, ambas prestaciones representan el 22% de todos los servicios y prestaciones. Los datos del IMSERSO ponen también de manifiesto que cada persona atendida en el marco del SAAD utiliza en Navarra, por término medio, 1,25 prestaciones diferentes.

**Tabla 8. Número de personas beneficiarias de servicios y prestaciones de atención a la dependencia en Navarra (2020)**

	Nº	%
Personas beneficiarias con prestaciones	13.579	-
Prevención dependencia y promoción autonomía	836	4,9
Teleasistencia	2.069	12,2
Ayuda a Domicilio	849	5,0
Centros de Día/Noche	109	0,6
Atención residencial	1.963	11,5
PVS	1.892	11,1
PECEF	9.280	54,5
PEAP	22	0,1
Total	17.020	100
Ratio de prestaciones por persona beneficiaria	1,25	-

Fuente: IMSERSO.

### 3.6.3. Comunidad Autónoma Vasca

Como en el caso de Navarra, los datos sobre la oferta de servicios para personas mayores en la CAV se basan en diversas fuentes: se recogen en primer lugar los datos que ofrecen las fuentes oficiales de la CAV y, posteriormente, para facilitar la comparación con Navarra, los datos que ofrece el IMSERSO en relación a las personas usuarias de prestaciones de dependencia y en relación a la dotación de servicios sociales para personas mayores.

Los datos más recientes sobre los servicios prestados en el marco del Sistema Vasco de Servicios Sociales a las personas mayores provienen de la evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAV, que recoge para los tres Territorios tanto el número de usuarios de prestaciones económicas como de servicios de atención directa a finales de 2018. Por cuestiones metodológicas, la tabla recoge una estimación del número de personas usuarias del SAD, a partir del número total de horas prestadas en cada Territorio<sup>17</sup>.

De acuerdo a los datos recogidos en la tabla, el número total de plazas, servicios y prestaciones equivale al 27,4% de la población mayor de 65 años, si bien como ya se ha dicho para Navarra una misma persona puede recibir más de una prestación. Además, en el caso de las prestaciones económicas, pueden ser recibidas por personas dependientes menores de 65, si bien, para facilitar la comparación, la cobertura se ha calculado en relación a ese grupo de edad. La prestación con mayor número de personas usuarias es la teleasistencia (con una cobertura del 11,6%), seguida de la PCEF (6,6%), los centros residenciales (2,8%, a los que cabría sumar un 0,6% de la PEVS) y el SAD (2,7%).

La cobertura total de los servicios y prestaciones que implican una atención directa por parte de personas profesionales (SAD, atención diurna, vivienda comunitaria, apartamento tutelado, centro de día, centro residencial, PEVS y PEAP) asciende al 8,4%, lo que representa en torno a un tercio de la cobertura total. La cobertura de la PCEF representa casi el 25% de esa cobertura total y la cobertura residencial, junto a la PEVS, el 12,6%.

**Tabla 9. Cobertura de los Servicios sociales para personas mayores en la CAV (2018\*)**

	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	CAV	Distribución en la CAV (%)
Atención domiciliaria	4,58	2,18	2,86	2,74	10,0
Atención diurna	0,37	0,06	0,15	0,13	0,5
Teleasistencia	9,98	12,04	11,55	11,59	42,3
Apart. tutelados y vivienda comunitaria	0,67	0,15	0,36	0,29	1,1
Centro de día	0,80	0,52	0,96	0,70	2,6
Centros residenciales	2,77	2,66	3,07	2,81	10,3
PEAP	0,276	0,03	3,42	1,17	4,3
PECEF	6,47	7,08	6,07	6,66	24,3
Prestación para ayudas técnicas	0,49	0,58	1,05	0,72	2,6
PEVS	1,34	0,62	0,17	0,62	2,3
Total	27,7	25,9	29,6	27,4	100,0

Fuente: Borrador de la Evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales. \*Porcentaje de personas atendidas en relación a la población mayor de 65 años.

Los datos del IMSERSO sobre los servicios sociales para personas mayores ofrecen datos similares, si bien no tienen en cuenta las prestaciones económicas incluidas en la tabla anterior. En todo caso, la

<sup>17</sup> El número de horas anuales se ha dividido en todos los casos entre 240, a razón de 22 horas mensuales de atención.

suma de servicios y plazas que computa el IMSERSO supera las 89.000 personas –casi el 20% de las personas mayores de 65 años–, correspondiendo más de la mitad de esa cantidad a las personas usuarias del servicio de teleasistencia. Las personas usuarias de servicios residenciales, de atención domiciliaria y de atención diurna suman casi 35.000 personas y representan el 8,8% de la población mayor de 65 años, un porcentaje muy similar al detectado en la evaluación del Plan

En lo que se refiere, específicamente, a los servicios residenciales, el número de centros residenciales es de 279, a los que se suman 342 viviendas tuteladas y apartamentos comunitarios, con una oferta total de más 21.000 plazas. El tamaño medio de las residencias es de 67 plazas y el de las viviendas de 8,8 plazas. La cobertura de ambos tipos de centros alcanza el 4,35% (frente al 5,1% en Navarra y el 5,3% en Pirineos Atlánticos, como antes se ha dicho).

**Tabla 10. Servicios sociales para personas mayores en la CAV (2019)**

	Usuarios/ plazas	Cobertura	Intensidad (horas/mes)	Número de centros	Tamaño medio
Teleasistencia	54.539	10,92			
SAD	8.187*	3,56	22,56		
Centros de día	4.856	0,97		160	30,4
Centros residenciales	18.897	3,78		279	67,7
Viviendas para mayores	2.868	0,57		342	8,4
Total	89.347	19,81			

Fuentes: IMSERSO. \*Recoge únicamente usuarios/as de Araba y Gipuzkoa.

Finalmente, y como se ha hecho en el caso de Navarra, si en lugar de analizar los servicios sociales para personas mayores se analizan las prestaciones concedidas en el marco del sistema estatal de atención a la dependencia (SAAD), se observa que el número total de personas que acceden a algún servicio o prestación es de 65.581. El número total de prestaciones concedidas es de sin embargo de 88.492, lo que supone que cada persona recibe de media 1,3 prestaciones diferentes. Desde el punto de vista relativo, el mayor peso corresponde a la prestación de cuidados en el entorno familiar (40%), seguida de la teleasistencia (22,3%) y de la atención residencial (13%).

**Tabla 11. Número de personas beneficiarias de servicios y prestaciones de atención a la dependencia en la CAV (2020)**

	Nº	%
Personas beneficiarias con prestaciones	65.581	-
Prevención dependencia y promoción autonomía	534	0,6
Teleasistencia	19.710	22,3
Ayuda a Domicilio	6.311	7,1
Centros de Día/Noche	6.754	7,6
Atención residencial	12.231	13,8
PVS	1.239	1,4
PECEF	35.531	40,2
PEAP	6.182	7,0
Total	88.492	100,0
Ratio de prestaciones por persona beneficiaria	1,35	-

Fuente: IMSERSO.

### 3.6.4. Visión conjunta

La comparación de los datos en relación al número de plazas y personas usuarias de los diferentes servicios sociales para personas mayores en los tres ámbitos administrativos analizados no es sencilla, debido a la diferente estructura de servicios, las diferentes opciones para contabilizar más de un servicio, a las diferentes fuentes de datos y a las diferentes formas de contabilizar el número de personas usuarias de cada servicio.

Con todo, de forma meramente orientativa, la tabla siguiente detalla la cobertura correspondiente en cada territorio a cada tipo de servicio y a diversas agrupaciones de servicios: los que se prestan a domicilio, los que se prestan en servicios con alojamiento y la suma de los que incluyen una atención profesional directa. A ellos se suman, los servicios de teleasistencia y la prestación de cuidados en el entorno familiar, en el caso de la CAV y de Navarra.

**Tabla 12. Indicadores comparados con relación a la oferta de Servicios Sociales para personas mayores en la CAV, Navarra y Pirineos Atlánticos**

	CAV	Navarra	Pirineos Atlánticos
Cobertura SAD	2,7	2,3	-
Cobertura atención diurna	0,8	1,0	-
Cobertura PEAP*	1,1	0,75	-
Cobertura a domicilio	4,6	4,1	6,5
Cobertura viviendas y apartamentos	0,6	0,6	-
Cobertura centros residenciales	3,8	4,4	-
Cobertura en establecimientos alojamiento	4,4	5,1	4,7
Cobertura atención directa profesional	9,0	8,3	11,2
Cobertura PECEF	6,6	7,1	-
Cobertura teleasistencia	11,5	7,0	0,8
Cobertura total	27,1	23,1	12,0

Fuentes: Elaboración propia a partir de INSEE, OISS, IMSERSO. \*Incluye las prestaciones económicas para la contratación del SAD en Navarra.

Los principales datos que se extraen de la tabla son los siguientes:

- En lo que se refiere a los servicios domiciliarios, si se compara la cobertura de la APA a domicilio en Pirineos Atlánticos con la suma de la cobertura del SAD, los centros de día y la PEAP en la CAV y Navarra, la horquilla resultante oscila entre el 3,3% de Navarra y 6,5% de Pirineos Atlánticos. La diferencia entre la CAV y Navarra se explica, en buena medida, por la extensión en la CAV –y, concretamente, en Gipuzkoa– de la PEAP.
- Si se compara la cobertura de la APA en establecimiento en Pirineos Atlánticos, y la suma de la cobertura de las viviendas comunitarias y los centros residenciales en la CAV y Navarra, la horquilla oscila entre el 4,4% de la CAV<sup>18</sup> y el 5,1% de Navarra.
- Si se suman ambos tipos de servicios, la cobertura oscilaría entre el 8,3% de Navarra y el 11,2% de Pirineos Atlánticos. La CAV estaría en una posición intermedia, con una cobertura del 9,0%. No puede decirse, en cualquier caso, que existen grandes diferencias entre los tres territorios en relación a este indicador.

<sup>18</sup> En este caso se ha utilizado el número de plazas señalado en las estadísticas del IMSERSO.

- Las coberturas totales resultan sin embargo mucho más elevadas en la CAV y en Navarra que en el Departamento de Pirineos Atlánticos, ya que a las plazas y personas usuarias antes señaladas se suman la PECEF –inexistente en el Estado francés– y la teleasistencia –muy poco desarrollada en el Departamento, al menos en el marco de la APA<sup>19</sup>–. Cuando se tienen en cuenta estas prestaciones –que, como se ha dicho, no equivalen a personas usuarias diferentes, ya que una persona puede ser usuaria de más de un servicio o prestación al mismo tiempo–, las coberturas oscilan entre el 12% de Pirineos Atlánticos y el 27,1% de la CAV.
- Siendo las coberturas de atención directa similares en los tres territorios, así como el número total de personas con diagnóstico de dependencia (como hemos visto en el punto 3.4.4), cabe pensar que no parece que la teleasistencia y la PCEF reduzcan el número de personas atendidas mediante servicios de atención directa en la CAV y en la Comunidad Foral de Navarra. Al contrario, cabe pensar que la cobertura de la teleasistencia y la PECEF se suma a una base de servicios de atención directa similar en los tres territorios.

### 3.7. El personal que trabaja en los Servicios Sociales: dotación, cualificación y condiciones de trabajo

#### 3.7.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

Pese a su importancia en términos cuantitativos, la información estadística relativa a la dotación de personal en los servicios sociales de atención a las personas mayores en el Departamento de Pirineos Atlánticos es relativamente escasa. Por ello, al objeto de dimensionar la dotación de personal que trabaja en el ámbito de la atención a la dependencia en el departamento de Pirineos Atlánticos se recogen, por una parte, algunos datos relativos al personal ocupado por el Departamento, y, por otra, algunos datos generales sobre el empleo en el ámbito de los Servicios Sociales, correspondientes al censo de población de 2017.

En lo que se refiere al personal contratado por el Departamento, el número de plazas a dedicación plena equivalente (DPE) asciende a 1.183, de las cuales el 29% es personal social y educativo, el 27% personal administrativo y técnico y el 30% son asistentes familiares que trabajan en el ámbito de la infancia. Las cifras no recogen en cualquier caso el número real de personas que trabajan en el ámbito de la acción social en el Departamento de Pirineos Atlánticos, ya que no se incluyen en esta estadística ni el personal que trabaja en los centros residenciales ni el que trabaja en los servicios de ayuda a domicilio.

**Tabla 13. Número de personas ocupadas por el Departamento en el ámbito de la acción social y sociosanitaria (2018)**

	Nº	%
Personal médico	37	3,1
Psicólogos/as	23	1,9
Personal paramédico	89	7,5
Personal social y educativo	349	29,5
Personal médico técnico	0	0,0
Personal administrativo y técnico	322	27,2
Asistentes familiares	363	30,7
Total	1.183	100,0

Fuente: DREES.

<sup>19</sup> El servicio de teleasistencia se ofrece en el Departamento desde los años 80, y existen numerosos proveedores del servicio. La prestación propuesta por el Departamento es más reciente y puede integrarse en la evaluación de la APA. La mayoría de los beneficiarios acceden a la teleasistencia a través de otros proveedores.



Los datos del censo de población de 2017 permiten ofrecer una imagen algo más completa sobre el personal ocupado en este territorio en el ámbito de los Servicios Sociales, que resulta además comparable con los datos disponibles para la CAV y Navarra. Así, según el Censo de Población realizado en 2017, el número de personas ocupadas en el ámbito de los Servicios Sociales (códigos 87 y 88 de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas) asciende en el Departamento de Pirineos Atlánticos a 25.337 personas, lo que representa el 9,2% de todas las personas ocupadas y una ratio de 37,4 personas ocupadas en el sector por cada 1.000 habitantes<sup>20</sup>. Se trata, como se señalará posteriormente, de ratios muy superiores a las que se registran tanto en Navarra como en la CAV.

A la hora de analizar la cuestión del personal de los servicios sociales en Ipar Euskal Herria, es también necesario hacer referencia a las dotaciones o ratios de personal que la normativa establece con carácter obligatorio en los diversos centros y, especialmente, dada su centralidad en lo que se refiere a los servicios sociales para personas mayores dependientes, en los centros residenciales. En ese aspecto, puede decirse que la normativa francesa es relativamente laxa, ya que no se establecen requisitos mínimos en relación a la dotación de personal, aunque sí las figuras profesionales que deben formar parte de la dotación de personal del centro.

En el caso de los EHPAD, el Código de Acción Social y Familias establece las siguientes especificaciones en términos de personal:

- Para llevar a cabo su misión, además del director y del personal administrativo, el centro residencial asistido debe contar con un equipo multidisciplinar que cuenta al menos con un médico coordinador, un profesional de enfermería, auxiliares sanitarios, profesional de psicología, acompañantes educativos y personal psicoeducativo.
- En el caso de las unidades reforzadas –destinadas a personas que sufren problemas de comportamiento severos derivados de enfermedades neurodegenerativas asociadas a demencia–, deben contar, además con un fisioterapeuta, un auxiliar especializado en geriatría y personal sanitario de noche. Se exigen además que todo el personal de la unidad cuente con formación sobre enfermedades neurodegenerativas, en general, y especialmente en el tratamiento de problemas de comportamiento.
- Del director depende la organización y mantenimiento general del centro. En cuanto a la formación, en el caso de las residencias asistidas públicas, debe poseer formación específica de la *École des hautes études en Santé publique* (EHESP). Existe igualmente un certificado de aptitud para las funciones de director de Centro o servicio de intervención social (CAFDES), que es la única titulación estatal del sector, pero cuya obtención no es obligatoria para ejercer funciones de director en una residencia del sector asociativo o mercantil.
- Como se explica en el apartado relativo a la atención sanitaria, cada centro residencial para personas mayores con dependencia debe contar con la figura del médico coordinador. Este profesional debe tener una titulación especializada en geriatría o gerontología y/o en gestión de residencias para personas dependientes. La normativa (art. L 313-12 del Código de la Acción Social y las Familias) establece que la presencia de este personal médico coordinador, en sus funciones de coordinación del centro, no puede ser inferior a las siguientes dotaciones en los centros con una tasa de dependencia agregada superior a 800 puntos en la escala AGIR:
  - Un equivalente a tiempo completo (TC) de 0,25 para centros con una capacidad autorizada inferior a 44 plazas.
  - Equivalente a TC de 0,40 en centros con una capacidad entre 45 y 59 plazas.
  - Equivalente a TC de 0,50 en centros con una capacidad entre 60 y 99 plazas.
  - Equivalente a TC de 0,60 en centros con una capacidad entre 100 y 199 plazas.

---

<sup>20</sup> Es importante tener en cuenta que en este caso se tienen también en cuenta las personas que trabajan dentro de los Servicios Sociales con otros colectivos, como las personas en situación de exclusión social, menores en situación de desprotección, enfermedad mental, etc.

- Equivalente a TC de 0,80 en centros con una capacidad igual o superior a 200 plazas.

Por otra parte, cabe señalar el escaso protagonismo de los/as profesionales del Trabajo Social en el funcionamiento de las residencias para personas mayores. Esto hace que la interlocución con las familias no recaiga, como ocurre en Euskadi y en Navarra, en estas profesionales, sino en otras figuras – médico/a, director/a, enfermera responsable– e influye significativamente en la posibilidad de participación de las EHPAD en proyectos de colaboración, de investigación, en partenariados o alianzas comunitarias.

Finalmente, en lo que se refiere a la formación, la cualificación y los salarios del personal que trabaja en los Servicios Sociales para personas mayores en Ipar Euskal Herria, la tabla siguiente recoge las funciones, la cualificación y los niveles salariales de los principales perfiles profesionales que operan en el ámbito de los Servicios Sociales en el Departamento de Pirineos Atlánticos.

**Cuadro 3. Funciones, formación y salario de las principales figuras profesionales en el ámbito de los servicios sociales para personas dependientes en Ipar Euskal Herria**

	Denominación	Funciones	Formación	Salario
Profesiones sociales y socio-educativas	Acompañante socioeducativo	El acompañante educativo y social ayuda a los adultos, a las personas mayores o a los niños, vulnerables o discapacitados, en su vida cotidiana. Puede trabajar tanto en centro como a domicilio	Formación orientada a las prácticas profesionales. 525 horas de formación teórica y 840 de formación práctica	Entre 1.592 y 2.162 euros mensuales en función del convenio y la antigüedad
	Animador/a	El animador desarrolla actividades que facilitan la comunicación, la adaptación al cambio y, de manera más general, la puesta en marcha de una vida social. Fomenta la expresión, la creatividad y la realización de los individuos a través de diversas técnicas: expresión corporal, talleres de escritura, actividades multimedia, artísticas y culturales.	Desde nivel de formación profesional hasta nivel universitario	En torno a 1.500 euros mensuales al inicio de la carrera
	Psicólogo/a	Los centros residenciales para personas mayores cuentan con psicólogos para evaluar las necesidades de las personas residentes, acompañar a las personas residentes y sus familias, etc.	Máster en psicología o en psiquiatría	Salario bruto de entre 2.350 y 4.020 euros en función de la antigüedad
	Trabajador/a social (asistente de servicios sociales y educador/a especializado/a)	Intervenir con las personas más vulnerables para mejorar su situación social, económica, psicológica y cultural	Diploma de Estado en Trabajo Social (180 créditos)	Salario bruto de entre 1.500 y 2.917 euros en función de la antigüedad
Profesiones administrativas	Director/a de establecimiento para personas mayores	El director/a asume la gestión administrativa del centro: dirección financiera, dirección de personal, relación con las instituciones, etc.	Certificado especializado de Nivel I (CAFDES)	Salario bruto de entre 3.300 y 4.300 euros en función de la antigüedad
Profesiones médicas	Médico geriatra	Las funciones del geriatra son la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y discapacidades, así como el alivio del sufrimiento de la persona mayor. Su función es mantener y restaurar la salud, tanto física como psicológica, en colaboración con las demás profesiones médicas y paramédicas.	Diez años de formación en medicina general y en la especialización de geriatría	Salario bruto de entre 3.800 y 7.000 euros en función de la antigüedad
	Médico coordinador/a	Elabora el proyecto de cuidados del centro y supervisa la atención médica del centro	Diploma de estudios especializados complementarios	Salario bruto de entre 4.583 y 6.667 euros en función de la antigüedad

	Denominación	Funciones	Formación	Salario
			tarios de geriatría o diploma universitario de médico coordinador en EHPAD	
Profesiones paramédicas	Enfermero/a	El o la profesional de enfermería se ocupa del cuidado de los ancianos, ya sea por iniciativa propia o según las prescripciones del médico: toma de medicamentos, vendajes, inyecciones, etc.	Formación universitaria de tres años	Salario bruto de entre 2.100 y 2.670 euros en función de la antigüedad
Profesiones de cuidados	Auxiliar de cuidados	Acompaña a las personas mayores en las actividades de la vida cotidiana	Un año de formación	Salario bruto de entre 1.333 y 1.917 euros en función de la antigüedad
	Auxiliar de cuidados gerontológicos	Asiste en las actividades de la vida cotidiana a las personas mayores dependientes que requieren de cuidados específicos	Formación de 140 horas, adicional a la formación como auxiliar de cuidados	Salario bruto de entre 1.799 y 2.464 euros en función de la antigüedad
Profesionales de la rehabilitación y la reeducación	Dietista	Diseñar dietas bajo supervisión médica y velar por el equilibrio nutricional de las personas residentes	Mínimo de dos años de formación universitaria (post-selectividad)	Salario bruto de entre 1.627 y 2.747 euros en función de la antigüedad
	Ergoterapeuta	Contribuye al tratamiento de los problemas de naturaleza psíquica, somática o intelectual	Tres años de formación universitaria	Salario bruto de entre 1.500 y 2.300 euros en función de la antigüedad
	Psicomotricista	Abordar a la persona desde la mediación corporal y el movimiento. Su intervención va dirigida tanto a sujetos sanos como a quienes padecen cualquier tipo de trastornos y así sus áreas de intervención serán tanto a nivel educativo como reeducativo o terapéutico.	Tres años de formación universitaria	Salario bruto de entre 1.867 y 3.115 euros en función de la antigüedad
	Masajista-kinesiterapeuta	Cuidados de reeducación y readaptación corporal para prevenir la alteración de las capacidades funcionales		Salario bruto de entre 1.800 y 3.100 euros en función de la antigüedad
	Podólogo/a-pedicurista	Tratamiento de las afecciones de la piel y de las uñas de los pies	Tres años de formación universitaria	Salario bruto de entre 1.700 y 2.400 euros en función de la antigüedad

Fuente: elaboración propia

### 3.7.2. Comunidad Foral de Navarra

La atención a los cuidados de las personas dependientes ha sido tradicionalmente abordada en el marco de las relaciones familiares informales y desarrollada, fundamentalmente por las mujeres. Esta feminización y carácter informal de la provisión de cuidados se mantiene presente en el sector de la atención a las personas dependientes. Si bien se han dado pasos importantes en la profesionalización del sector y en la mejora de las condiciones laborales, todavía falta camino por recorrer.

En Navarra la atención a los cuidados de las personas dependientes se provee desde las propias familias, desde los servicios públicos y también desde las entidades de tercer sector o privadas. En relación a su profesionalización, destacan distintas figuras profesionales:

- Por un lado, la figura de las personas auxiliares de enfermería o trabajadoras familiares, que atienden, fundamentalmente, en el ámbito residencial y domiciliario, respectivamente. Generalmente son profesionales con un nivel de estudios medio en grados profesionales de atención a domicilio o auxiliar de enfermería.

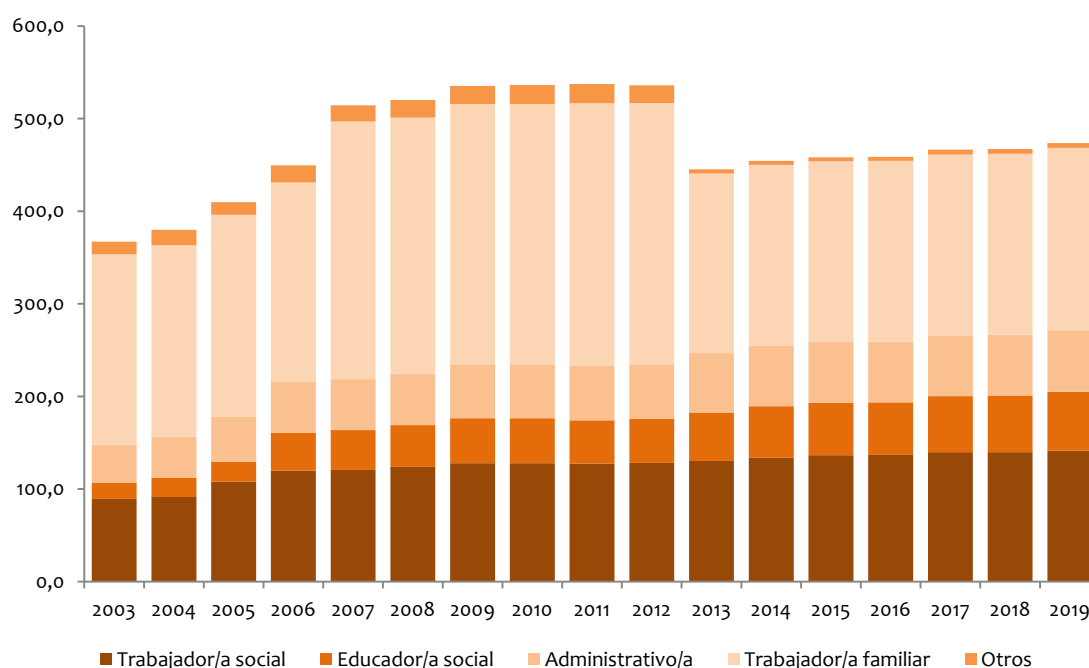
- Por otro lado, destacan también las figuras de Trabajo Social, Enfermería y otras profesiones sanitarias como medicina, gerontología, psicología, fisioterapia o terapia ocupacional. Todas estas profesiones requieren niveles de estudio superiores universitarios.

En el ámbito de público, las profesionales de auxiliar de domicilio o enfermería son parte del nivel D de la administración. En el caso de las profesiones como Trabajo Social, Enfermería, Fisioterapia o Terapia Ocupacional, generalmente están incorporadas al antiguo nivel B o actual nivel A.1. En el caso de las profesiones de Medicina o Psicología, son generalmente ubicadas en el nivel A o A.2.

En lo que se refiere a la dotación del personal de los Servicios Sociales en Navarra, cabe recurrir a dos fuentes principales de datos: por una parte, la información relativa al personal que trabaja en los Servicios Sociales de atención primaria de titularidad pública (municipal); por otra parte, la información relativa al conjunto del personal que trabaja en el ámbito de los Servicios Sociales, ya sean de titularidad pública o privada, a partir de los datos de afiliación a la Seguridad Social.

En cuanto a la primera de las perspectivas, el personal que trabaja en el sistema público de servicios sociales de atención primaria en Navarra y es financiado por el Gobierno de Navarra asciende en 2019 a 473,6 puestos de trabajo a dedicación plena equivalente (DPE). Como se observa en el gráfico, el volumen de personal de estos servicios fue creciendo entre 2003 y 2012, se redujo claramente en 2013 y desde entonces ha ido creciendo progresivamente, sin llegar en cualquier caso, de momento, a los niveles previos a la crisis.

**Gráfico 3. Evolución del personal ocupado a dedicación plena equivalente (DPE) financiado por el Gobierno de Navarra en los SSBB, por perfil profesional (2003-2019)**



Fuente: Observatorio de la Realidad Social de Navarra.

Si se analiza la ratio de las diferentes figuras profesionales en relación a la población residente, se observa que la dotación financiada por el Gobierno de Navarra equivale a un/a profesional del Trabajo Social por cada 4.623 habitantes, un/a profesional de la educación social por cada 10.311 habitantes y un/a trabajador/a familiar por cada 3.310 habitantes. La ratio de personal administrativo es de un/a profesional del área por cada 9.950 habitantes. La ratio total asciende a 1,2 trabajadores/as a DPE por cada 1.000 habitantes o, en otros términos, 1.375 habitantes por cada profesional a DPE.

En cualquier caso, los datos anteriores recogen únicamente los puestos de trabajo a DPE financiados por el Gobierno de Navarra. A ellos habría que sumar, para 2019, otros 125 puestos de trabajo financiados por las propias entidades locales, lo que supone una plantilla total de 598 personas a DPE, equivalente a un trabajador/a por cada 193 habitantes.

La tabla siguiente recoge, para cada una de las áreas de Servicios Sociales, el personal total y la ratio de personal por cada 1.000 habitantes, así como, de forma más específica, el personal total y la ratio de atención correspondientes al programa de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, desde el que se desarrolla fundamentalmente la atención a las personas con dependencia.

De acuerdo a los datos del Observatorio de la Realidad Social, el número de profesionales a DPE que trabajan en el programa promoción de la autonomía y atención a la dependencia asciende a 325 en el conjunto de Navarra, que suponen algo más de 50% de todo el personal de los Servicios Sociales de Base. La ratio es de 2.011 habitantes por cada profesional a DPE, con diferencias territoriales muy marcadas, ya que la ratio oscila entre los 2.519 habitantes por profesional en Pamplona y Comarca y los 817 en la zona pirenaica del noreste.

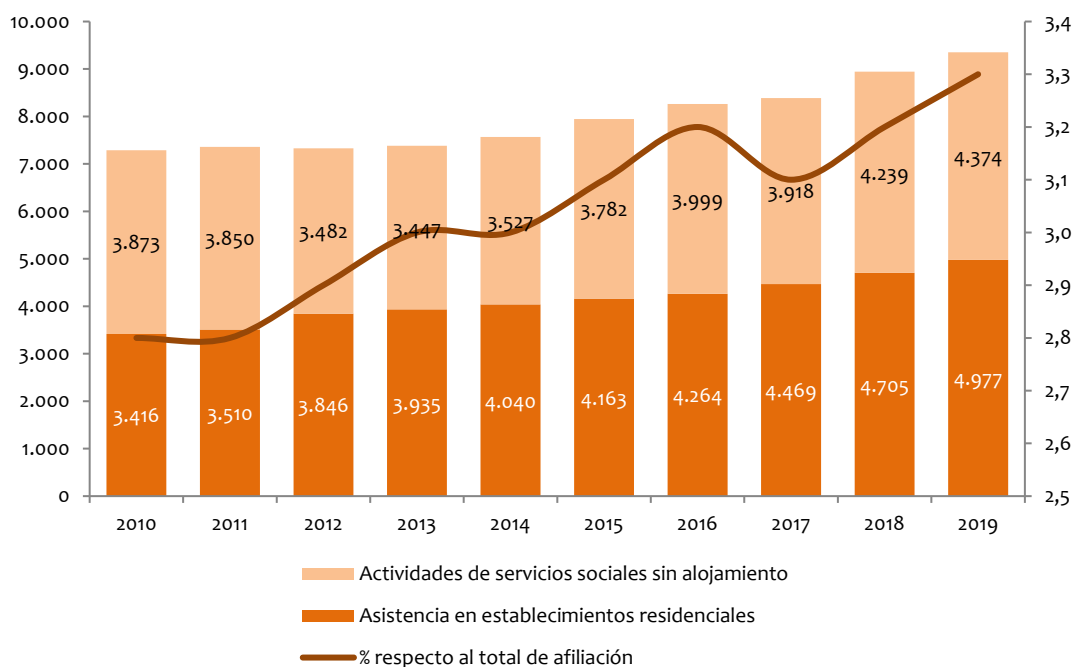
**Tabla 14. Personal total y ratios de personal de los Servicios Sociales de Base y del Programa promoción de la autonomía y atención a la dependencia por áreas de Servicios Sociales en Navarra (2019)**

	Personal total		Personal Programa promoción de la autonomía y atención a la dependencia	
	Puestos a DPE	Habitantes x profesional	Puestos a DPE	Habitantes x profesional
Estella	86,87	811	52,62	1.339
Noreste	33,14	584	21,84	887
Noroeste	57,36	877	34,41	1.462
Pamplona y Comarca	291,42	1.277	147,75	2.519
Tafalla	43,97	1.018	22,47	1.993
Tudela	85,73	1.133	46,23	2.101
Navarra	598,48	1.093	325,30	2.011

Fuentes: Elaboración propia a partir de ORSN.

Una segunda fuente de datos en relación al personal que trabaja en los Servicios Sociales en Navarra se refiere a los datos de afiliación a la Seguridad Social, si bien en este caso se tienen en cuenta las personas que trabajan con otros colectivos, como las personas en situación de exclusión social, menores en situación de desprotección, enfermedad mental, etc. Más concretamente, se tienen en cuenta las personas afiliadas a la Seguridad Social en las ramas de actividad 87 y 88 de la CNAE-2009.

**Gráfico 4. Evolución de la afiliación anual en el ámbito de los Servicios Sociales en Navarra (2010-2019)**



Fuente: Elaboración propia a partir de ORSN

De acuerdo a los datos del gráfico, entre 2010 y 2019 la afiliación en el sector de los servicios sociales ha crecido en más de dos mil personas, pasando de 7.289 a 9.351, lo que supone pasar del 2,8% de la afiliación a la Seguridad Social al 3,3%. El peso del personal que trabaja en centros residenciales ha crecido más que el de los servicios sociales sin alojamiento, pasando del 46% al 53% del total.

Sin embargo, un análisis en profundidad de esos datos alertaba de una alta temporalidad en el sector, ya que del total de empleos el 65,5% eran indefinidos y el 34,5% de carácter temporal. Así mismo, estas ramas laborales se constata que están profundamente feminizadas, ya que las mujeres eran el 73,8% de las personas asalariadas frente al 27,4% de los hombres. Por último, también los datos constataban que el empleo indefinido estaba más presente en los hombres, mientras que en la contratación temporal se ceba especialmente con las mujeres. A modo de ejemplo, se comprobaba cómo la presencia de hombres en los contratos indefinidos es más de 15 puntos superior que en los casos de contratación temporal, ya que su peso en este caso es del 17,2% frente al 32,7% cuando se trata de empleos con contratos indefinidos.

Al hablar del personal que trabaja en el ámbito de los Servicios Sociales, cabe hacer también alusión al ámbito de los cuidados informales a domicilio mediante los datos sobre afiliaciones en los regímenes especiales de empleo de hogar o cuidados no profesionales. Por un lado, a fecha de 30 de septiembre de 2020, en el régimen general del sistema de empleados de hogar había en situación de alta en Navarra 6.811 personas, de las cuales 214 son hombres y 6.597 mujeres<sup>21</sup>. De este total, casi el 50% de los hombres son extranjeros (104), así como, un tercio de las mujeres (2.464). Por otro lado, a fecha de 31 de octubre de 2020, según la información disponible en el Instituto Nacional de la Seguridad Social de España, 1.349 personas constan como cuidadoras registradas en el convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia, de las cuales 160 son hombres y 1.189 mujeres.

Como en la CAV, y a diferencia de lo que ocurre en Ipar Euskal Herria, la normativa navarra establece una serie de dotaciones mínimas de personal en algunos servicios para personas dependientes, como

<sup>21</sup> Si bien no todas ellas atienden a personas con dependencia, cabe pensar que un número importante de ellas sí lo hace.

los centros residenciales, que pueden ser reforzados por el Gobierno foral a la hora de la concertación de las plazas. Concretamente, el nuevo Decreto Foral 92/2020, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la comunidad Foral de Navarra, que entró en vigor el pasado 18 de marzo, establece una ratio mínimo de 0,29 trabajadores/as de atención directa por residente en los centros para personas mayores dependientes (un 0,048 de personal técnico) y de 0,35 en los centros psicogerítricos (0,12 de personal técnico).

### 3.7.3. Comunidad Autónoma Vasca

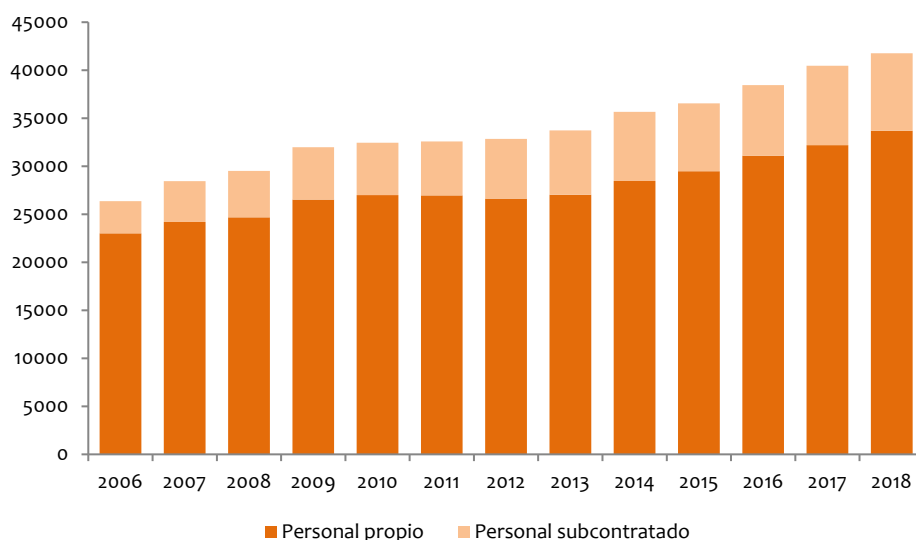
Los datos sobre el personal de los Servicios Sociales de atención a la dependencia en la CAV son difíciles de obtener, fundamentalmente debido a que la mayor parte de las fuentes disponibles recogen el personal que trabaja en el conjunto de los Servicios Sociales, y no el personal que trabaja de forma específica en los servicios de atención a las personas mayores o con dependencia. Más allá de la cuantificación del número de profesionales, es por otra parte difícil encontrar datos sobre el perfil de las personas trabajadoras, sobre su formación y cualificación o sobre sus condiciones laborales.

Con esas limitaciones, se recogen en este epígrafe los siguientes datos:

- Información sobre el conjunto del personal que trabaja en el ámbito de los Servicios Sociales, a partir de la Estadística de Servicios Sociales del Órgano Estadístico Específico del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.
- Información más específica sobre el personal que trabaja en los Servicios Sociales de Base y en los centros residenciales para personas mayores, a partir también de la Estadística de Servicios Sociales del Gobierno Vasco.
- Información sobre el conjunto del personal que trabaja en el ámbito de los Servicios Sociales, a partir de los datos sobre afiliación a la Seguridad Social.

De acuerdo a los datos de la Encuesta de Servicios Sociales del Gobierno Vasco, el número total de personas ocupadas en el ámbito de los Servicios Sociales asciende en 2018 en la CAV a 41.762 personas, con un incremento constante del número de personas ocupadas en el sector (que se ha multiplicado por 1,5 entre 2006 y 2018).

**Gráfico 5. Evolución del personal ocupado en el ámbito de los Servicios Sociales en la CAV (2006-2018)**

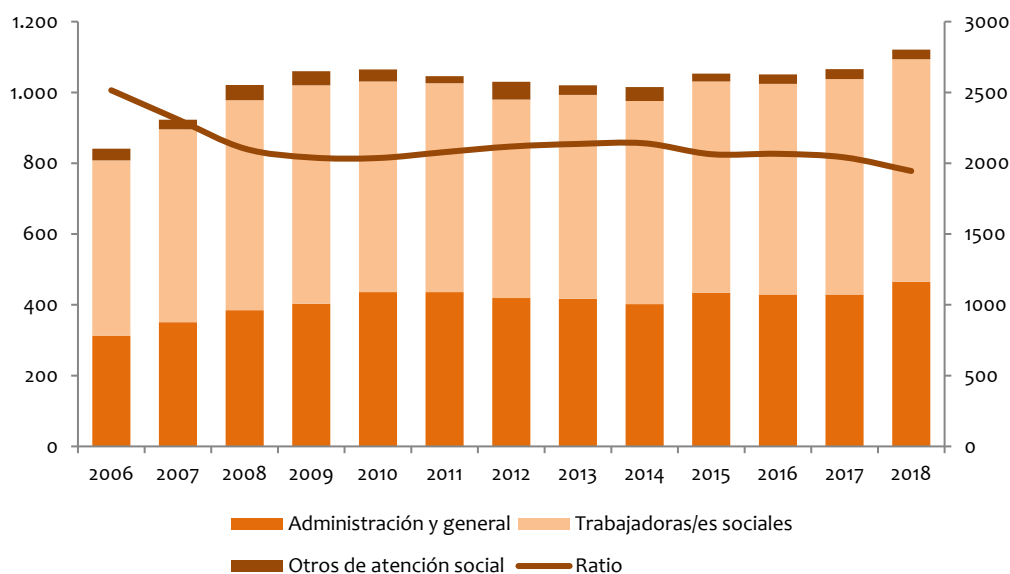


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESS



En lo que se refiere al personal propio<sup>22</sup> de los Servicios Sociales de Base (SSBB), los datos de la Encuesta de Servicios Sociales ponen de manifiesto que el número de profesionales de estos servicios es de 1.121 personas a dedicación plena equivalente, de los que 629 son trabajadores/as sociales. El número de habitantes por cada uno de estos profesionales es de 1.945 y se ha mantenido relativamente estable durante los últimos años. A título orientativo, el número de habitantes por cada trabajador/a social asciende en la CAV a 3.466, frente a una ratio cercana a los 4.000 habitantes por profesional en Navarra para este mismo perfil profesional.

**Gráfico 6. Evolución del personal propio a DPE en los Servicios Sociales de Base en la CAV (2006-2018)**

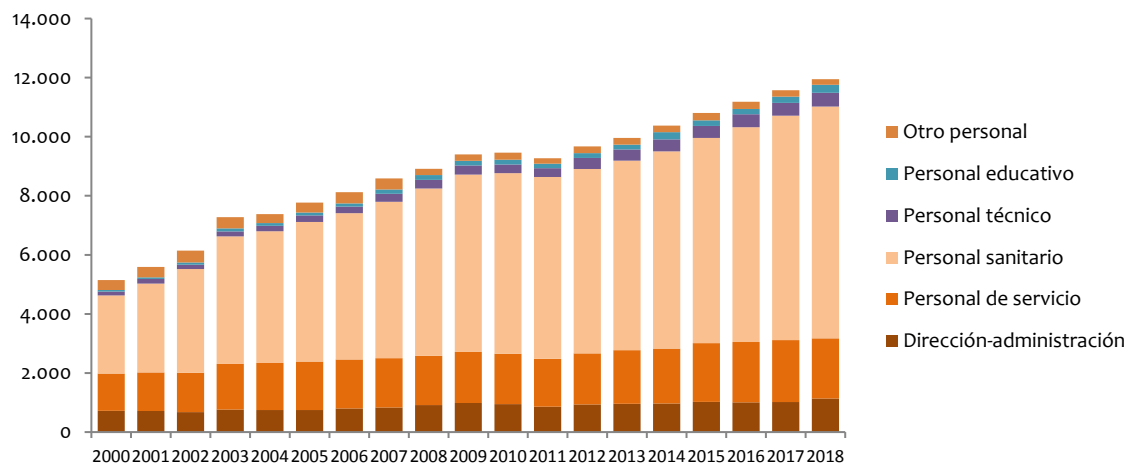


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESS

La encuesta de Servicios Sociales del Gobierno Vasco también ofrece información detallada sobre el personal que trabaja en las residencias y en los centros de día de personas mayores de la CAV. De acuerdo a los datos de esa encuesta, el personal que trabaja en estos centros se acerca a las doce mil personas, más del doble que en el año 2000. De todo este personal, dos tercios se clasifican como personal sanitario y corresponden, fundamentalmente, a los y las profesionales de atención directa de las residencias. Esta estadística no tiene en cualquier caso en cuenta el personal que trabaja en los servicios de atención domiciliaria.

<sup>22</sup> No se tiene en cuenta en estos datos al personal subcontratado de los SSBB.

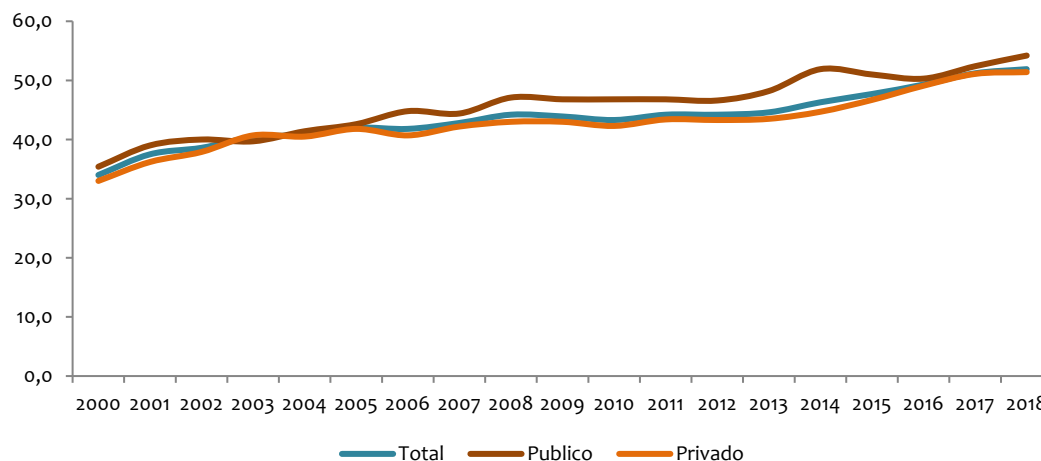
**Gráfico 7. Evolución del personal ocupado en los Servicios Sociales para personas mayores en la CAV (2006-2018)**



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESS

Si la atención se centra más concretamente en las residencias para personas mayores, se observa no sólo que a lo largo de los últimos 20 años ha crecido el personal ocupado, sino que también lo ha hecho el número de personas contratadas para los trabajos de atención directa a dedicación plena equivalente por cada 100 plazas o, en otras palabras, la ratio de atención. Como se observa en el gráfico, la ratio ha pasado de 34 profesionales a DPE por cada 100 plazas en el año 2000 a 52 en el año 2018, con una evolución similar en los centros públicos y privados.

**Gráfico 8. Evolución de la ratio de personal de atención directa en las residencias para personas mayores en la CAV (2006-2018)**



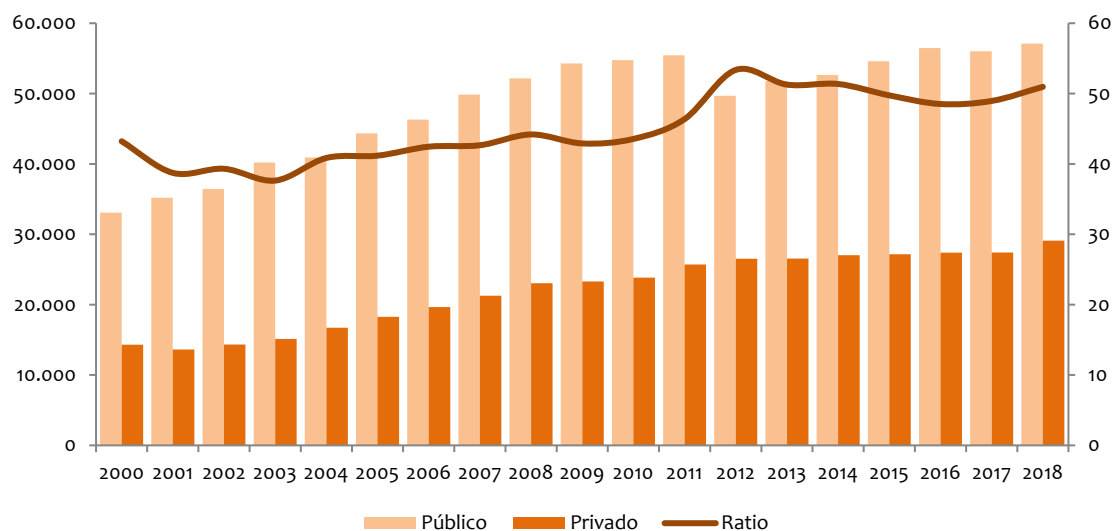
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESS

Como se ha señalado, la información que ofrece la encuesta de Servicios Sociales sobre las condiciones laborales en el ámbito de los Servicios Sociales para personas mayores es limitada. En todo caso, en lo que se refiere a la retribución del personal de los centros residenciales<sup>23</sup>, los datos de la Encuesta ponen de manifiesto que la retribución media por personal a DPE en los centros públicos supera por poco los 57.000 euros, mientras que en el caso de los centros privados no alcanza los 30.000. Desde 2000, la retribución media en los centros privados se ha multiplicado –en términos de euros corrientes– por

<sup>23</sup> La retribución media comprende toda remuneración en efectivo y en especie a pagar por el personal empleador como contrapartida al trabajo realizado durante el periodo contable. Más concretamente, la remuneración incluye sueldos y salarios, en efectivo y en especie, y las cotizaciones sociales a cargo del personal empleador.

dos, mientras que en los centros públicos lo ha hecho por 1,7, de forma que la retribución media en los centros privados ha pasado del 43% de la retribución media en los centros públicos en 2000 al 50% en 2018. Esta diferencia puede deberse tanto a unas retribuciones hora más bajas como a diferencias en la jornada de trabajo o a una composición diferente del personal ocupado en cada red en lo que se refiere a su categoría profesional.

**Gráfico 9. Evolución de la retribución media por personal a DPE en las residencias para personas mayores en la CAV por titularidad (2000-2018)**

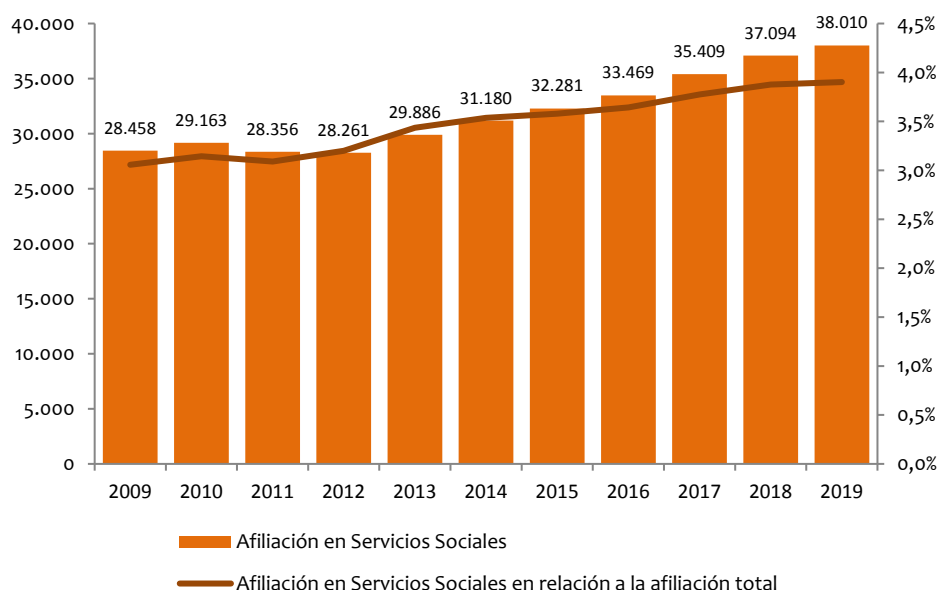


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESS.

Finalmente, los datos de afiliación a la Seguridad Social señalan que el número de personas ocupadas en el ámbito de los Servicios Sociales en la CAV supera las 38.000 personas en 2019, que suponen el 3,9% de la afiliación total, frente al 3,1% (28.500 personas) en 2006<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Como en el caso de la CAPV y de Navarra, en este caso también se tiene en cuenta al conjunto del personal que trabaja en los servicios sociales, incluyendo a quienes lo hacen en el ámbito de la infancia, la discapacidad o la exclusión.

**Gráfico 10. Evolución del personal afiliado a la Seguridad Social en las ramas de actividad correspondientes a los Servicios Sociales en la CAV (2006-2019)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INSS

A estos profesionales cabría añadir, como se ha indicado en el caso de Navarra, una parte indeterminada de las que trabajan en el ámbito de la atención doméstica y a las personas cuidadoras familiares afiliadas a la Seguridad Social en el marco del SAAD. En lo que se refiere a las primeras, cabría estimar que trabajan en el ámbito del trabajo doméstico en torno a 30.000 personas en Euskadi, mientras que el número de cuidadores/as familiares con convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia en la Seguridad Social asciende a 7.666 en noviembre de 2020.

Como en el caso de Navarra, y a diferencia de lo que ocurre en Ipar Euskal Herria, la normativa vasca también establece una serie de dotaciones mínimas de personal en algunos servicios para personas dependientes, como los centros residenciales, que pueden ser reforzados por cada Diputación foral a la hora de la concertación de las plazas. En el caso de la CAV, el Decreto actualmente en vigor establece una ratio de 0,235 trabajadores/as de atención directa<sup>25</sup> por cada residente con grados 0 y I y II y de 0,360 por cada residente con grados II y III.

### 3.7.4. Visión conjunta

Las posibilidades de ofrecer una visión conjunta del personal que trabaja en el ámbito de los Servicios Sociales de atención a la dependencia en los tres territorios en este informe analizados son limitadas, debido a la disparidad de los datos existentes en cada territorio y a la dificultad de identificar, dentro del ámbito genérico de los Servicios Sociales, los efectivos que trabajan de forma específica en el ámbito de la dependencia.

Sí es posible comparar en cualquier caso, aunque recurriendo a fuentes diferentes, el personal que trabaja en el ámbito de los servicios sociales en cada territorio, utilizando los códigos 87 y 88 de la clasificación europea para actividades económico-productivas (NACE). En el caso de la CAV y de la Comunidad Foral navarra, los datos se derivan de la afiliación a la Seguridad Social en 2019, mientras que en el caso de Pirineos Atlánticos se derivan del Censo de Población de 2017.

<sup>25</sup> Este personal incluye el apoyo a las actividades de la vida diaria, atención médica y de enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, fisioterapia y atención psicológica, pedagógica o psicopedagógica.

Como se observa en la tabla, si bien las diferencias entre la CAV y Navarra son relativamente pequeñas –el empleo en el ámbito de los Servicios Sociales en la CAV representa el 3,9% de la afiliación y en Navarra el 3,3%–, las diferencias entre Ipar Euskal Herria y los dos territorios pertenecientes al Estado español son muy notables, ya que las personas ocupadas en este sector representan el 9,2% de todas las personas ocupadas, con 37 trabajadores/as por cada mil habitantes, frente a 17 en la CAV y 14 en Navarra. Cabe señalar que la tasa de Pirineos Atlánticos es superior a la del conjunto de Francia, que asciende a 28 trabajadores por cada 1.000 habitantes, mientras que las de Navarra y la CAV son superiores a la del conjunto de España, que era en 2019 de 12 profesionales por cada mil habitantes.

**Tabla 15. Indicadores comparados sobre empleo en Servicios Sociales en la CAV, Navarra y Pirineos Atlánticos**

	CAV	Navarra	Pirineos Atlánticos
Personal ocupado en Servicios Sociales	38.010	9.351	25.337
Personal ocupado en Servicios Sociales respecto al total de la afiliación	3,9	3,3	9,2
Personal ocupado en Servicios Sociales por cada 1.000 habitantes	17,3	14,9	37,4

Fuentes: elaboración propia a partir de SIIS, ORSN, INSEE. Los datos de CAV y Navarra provienen del registro de afiliaciones a la Seguridad Social de 2019. Los datos de Pirineos Atlánticos provienen del Censo de 2017.

No es fácil explicar las razones de estas diferencias, teniendo en cuenta que las tasas globales de atención a las personas con dependencia son, como antes hemos dicho, similares en los tres territorios. En todo caso, podrían plantearse al menos tres hipótesis complementarias:

- Los datos recogidos hacen referencia al conjunto de los Servicios Sociales, y podría ser que el número de personas atendidas, y por tanto de personas ocupadas, en el ámbito de la infancia, la discapacidad o la exclusión sea superior en Pirineos Atlánticos en relación a Navarra y la CAV, lo que explicaría en parte estas diferencias.
- Las ratios de atención en las residencias o la intensidad del SAD podrían ser más elevadas en Pirineos Atlánticos en relación a Navarra y la CAV, lo que también explicaría en parte estas diferencias. Es decir, el modelo de Pirineos Atlánticos –o de Francia en general– podría emplear a más personal para atender al mismo número de usuarios/as. No disponemos de datos comparativos que permitan confirmar si esta hipótesis es o no cierta<sup>26</sup>.
- Cabe pensar, por último, que tras estas diferencias hay pautas diferentes en lo que se refiere al registro de los datos de empleo o afiliación a la Seguridad Social y, sobre todo, a la consideración de las actividades económicas relacionadas con los Servicios Sociales y de cuidado a las personas mayores. En ese sentido, es posible que la mayor parte de las personas que trabajan en el ámbito de la atención domiciliaria en el Departamento de Pirineos Atlánticos –en la medida en que lo hacen mediante empresas especializadas en este ámbito– estén registradas como profesionales de los servicios sociales, mientras que en la CAV y en Navarra una parte importante de las personas que prestan cuidados muy similares, al hacerlo de forma independiente e incluso sin contrato, figuren en las estadísticas como profesionales del servicio doméstico.

<sup>26</sup> En todo caso, los datos de la CAPV indican que en las residencias para personas mayores trabajan 51 profesionales a DPE por cada 100 personas usuarias. En el conjunto de las residencias EHPAD de Francia, en 2015, la ratio era de 62 personas a DPE por cada 100 plazas.

## 3.8. Extensión del cuidado informal y prestaciones para las personas cuidadoras

### 3.8.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

Como se ha señalado anteriormente, no existe en el Estado francés una prestación similar a la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) que existe en la CAV y en Navarra. De hecho, no existe un estatuto claro de persona cuidadora y el papel del cuidador/a informal puede ser borroso, dependiendo del tipo de vínculo que exista con la persona atendida. Con todo, desde la aprobación de la Ley de Adaptación al Envejecimiento de 2015 se han ido adoptando diversas medidas que permiten facilitar las responsabilidades de cuidados en el ámbito familiar.

Así, por una parte, es posible utilizar la APA a domicilio como fórmula para la contratación de un familiar que cumpla las funciones del servicio de ayuda a domicilio. Este familiar no puede ser sin embargo el cónyuge o pareja de hecho de la persona cuidada y debe existir una relación laboral contractual convencional entre la persona familiar cuidadora y la persona cuidada.

Existe además la posibilidad de acceder a diversos permisos remunerados para las personas cuidadoras informales:

- El permiso para el cuidado informal (*congé de proche aidant*) permite a cualquier persona ocupada suspender o reducir su actividad profesional para acompañar a una persona a la que asiste de forma regular y frecuente en calidad de no empleado para llevar a cabo todos o parte de los actos o actividades de la vida diaria. El permiso solo puede ser utilizado por personas cuidadoras de personas con situaciones severas de dependencia (GIR 1 a 3). Se trata, desde octubre de 2020, de un permiso remunerado mediante la prestación diaria de cuidador informal (*allocation journalière de proche aidant AJPA*) que asciende a 43,83 euros/día para una persona en pareja y 52,08 euros/día para una persona soltera. El permiso es gestionado y financiado por la Caja de Prestaciones Familiares (CAF) y puede disfrutarse por un período máximo de 3 meses renovables por un máximo de un año a lo largo de toda la carrera profesional. Además, el permiso puede ser dividido en periodos mínimos de un día y disfrutarse de forma parcial mediante una reducción de la jornada.
- El permiso de solidaridad familiar (*congé de solidarité familiale*) permite a cualquier empleado tomar tiempo libre del trabajo para ayudar a un familiar o una persona allegada que sufre una enfermedad que pone en peligro su vida (o que está en la fase terminal de una enfermedad grave e incurable). Se concede por un período máximo de 3 meses y puede ser renovado una vez. Se puede tomar de forma continua o a tiempo parcial. Se trata de un permiso remunerado mediante la denominada *Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie* (AJAP), que tiene una cuantía de 56 euros por día.
- Para hacer efectivo su derecho al respiro, las personas cuidadoras pueden recibir además una prestación máxima de 506 euros anuales para la contratación de servicios adicionales de respiro (centro de día, acompañamiento a domicilio, estancias de respiro). La Ley de adaptación al envejecimiento también prevé el establecimiento de un mecanismo de emergencia en caso de hospitalización del cuidador, a fin de prestar atención temporal a la persona que recibe ayuda por encima de las cantidades y los límites máximos de los planes de asistencia vinculados a la APA. El importe máximo del aumento es de 996,74 euros.

En lo que se refiere a la disponibilidad de cuidados informales, según los datos extraídos del proyecto Bertan<sup>27</sup>, en territorios más rurales como los del País Vasco interior –Bidache, Hasparren, Amikuze, Soule, Garazi Baigorri e Iholdi Ostibarre–, se ha producido una disminución del número de cuidadores

<sup>27</sup> Analyse des forces-faiblesses/ Menaces – Opportunités- Projet POCTEFA Bertan- Communauté d'Agglomération Pays Basque- CIAS Pays Basque – Bertan. Septembre 2020

informales. Incluso si la persona cuidadora es el cónyuge, los (posibles) cuidadores suelen tener más de 60 años y no siempre tienen lazos familiares con las personas mayores que viven cerca.

La ratio de personas cuidadoras en relación a las personas cuidadas se relaciona con la ratio de personas de 55 a 64 años en relación a las personas de más de 85 años, que representan cuantitativamente a la mayor parte de las personas cuidadas. Las personas cuidadoras, ya sean familiares, vecinos/as o amigos/as de la persona que recibe la ayuda, se encuentran en su mayoría en el grupo de edad de 55 a 64 años. Se les suele llamar la generación "pivote" porque cuidan de sus padres ancianos pero también de sus hijos y nietos.

En 2016, para el País Vasco Interior mencionado anteriormente, esta relación es de 3,4 cuidadores por cada persona a la que hay que ayudar (la media para el conjunto del Estado francés es de 3,9). Se estima que en 2031 esa ratio descenderá a 2,9. Cabe señalar las distinciones entre Zuberoa, que tiene la ratio de personas cuidadoras en relación a personas cuidadas más baja, así como las previsiones más bajas (2,7 en 2016 y 1,9 en 2031) y Hasparren, que tiene la proporción más alta (4,6 en 2016 y una estimación de 3,9 en 2031).

### 3.8.2. Comunidad Foral de Navarra

Además de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PCEF) y de los correspondientes convenios con la Seguridad Social para las personas cuidadoras, en el ámbito de los Servicios Sociales, el Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia que debe prestarse desde los Servicios Sociales de Base incluye la formación, orientación y apoyo a las personas cuidadoras, así como, en el marco del SAD, actuaciones de apoyo a la familia y/o personas cuidadoras, orientadas a apoyar y potenciar la labor de la familia y/o personas cuidadoras, en y para la realización de cuidados a la persona usuaria.

En el ámbito de la conciliación, la Comunidad Foral navarra cuenta además con unas ayudas económicas directas, de pago periódico, como medida complementaria para conciliar la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras cuando disfruten de una excedencia laboral para el cuidado directo, continuo y permanente de familiares de primer grado, menores de edad y personas adultas, por enfermedad y/o accidente sobrevenido. No se trata en cualquier caso de una prestación para el cuidado de las personas con dependencia, sino de aquellas personas que requieran la necesidad de su cuidado directo, continuo y permanente por enfermedad y/o accidente sobrevenido.

### 3.8.3. Comunidad Autónoma Vasca

Desde el punto de vista de los servicios y prestaciones de apoyo a las personas cuidadoras informales, además de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar<sup>28</sup>, cabe distinguir por una parte los servicios que se prestan en el marco de los Servicios Sociales y, por otra, las prestaciones relacionadas con la conciliación familiar.

En el ámbito de los Servicios Sociales, la Cartera de Servicios Sociales establece la existencia de un Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras, de competencia municipal. Este servicio ofrece a las y los cuidadores que forman parte de la red sociofamiliar de apoyo de personas en riesgo o situación de dependencia, la posibilidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades de cuidado y auto-cuidado. Sus objetivos son:

- Favorecer una mejora de la calidad de los cuidados ofrecidos por las personas cuidadoras.

---

<sup>28</sup> En lo que se refiere a esta prestación, debe recordarse que además de la propia cuantía económica de la prestación, se incluye tanto en Euskadi como en Navarra la suscripción de un convenio especial con la Seguridad Social en virtud del cual las cotizaciones sociales de estos convenios corren a cargo de la Administración General del Estado y no generan coste alguno al cuidador no profesional. La principal ventaja para los cuidadores no profesionales, mayoritariamente mujeres, es que de esta forma los años dedicados al cuidado de la persona dependiente se integran en su vida laboral y contribuyen a generar derecho a prestaciones como la de jubilación o la de incapacidad permanente.



- Favorecer una mejora en la calidad de vida de las y los cuidadores principales.
- Favorecer la corresponsabilidad de otras y otros cuidadores.
- Favorecer la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades de cuidado y auto-cuidado.

Los servicios de apoyo directo a personas cuidadoras se articulan en la práctica y en buena medida a través de los programas “Sendian” en Gipuzkoa, “Zainduz” en Bizkaia y “Cuidarse para cuidar/Zainduz” en Araba. Estos programas buscan un desarrollo homogéneo en cada Territorio Histórico de una serie de actuaciones y prestaciones dirigidas directamente a las familias cuidadoras de personas en situación de dependencia que residen en su domicilio, a fin de facilitar un cuidado efectivo y cercano, y posibilitar que quienes lo desean continúen viviendo en su hogar, mejorando su calidad de vida y disminuyendo la necesidad de institucionalización de estas personas.

- En Araba, el programa Cuidarse para cuidar/Zainduz Araba presta atención a las personas cuidadoras (generalmente familiares) y a las personas a quienes cuidan a fin de mantener a las personas mayores en situación de dependencia en su entorno mediante tres servicios: grupos de ayuda mutua, apoyo psicológico-familiar en domicilio, asesoramiento en adaptaciones en el entorno y entrenamiento para las actividades de la vida diaria en el domicilio y formación a personas familiares cuidadoras.
- En Bizkaia, el programa Zainduz de atención a la dependencia en el medio familiar ofrece apoyo a las personas cuidadoras de personas mayores a fin de facilitarles un cuidado afectivo y cercano y mantenerles en su hogar, mejorando su calidad de vida y la de sus personas cuidadoras. Impulsado por la Diputación Foral de Bizkaia, en colaboración con ayuntamientos y mancomunidades, incluye acciones, prestaciones y servicios de prevención de la dependencia, acciones de promoción de la autonomía personal, acciones de información sensibilización social, actuaciones de voluntariado e iniciativas innovadoras, servicios de formación e información, servicios de apoyo psicológico grupal y grupos de apoyo mutuo dirigidos a personas cuidadoras.
- En Gipuzkoa, el programa Sendian agrupa un amplio conjunto de apoyos a las familias que atienden en su domicilio a personas mayores en situación de dependencia, a fin de prevenir desajustes familiares, proporcionar una convivencia normalizada y prestar la atención adecuada a las personas mayores en situación de dependencia. Estos recursos incluyen cursos de formación para personas cuidadoras, grupos de ayuda mutua, grupos de apoyo psicológico y atención residencial temporal de corta duración y atención diurna durante los fines de semana y festivos. Este programa está impulsado por la Diputación Foral de Gipuzkoa y se desarrolla en colaboración con los ayuntamientos del Territorio.

Estos programas son impulsados por las tres Diputaciones Forales, en coordinación con los Ayuntamientos a quienes corresponde conforme a la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, la provisión del Servicio de apoyo a personas cuidadoras, como uno de los cuatro servicios de atención primaria propios de un Servicio Social de Base.

Además de estos programas, el Gobierno Vasco gestiona unas Ayudas económicas a la conciliación de la vida laboral y familiar para el cuidado de familiares en situación de dependencia o extrema gravedad sanitaria. Las ayudas tienen por objeto favorecer la conciliación de la vida familiar y laboral, promoviendo, en última instancia, la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres, tanto en el acceso y permanencia en el empleo como en sus posibilidades de dedicación al cuidado de familiares en situación de dependencia o extrema gravedad sanitaria. Y, en concreto, compensar, al menos parcialmente, la pérdida de ingresos originada por una excedencia laboral o una reducción de jornada de trabajo para el cuidado de dichas personas. Las ayudas cubren dos situaciones:

- Las excedencia para atender al cuidado de familiares en situación de dependencia, que tengan reconocida una dependencia severa (Grado II) o gran dependencia (Grado III), o extrema gravedad sanitaria. La cuantía oscila entre los 3.000 y los 4.550 euros anuales en función del nivel de renta y la composición familiar. El periodo máximo de percepción es de 365 días en el caso de las situaciones de dependencia y de 90 en el caso de extrema gravedad sanitaria.
- La reducción de la jornada de trabajo en, al menos, un tercio de la misma, para atender a familiares en situación de dependencia, independientemente del grado de dependencia que tengan reconocido, o extrema gravedad sanitaria. La cuantía oscila entre los 1.819 y los 3.640 euros anuales, en función del nivel de renta, la composición familiar y el porcentaje de reducción de la jornada.

En lo que se refiere a la cuantificación y la caracterización del cuidado informal en la CAV, cabe señalar que el cuidado prestado por familiares sigue siendo la principal fuente de cuidados para las personas en situación de dependencia en Euskadi. De acuerdo a las fuentes estadísticas disponibles, se estima que en Euskadi hay entre 60.000 y 82.000 personas familiares cuidadoras, que representan entre el 3,3% y el 3,8% de la población. Más concretamente:

- Según la Encuesta de Necesidades Sociales 2018, 60.414 personas (el 3,3% de la población de 15 o más años) asumen responsabilidades especiales de atención o cuidado a otras personas del hogar, por razón de enfermedad, discapacidad o ancianidad.
- Según la Encuesta de Salud de 2018, en Euskadi son, aproximadamente 82.192 personas (3,8% de la población) las que prestan cuidados para realizar actividades de la vida cotidiana a familiares con quienes conviven, por razón de deficiencia o salud.

Desde el punto de vista evolutivo, los datos ponen de manifiesto que la prevalencia de personas cuidadoras familiares en Euskadi viene descendiendo de forma gradual desde 2010. Según la Encuesta de Necesidades Sociales 2018, el porcentaje de personas de 15 o más años que declaran asumir responsabilidades especiales de atención o cuidado a personas del hogar por razones de enfermedad, discapacidad o ancianidad ha descendido desde el 5,3% de la población en 2010 (97.227 personas) al 4% (73.230) en 2014 y al 3,3% (60.414) en 2018. La Encuesta de Salud apunta en el mismo sentido al constatar que el porcentaje de personas que cuidan en el hogar a personas que necesitan apoyo para realizar alguna actividad de la vida cotidiana ha descendido del 4,5% (98.553 personas) en 2013 al 3,8% (82.192) en 2018.

En lo que se refiere a la caracterización de las personas cuidadoras familiares, los datos indican que la prevalencia del cuidado (porcentaje sobre el total de la población) es mayor en las mujeres, la franja de 55 a 64 años, las personas de nacionalidad española y las residentes en hogares con mayor inestabilidad laboral y una posición socioeconómica y educativa más desaventajada. El perfil mayoritario (porcentaje sobre el total de personas cuidadoras) es el de una mujer mayor de 45, de nacionalidad española, en un hogar sin privaciones y que cuida de una persona en situación de dependencia al menos moderada.

La feminización del cuidado se concreta en una mayor prevalencia del cuidado en las mujeres, en una mayor dedicación por su parte, y, respecto al cuidado de las personas en situación de dependencia, en que las mujeres asumen en mayor medida apoyos de tipo rutinario (asear, ayudar a vestir...) y los hombres lúdicos (pasear, acompañar a la o el médico). Al mismo tiempo, cabe señalar la existencia de una discriminación de las mujeres como receptoras de cuidados. Así, según la Encuesta de Salud, sólo el 49% de las mujeres de 75 o más años, por el 66,1% de los hombres, recibe ayuda de un/a familiar con el que convive, siendo también más acusados en las mujeres los procesos de institucionalización.

Por otra parte, los estudios realizados en la CAV ponen de manifiesto que la sobrecarga de trabajo y el conflicto de rol social asumido tienen efectos negativos sobre la salud de las personas cuidadoras en comparación con quienes no asumen tareas de cuidado, en lo referente a la salud auto-percibida, la salud mental, el apoyo social y los hábitos de vida. Según la Encuesta de Salud 2013:

- Las cuidadoras de 45 a 84 años que convivían con su familiar consideraban, en mayor medida que las no cuidadoras de esa edad, que su salud no era buena. Los cuidadores tenían un 52% más probabilidades de declarar salud regular o mala que los no cuidadores.
- Casi un tercio de las personas cuidadoras en el hogar presentaban síntomas de depresión y/o ansiedad (una cuarta parte de las mujeres que cuidaban fuera del hogar). La probabilidad de presentarlos era un 48% superior entre cuidadoras que no cuidadoras. Los cuidadores de 45 a 84 años doblaban la probabilidad de los que no cuidaban.
- La probabilidad de que los cuidadores tuvieran “apoyo social bajo” (red de personas dispuestas a apoyar en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física o vulnerabilidad personal o social) era dos veces superior a la de los no cuidadores. En las cuidadoras, los resultados no eran significativos.
- Las cuidadoras principales tenían mayor probabilidad (30%) de llevar una vida sedentaria que las no cuidadoras y las cuidadoras mayor probabilidad de fumar que las no cuidadoras.

Por otro lado, el cuidado puede reducir la vida social y laboral de quien cuida de forma significativa. Así, de acuerdo a la Encuesta de Necesidades Sociales 2018:

- El 68,2% de las personas cuidadoras declara haber tenido que renunciar completamente (24,4%) o tener menos tiempo (43,8%) para su vida social. El 22,6% haber tenido que renunciar a la participación educativa o laboral y el 57,6% tensiones en su vida familiar ligadas al cuidado.
- La proporción de quienes declaran que el apoyo prestado implica tensiones importantes en su vida familiar es del 18,5%.
- El 14% declaran haber tenido que renunciar a su trabajo y el 8,4% trabajar menos.

Finalmente, en lo que se refiere a la evolución futura del cuidado familiar, cabe señalar que diversos factores sociales, demográficos y culturales, relacionados entre sí, comprometen la capacidad real de las familias para cuidar de sus familiares en situación de dependencia. Entre ellos se encuentran la incorporación de las mujeres al mercado laboral, el aumento de la importancia de las aspiraciones y elecciones individuales y una mayor movilidad geográfica de las generaciones jóvenes y mayores, tras la jubilación, asociadas, principalmente, al mercado de trabajo y la globalización. Otros factores como el descenso de la fecundidad y el aumento de los hogares unipersonales, también en la población mayor de 65 y que implica una reducción progresiva del tamaño de las viviendas, comprometen el cuidado familiar, más viable en familia extensa y en hogares adecuados para la convivencia de varias personas.

En ese contexto, se observa además un aumento continuado de la población que presenta mayores necesidades de cuidado y un descenso de la que tradicionalmente ha asumido este tipo de cuidados familiares. Es decir, un aumento del número de personas de edad avanzada (de más de 80 y 85 años, que según las proyecciones de población va a continuar aumentando en los próximos años) respecto al de personas cuidadoras potenciales (de 50 a 64 años). Así, en los últimos veinte años, se observa un importante descenso en la ratio de personas entre 50 y 74 años y la población de 85 y más, pasando de contar con 17 potenciales cuidadores y cuidadoras en 1998 a 9 y, según las proyecciones, es probable que descienda a 7 en 2033.

En todo caso, este descenso de potenciales cuidadoras se limita al cuidado entre generaciones. El apoyo de coetáneos/as y la emergencia del cuidador masculino parecen ser dos fenómenos que van a cobrar un mayor protagonismo en los próximos años, y podrían contribuir a una menor reducción del apoyo informal. Las razones principales de esta tendencia son la combinación del aumento de la longevidad en general y, más en concreto, la de la población masculina, con la feminización de la discapacidad en edades más avanzadas.

### 3.8.4. Visión conjunta

La cuestión del apoyo a las personas cuidadoras familiares se plantea de forma relativamente distinta en los tres ámbitos administrativos analizados:

- El paquete de servicios y prestaciones más amplio parece ser el existente en la CAV, ya que incluye una prestación económica de muy amplio alcance –la Prestación Económica de Cuidados en el Ámbito Familiar, que incluye además las cotizaciones de las personas cuidadoras a la Seguridad Social–, una serie de programas de asesoramiento y apoyo a las personas cuidadoras establecido en la Cartera de Servicios Sociales y una serie de prestaciones económicas para la cobertura de las excedencias y las reducciones de jornada motivadas por las responsabilidades de cuidados. Si bien es cierto que la utilización de los programas de apoyo a las personas cuidadoras y de las prestaciones de conciliación es todavía bajo, puede decirse que la CAV cuenta con un marco amplio de apoyo a las personas cuidadoras. Cabe señalar además que las instituciones vascas están trabajando en la aplicación de una Estrategia sociosanitaria de apoyo a las familias cuidadoras.
- En el caso de Ipar Euskal Herria, las principales medidas de apoyo se refieren a los permisos –remunerados desde 2020– para el cuidado de personas mayores dependientes, gestionados desde las Cajas de Prestaciones Familiares.
- En el caso de Navarra, la apuesta por el apoyo a las personas cuidadoras se centra, fundamentalmente, en la Prestación Económica de Cuidados en el Ámbito Familiar.

Los tres territorios comparten, por otra parte, rasgos similares en lo que se refiere a la cuantificación y la caracterización de las personas cuidadoras, especialmente en lo que se refiere a la feminización del colectivo, al impacto sociosanitario de las responsabilidades del cuidado y a la progresiva reducción de la disponibilidad del cuidado informal, con una relación cada vez más pequeña entre las personas con necesidad de cuidados y las personas capaces de prestar cuidados informales.

## 3.9. Las entidades proveedoras de Servicios Sociales de atención a la dependencia

### 3.9.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

En el conjunto del Estado francés, los centros residenciales y las entidades prestadoras de servicios de atención a domicilio a las que se puede acceder a través de la *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) pueden ser de titularidad pública o privada y, en este último caso, pueden ser gestionados tanto por entidades sin fin de lucro como por empresas privadas mercantiles. En el caso de los centros de titularidad pública, pueden depender tanto de centros hospitalarios como de las entidades locales. En todos los casos, los centros deben estar habilitados para poder atender a personas receptoras de la APA y/o de las ayudas al alojamiento. Esta concertación se realiza mediante un acuerdo tripartito, en el que participan tanto la entidad gestora del centro como el Departamento y la Agencia Regional de Salud, denominado Contrato Plurianual de Objetivos y Medios<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Teóricamente al menos, las entidades que gestionan los EHPAD han de establecer desde 2016 un Contrato Plurianual de Objetivos y Medios (CPOM) con el Departamento y con la Agencia Regional de Salud correspondiente a la zona geográfica en la que se ubica(n) su(s) centro(s). Este contrato tiene una validez de cinco años y en él se acuerdan cuestiones tales como la financiación del centro y las tarifas a aplicar, las fórmulas de organización y gestión, la dotación de personal y los aspectos relativos al modelo de intervención, a partir de una evaluación externa previa de la calidad de la atención en el centro. El CPOM se plantea por tanto al mismo tiempo como herramienta de contratación para cada entidad prestadora de servicios, herramienta para la planificación de la red de atención en el territorio y herramienta para la determinación de los servicios a prestar y para la mejora de la calidad. El CPOM constituye también una herramienta básica para determinar la financiación de cada centro y para la habilitación con el Departamento, que permite a su vez que las personas usuarias puedan recibir las ayudas sociales departamentales para el pago de la tarifa por alojamiento.

Como antes se ha señalado, el principio de libre elección se traduce en la posibilidad que tienen las personas usuarias de acceder mediante la APA un centro o servicio que puede estar gestionado por una entidad pública o privada, siempre que exista una oferta suficiente de plazas en el territorio.

La tabla siguiente recoge el número de centros y de plazas en el Departamento de Pirineos Atlánticos, así como su distribución en función de su titularidad. De acuerdo a los datos recogidos en la tabla, el 8,8% de los centros y el 12% de las plazas corresponden a centros residenciales públicos dependientes de hospitales, mientras que el 13% de los centros y el 14% de las plazas corresponden a centros públicos dependientes de otras instituciones. El 54% de los centros y el 52% de las plazas corresponden a entidades privadas sin fin de lucro y el 24% de los centros y el 21% de las plazas a centros dependientes de empresas privadas con fin de lucro.

**Tabla 16. Número de centros y plazas en EHPAD por titularidad en Pirineos Atlánticos (2015)**

	Centros	% de centros	Plazas	% de plazas
Centros públicos dependientes de hospitales	10	8,8	891	12,0
Centros públicos no dependientes de hospitales	15	13,3	1.101	14,8
Centros privados sin fin de lucro	61	54,0	3.876	52,2
Centros privados con fin de lucro	27	23,9	1.557	21,0
Total	113	100,0	7.425	100,0

Fuentes: DREES. Encuesta EHPAD

Si además de los EHPAD se tienen en cuenta otros centros (centros de día, unidades de cuidados de larga duración, residencias autonomía, etc.), el peso de los centros públicos crece ligeramente: de los 139 centros existentes, 41 (29%) son públicos, 25 (17%) corresponden a entidades privadas comerciales y 73 (52%) a entidades sin fin de lucro.

Por otra parte, cabe señalar que los centros residenciales tienden a coordinarse entre sí para el establecimiento de estrategias de partenariado y coordinación, debido en parte a la debilidad de los canales de coordinación público-privada impulsadas desde las administraciones públicas.

### 3.9.2. Comunidad Foral de Navarra

Como en el resto del Estado español, los proveedores de los servicios sociales de atención a la dependencia pueden ser en Navarra tanto entidades públicas como entidades privadas, con y sin fin de lucro. En este punto, cabe destacar la reciente regulación que llevó a Navarra a aprobar el 16 de noviembre de 2017 la Ley Foral 13/2017, de conciertos sociales en los ámbitos de salud y servicios sociales. Esta normativa, como avanza su preámbulo, pretendía regular un régimen específico para posibilitar la gestión indirecta de servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios, a través de conciertos sociales y, por tanto, al margen de la regulación sobre contratación pública. De esta forma, la norma oferta un marco distinto a la colaboración con entidades sin fines lucrativos capacitadas para prestar los servicios sin incremento de costes respecto a otras formas de gestión mercantiles.

Cabe señalar que buena parte de los servicios residenciales de Navarra son promovidas por entidades privadas o mercantiles, si bien también son comunes otras formas de gestión mediante patronatos o fundaciones. Aun así, en el ámbito de la atención domiciliaria, la práctica totalidad del servicio es de titularidad pública, prestado directamente por los municipios o mancomunidades de servicios sociales. Igualmente, esta norma también actualiza la relación en torno al régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales de la Ley Foral 9/1990.

La fórmula empleada actualmente para la provisión de plazas residenciales y de atención diurna es la figura del acuerdo marco, a través de la cual todos los centros pueden ofertar plazas para la concertación pública, ocupando dichas plazas en función de la demanda. De esta forma se favorece la elección de la persona usuaria. Además, el acuerdo marco para plazas residenciales está construido de forma que premia con mayor módulo-plaza a aquellos centros con más ratios de profesionales y con mejores condiciones laborales para sus trabajadores, e introduce como exigencias del contrato la aplicación del modelo de atención centrada en la persona

De acuerdo a los datos que ofrece a este respecto el IMSERSO, el 40% de los centros residenciales en Navarra son de titularidad pública, mientras que el 55% de las plazas tienen algún tipo de financiación pública.

**Tabla 17. Número de centros y plazas en centros residenciales por titularidad en Navarra (2019)**

	Abs.	%
Total de centros	74	100,0
Centros públicos	29	39,2
Centros privados	45	60,8
Total de plazas	6.664	100,0
Plazas con financiación pública	3.632	54,5
Plazas con financiación privada	3.032	45,5

Fuente: IMSERSO

### 3.9.3. Comunidad Autónoma Vasca

Como en Navarra y en Ipar Euskal Herria, los proveedores de los servicios sociales de atención a la dependencia pueden ser en la CAV tanto entidades públicas como entidades privadas, con y sin fin de lucro. En ese sentido, la Ley vasca de Servicios Sociales prevé la posibilidad de que la gestión de los centros pueda encomendarse a entidades de cualquier titularidad, si bien la Ley establece que, a los efectos de establecimiento de conciertos, las administraciones públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a las entidades dedicadas a la prestación de servicios sociales que tengan carácter no lucrativo. La Ley de Servicios Sociales prevé además un régimen específico de concierto para la prestación de servicios sociales de responsabilidad pública, que está actualmente en fase de tramitación para su aprobación.

De acuerdo al último informe del IMSERSO sobre servicios sociales para personas mayores, el 25% de los centros residenciales son de titularidad pública en la CAV, si bien el 70% de las plazas cuentan con financiación pública, ya sea porque son de titularidad pública o porque se financian mediante un concierto o convenio con la administración<sup>30</sup>.

**Tabla 18. Número de centros y plazas en centros residenciales por titularidad en la CAV (2019)**

	Abs.	%
Total de centros	279	100,0
Centros públicos	72	25,8
Centros privados	207	74,2
Total de plazas	21.765	100,0
Plazas con financiación pública	15.316	70,4
Plazas con financiación privada	6.449	29,6

Fuente: IMSERSO

<sup>30</sup> El borrador del informe de Evaluación del Plan Estratégico de Servicios Sociales del OISS señala que las plazas residenciales para personas mayores se reparten en Euskadi casi a partes iguales entre privadas (31,8%), concertadas (31,8%) y públicas (36,3%).



### 3.9.4. Visión conjunta

Los datos recogidos, y las diferencias que existen en el sistema de financiación, no permiten comparar fácilmente la situación en cada uno de los territorios en lo que se refiere a la titularidad de los centros residenciales.

En todo caso, cabe señalar que el 40% de los centros navarros, el 25% de los centros de la CAV y el 22% de los centros de Pirineos Atlánticos son de titularidad pública. Además, el 100% de las plazas de Pirineos Atlánticos cuentan con financiación pública –en la medida en que se financian parcialmente mediante la APA y la aportación del Seguro de Salud–, frente al 54% en Navarra y el 70% en la CAV.

## 3.10. El tratamiento fiscal de la dependencia

### 3.10.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

El sistema fiscal francés prevé, en el ámbito del impuesto sobre la renta así como de otros impuestos locales, diversos beneficios fiscales para las personas en situación de dependencia, que se aplican en el conjunto del Estado francés y también, en consecuencia, en Ipar Euskal Herria. Estos beneficios se suman a otros, que no se detallan en este apartado, dedicados al conjunto de las personas mayores, al margen de si son o no dependientes.

Los principales beneficios fiscales para las personas mayores dependientes son los siguientes:

- Las personas usuarias de servicio de ayuda a domicilio pueden beneficiarse de una deducción fiscal de hasta el 50% del coste del servicio, una vez restado el importe de la APA. Se trata además de un crédito fiscal reembolsable, similar a las deducciones anticipadas que existen en Navarra, de forma que si la deducción es superior a la deuda tributaria, la diferencia se abona como una prestación neta. En todo caso, los gastos deducibles no pueden superar los 15.000 euros, por lo que la deducción no puede superar los 7.500 euros anuales.
- Las personas residentes en un EHPAD pueden beneficiarse de una deducción de hasta el 25% de las sumas abonadas en concepto de alojamiento y manutención y de atención a la dependencia, con un máximo de 10.000 euros, lo que supone una deducción máxima de 2.500 euros anuales.
- Las personas que adquieren productos de apoyo y/o que realizan obras de adaptación relacionadas con la accesibilidad para las personas con dependencia pueden beneficiarse de una deducción reembolsable que permite recuperar parte del gasto.

### 3.10.2. Comunidad Foral de Navarra

Además de una deducción por discapacidad y/o por persona asistida, la normativa del IRPF en Navarra contempla una deducción por cuidado de familiares que consiste en la deducción de la Seguridad Social pagada a las personas que trabajan en el hogar al cuidado de descendientes, ascendientes, otros parientes y personas discapacitadas. Esta deducción permite deducir de la cuota íntegra el 100% de las cantidades satisfechas en el periodo impositivo por cotizaciones a la Seguridad Social, como consecuencia de contratos formalizados con personas que trabajan en el hogar familiar en el cuidado de las siguientes personas:

- Descendientes menores de 16 años, independientemente de sus rentas. A estos efectos los menores de dieciséis años vinculados al sujeto pasivo por razón de tutela, prohijamiento o



acogimiento en los términos establecidos en la legislación civil aplicable se asimilarán a los descendientes.

- Descendientes y ascendientes que den derecho a la deducción por mínimo familiar por ascendiente o por discapacitado/a.
- Personas que dan derecho a la deducción por persona asistida.
- Ascendientes por afinidad, hermanos/as y tíos/as que tengan edad igual o superior a 65 años, o discapacidad superior al 33%, siempre que convivan con el sujeto pasivo y no tengas rentas superiores al IPREM, aunque no se practique deducción por ellos.
- El propio sujeto pasivo, cuando su edad sea igual o superior a 65 años o cuando acredite un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

Además, desde el año 2016, se reconocen a las personas en situación de dependencia acreditada las mismas desgravaciones fiscales que las personas con una discapacidad igual o superior al 65%. Concretamente, esto implica una mayor deducción por mínimo personal a aplicar en su declaración, el incremento del 100% en la deducción por trabajo, la deducción por obras necesarias por esta circunstancia en la vivienda habitual, una deducción por cuidado del propio sujeto pasivo y la aplicación de una menor retención. Para quien conviva y mantenga a la persona con dependencia esta medida también ampliará la deducción por mínimo familiar en caso de convivencia con dependiente, ascendiente o descendiente, que no tenga rentas superiores al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), tendrá una deducción por cuidado de descendientes o ascendientes con esa calificación, contará con un mayor límite a efectos de aplicar la tarifa separada en caso de anualidades por alimentos y podrá contar con reducciones por aportaciones a planes de pensiones a favor de la persona dependiente.

### **3.10.3. Comunidad Autónoma Vasca**

Además de la deducción genérica que se aplica a todas las personas mayores de 65 años, las personas con dependencia o discapacidad pueden beneficiarse en los Territorios Históricos de la CAV de una deducción en función del grado de minusvalía o dependencia y de la necesidad de ayuda de tercera persona.

- En el caso del Territorio Histórico de Gipuzkoa, la deducción oscila entre los 867 y los 2.040 euros anuales en función del grado de discapacidad, dependencia y/o necesidad de ayuda de tercera persona. Para beneficiarse de esta deducción la persona discapacitada o dependiente tiene que ser el propio contribuyente, o un descendiente, ascendiente, cónyuge o pareja de hecho.
- En el caso de Álava y de Bizkaia las cuantías oscilan entre los 803 y los 1.717 euros, en función del grado de discapacidad o dependencia.

### **3.10.4. Visión conjunta**

Los tres territorios analizados contemplan las situaciones de dependencia en la normativa sobre el impuesto sobre la renta, si bien en ocasiones los beneficios fiscales disponibles se refieren fundamentalmente a las situaciones de discapacidad. Las principales diferencias en el diseño de estos beneficios fiscales son los siguientes:

- Tanto el sistema fiscal navarro como el que se aplica en Ipar Euskal Herria permiten deducirse una parte de los gastos derivados del cuidado a las personas dependientes. En el caso de Ipar Euskal Herria las deducciones se refieren tanto al pago de los servicios a domicilio como a los

servicios de acogimiento residencial. Por el contrario, el sistema aplicado en la CAV se refiere a todas las personas con dependencia o discapacidad, independientemente de si utilizan o no servicios de cuidado, lo que, cabe pensar, estimula el cuidado informal por parte de las familias.

- La mayor parte de las deducciones contempladas son de carácter no reembolsable, es decir, no pueden beneficiarse de ellas (o no al menos plenamente) las personas que no realizan la declaración de la renta o aquellas cuya cuota tributaria es inferior a la deducción. El IRPF francés contempla sin embargo deducciones reembolsables en el caso de la adquisición de ayudas técnicas y el pago de servicios de ayuda a domicilio. En el caso navarro las deducciones tienen también carácter reembolsable, cuando la deducción es superior a la cuota, siempre que se realice la declaración de renta.

### 3.11. Gasto y financiación de los Servicios Sociales de atención a la dependencia

#### 3.11.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

##### a) Sistema de financiación

Los servicios sociales de atención a la dependencia son financiados en todo el Estado francés, fundamentalmente, por los Departamentos, por el Seguro de Salud y por las personas usuarias, a través del copago.

Como se ha explicado previamente, el acceso a los servicios de atención a la dependencia se realiza en todo el Estado francés a través de la *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) en el caso de las personas mayores y de la *Prestation de Compensation du Handicap* (PCH) en el caso de las personas con discapacidad menores de 60 años (o mayores de esa edad, siempre que hayan accedido previamente a la prestación). Ambas son financiadas por los Departamentos, que reciben a su vez fondos de la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie* (CNSA). Una parte de los fondos de esa caja provienen de una cotización específica establecida en 2004 para la financiación de los gastos ligados a la dependencia, mediante la cual las empresas, así como las personas jubiladas, abonan una cotización del 0,3% de los salarios abonados o de las pensiones percibidas. Esta cotización se introdujo en 2004, a cambio de la eliminación de un día festivo del calendario laboral, y representa una recaudación de unos 3.000 millones de euros.

En el caso de los centros residenciales, la APA financia únicamente el gasto derivado de los cuidados a la dependencia, ya que el resto de los gastos asociados a la atención residencial (alojamiento, manutención, cuidados sanitarios, etc.) se financian mediante otras fuentes, en el marco de un sistema de triple tarificación y financiación tripartita. En ese sistema, el coste relativo al funcionamiento de los centros se divide en tres categorías diferentes, con fuentes de financiación y formas de determinación de las tarifas también diferentes:

- La *tarifa dependencia* cubre el coste de la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y de los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria. Se establece en función del grado de dependencia de las personas usuarias y en el marco de una negociación entre el Departamento y cada centro residencial. En el caso del Departamento de Pirineos Atlánticos, la tarifa para el grado más reducido de dependencia se sitúa en torno a los 6 euros/día (180 euros/mes), la tarifa para los grados 3 y 4 en torno a los 13 euros día o 375 euros mes y la tarifa para el grado más elevado de dependencia en torno a los 22 euros día (650 euros mes). Cada centro aplica tarifas diferentes, a partir de una negociación con el Departamento y tomando en consideración las características y servicios del centro, aunque las variaciones entre los centros son en general pequeñas.

Esta tarifa se financia en gran medida mediante la APA, si bien la APA no cubre esa tarifa en su integridad. Como antes se ha señalado, el montante de la APA se calcula en función del grado de dependencia y de la renta de la persona usuaria (ver al respecto el apartado 3.4.1).

- La *tarifa alojamiento* cubre los costes hoteleros y de manutención, así como otros costes relacionados con la limpieza y la lavandería, las actividades recreativas y de animación, la administración general del centro, etc. Esta tarifa es íntegramente abonada por la persona usuaria, salvo que carezca de recursos económicos suficientes, en cuyo caso se accede a las prestaciones de asistencia social correspondiente. A diferencia de lo que ocurre en el caso de la tarifa de dependencia, la tarifa de alojamiento se fija libremente por los propios centros, salvo en el caso de que el centro esté habilitado para que los usuarios puedan percibir una prestación económica específica para el pago de esta tarifa (*Aide sociale à l'hébergement ASH*)<sup>31</sup>. En el caso de los Pirineos Atlánticos, la tarifa por alojamiento ronda los 50 euros/día en habitación individual y los 45 en habitación doble, aunque el precio puede variar en función del establecimiento y de si se trata de la tarifa aplicable a los beneficiarios de las prestaciones por alojamiento. El importe de esta tarifa ronda, por término medio, los 1.500 euros mensuales, que como antes se ha señalado son en principio financiados por la persona usuaria.
- La *tarifa sanitaria* cubre los costes derivados de la atención sanitaria y es financiada por el Seguro de Salud. Esta tarifa puede ser global o parcial y puede o no incluir la presencia de una farmacia propia para el centro. Si se opta por la tarifa parcial, el Seguro de Salud cubre gastos tales como la amortización del material médico, la prestación de servicios médicos, la remuneración de personal de enfermería que asiste al centro de forma itinerante y la intervención del personal médico que interviene en el centro. La tarifa global incluye además la remuneración por la intervención del personal médico y farmacéutico especializado, auxiliares que trabajan de forma autónoma en el centro, etc. La opción con farmacia propia incluye el suministro de determinados medicamentos

En resumen, la persona usuaria abona de media en torno a 1.500 euros en concepto de alojamiento y manutención y una parte –dependiendo de la renta y del nivel de dependencia– de la tarifa de dependencia, mientras que la administración abona el coste de los servicios sanitarios, una parte de los costes de atención a la dependencia y una parte de los costes de alojamiento y manutención.

En el caso de la atención a domicilio, el conjunto de la financiación corre a cargo del Consejo Departamental, que en cualquier caso recibe parte de su financiación de la Caja Nacional de Solidaridad (CNSA). También es importante señalar que la cuantía que se abona a las personas dependientes en concepto de APA a domicilio no difiere significativamente de la APA en establecimiento, ya que el resto de los componentes de la atención residencial se financian por otros medios. Por último, no debe olvidarse que los ayuntamientos –y, en el caso de Ipar Euskal Herria, la Mancomunidad de la Aglomeración del País Vasco– también financian una parte de los gastos derivados de la atención a las personas dependientes.

En lo que se refiere a la cuantía de la APA, la cantidad percibida en concepto de APA a domicilio se modula también en función del grado de dependencia y de los recursos económicos de la persona, de modo que la aportación de la persona usuaria oscila entre el 0% del coste del paquete de cuidados asignado –en el caso de contar con ingresos inferiores a 803 euros mensuales– y el 90% –para personas con una renta mensual superior a 2.995 euros– del coste total de ese paquete. Las personas con ingresos entre 803 y 2.995 abonan una parte que oscila entre el 0% y el 90% del coste del paquete de servicios. Por otra parte, como se ha señalado previamente, la cuantía máxima de la APA tiene unos límites determinados, en función del grado de dependencia, que oscilan entre los 674 euros mensuales en el caso de las personas con un grado menos severo de dependencia (GIR 4) y los 1.742 para las personas con dependencia más severa (GIR 1).

---

<sup>31</sup> Esta prestación se concede a las personas mayores que carecen de recursos propios suficientes para el pago de la tarifa de alojamiento y cubre la diferencia entre los ingresos de la persona y el coste de la tarifa

## b) Gasto y costes unitarios

Desde el punto de vista de los niveles de gasto, como se observa en la tabla siguiente, el Departamento de Pirineos Atlánticos destinó en 2018 un total de 83 millones de euros a las prestaciones para personas mayores dependientes (sumando la APA en establecimiento y a domicilio, y la ayuda para el alojamiento), lo que supone 524 por cada persona mayor de 65 años residente en el territorio. El gasto en APA a domicilio asciende a 41 millones de euros y el gasto en servicios residenciales a 39, de los que 28 millones corresponden a la APA –es decir, a los cuidados por dependencia– y 10,3 a la prestación asistencial para el pago de los costes de alojamiento.

**Tabla 19. Gasto en servicios para personas mayores dependientes en Pirineos Atlánticos (2018)**

	Miles de euros	Euros por persona mayor de 65
Gasto neto en ayudas a personas mayores	83.180	524,5
Gasto bruto en APA	70.338	443,5
Gasto bruto en Ayuda Domiciliaria	41.766	263,4
Gasto bruto en servicios residenciales	39.320	247,9
Gasto en ayuda social al alojamiento	10.359	65,3
Gasto bruto en APA residencias	28.570	180,1

Fuente: DREES, enquête Aide sociale 2018.

Si el gasto bruto en la APA a domicilio se divide entre las personas que reciben esa prestación, el gasto por persona usuaria sería de unos cuatro mil euros anuales. En el caso de la APA residencial, el gasto por persona usuaria sería de unos 3.800 euros anuales.

En lo que se refiere a los niveles de copago y los costes unitarios que supone la atención residencial, un estudio de la Mutualité Française calcula que el coste medio de la tarifa por alojamiento y a atención a la dependencia para una persona con grado 1 asciende en los centros residenciales de Pirineos Atlánticos a 2.285 euros mensuales (aproximadamente, dos tercios de ese gasto se refieren al alojamiento y un tercio a la tarifa por dependencia). Una vez aplicada la APA y las ayudas al alojamiento, el copago medio ascendería a 1.818 euros, que representan el 80% de ese coste. Este coste no incluye sin embargo la tarifa sanitaria, que se estima de media en todo el Estado francés en unos 14.000 euros anuales (en torno a 1.200 euros mensuales), con lo que el porcentaje de copago sería cercano al 50%. El mismo estudio señala que la APA a domicilio financia en el Departamento de Pirineos Atlánticos 80 horas de atención mensual en el caso de las personas con niveles de dependencia más elevados.

En lo que se refiere a los costes unitarios del SAD, un estudio de FEDESAP señala que la tarifa que el Departamento abona a las entidades prestadoras del servicio ronda los 19 euros / hora en el Departamento de Pirineos Atlánticos. Las personas usuarias abonarían, en concepto de copago, en torno a dos euros adicionales por hora de atención (Observatoire Nationale du Domicille, 2018).

### 3.11.2. Comunidad Foral de Navarra

#### a) Sistema de financiación

Como en la CAV, y a diferencia de lo que ocurre en Ipar Euskal Herria, los servicios sociales para personas en situación de dependencia se financian en la Comunidad Foral Navarra mediante impuestos generales y no existe una cotización o impuesto finalista específicamente dedicado a la financiación de los gastos derivados de las situaciones de dependencia. Las principales vías de financiación de los servicios son los siguientes:

- El Gobierno de Navarra es responsable del gasto público destinado a los centros y servicios de atención secundaria, así como de las prestaciones económicas ligadas al Sistema de Autonomía y Atención de Dependencia (SAAD).

- Los ayuntamientos financian los servicios sociales de base y los programas adscritos a ellos. A diferencia de lo que ocurre en la CAV, el Gobierno foral financia una parte del gasto destinado a los servicios sociales municipales, a partir de lo establecido en el Decreto Foral 48/2020, de 15 de julio, por el que se regulan los programas básicos y el sistema de financiación de los servicios sociales de base. De acuerdo a este decreto, el Gobierno foral financia 18 de los 28 millones de presupuesto de los Servicios Sociales de Base navarros, en cuyo marco se prestan el Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. En ese marco, el Gobierno foral financia, entre otros, los costes de atención a personas con reconocimiento oficial de dependencia en los servicios de atención a domicilio municipales, así como una parte del personal necesario para el desarrollo del Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
- La administración central financia una parte de los gastos derivados de la atención a las personas en situación de dependencia, mediante dos mecanismos diferentes: un nivel de protección mínimo garantizado –mediante el cual la Administración General del Estado financia una cantidad por cada persona atendida, que varía en función del grado de dependencia de las personas atendidas– y un nivel acordado, que consiste en un fondo anual, constituido por el Estado para ser distribuido entre las comunidades autónomas según la necesidad relativa, y exige a cada comunidad que aporte una cantidad similar a la que recibirá en este nivel y en el anterior. Cabe señalarse que el nivel acordado de financiación establecido en la Ley de Dependencia se suprimió en el año 2012 y se ha recuperado en el año 2021.
- Las personas usuarias abonan parte de los servicios que reciben, en función de sus recursos económicos y del coste total del servicio.

En lo que se refiere a la financiación de las prestaciones contempladas en la Ley de Dependencia, el artículo 9 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia señala que contará con las aportaciones de las propias Comunidades Autónomas, la contribución de las personas beneficiarias y regula un nivel mínimo que será financiado por la Administración General del Estado. Este nivel mínimo se reguló mediante un Acuerdo entre CCAA y Estado, plasmado en el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre. En el decreto se recogieron nuevos criterios de asignación al nivel mínimo de protección a las CCAA. Para ello se sumaron algunas variables como el número de personas beneficiarias, grados y tipo de prestaciones reconocidas, apostando por ponderar positivamente aquellas prestaciones que atienden mediante servicios con respecto la prestación para cuidados en el entorno familias. Este cambio de criterio ha implicado un crecimiento de las aportaciones del estado al sistema de atención a la dependencia que ya solo al año siguiente del decreto se incrementó el 10% su aportación a la cuantía total y en 2018 un 50%. Esta cuantía es repartida por las CCAA en función del número de personas dependientes, su grado de dependencia y proporción de servicios que éstas prestan.

Según el informe del Observatorio de la Realidad Social de Navarra (2020), el coste del sistema de atención a la dependencia realizado en Navarra ha pasado entre 2015 y 2018 de 100 millones de euros a 128, mientras que el pago realizado por la administración del Estado ha pasado de 11,3 millones a 14,6. Igualmente, esta información señala que el coste del SAAD ha aumentado un 28% entre 2015 y 2019. El pago realizado por la administración central sólo ha aumentado en 3,3 millones de euros y el peso de su aportación se mantiene en el entorno del 11,5%.

**Tabla 20. Presupuesto para dependencia en Navarra y aportación del Estado (€) (2015-2019)**

	2015	2016	2017	2018	2019	Var. 2015/19
Coste Dependencia certificado al SAAD	100.233	105.352	1110.913	119.588	128.966.	28,7
Pago Mínimo Teórico (AGE)	11.561	12.166	14.109	14.881	14.909	29,0
Pago Mínimo Real	11.312	11.763	13.443	14.783	14.658	29,6
Ajuste reparto SAAD	-249,2	-403,5	-665,6	65,3	-53,1	-78,7
% AGE/Coste certificado al SAAD	11,3	11,2	12,1	12,4	11,6	2,3

Fuente: Observatorio de la Realidad Social de Navarra (2020). Datos en miles de euros.

Por otra parte, según el XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia (2020), más de la mitad de la financiación del sistema recae en las Comunidades autónomas. Según la estimación relativa del informe, en 2019, de cada 100 € de coste, la Administración General de Estado aportaba 15,6€, las personas usuarias y sus familias 20,7€ mediante las distintas fórmulas de copago y los 63,7€ restantes los aportaban las Comunidades Autónomas. Para Navarra, en la línea de lo señalado anteriormente, estas proporciones aún eran mayores. Según el XVIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia (2018), en 2017 de cada 100 euros que Navarra invierte en dependencia, 71,3 son propios, 14,1 son copago de la persona usuaria y 14,6€ son financiados por la Administración General del Estado.

En todo caso, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y las CCAA han alcanzado un acuerdo para la puesta en marcha del plan de choque en dependencia en 2021 mediante el cual se incrementa la cuantía que el Gobierno central abona a las CCAA en el nivel mínimo –que pasarán a ser de 60 euros mensuales en el caso de los dependientes con grado I, 94 euros mensuales en el caso de los dependientes de grado II y 235 en el caso de los dependientes de grado III– y se incrementan también las partidas del nivel acordado. El Ministerio estima que Navarra recibirá en torno a 4 millones de euros adicionales como consecuencia del incremento del nivel mínimo.

#### b) Gasto y costes unitarios

A diferencia de lo que ocurre en el Departamento de Pirineos Atlánticos y en la CAV, Navarra carece de un sistema estadístico específico que permita determinar el gasto y la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia. Se recogen por tanto tres aproximaciones diferentes, basadas en fuentes y metodologías diferentes, para la cuantificación de ese gasto:

- Según los presupuestos de Navarra para 2019, el presupuesto destinado a Autonomía personal y atención a la dependencia fue de 155 millones de euros, de los cuales 90 fueron destinados a la Gestión de servicios sociales garantizados en la Cartera de Servicios Sociales, 42 a transferencias corrientes a familias y particulares, 5,7 a transferencias corrientes a instituciones sin fines de lucro, 5,2 a transferencias a empresas privadas. Además, 128.485 € fueron transferidos a las entidades locales de Navarra y 10.134.993 € para el pago de personal propio o eventual del sistema público.
- La Cuenta de la Protección Social que publica el Instituto Navarro de Estadística, con datos para 2015, cifra en 102 millones el gasto destinado a prestaciones en especie para personas mayores o con discapacidad. De ese gasto, 37 millones se destinarían a servicios de ayuda en la realización de tareas cotidianas y 65 millones a prestaciones de alojamiento. A ello habría que sumar, al menos, el gasto en prestaciones económicas de atención a la dependencia que cabe cifrar, como se ha señalado en el apartado anterior, en unos 42 millones de euros.
- El último informe DEC de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales cifra en 370 millones el gasto destinado al conjunto de los Servicios Sociales en Navarra en 2018, lo que supone un gasto per cápita de 575 euros, uno de los más elevados de todo el Estado español, y en torno a 5 millones más por la recuperación del nivel acordado.

Por su parte, el último informe sobre servicios sociales para personas mayores del IMSERSO ofrece los siguientes datos en relación a los costes de los servicios sociales para personas mayores en Navarra:

- La cuota media del servicio de teleasistencia es de 56 euros anuales, que representa el 67,2% del precio del servicio, establecido en 83,5 euros anuales.
- La cuota media del servicio de asistencia domiciliaria es de 4,0 euros por hora, que representa el 26,7% del precio del servicio, establecido en 15,0 euros hora.
- El precio medio de concertación del servicio de centro de día es de 12.827 euros anuales y el precio público medio es de 3.786. La aportación media de las personas usuarias es de unos 3.700 euros, que supone en torno al 29% del precio de concertación.
- El precio medio de concertación del servicio de los centros residenciales es de 22.649 euros anuales y el precio público medio es de 14.000 euros. La aportación media de las personas usuarias es de unos once mil euros, que suponen en torno al 50% del precio de concertación.

**Tabla 21. Indicadores económicos relativos a los servicios sociales para personas mayores en Navarra (2019)**

Servicio	Concepto		Valor	
Teleasistencia	Precio (€/año/Usuario)		83,50 €	
	Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	56,15 €	
		% sobre el precio	67,2%	
SAD	Precio público hora/p. usuaria (euros)		15,08 €	
	Aportación promedio del usuario/a	€/hora/Usuario	4,03 €	
		% sobre el precio	26,7%	
	Intensidad Horaria (Horas/mes/ usuario)		10,00	
Precio público mensual (euros/usuario)		150,72 €		
Centro de Día	Precio público anual	Precio €/año/p. usuario		3.786,00 €
		Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	3.763,47 €
			% sobre el precio	99,4%
	Precio de concertación anual	Precio €/año/p. usuario		12.827,04 €
		Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	3.763,47 €
			% sobre el precio	29,3%
Residencias	Precio público anual	Precio €/año/p. usuario		14.001,82 €
		Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	11.343,59 €
			% sobre el precio	81,0%
	Precio de concertación anual	Precio €/año/p. usuario		22.649,09 €
		Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	11.343,59 €
			% sobre el precio	50,1%

Fuente: IMSERSO.



### 3.11.3. Comunidad Autónoma Vasca

#### a) Sistema de financiación

Como en Navarra, y a diferencia de lo que ocurre en Ipar Euskal Herria y en el conjunto del Estado francés, los servicios sociales para personas en situación de dependencia se financian en la CAV mediante impuestos generales y no existe una cotización o impuesto finalista específicamente dedicado a la financiación de los gastos derivados de las situaciones de dependencia. Las principales vías de financiación de los servicios son las siguientes:

- Las Diputaciones Forales son las responsables del gasto público destinado a los centros y servicios de atención secundaria (residencias y centros de día, principalmente), así como de las prestaciones económicas ligadas al Sistema de Autonomía y Atención de Dependencia (SAAD).
- Los ayuntamientos financian los servicios sociales de atención primaria de su competencia (atención domiciliaria, servicios de atención diurna, viviendas comunitarias, apartamentos tutelados, etc.)
- La administración central co-financia una parte de los gastos derivados de la atención a las personas en situación de dependencia, siguiendo los mismos mecanismos que se han explicado en el caso de Navarra.
- El Gobierno Vasco financia una parte de los gastos sanitarios que se realizan en los centros residenciales, con porcentajes de financiación en general reducidos y diferentes en cada Territorio, así como los servicios de atención directa que presta (básicamente, el servicio de teleasistencia).
- Las personas usuarias abonan parte de los servicios que reciben, en función de sus recursos económicos y del coste total del servicio. Si bien los servicios sociales pueden ser gratuitos o sujetos a copago, los principales servicios de atención a las personas mayores –centros residenciales, centros de día y asistencia domiciliaria– están sujetos a copago.

La Ley 12/2008 de Servicios Sociales establece que cada nivel competencial debe financiar los gastos relativos a los centros y servicios de los que es responsable. En ese sentido, a diferencia de lo que ocurre en Navarra, la administración autonómica no financia los Servicios Sociales municipales o forales, que se financian a cargo de la financiación general que ayuntamientos y diputaciones obtienen para el desarrollo del conjunto de sus competencias. Con todo, para facilitar la asunción de las responsabilidades económicas derivadas de las competencias establecidas en la Ley de Servicios Sociales de 2008, en 2015 se acordó la creación de un fondo interinstitucional de Servicios Sociales para la provisión de las prestaciones y servicios sociales, nuevos o escasamente desarrollados, del Decreto de Cartera, que realicen las entidades forales y municipales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. El fondo asciende en la actualidad a los 20 millones de euros, de los que 14 son aportados por el Gobierno Vasco y seis por las Diputaciones forales y los Ayuntamientos.

Por otra parte, la Ley 12/2008 de Servicios Sociales establece que si bien las prestaciones técnicas que no tengan la consideración de prestaciones propias del Sistema Vasco de Servicios Sociales serán provistas por el mismo cuando se presten en el marco de los servicios incluidos en el catálogo, su financiación corresponderá a los sistemas públicos de los que sean propias dichas prestaciones y, si así se previera en dichos sistemas, a la persona usuaria. Sin embargo, aunque la Ley prevé que las administraciones competentes deberán avanzar a tales efectos en la clarificación progresiva de sus responsabilidades de financiación de las prestaciones de las que son competentes, no puede decirse que se hayan dado pasos significativos en ese aspecto, de forma que los servicios sociales vascos vienen financiando servicios sanitarios o de alojamiento que corresponden a otros sistemas.

En lo que se refiere al copago de las personas usuarias, en breve se retomará el proceso de elaboración del Decreto autonómico que debe regular la participación económica de las personas usuarias. La Ley de Servicios Sociales establece en cualquier caso un marco básico, que establece los siguientes principios para determinar la participación de las personas usuarias en el pago del precio público:

- El nivel de recursos económicos de la persona usuaria debe tenerse en cuenta para la determinación del copago, sin que se tenga en cuenta a esos efectos el valor de la residencia habitual (siempre que no supere unos límites establecidos).
- La unidad convivencial sólo se tendrá en cuenta a efectos de cómputo de recursos económicos en los casos en los que los miembros de dicha unidad dependan económicamente de la persona beneficiaria directa del servicio y en los casos en los que la beneficiaria directa del servicio sea una persona menor de edad.
- Cuando las personas obligadas al pago de los servicios acrediten no disponer de un nivel de recursos económicos suficientes con los que abonar íntegramente el precio público o la tasa correspondiente, se beneficiarán de exenciones o bonificaciones, de forma que el acceso a los servicios quedará garantizado a todas las personas que reúnan los requisitos aplicables en cada caso, sin que en ningún caso puedan quedar excluidas por razones económicas
- En caso de no disponer de recursos económicos suficientes para hacer frente al pago de la totalidad del precio público o, en su caso, de la tasa, la diferencia entre la cuantía asumible por las personas obligadas al pago y el coste del servicio deberá ser cubierta por la administración pública competente para la provisión del servicio.
- Las personas usuarias tendrán siempre garantizada una cantidad mínima anual de libre disposición.
- En el caso de los servicios residenciales para personas mayores, cuando las personas usuarias del servicio carezcan de ingresos suficientes para el pago de los precios públicos o de las tasas correspondientes pero dispongan de un patrimonio que pudiera afectarse a dichos gastos, podrán acordarse entre la administración pública competente y la persona usuaria fórmulas alternativas de financiación

En aplicación de estas normas, así como de las normas sobre participación económica de las personas usuarias establecidas en el marco del sistema estatal de atención a la dependencia, las personas usuarias abonan un porcentaje del precio público máximo que se determina en función de su renta y de su patrimonio, y que puede llegar hasta el 90% del coste de concertación de la plaza. Las normas relativas al copago son sin embargo diferentes en cada Territorio Histórico.

Aunque el porcentaje de copago real es en la CAV bajo, como se señala a continuación, ello puede deberse a que las personas con rentas medias y altas evitan –al menos hasta que resulta inevitable– el acceso a los centros y servicios públicos, en la medida en que el copago que se les impone es excesivamente elevado y consume una parte importante de su renta y de su patrimonio. En el caso de las personas con rentas bajas, también el copago consume la mayor parte de la renta o el patrimonio de estas personas pero, al ser reducido, el copago resulta competitivo frente a los precios de mercado. En el caso de las personas con rentas medias y altas, por tanto, puede resultar económicamente más conveniente acceder a una prestación económica y contratar de forma privada servicios de cuidados.

Desde ese punto de vista, cabe pensar que un énfasis excesivo en la progresividad del sistema de copago contribuye a minar el principio de universalidad de los servicios sociales públicos, sin cuestionar necesariamente su carácter de derecho subjetivo<sup>32</sup>.

---

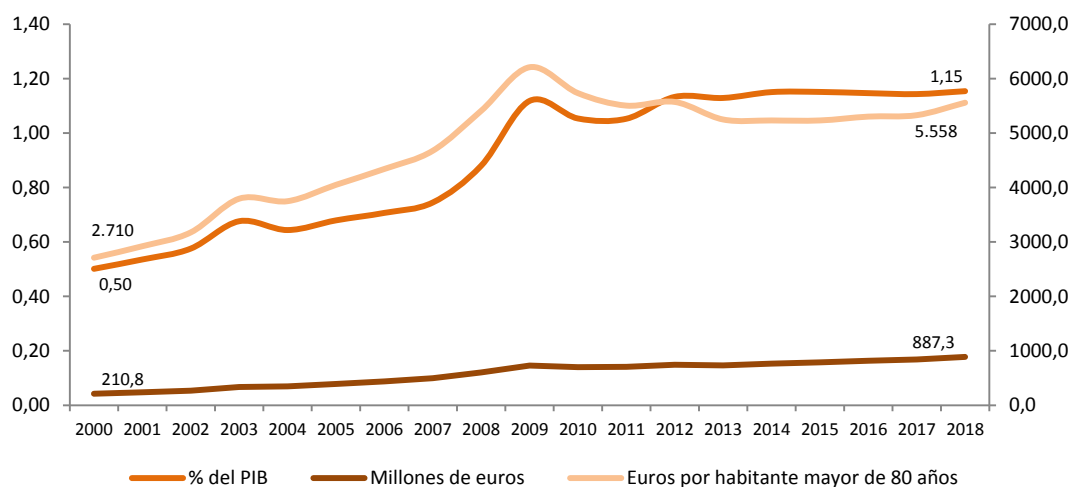
<sup>32</sup> En ese sentido, se ha dicho que, en la práctica, el copago actúa hoy como regulador de la demanda y erosiona, *de facto*, el derecho subjetivo a los servicios sociales (SIIS, 2020). Para reducir esos excesivos niveles de copago, se ha propuesto que, a la hora de fijar la capacidad económica de las personas usuarias, se tenga en cuenta en la menor medida posible la renta y, especialmente, el patrimonio de las personas usuarias de los servicios, o que se establezcan topes en su consideración, especialmente en el caso de los servicios domiciliarios. Aunque la no consideración del patrimonio podría resultar en cierta medida

## b) Gasto y costes unitarios

Los datos de la Encuesta de Servicios Sociales que elabora el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales señalan que el gasto público y privado destinado al conjunto de los Servicios Sociales para personas mayores ascendió en Euskadi en 2018 a 750 millones de euros, lo que supone cerca de 350 euros por habitante. En términos de PIB por habitante, el gasto en Servicios Sociales para personas mayores ha pasado del 0,5% del PIB en 2000 al 0,98% en 2018. A ese gasto, en todo caso, debería sumársele buena parte del coste de las prestaciones económicas abonadas en el ámbito de la dependencia, que la estadística clasifica en el ámbito de “conjunto de la población”, pero que en su mayor parte se relacionan con la atención a las personas mayores. Ese gasto asciende en 2018 a 137 millones de euros.

El gráfico siguiente recoge la evolución del gasto en vejez y en prestaciones económicas de dependencia en el conjunto de la CAV, teniendo en cuenta tres indicadores: el gasto total, el gasto por persona mayor de 80 años y el gasto total en relación al PIB. Como puede observarse, el gasto en relación al PIB ha pasado del 0,5 al 1,15% del PIB, mientras que el gasto en millones de euros ha pasado de 210 a 887, en euros corrientes, y el gasto por persona mayor de 80 años ha pasado de 2.710 euros a 5.558. Se observa también en el gráfico, en cualquier caso, que los principales incrementos se produjeron en la primera década del siglo, ralentizándose posteriormente el ritmo de crecimiento del gasto, especialmente cuando se tiene en cuenta el PIB y la población mayor de 80 años.

**Gráfico 11. Evolución del gasto público y privado en servicios sociales para personas mayores y prestaciones económicas para personas cuidadoras en Euskadi (2000-2018)**



Fuente: Encuesta de Servicios Sociales. Órgano Estadístico Específico del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales

Por su parte, el borrador del informe de evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales elaborado por el Gobierno Vasco, que tiene únicamente en cuenta los servicios y centros incluidos en la Cartera de Servicios Sociales, cuantifica en 610 millones el gasto público destinado a los servicios para las personas mayores y a las prestaciones económicas contempladas en la Ley de Dependencia, que pueden ser también percibidas por personas menores de 65 años. Esta cantidad representa el 58% de todo el gasto público destinado a los Servicios Sociales de la Cartera.

---

contraria al principio de progresividad, evitaría que las personas con patrimonios medios o altos renuncien a la utilización de los servicios sociales públicos debido al elevado copago establecido, especialmente si se tiene en cuenta la posibilidad de acceder a servicios alternativos en el mercado privado, que no tienen en cuenta la renta o el patrimonio de las personas usuarias y que se sitúan a menudo en el marco de la economía sumergida.

La tabla siguiente recoge, para toda la CAV y para cada Territorio Histórico, el gasto por habitante mayor de 65 años que se dedica a cada servicio y prestación, así como la distribución porcentual de ese gasto. Dejando de lado las diferencias territoriales, se observa claramente el mayor peso del gasto foral –mil euros por habitante mayor de 65 años, frente a los 200 que supone el gasto en atención primaria de competencia municipal– y la concentración del gasto en dos tipos de servicios o prestaciones: los centros residenciales –con un gasto cercano a los 600 euros por habitante– y la Prestación Económica de Asistencia Personal (PECEF), con 207 euros. Ambos concentran el 65% de todo el gasto en servicios para personas mayores y prestaciones económicas por dependencia.

**Tabla 22. Gasto en servicios para personas mayores dependientes en la Comunidad Autónoma Vasca, en euros por habitante mayor de 65 años (2018)**

		Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		CAV	
		€	%	€	%	€	%	€	%
Atención primaria municipal	Ayuda a domicilio	203	11,0	146	14,7	138	10,3	151	12,4
	Atención diurna	56	3,0	3	0,3	2	0,1	10	0,8
	Apart. tutelados y vivienda comunitaria	162	8,8	17	1,7	22	1,7	39	3,2
	<b>Total</b>	<b>421</b>	<b>22,7</b>	<b>165</b>	<b>16,7</b>	<b>162</b>	<b>12,1</b>	<b>200</b>	<b>16,4</b>
Atención secundaria foral	centro de día	167	9,0	64	6,5	127	9,6	99	8,1
	Centros residenciales	938	50,6	477	48,2	637	47,9	594	48,6
	PEAP	13	0,7	1	0,1	183	13,7	62	5,1
	PECEF	183	9,9	229	23,2	183	13,8	208	17,0
	Ayudas técnicas	5	0,3	4	0,4	9	0,6	5	0,4
	PEVS	113	6,1	33	3,3	15	1,1	38	3,1
	<b>Total</b>	<b>1.419</b>	<b>76,5</b>	<b>808</b>	<b>81,6</b>	<b>1.154</b>	<b>86,7</b>	<b>1.007</b>	<b>82,3</b>
GV	Teleasistencia	14	0,7	16	1,7	16	1,2	16	1,3
<b>Total</b>		<b>1.854</b>	<b>100,0</b>	<b>989</b>	<b>100,0</b>	<b>1.331</b>	<b>100,0</b>	<b>1.223</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Borrador de la Evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales

En lo que se refiere a la financiación de los servicios destinados a las personas mayores, la tabla siguiente recoge un resumen de las fuentes de financiación de los servicios residenciales en Euskadi. Como se observa en la tabla, las Diputaciones Forales aportan el 46% de la financiación, mientras que las personas usuarios o sus familias aportan el 48%.

**Tabla 23. Financiación del gasto en servicios residenciales para personas mayores en la Comunidad Autónoma Vasca por fuentes de financiación (2018)**

	Miles de euros	%
Financiación pública	322.893	51,6
Administración Central	68	0,0
Administración Autónoma	2.321	0,4
Administración Territorial	290.467	46,4
Administración Municipal	30.036	4,8
Financiación privada	303.151	48,4
Instituciones	1.097	0,2
Familias	302.009	48,2
Otras	46	0,0

Fuente: Encuesta de Servicios Sociales. Órgano Estadístico Específico del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales

Como se ha señalado en el caso de Navarra, cabe señalar por otro lado que el acuerdo alcanzado entre el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y las CCAA para la puesta en marcha del plan de choque en dependencia en 2021 mediante el cual se incrementa la cuantía que el Gobierno central abona a las CCAA en el nivel mínimo supondrá para la CAV una inyección adicional de fondos de unos 18 millones de euros, de forma que la aportación de la administración central pasara de 71 millones a 80.

Por otro lado, en lo que se refiere a los costes unitarios y los porcentajes de participación económica de las personas usuarias, la Encuesta de Servicios Sociales del Gobierno Vasco recoge los datos referentes a las residencias y a los centros de día. De acuerdo a los datos correspondientes a 2018, el gasto corriente por plaza asciende a 29.569 euros en las residencias y a 14.786 en los centros de día, con diferencias notables en función de la titularidad de los centros. El copago asciende por término medio al 48% del coste plaza en las residencias y al 25% en los centros de día. En el caso de las residencias públicas, el copago ronda los mil euros anuales, mientras que en el caso de los centros privados ronda los 1.400 euros.

**Tabla 24. Indicadores económicos relativos a los centros residenciales y los centros de día para personas mayores en la CAV (2018)**

	Residencias			Centros de día		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Gasto corriente/persona usuaria	32.227	39.463	28.000	17.485	18.349	15.252
Gasto corriente/plaza	29.569	36.794	25.455	14.786	16.065	11.854
Retribución media/personal EDP	35.319	57.105	29.100	41.127	54.764	35.027
Cuota media/persona usuaria	15.558	11.627	17.860	4.391	4.035	5.287
Cuota media/plaza	14.283	10.868	16.228	3.705	3.524	4.109
Cuota plaza / coste plaza	48,3	29,5	63,8	25,1	22,0	34,7

Fuente: Encuesta de Servicios Sociales. Órgano Estadístico Específico del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales

Finalmente, el último informe sobre servicios sociales para personas mayores del IMSERSO ofrece los siguientes datos en relación a los costes de los servicios sociales para personas mayores en Euskadi. De acuerdo a esos datos:

- La cuota media del servicio de teleasistencia es de 42,2 euros anuales, que representa el 28,1% del precio del servicio, establecido en 150,3 euros anuales.
- La cuota media del servicio de asistencia domiciliaria es de 4,1 euros por hora, que representa el 29,3% del precio del servicio, establecido en 14,2 euros hora.
- El precio medio de concertación del servicio de centro de día es de 18.878,35 euros anuales y el precio público medio es de 5.708,45. La aportación media de las personas usuarias es de unos cuatro mil euros –en la línea de lo señalado por la Encuesta de Servicios Sociales del Gobierno Vasco– que supone en torno al 22% del precio de concertación, asumiendo las Diputaciones Forales el gasto restante.
- El precio medio de concertación del servicio de los centros residenciales es de 32.771,03 euros anuales<sup>33</sup> y el precio público medio es de 26.318,01. La aportación media de las personas usuarias es de unos trece mil euros –en la línea de lo señalado por la Encuesta de Servicios Sociales

<sup>33</sup> Cabe señalar que se trata del precio de concertación más elevado de todas las CCAA, y que el coste de concertación de los centros de la CAPV es un 33% superior al de la media del Estado.

del Gobierno Vasco– que suponen en torno al 40% del precio de concertación, asumiendo las Diputaciones Forales el gasto restante.

**Tabla 25. Indicadores económicos relativos a los servicios sociales para personas mayores en la CAV (2019)**

Servicio	Concepto		Valor	
Teleasistencia	Precio (€/año/Usuario)		150,38 €	
	Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	42,22 €	
		% sobre el precio	28,1%	
SAD	Precio público hora/p. usuaria (euros)		14,22 €	
	Aportación promedio del usuario/a	€/hora/Usuario	4,17 €	
		% sobre el precio	29,3%	
	Intensidad Horaria (Horas/mes/ usuario)		22,56	
Precio público mensual (euros/usuario)		320,76 €		
Centro de Día	Precio público anual	Precio €/año/p. usuario		5.708,45 €
		Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	4.976,24 €
			% sobre el precio	87,2%
	Precio de concertación anual	Precio €/año/p. usuario		18.878,35 €
		Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	4.104,40 €
			% sobre el precio	21,7%
Residencias	Precio público anual	Precio €/año/p. usuario		26.318,01 €
		Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	13.109,65 €
			% sobre el precio	49,8%
	Precio de concertación anual	Precio €/año/p. usuario		32.771,03 €
		Aportación promedio del usuario/a	€/año/Usuario	13.210,76 €
			% sobre el precio	40,3%

Fuente: IMSERSO.

### 3.11.4. Visión conjunta

Más aún que en el caso de la oferta de servicios, los datos comparados sobre el gasto en servicios sociales para personas mayores o con dependencia en los tres ámbitos administrativos de Euskal Herria son difícilmente comparables, debido a la dificultad de delimitar de forma homogénea el ámbito de los Servicios Sociales y/o de los cuidados a las personas dependientes, a las diferentes estructuras competenciales en cada territorio y la escasez de datos desagregados sobre las principales prestaciones de Servicios Sociales. Por todo ello, como se ha señalado anteriormente, los resultados que se ofrecen en este apartado deben considerarse de forma meramente orientativa, ya que los datos recogidos para cada ámbito territorial no son plenamente comparables y sólo permiten ilustrar las diferencias y similitudes existentes.

Desde el punto de vista metodológico, los datos recogidos en la tabla se derivan de las siguientes fuentes y agregaciones de partidas:

- El gasto público en Servicios Sociales por habitante recoge el conjunto del gasto realizado en el ámbito de los Servicios Sociales en cada ámbito territorial.
  - o En el caso de la CAV se recoge el gasto público foral y municipal destinado a los servicios que conforman la Cartera de Servicios Sociales, de acuerdo a la Encuesta de Servicio Sociales del Gobierno Vasco para 2018.

- En el caso de Navarra, se ha utilizado la cifra que da para 2018 el informe DEC de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, si bien se ha descontado de esa cantidad el gasto en Renta Garantizada, dado que el gasto en rentas garantizadas no se contempla para la CAV ni los Pirineos Atlánticos.
  - En el caso de los Pirineos Atlánticos se ha recogido el total del gasto neto en acción social que realiza el Departamento en 2018, y que asciende a 365,6 millones de euros, a partir de los datos de la Encuesta de Acción Social de la DREES.
- En el caso del gasto público en Servicios Sociales para personas mayores se recoge fundamentalmente el gasto en servicios de atención directa que realiza cada administración.
  - En el caso de la CAV, se recoge el gasto en alojamiento y ayuda en la realización de tareas cotidianas para personas mayores, realizado desde los Servicios Sociales y recogido en la Cuenta de la Protección Social de EUSTAT para 2016, con una suma total 425 millones de euros. No se tiene en cuenta sin embargo el gasto en prestaciones económicas por dependencia, que asciende al menos a 150 millones de euros.
  - En el caso de Navarra se recogen las mismas partidas para 2015, a partir de la Cuenta de la Protección Social de NASTAT, con un valor total de 66 millones de euros. No se tiene en cuenta sin embargo el gasto en prestaciones económicas por dependencia, que asciende a unos 42 millones de euros.
  - En el caso de los Pirineos Atlánticos se recoge el gasto total neto en servicios sociales para personas mayores en 2018, publicado por la DREES, que asciende a 83,1 millones de euros.
- En el caso del gasto público en atención residencial para personas mayores por cada mayor de 65 se recoge para la CAV y Navarra el gasto en alojamiento para personas mayores señalado previamente, mientras que para Pirineos Atlánticos se recoge en gasto departamental en APA en residencia y en la prestación de ayuda social alojamiento para personas mayores (ASH).
- El gasto público por plaza estimado en residencias recoge para la CAV y Navarra el coste de concertación recogido en las estadísticas del IMSERSO y para Pirineos Atlánticos la ratio entre el gasto departamental y el número de plazas en EHPAD.
- En el caso del gasto público en atención a domicilio para personas mayores por cada mayor de 65 se recoge para la CAV y Navarra el gasto en ayuda en la realización de tareas cotidianas para personas mayores señalado previamente, mientras que para Pirineos Atlánticos se recoge en gasto departamental en APA a domicilio personas mayores.
- En lo que se refiere al copago, se han utilizado los datos sobre copago derivados de las fuentes señaladas y se han relacionado con el PIB por habitante en euros correspondiente en cada región, a partir de las estadísticas de EUROSTAT.

Teniendo en cuenta las cautelas derivadas de la utilización de fuentes y agrupaciones de servicios tan diversas, los datos que se recogen en la tabla siguiente indican que los niveles de gasto en servicios sociales y en servicios de atención a la dependencia son relativamente similares en los tres territorios. Las diferencias más notables que cabe destacar son las siguientes:

- Un gasto global algo más bajo en Navarra.
- Un gasto en personas mayores más elevado en la CAV, debido sobre todo al elevado gasto en servicios sociales residenciales para personas mayores que se realiza en Euskadi, pese a su menor cobertura. La diferencia respecto a Pirineos Atlánticos sería aún mayor si se hubieran tenido en cuenta los 150 millones de euros destinados a prestaciones económicas que, por cuestiones de comparabilidad no se han tenido en cuenta.



- Un gasto público por plaza residencial muy inferior en Pirineos Atlánticos, debido a que los costes sanitarios no son financiados por los Servicios Sociales departamentales sino por el Seguro de Salud, y no han sido tenidos en cuenta en esta comparación.
- Un gasto similar en servicios de apoyo en el domicilio para personas mayores.
- Un copago más elevado en el Departamento de Pirineos Atlánticos, tanto cuando se mide en términos absolutos como cuando se mide en relación al PIB por habitante (bastante más bajo al Norte que al Sur de la muga), aunque no necesariamente cuando se calcula en relación al coste total de las plazas residenciales. Si bien este mayor copago se compensa parcialmente mediante las deducciones a las que antes se ha hecho referencia, el mayor esfuerzo realizado por las personas usuarias de los EHPAD en Pirineos Atlánticos relación a las personas usuarias de los centros residenciales de la CAV y de Navarra parece clara.

**Tabla 26. Indicadores comparados sobre gasto en Servicios Sociales para personas mayores en la CAV, Navarra y Pirineos Atlánticos**

	CAV	Navarra	Pirineos Atlánticos
Gasto público en Servicios Sociales por habitante	536,0	413,4	539,9
Gasto público en Servicios Sociales para personas mayores por habitante	193,2	101,8	124,7
Gasto público en Servicios Sociales para personas mayores y con discapacidad por habitante	353,8	237,9	239,9
Gasto público en atención residencial para personas mayores por cada mayor de 65	610,7	288,6	247,9
Gasto público por plaza en residencias	13.210	11.343	5.181
Gasto público en SAD para personas mayores por cada mayor de 65	250,8	230,2	263,4
Copago en residencias en relación al PIB p/c	39,8	37,2	73,2

Fuentes: elaboración propia a partir de DREES, ORSN, EUSTAT y NASTAT.

## 3.12. La coordinación sociosanitaria

### 3.12.1. Departamento de Pirineos Atlánticos

En el marco de las medidas adoptadas por el Ministerio de la Solidaridades y de la Salud a partir de septiembre de 2017, una de las prioridades anunciadas ha sido la de facilitar los itinerarios de salud de las personas mayores, para lo cual se pusieron en marcha medidas que tenían como objetivo facilitar el trabajo colaborativo entre los servicios de hospitalización y los servicios de atención a domicilio.

- Servicios de cuidados de enfermería a domicilio
- Servicios polivalentes de cuidados a domicilio
- Equipos móviles de geriatría
- Acceso a la telemedicina
- Coordinación de los cuidados en EHPAD.

Existe un plan personalizado de coordinación de salud que funciona como una herramienta de coordinación genérica para el conjunto de los actores. Pretende mejorar el itinerario de salud de las personas usuarias, así como planificar y personalizar la atención a las personas con necesidades complejas.

En lo que se refiere al mantenimiento a domicilio, la oferta de servicios destinados a las personas mayores dependientes es compleja y en cierto modo difícil de entender debido a la multiplicidad de agentes que intervienen, de forma que las intervenciones que se realizan resultan por lo general fragmentarias y no permiten un acompañamiento de la suficiente intensidad. En ese sentido, los diversos dispositivos orientados a la coordinación de los servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios y a promover los itinerarios de cuidados de las personas dependientes se han desarrollado sin vinculación alguna y con modos de gobernanza y de financiación diferentes.

Al objeto de guiar a las personas mayores y a sus familias, se ha creado a nivel nacional una serie de plataformas territoriales de apoyo que tienen como objetivo simplificar los dispositivos de coordinación y desarrollar una función de orientación que, desde la información a la puesta en marcha y el seguimiento de las ayudas, se pueda adaptar al grado de dependencia y a las necesidades de todas las personas usuarias. En ese marco, la Agencia Regional de Salud de la Nueva Aquitania ha promovido el desarrollo de este tipo de plataformas a nivel de cada Departamento.

La Plataforma Territorial de Apoyo (PTA) de Pirineos Atlánticos, financiada por la Agencia Regional de Salud, está organizada en torno a tres antenas, una de las cuales se ubica en Bayona y cubre el conjunto de Ipar Euskal Herria. Esta plataforma federa ocho dispositivos que intervienen en el ámbito de los cuidados de salud y del mantenimiento de las personas mayores en su domicilio:

- Tres redes de salud (Red de Gaves y Bidouze, Red Urbana de Rehabilitación Respiratoria del País Vasco y las Landas - R3VPBL (Red de Enfermedades Crónicas, Red Palliador),
- Cinco Sistemas de Acción para los servicios de ayuda y cuidados en el ámbito de la autonomía.

El papel de la PTA 64 se articula en función de tres objetivos básicos:

- Informar, aconsejar y orientar a los profesionales y al conjunto de la población
- Apoyar la organización de los itinerarios de salud complejos
- Apoyar y fomentar las prácticas profesionales.

El análisis del ámbito sociosanitario en Ipar Euskal Herria requiere también explicar el nivel de medicalización de las residencias para personas mayores (EHPAD) y la coordinación que se da en esos centros entre la atención social y la atención sanitaria.

Como se ha señalado previamente, una parte importante de la financiación de los centros residenciales para personas mayores dependientes (EHPAD) proviene del sistema de salud, en el marco de unos centros considerados como medicalizados. Esa medicalización se traduce, fundamentalmente, en la figura del médico coordinador, la única figura profesional para la que se establecen unas ratios de atención mínimas. La atención sanitaria que se presta en los centros residenciales –y, particularmente, en los EHPAD– se enmarca en un sistema determinado por dos elementos básicos:

- por una parte, la triple tarificación a la que antes se ha hecho referencia y, en términos más generales, la participación de la administración sanitaria, mediante la Agencia Regional de Salud, tanto en la financiación de los centros como en el establecimiento de los acuerdos de concertación con las entidades proveedoras, mediante los Contratos Plurianuales de Objetivos y Medios. La cuestión de la financiación es importante, puesto que, en general, los profesionales financiados por cada una de estas tarifas intervienen únicamente en las tareas y actividades que hacen referencia a esa tarifa, lo que genera una cierta inflexibilidad en la distribución de los recursos de personal.

- por otra parte, el recurso al médico de cabecera o *medecin traitant*<sup>34</sup>, por una parte, y al médico coordinador por otra. Efectivamente, la asistencia médica ordinaria en las residencias para personas mayores se deriva de la existencia de dos figuras diferentes:
  - o Por una parte, los residentes están atendidos por un *medecin traitant*, al igual que el resto de la población. Se trata de un médico de cabecera de libre elección, al que la persona residente acude y/o que acude a la residencia, en las mismas condiciones que para el conjunto de la población. Es habitual, sin embargo, que el centro residencial contrate en bloque los servicios de uno o varios médicos generalistas para que actúen como médicos de cabecera de las personas usuarias de la residencia. En todo caso, diversos informes ponen de manifiesto los problemas que las personas residentes en los centros residenciales tienen para acceder a estos profesionales (Iborra, 2018).
  - o Por otra parte, como se ha señalado previamente, cada residencia ha de contar con la figura del “médico coordinador” adscrito al centro y al que se aplican, como también se ha señalado, una ratio mínima determinada. El médico coordinador no tiene capacidad de intervención ni de prescripción de medicamentos, y sus funciones se centran en la coordinación y la planificación de los servicios médicos que se prestan en el centro.

La coordinación de estos profesionales está teóricamente garantizada mediante la Comisión de Coordinación Geriátrica de cada centro. Esta Comisión debe reunirse al menos dos veces al año y participan en ella tanto los profesionales sanitarios contratados directamente por el centro (médico coordinador, personal de enfermería, etc.) como los médicos/as de familia que atienden a los residentes.

### 3.12.2. Comunidad Foral de Navarra

En Navarra, el primer Plan foral de Atención Sociosanitaria, aprobado en el año 2000<sup>35</sup>, impulsó algunas experiencias piloto e innovadoras en materia de coordinación sociosanitaria. Destacan entre ellas el procedimiento de planificación del alta hospitalaria y por otro la Escala de Valoración Social de la Dependencia:

- La planificación del alta hospitalaria es un procedimiento importante para la coordinación sociosanitaria tras el paso por un centro hospitalario. Se impulsó, con carácter pionero en Navarra en el año 1994 desde el Hospital Reina Sofía de Tudela y en primera década del 2000 se extendió a otros centros. Este procedimiento incorpora la relación entre los servicios sanitarios y de servicios sociales para avanzar en una atención integral de las personas con necesidades de cuidados sociosanitarios en el propio entorno. A pesar de este procedimiento, se debe seguir trabajando en la coordinación con los centros hospitalarios. En el marco de Plan de Atención Sociosanitaria se impulsó, en esta línea, una experiencia piloto en 2014 en el área de Tafalla que contemplaba el ingreso en plazas residenciales de personas con necesidades de recuperación funcional tras el alta hospitalaria (ictus y fracturas de cadera).
- La Escala de Valoración Social de la Dependencia es un instrumento muy utilizado por los profesionales que atienden a las personas en situación de dependencia tanto desde el sistema de salud como desde los servicios sociales. Si bien no es la escala requerida para la valoración

<sup>34</sup> Es importante recordar que el Estado francés carece de un sistema similar a la atención primaria de salud de carácter público, como en el Estado español y que tampoco existe la figura de los centros públicos de salud primaria. Por el contrario, la atención primaria de salud está encomendada a médicos de familia que ejercen de forma autónoma como profesionales liberales y se instalan (en ocasiones en solitario, en ocasiones formando gabinetes) por todo el territorio. Estos médicos –conocidos como *medecin traitant*– equivalen al médico de cabecera o de familia de Euskadi y Navarra, independientemente de que ejerzan como autónomos; tienen un listado de clientes que se establece a partir del principio de libre elección (tanto para la persona usuaria como para los profesionales); tienen la capacidad de derivar a sus pacientes a los servicios de medicina especializada y de prescribir tratamientos o medicamentos; y cobran una tarifa por cada acto médico a las personas usuarias, que posteriormente reciben un reembolso parcial por parte del Seguro de Enfermedad y/o de su mutua

<sup>35</sup> <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2AA8B822-615B-43B8-A8AE-EA94D7EA09E7/76271/PlanForaldef.pdf>

oficial del grado de dependencia, recoge información diagnóstica en el ámbito de la convivencia, las relaciones sociales, la persona cuidadora, la provisión de cuidados, etc. Fue elaborada conjuntamente por profesionales del Trabajo Social vinculadas tanto al departamento de salud como al de políticas sociales. Es una escala de referencia en la atención sociosanitaria de Navarra.

En el año 2018 el Plan recibió un nuevo impulso. Los Departamentos de Salud y Derechos Sociales promovieron una experiencia piloto en la comarca de Tafalla para comenzar la implantación del Plan en Navarra. Esta comarca cuenta con 26 municipios de la zona (con una población de 44.552 habitantes), así como con profesionales sanitarios y de las mancomunidades de servicios sociales de Tafalla, Olite, Peralta, Carcastillo y Artajona. Este proyecto piloto<sup>36</sup> busca testar un modelo de Atención Integrada Sociosanitaria para personas con altas necesidades sanitarias y sociales con el objetivo de facilitar a las personas de la comarca el mayor grado posible de autonomía, calidad de vida en sus actividades diarias de la persona afectada y de su cuidador principal. Se marca como objetivo facilitar que aquellas personas que lo deseen puedan permanecer en su hogar durante el mayor tiempo posible, previniendo con ello la institucionalización y la necesidad de constantes ingresos hospitalarios.

La población beneficiaria es aquella con necesidades, tanto desde la salud, como desde el punto de vista social (problemas de salud y sociales, tanto de autonomía funcional o de la suficiencia instrumental o de las relaciones sociales). En este segmento pueden encontrarse personas con alto grado de dependencia, al margen de su edad, pero también mayores de 80 años que vivan en soledad, encamados crónicos o quienes padezcan enfermedad y dificultades de integración social.

La metodología aplicada a las personas por profesionales sanitarios y de servicios sociales es común e incluye actividades para la prevención, la educación, los autocuidados y la rehabilitación. También tiene en cuenta a las personas cuidadoras, mediante acciones de formación y apoyo. Del mismo modo, es un plan que tiene diseñados dos niveles de intervención: atención primaria, con los recursos sanitarios y sociales existentes en las zonas básicas, y un segundo a nivel de la comarca.

El proyecto cuenta con una comisión directora (integrada por las consejeras y los directores generales de ambos departamentos) y varias comisiones técnicas (Psicogeriatría, TMG, Atención temprana), con el objeto de definir bien la gobernanza del sistema.

Esta experiencia también cuenta con un equipo coordinador que asume los casos más complejos que requieran recursos que excedan a los existentes en el primer nivel. Este equipo gestiona los recursos sociosanitarios específicos del distrito:

- Equipo de soporte domiciliario, que reforzará la atención domiciliaria de los casos más complejos. Este es un equipo de mayor intensidad y especialización que el Servicio de Atención a Domicilio. No se contempla como un refuerzo del SAD, sino como un recurso más específico para atender situaciones de crisis, y cuenta además de las profesionales de atención directa, con figuras de terapia ocupacional. Además, se trata de un servicio con una duración limitada en el tiempo (1 mes), pues está muy dirigido a la recuperación funcional de la persona usuaria (aunque no exclusivamente).
- Recursos de convalencia y rehabilitación (~~camas de convalencia residencial, plazas residenciales para ingresos temporales, centros de día rehabilitadores y apoyo a la rehabilitación funcional domiciliaria~~). El recurso contempla camas de convalencia residencial, centros de día rehabilitadores y apoyo a la rehabilitación funcional domiciliaria como recursos específicos de distrito. Las plazas residenciales para ingresos temporales forman parte del sistema de servicios sociales general. La principal diferencia, además de la intensidad de atención tiene que ver con las plazas de convalencia residencial (dentro del proyecto de atención integrada), pues no tienen copago por parte de la persona usuaria ya que se contemplan como parte del proceso de atención sanitaria (sociosanitaria). Por el contrario, las plazas residenciales temporales contempladas en la cartera de servicios sociales sí conllevan copago. A futuro,

<sup>36</sup> <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/09A085F5-7ACA-4E58-A1EE-DEE162F9F910/409568/Plansociosanitario.pdf>

y cuando el sistema esté plenamente desarrollado, se espera que las plazas de ingreso temporal en residencia se contemplen sólo como ingresos de respiro, siendo las plazas residenciales de convalecencia los servicios dirigidos a atender situaciones de crisis.

- Otros recursos de apoyo de desarrollo progresivo (teleasistencia, transporte para acudir a Centros de Día, preparación individualizada de la medicación en colaboración con las farmacias, Escuela de Cuidadores/de Mayores, especialistas consultores de geriatría y medicina interna, descentralización de los servicios de cuidados paliativos u hospitalización domiciliaria y ayudas ortoprotésicas en calidad de alquiler).

Este proyecto también manifiesta tener una orientación clara hacia la estrategia preventiva de la fragilidad y la dependencia, que complementariamente a la atención directa, cree un órgano con las entidades locales, centros escolares, asociaciones de mayores, asociaciones ciudadanas para la promoción de la salud.

Otro de los desafíos importantes a los que Navarra también se enfrenta en este campo es a la gestión de la información sociosanitaria. En la actualidad se han impulsado proyectos pioneros que buscan mejorar la información sociosanitaria entre profesionales. En el sistema sanitario, las profesionales cuentan con la Historia Social Sanitaria, donde el personal del sistema sanitario que atiende a los pacientes puede coordinarse con mayor agilidad, compartiendo la información clave para la mejor atención del caso.

En el ámbito de Servicios Sociales, la gestión y clasificación de la información continúa siendo un reto para todas las Comunidades Autónomas de España. En Navarra, en el año 2020, se ha impulsado una nueva herramienta denominada “Historia Social Única” que aunará en un único soporte toda la información relativa a las personas usuarias de los servicios sociales, así como a su situación socio-familiar. Esta herramienta, además de facilitar a la ciudadanía la gestión de prestaciones, facilitará la atención coordinada e integral entre distintos servicios. A día de hoy ambas historias no son compartidas entre el sistema de salud y el de servicios sociales. No obstante, se está trabajando en ello para lograr consolidar esta colaboración con el fin de promover una mayor coordinación sociosanitaria. Hasta el momento, las profesionales de ambos sistemas tan solo comparten la plataforma “SIGNES” que permite a las trabajadoras sociosanitarias conocer el historial de prestaciones de las personas atendidas. Esta plataforma implicó un avance que ambos sistemas valoran positivamente pues facilita la coordinación y la atención precoz.

### **3.12.3. Comunidad Autónoma Vasca**

La atención sociosanitaria en Euskadi constituye un espacio común de confluencia y coordinación entre las instituciones que prestan servicios sanitarios y sociales, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que se ubican en este espacio como receptoras de prestaciones- en ese contexto, la atención sociosanitaria se configura en Euskadi como un sistema adaptativo complejo que:

- Se ordena y desarrolla en un marco legal e histórico
- Plantea la construcción de un espacio común de confluencia y coordinación para todas las instituciones que proveen servicios sanitarios y sociales en un sentido amplio e inclusivo
- Adquiere sentido y organización en torno a las personas y, especialmente, en aquellos colectivos concretos que, por razones complejas y variadas, se ubican en este espacio como receptores de prestaciones

La coordinación sociosanitaria se sustenta sobre los siguientes órganos:

- El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- Los consejos territoriales de atención sociosanitaria de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa.

- Dos coordinadores sociosanitarios autonómicos.
- Seis coordinadores sociosanitarios territoriales, dos por cada Territorio Histórico.
- El equipo de coordinación sociosanitaria de Euskadi.

Este marco de coordinación sustenta una serie de recursos sociosanitarios conjuntos que operan en el ámbito de la salud mental, la discapacidad, la exclusión social o la atención a las personas mayores, si bien el número de plazas y dispositivos específicamente sociosanitarios en este ámbito es muy reducido.

Por otra parte, el Gobierno Vasco prevé, a lo largo de la próxima legislatura, impulsar un nuevo modelo integral de atención sociosanitaria, coordinado con la red primaria de asistencia sanitaria, para personas mayores, vivan en sus domicilios o en residencias. Más concretamente, el Plan prevé:

- La creación en el Departamento de Salud de una nueva Dirección de Atención Sociosanitaria
- El refuerzo de la estructura sociosanitaria mediante un catálogo de recursos sociosanitarios y un modelo de financiación consensuado, así como un procedimiento de evaluación.
- Dentro de la digitalización y las medidas de cuidado no presenciales, se extenderá el servicio de teleasistencia a todas las personas mayores de 80 años y se pondrá en marcha una línea específica de atención profesional a personas solas.
- Desarrollo íntegro, a instancias de los Departamentos de Salud e Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, en colaboración con Diputaciones Forales y Ayuntamientos, las previsiones del modelo de gobernanza sociosanitaria en todas sus estructuras y dinámicas institucionales, organizativas y asistenciales.
- Publicación de un decreto de gobernanza sociosanitaria conjunto entre las áreas de políticas sociales y las de salud, que contemplará el desarrollo de la atención primaria sociosanitaria para todos los colectivos diana como eje vertebral del mismo.
- Impulso de un nuevo modelo integral de atención sociosanitaria coordinando las redes primarias de asistencia sanitaria y social para colectivos diana sociosanitarios y especialmente las personas mayores y dependientes, vivan en sus domicilios o en residencias.
- Puesta en marcha de la Historia Electrónica Sociosanitaria, que favorecerá una atención integrada entre todas las instituciones relacionadas, teniendo a la persona en el centro de toda actividad.

## 4. Conclusiones, retos comunes y recomendaciones

### 4.1. Principales diferencias y similitudes

El análisis realizado en las páginas anteriores permite identificar diferencias y similitudes importantes entre los tres territorios de Euskal Herria en relación al sistema de atención a las personas mayores dependientes.

Entre las principales similitudes, cabe destacar las siguientes:

- Más allá de su carácter sociosanitario, el sistema de atención a la dependencia y/o de servicios sociales tiene en los tres territorios un contorno peor definido, un perímetro más borroso, que en el caso de otros sistemas de bienestar, como el de la salud o el de la educación. La confusión entre los servicios sociales, los servicios sociosanitarios y los de atención a la dependencia, la constante invocación a un cuarto –o quinto– riesgo o pilar del Estado de Bienestar y la dificultad para delimitar adecuadamente tanto las necesidades cubiertas como los servicios y prestaciones incluidas, así como las personas atendidas y los mecanismos de financiación, ilustran en qué medida el grado de madurez de estos servicios es muy inferior al de los sistemas de bienestar clásicos (educación, sanidad, etc.). La situación es a este respecto similar en los tres territorios analizados.
- La crisis de los cuidados –es decir, la dificultad para dar una respuesta a los cuidados que precisa una población mayor cada vez más longeva y abundante, en un marco determinado por la reducción de la capacidad de apoyo de las redes informales debido, entre otros factores, a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo– afecta de la misma forma a los tres territorios. El número de personas mayores con necesidades de atención es cada vez mayor tanto en la CAV como en Navarra e Ipar Euskal Herria –que se cuentan entre las regiones más envejecidas de Europa–, mientras se reducen las posibilidades de las redes informales para dar una atención adecuada a las personas mayores dependientes, y crece la demanda sobre los servicios profesionales, ya sean públicos o privados.
- En ese marco, y al menos en el aspecto teórico, las instituciones de los tres territorios apuestan por el domicilio y por el entorno comunitario –frente a la institucionalización en grandes centros– como forma prioritaria de atención a las personas dependientes. El mantenimiento de las personas mayores en su domicilio (*ageing in place*) orienta el diseño de las políticas sociales y sociosanitarias de atención a la dependencia tanto en la CAV como en Navarra y en Ipar Euskal Herria.
- También en los tres territorios puede hablarse de una tendencia hacia el refuerzo de las redes y las iniciativas de auto-organización comunitaria, que permitan combinar los servicios formales de responsabilidad pública con recursos vecinales, asociativos y de proximidad.
- En una línea similar, puede decirse que se observa en los tres territorios una cierta tendencia al desarrollo de fórmulas de alojamiento alternativo –*residences autonomie* en Ipar Euskal Herria, viviendas comunitarias y apartamentos tutelados en Navarra y Euskadi– que ocupan un espacio intermedio entre el domicilio y los centros residenciales convencionales, así como al desarrollo de unidades residenciales de menor tamaño y de ambiente más hogareño.
- También existen grandes similitudes en los tres territorios en lo que se refiere al diseño de un modelo mixto en cuanto a la provisión de servicios, en un marco de responsabilidad pública. En ese sentido, los tres territorios cuentan con un sistema garantizado y universal de acceso a los servicios, cuya provisión se encomienda –mediante diversas fórmulas– tanto a entidades



de titularidad pública como a entidades de titularidad privada con y sin fin de lucro. Aunque algunos sectores, al menos en algunos de los territorios analizados, han criticado lo que consideran una privatización de los servicios y han apostado por su publicación, el modelo mixto de provisión de servicios de responsabilidad pública no parece estar en cuestión en ninguno de los territorios analizados.

- En los tres territorios puede hablarse además de un derecho subjetivo y universal ante el riesgo de dependencia, de forma que todas las personas que acreditan un nivel determinado de necesidad tienen un derecho garantizado a recibir unos servicios o prestaciones determinadas. En los tres territorios, además, ese derecho se desvincula de la situación económica, si bien el nivel de renta, así como el grado de dependencia, sí se tiene en cuenta a la hora de determinar la participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios y/o en el montante de las ayudas percibidas.
- Aunque el modelo de financiación de los servicios sociales es muy diferente en los tres territorios, los principales servicios están sujetos a copago tanto en la CAV, como en Navarra y en Ipar Euskal Herria. El diseño del copago es, sin embargo, diferente: el sistema francés resulta teóricamente más transparente y racional, aunque impone al mismo tiempo mayores cargas económicas a las personas usuarias, debido, en cualquier caso, al mayor coste de las plazas residenciales, ya que el porcentaje de copago respecto al coste total es similar en los tres territorios. El Estado francés cuenta además con una serie de beneficios fiscales que reducen en la práctica el importe del copago.
- Aunque la cuestión de las condiciones laborales no ha podido ser analizada en detalle en este trabajo –debido, entre otras cuestiones, a la dificultad para disponer de datos comparables–, puede decirse que en los tres territorios existen problemas importantes en lo que se refiere al reclutamiento, la cualificación, la dotación y las condiciones laborales del personal, que se traducen, entre otros, en una conflictividad laboral elevada. Estas carencias en lo que se refiere a la formación, la dotación y las condiciones de trabajo de las personas profesionales tienen, además, una incidencia importante en la calidad de la atención y en la calidad de vida de las personas atendidas.
- En los tres territorios cabe hablar, por otra parte, de un sistema de atención muy determinado por los roles sociales de género, en la medida en que la mayor parte de las personas atendidas, de las personas cuidadoras y de las personas profesionales son mujeres.
- También cabe hablar, aunque esta cuestión apenas se ha analizado en el informe, del incremento en la edad media de las personas atendidas y de la concentración en los centros residenciales de personas con niveles de dependencia cada vez más severos.
- Finalmente, cabe destacar que los datos obtenidos en este trabajo permiten hablar de una cierta similitud en lo que se refiere a la proporción de personas atendidas en los tres territorios, con tasas de cobertura equiparables en la CAV, Navarra y el Departamento de Pirineos Atlánticos en lo que se refiere a los servicios de atención directa.

En sentido contrario, las principales diferencias identificadas<sup>37</sup> son las siguientes:

- Una de las principales diferencias identificadas se refiere al papel de las prestaciones económicas y, en ese sentido, a la idea de libertad de elección de los servicios y centros a los que las personas acuden. En ese sentido, siguiendo la tónica general en otros países de Europa –el caso alemán es al respecto paradigmático<sup>38</sup>– el modelo establecido en el Estado francés se

---

<sup>37</sup> Aunque la mayor parte de las diferencias se dan entre el Estado francés y el español, también cabe hablar de diferencias importantes entre la CAPV y la Comunidad foral navarra y, dentro de estas, entre los diferentes territorios, comarcas o municipios.

<sup>38</sup> Una de las principales características del modelo alemán de atención a la dependencia se refiere al papel que en el marco de este sistema se da a la competencia entre diferentes proveedores y a la capacidad de elección de las personas usuarias. En

basa en la concesión de una prestación económica mediante la cual las personas usuarias financian una parte del coste de los servicios que reciben. Teóricamente al menos, las personas receptoras de la prestación pueden acceder a centros o servicios de diversa titularidad –pública, privada mercantil o privada sin fin de lucro– en función de su preferencia y siempre lógicamente que exista una oferta suficiente de servicios en su territorio. En ese marco, los servicios de titularidad pública compiten con los de titularidad privada en un marco determinado por la oferta y la demanda. El modelo existente al Sur de la muga es diferente: aunque se han ido extendiendo este tipo de prestaciones, es en general la Administración la que contrata o concierta los servicios y la capacidad de elección de las personas usuarias se ve restringida por la relativa rigidez de los sistemas de acceso a los servicios.

- Otra de las diferencias relevantes entre los territorios pertenecientes al Estado español e Ipar Euskal Herria se refiere a la composición y la amplitud de la cartera de servicios disponibles. En ese sentido, tanto Navarra como la CAV disponen de catálogos y carteras muy amplias, con servicios y prestaciones de muy diverso tipo. En el Estado francés, la oferta es por el contrario menos exuberante, más limitada y en cierto sentido más genérica. Las personas acceden a un número determinado de servicios o prestaciones mediante la APA, pero la definición legal del catálogo de servicios es por decirlo de alguna forma más abierta que en las carteras de servicios de la CAV y de Navarra. En estos territorios, sin embargo, la detallada definición que en los textos legales se hace de los servicios teóricamente disponibles no garantiza su despliegue efectivo ni su disponibilidad –especialmente en lo que se refiere a los servicios de atención primaria– para el conjunto de las personas que pudieran requerirlos.
- En ese marco, el estudio realizado ha puesto de manifiesto que las coberturas de atención directa son relativamente similares en los tres territorios, y que en ambos la extensión de los centros residenciales y de los servicios de asistencia domiciliaria son parecidos (si bien, cabe pensar, la intensidad de la asistencia domiciliaria es mayor en el Departamento de Pirineos Atlánticos). La principal diferencia se debe en cualquier caso al papel que en los territorios peninsulares juegan la teleasistencia y, sobre todo, la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF). Aunque su extensión no es la misma en los cuatro territorios peninsulares, la PCEF, ausente en Ipar Euskal Herria, es la principal respuesta que el sistema de servicios sociales ofrece a las personas mayores en Navarra y en la CAV. La opción –tanto política como social– por una prestación destinada a compensar el cuidado informal, frente a los servicios de atención directa profesional, tiene implicaciones decisivas en la configuración del sistema de atención a la dependencia en el conjunto del Estado español y también, lógicamente, en Navarra y en la CAV.
- La distribución competencial y la arquitectura institucional del sistema es muy diferente en los tres territorios analizados.
  - o En Ipar Euskal Herria, el protagonismo corresponde claramente al Consejo Departamental, que ejerce el liderazgo en relación a la acción social, si bien el Estado y los ayuntamientos mantienen algunas competencias y funciones.
  - o En Navarra, aunque los servicios sociales de atención primaria –y, dentro de ellos, los servicios de asistencia domiciliaria– corresponden a los ayuntamientos, es el Gobierno de Navarra el que tiene un mayor protagonismo, tanto desde el punto de vista de la regulación, la planificación y la financiación como desde el punto de vista de la prestación de los servicios sociales especializados.

---

ese marco, las barreras de acceso de los operadores al mercado son mínimas y la apertura de centros o servicios de atención se permite siempre que se cumpla una serie de requisitos mínimos (estructurales, ratios y cualificaciones de personal, etc.). La capacidad de elección de los consumidores se pretende facilitar o garantizar mediante el impulso a la transparencia, lo que implica el énfasis en la realización obligatoria, con carácter anual, de visitas de inspección y la publicación de sus resultados en internet. La lógica que subyace al sistema es la de que los centros estarán interesados en garantizar una buena calidad de la atención, en la medida en que ello se reflejará en sus calificaciones y, a su vez, en una mayor demanda por parte de posibles usuarios (Leturia, Zalakain, Mendieta y Carcavilla, 2019).

- El modelo más descentralizado y, por tanto, complejo es el correspondiente a la CAV. El Gobierno autonómico tiene atribuidas las competencias de regulación y de planificación –así como las correspondientes a la Alta Inspección–, mientras que los servicios de atención secundaria son prestados por las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa. Los ayuntamientos –independientemente de su tamaño– son responsables de articular una cartera de servicios sociales de atención primaria mucho más amplia que la correspondiente a los ayuntamientos de Ipar Euskal Herria e incluso de Navarra. En ese marco, el riesgo de fragmentación es alto, las diferencias territoriales son importantes y la gobernanza del sistema –encomendada a un órgano interinstitucional paritario– compleja.
- En lo que se refiere a la coordinación entre los diversos agentes, como antes se ha señalado, en relación al menos a lo que ocurre en Euskadi y Navarra, el sistema de atención a la dependencia se caracteriza en Ipar Euskal Herria por el escaso impulso que desde la administración se da al trabajo en red de los diversos agentes y el menor protagonismo de las dinámicas de participación y coordinación entre los agentes públicos y la sociedad civil.
- La respuesta que se da a las necesidades sanitarias de las personas usuarias de los centros residenciales es también muy diferente. En ese sentido, el carácter medicalizado de los EHPAD contrasta con un modelo de atención sanitaria en las residencias escasamente articulado en la CAV y en Navarra.
- Una de las principales diferencias identificadas en el estudio se refiere a la dotación del personal que existe en los Servicios Sociales del Departamento de Pirineos Atlánticos en relación a la dotación profesional en la CAV y en Navarra. Si bien las diferencias entre la CAV y Navarra son relativamente pequeñas –el empleo en el ámbito de los Servicios Sociales en la CAV representa el 3,9% de la afiliación y en Navarra el 3,3%–, las diferencias entre Ipar Euskal Herria y los territorios pertenecientes al Estado francés son muy notables, ya que las personas ocupadas en este sector representan el 9,2% de todas las personas ocupadas, con 37 trabajadores/as por cada mil habitantes, frente a 17 en la CAV y 14 en Navarra. Las razones de estas diferencias no están claras y pueden deberse a una mayor dotación en otros ámbitos de la acción social en Ipar Euskal Herria, a unas ratios o intensidades de atención más elevadas o al papel que juegan, en Navarra y en la CAV, las personas que trabajan en el servicio doméstico a la hora de la provisión de cuidados a las personas dependientes.
- Existen, finalmente, diferencias muy significativas en cuanto a la financiación de los servicios, especialmente entre los territorios de Ipar Euskal Herria y los que pertenecen al Estado español. Las diferencias son tres:
  - En el Estado francés, a diferencia de lo que ocurre en la CAV y en Navarra, la administración sanitaria financia de forma estructural una parte importante de los servicios residenciales.
  - El sistema de copago se articula en función de un sistema de triple tarificación, el coste relativo al funcionamiento de los centros se divide en tres categorías diferentes, con fuentes de financiación y formas de determinación de las tarifas también diferentes: la tarifa dependencia cubre el coste de la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y de los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria y se abona fundamentalmente a través de la APA; la tarifa alojamiento cubre los costes hoteleros y de manutención, así como otros costes relacionados con la limpieza y la lavandería, las actividades recreativas y de animación, la administración general del centro, etc. Esta tarifa es íntegramente abonada por la persona usuaria, salvo que carezca de recursos económicos suficientes, en cuyo caso se accede a las prestaciones de asistencia social correspondiente; la tarifa sanitaria cubre los costes derivados de la atención sanitaria y es financiada por el Seguro de Salud.

- Una parte de los servicios de atención a la dependencia son financiados mediante una cotización específica que abonan las empresas. Esta cotización equivale al 0,3% de la masa salarial y para su introducción se eliminó un día festivo en el calendario laboral<sup>39</sup>.

## 4.2. Retos y limitaciones

### 4.2.1. Retos y limitaciones de los modelos estatales

#### a) El caso español

Tras casi 15 años de Ley de Dependencia, la atención a los cuidados en España mantiene un sistema de gestión y provisión fragmentado entre administraciones, con modelos de atención desconectados entre los servicios de atención en el entorno como el SAD o la atención residencial, con fuertes limitaciones para dotar de intensidad de cuidados suficientes a personas que por sus bajos ingresos no pueden optar a la complementariedad de recursos privados y el mantenimiento de un modelo de atención más asistencial que inclusivo con el entorno y las necesidades de la persona. La Ley implicó la promoción de un modelo de cuidados de larga duración en España que apostó por avanzar hacia un sistema universal, sin revisar el modelo de gestión fragmentado y descentralizado existente, que se vio más acuciado por la falta de criterios claros en torno a las responsabilidades entre los distintos niveles de gestión (Aguilar-Hendrickson, 2020).

A estas inconsistencias en la definición del modelo se le suman limitaciones en términos de inversión. España se encuentra lejos de los países del entorno, su inversión se sitúa por debajo de la media europea, y el modelo se ha caracterizado históricamente por priorizar la atención residencial de carácter privado y mercantil, a pesar de que la preferencia de la población mayor es la de residir en sus propios hogares y recibir atención a domicilio (Díaz Veiga et al., 2016), y del potencial preventivo de estos cuidados contra la aparición de situaciones de dependencia.

Es por ello que el desarrollo del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) a partir de 2006 ha ido consolidando un modelo de protección que mantiene, al menos en ciertas CCAA, características asistenciales. En ese contexto, los servicios de atención directa están en la práctica preferentemente orientados a personas dependientes con bajos ingresos, mientras que la población con ingresos medios y altos sigue recurriendo, en mayor medida, a la provisión privada. Esto último, fundamentalmente, por dos cuestiones: la preeminencia de las prestaciones económicas frente a servicios personales que ha caracterizado al sistema no ha hecho sino reforzar el papel de las familias en la atención de las personas dependientes –especialmente entre los hogares con menos ingresos–, dificultando los procesos de inclusión laboral femeninos; además, ha sido habitual la adquisición de cuidados en el mercado informal, generando un espacio socioeconómico –principalmente ocupado por población femenina extranjera– fuertemente caracterizado por la exclusión y la precariedad. Aunque la situación en las diferentes CCAA es muy distinta, la definición del copago –muy condicionada por la renta– también se relaciona con esta tendencia a la focalización en las personas con rentas más bajas y/o necesidades de atención muy intensas.

Con estas limitaciones propias del modelo de provisión de cuidados actual, se identifican algunos obstáculos que reducen su capacidad de atención. Distintos análisis que revisan el modelo de provisión público, residencial u otras necesidades vinculadas con la soledad, por ejemplo, coinciden en proponer un modelo de gestión más ágil que derive hacia un enfoque más conectado con el entorno o la comunidad, que promueva una acción preventiva más integrada y que intervenga desde el modelo de atención centrado en la persona (Martínez et al., 2014; Zalakain, 2017; Martínez y Hermoso, 2020).

---

<sup>39</sup> En la CAE y en Navarra, por el contrario, los servicios de atención a la dependencia se financian mediante impuestos ordinarios, sin que –registrando ambos territorios niveles de presión fiscal comparativamente bajos– se haya planteado la necesidad de diseñar fuentes de financiación finalistas que contribuyan a la sostenibilidad de los servicios sociales.

En un sentido más específico, trabajos anteriores (SIIS, 2020) han puesto de manifiesto las siguientes limitaciones en el caso del sistema español de atención a la dependencia:

- Escaso desarrollo de los servicios de carácter preventivo y de apoyo en el domicilio, debido en parte con la debilidad de los servicios sociales de atención primaria, de competencia municipal. El Servicio de Asistencia Domiciliaria no responde, en líneas generales, a las necesidades de las personas con necesidades de apoyo moderadas o severas que residen en sus domicilios.
- Escasa cobertura e intensidad de los servicios públicos que reciben la mayor parte de las personas con dependencia y persistencia de bolsas importantes de personas con dependencia reconocida que no acceden a ningún servicio (lo que se conoce como limbo de la dependencia). El elevado número de personas que se encuentran en lista de espera para recibir las prestaciones siguen siendo un tema de especial preocupación, ya que suponían antes del coronavirus cerca del 20% de todas las personas con derecho a prestaciones.
- Debilidad de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras.
- Diferencias interterritoriales muy acusadas en lo que se refiere a la calidad, la cobertura o la financiación de los servicios, lo que supone la existencia de modelos de atención claramente dispares. No cabe duda de que la compleja y en cierta medida disfuncional estructura competencial y territorial del sistema de servicios sociales ha contribuido a un desarrollo insuficiente y desigual de los cuidados de larga duración.
- Peso excesivo de las prestaciones económicas sobre los servicios de atención directa, si bien en los últimos años su peso se ha ido reduciendo y representan en la actualidad en torno al 40% de todas las prestaciones.
- El protagonismo de la prestación de cuidados en el entorno familiar ha reforzado la responsabilidad de las familias en la prestación de cuidados y, probablemente, el recurso a los cuidados privados a domicilio, a menudo prestados por mujeres inmigrantes contratadas de forma irregular. La cualificación de estas mujeres no siempre es suficiente y sus condiciones laborales son por lo general muy deficientes.
- Problemas de financiación: el gasto público global destinado a los servicios de larga duración es comparativamente bajo, la financiación del Gobierno central es más reducida de lo inicialmente previsto, y los niveles de copago son elevados, especialmente para las personas de rentas medias y altas. Ese menor gasto público se relaciona con el escaso nivel retributivo que obtienen en los trabajadores/as del sector. De hecho, las malas condiciones laborales caracterizan un sector en el que las mujeres son ampliamente mayoritarias. Además, las ratios asistenciales varían claramente de unas comunidades a otras y son, en general, insuficientes.
- En un marco de restricciones al gasto público, una parte importante de los servicios públicos son prestados por entidades privadas, con y sin fin de lucro. De acuerdo a los datos del IMSERSO, sólo el 60% de las plazas residenciales o de centro de día tienen financiación pública. En esos casos, además, la financiación pública es insuficiente, lo que se refleja en niveles de calidad insuficientes.

Los análisis realizados en relación al sistema de cuidados de larga duración en España –y, más concretamente, en relación al modelo de atención residencial– han puesto también de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre el modelo de atención y sobre los recursos que se le destinan. Es necesario en ese sentido replantearse el diseño y la organización de las residencias y tender hacia fórmulas más pequeñas, más hogareñas, más personalizadas y mejor conectadas a la comunidad. Son necesarios más recursos –más profesionales, más formación, mejores salarios... –, pero el mero incremento de

los recursos tendrá escaso impacto si no se avanza paralelamente hacia nuevos modelos residenciales y de atención en la comunidad (Zalakain, 2020)<sup>40</sup>.

La epidemia de COVID ha puesto finalmente de manifiesto, en el caso español, la necesidad de reflexionar sobre la medicalización de las residencias y sobre la coordinación entre los servicios sociales y los servicios de salud. Más allá del retraso en la aplicación de medidas de aislamiento, las dificultades para mantener las dotaciones de personal o las limitaciones en el acceso a pruebas diagnósticas y material de protección, una de las claves que explica el impacto de la covid-19 en las residencias se refiere a la atención sanitaria que sus usuarios reciben. La pandemia ha reavivado el debate sobre la muy desigual asistencia sanitaria que se presta en estos centros y sobre la necesidad de avanzar hacia una mayor integración sociosanitaria. Las residencias, en cualquier caso, no deben medicalizarse ni convertirse en hospitales de media estancia. Las residencias son –han de ser– lugares para vivir, el hogar de las personas que allí residen. Y es responsabilidad de la Administración sanitaria ofrecer a estas personas, como al conjunto de la población, la atención que precisan, en el momento y en el lugar en el que la precisan.

#### b) El caso francés

El envejecimiento de la población francesa y el aumento de las situaciones de dependencia física y psíquica constituyen un fenómeno complejo que todas las proyecciones demográficas confirman. La sociedad francesa, como la mayoría de las sociedades occidentales, se verá afectada de forma duradera por esta situación. Se trata de un desafío médico, social y financiero que sigue estando muy subestimado y que sólo una política cuidadosamente preparada y construida puede ayudar a afrontar. La crisis sanitaria provocada por el coronavirus y las numerosas muertes en residencias han reforzado la convicción de que es necesario mejorar la atención a las personas mayores dependientes. En Francia, esta cuestión se plantea tanto más cuanto que se estima hoy en día que el 25% de las personas de las generaciones del *baby-boom* la tendrán que sufrir. En 2030, 21 millones de personas mayores de 60 años vivirán en Francia, de los cuales 3 millones perderán su autonomía, según las últimas proyecciones de la DREES y del INSEE (Larbi y Roy, 2019), basadas en una definición amplia de la pérdida de autonomía.

En 2050, los mayores de 60 años serán 25 millones, de los cuales 4 millones perderán su autonomía; la población de 60 años o más reside mayoritariamente en tres tipos de residencia: viviendas personales (población denominada «en hogares ordinarios») hábitats intermedios, como residencias autónomas y centros de acogida para personas mayores dependientes y asimiladas (residencias, unidades de cuidados de larga duración, establecimiento de alojamientos para personas mayores no EHPAD). La elección del lugar de residencia depende en gran medida del nivel de autonomía del anciano, pero también de las plazas disponibles en los establecimientos de acogida.

Los límites del modelo francés son de cinco órdenes: estructural, económico, estratégico formativo y operativo.

En el plano estructural, la falta de flexibilidad del sistema (en el plano de la congruencia de sus mecanismos afectados por los límites de la descentralización) genera un déficit de transversalidad, de complementariedad en la perspectiva de acompañar la evolución de las situaciones (el paso del domicilio a la institución tropieza, por ejemplo, con la complejidad y la lentitud de los procedimientos).

En el plano financiero, el aumento del número de personas afectadas desborda los medios asignados, tanto desde el punto de vista de las disposiciones legales facilitadoras (desde el punto de vista de una

---

<sup>40</sup> La falta de recursos es patente especialmente en algunas comunidades. Sin embargo, la principal carencia de los centros residenciales no tiene tanto que ver con los recursos sino con la orientación general del modelo. Las residencias –muchas de ellas– siguen siendo una extraña mezcla de cuartel, hospital y hotel, pero pocas veces se plantean como lo que realmente deberían ser: el hogar de la gente que reside en ellas, un lugar para vivir como en casa. El problema no se limita pues a mejorar las condiciones de la plantilla y las ratios, ni a revertir la privatización. Es el propio modelo el que debe de ser revisado completamente.



consideración lo más cercana posible a las necesidades de las personas y de sus familias) que del número de profesionales asignados a su acompañamiento (algunos estudios que señalan también el déficit de competencias relativas a determinadas problemáticas).

Desde el punto de vista estratégico, es difícil dar prioridad a un escenario director (capaz de dirigir las proyecciones para los próximos años). Se corre el riesgo de perpetuar un modelo que sólo responde parcialmente a las necesidades emergentes. Las prácticas actuales de internamiento en instituciones de las personas de edad en situación de pérdida de autonomía supondrían duplicar el ritmo de apertura de plazas observado desde 2012, con el fin de acoger a 108.000 residentes suplementarios en residencias (establecimientos de alojamiento para personas mayores dependientes EHPAD) entre 2019 y 2030, y a 211.000 más entre 2030 y 2050, que se añadirían a los 611.000 residentes en las plazas existentes.

Sin embargo, el hecho de favorecer la permanencia en el hogar y limitar las plazas en residencias como lo promueven las políticas actuales, podría implicar el aplazamiento de una parte de los mayores hacia formas de hábitat intermedias entre las viviendas ordinarias y las residencias, como las residencias autónomas. El número de residentes autónomos, que actualmente asciende a algo más de 100.000, debería entonces multiplicarse por 1,5 a 2,5 en 2030 con relación a hoy, según las hipótesis de evolución del número de plazas en residencias elegidas. Las residencias se concentrarían entonces en la acogida de los mayores más dependientes. En una hipótesis más optimista, en la que la esperanza de vida sin pérdida de autonomía aumentaría tantos años como la esperanza de vida global, el mantenimiento del ritmo de apertura de nuevas plazas en residencias observado desde 2012 bastaría para mantener las prácticas actuales de entrada en institución de las personas mayores en pérdida de autonomía entre 2020 y 2050.

En el plano de la formación profesional, los profesionales que trabajan con las personas de edad son hoy numerosos y abarcan todas las disciplinas: profesionales de la salud, trabajadores sociales, profesionales de la ayuda a domicilio y del médico social. En las prácticas profesionales de estos últimos, la prevención es a menudo el pariente pobre y alejado del núcleo de la profesión, a imagen del lugar que ocupa la prevención en el sistema de salud francés.

El funcionamiento compartimentado entre profesionales se explica también por sistemas de información poco compatibles y que apenas se comunican entre sí. A la dificultad de la competencia de varios agentes a escalas de acción diferentes, esta falta de comunicación entre los sistemas de información perjudica la dirección, la valorización de las buenas prácticas, la evaluación de las acciones de prevención y la coherencia. Por consiguiente, sería conveniente:

- Incluir en la formación inicial de los profesionales (profesionales de la salud, trabajadores sociales y profesionales de la ayuda a domicilio) módulos sobre la prevención de la pérdida de autonomía y la detección de las vulnerabilidades de la vejez.
- Desarrollar los módulos de formación continua transversales que favorezcan una cultura común, compartida y abierta entre todos los profesionales.

En el plano operativo:

- Una heterogeneidad en la coordinación de las financiaciones según los departamentos y interpretaciones variables de las modalidades de financiación de las acciones.
- Desde los frenos técnicos y reglamentarios a la utilización de los concursos pagados por la CNSA.
- Un riesgo de «dispersión» y de sustitución de las financiaciones identificado en ausencia de una verdadera visión compartida de las políticas de prevención.
- En algunos departamentos, los miembros han tropezado con dificultades para encontrar su lugar en el mecanismo, presidido por el Consejo Departamental.



## 4.2.2. Retos, limitaciones y potencialidades de los modelos territoriales

### a) El caso de la Región de Nueva Aquitania y de Ipar Euskal Herria

Nueva Aquitania es la región más envejecida de Francia en 2016. Para 2030, más de un tercio de la población tendría 60 años o más. Como consecuencia del envejecimiento de la población, la región cuenta con 59.400 personas mayores dependientes. Sin embargo, la llegada de las generaciones de los *baby boomers* rejuvenecería a la población de mayores, lo que provocaría la casi estabilidad de la proporción de dependientes y la disminución de la de los más dependientes. Las mujeres, que viven más tiempo, se verían cada vez más afectadas, pero la diferencia entre mujeres y hombres se reduciría. En este contexto, aumentarían las necesidades de apoyo, tanto en el hogar como en la institución. Los territorios se verían afectados de manera desigual y los mayores aumentos se registrarían en los departamentos costeros.

En primer lugar, el análisis, corroborado por el de la DREES<sup>41</sup>, refleja a escala regional los límites señalados a escala nacional en los planos estructural, financiero y estratégico. Estos límites genéricos se precisan en función de los desafíos regionales:

- Limitaciones de los recursos humanos: las competencias iniciales de los profesionales varían mucho según los servicios, lo que da lugar a diferencias cualitativas significativas en cuanto a la consideración de las situaciones.
- Limitaciones ambientales: la inadecuación del entorno vital es uno de los límites de la atención a las personas de edad dependientes: vivienda inadecuada, familias que no pueden o no quieren adaptarla, falta de recursos que impidan a veces adquirir suministros vinculados a la dependencia que no estén cubiertos por el plan de ayuda o los organismos de protección social/mutualidades, etc. Por otra parte, la malla territorial de la oferta de servicio es muy desigual en función de los departamentos y de la tensión ruralidad-urbanidad
- Las limitaciones de la creación de asociaciones y la coordinación: muy a menudo se tienen en cuenta las situaciones de dependencia en respuesta a los acontecimientos, en situaciones de emergencia, y a menudo no se preparan con suficiente antelación (salida del hospital, pero también entrada en EHPAD). La coordinación intra e interservicios no siempre es efectiva, sino que contribuye a la falta de legibilidad de la oferta de servicios y del acompañamiento.

Este estado de la situación pone de relieve algunas vías de reajuste. Se articulan en torno a los itinerarios de vida y de atención de las personas mayores dependientes, los medios de acción de los servicios, de coordinación y animación territorial y la ayuda a los cuidadores. Los cambios son los siguientes:

- Apoyar los itinerarios de vida y de cuidados de las personas mayores dependientes:
  - o Promover la evolución del dispositivo APA, en particular con un aumento de los planes de ayuda para la dependencia aguda.
  - o Ampliar la oferta de atención en las zonas deficientes
  - o Ampliar los mecanismos de prevención de la degradación de las personas de edad.
- Adaptar los medios de acción de los servicios en términos de prácticas y de financiación para responder mejor a la dependencia:
  - o Despliegue de recursos humanos suficientes para una mejor calidad del acompañamiento.
  - o Despliegue de tiempo de apoyo a equipos más grandes para prevenir y limitar el desgaste profesional

<sup>41</sup> «La pérdida de autonomía de las personas mayores a domicilio. ¿Cuáles son las disparidades entre departamentos? », Dossier de la DREES n° 34, abril de 2019.

- Reforzar la coordinación y la animación territorial mediante:
  - o Promoviendo la difusión de herramientas de comunicación compartidas que permitan intercambios más eficaces.
  - o Difusión de información clara, para aumentar la visibilidad acerca del conjunto de dispositivos e intervinientes, sus roles y limitaciones
  
- Desarrollar la ayuda a los cuidadores:
  - o Favoreciendo “fórmulas de alivio” (con ayudas financieras para acceder a ellas).
  - o Promoviendo su acompañamiento directo.

Estos desafíos, limitaciones y perspectivas a escala nacional (estructural, financiera, estratégica, formativa y operativa) y regional (vinculadas a los límites en términos de recursos humanos, de toma en consideración y de estructuración del medio ambiente y de desarrollo de las asociaciones y de la coordinación) se encuentran también, en mayor o menor grado, a escala de Ipar Euskal Herria.

Así, las experiencias en los territorios de Ipar Euskal Herria plantean cuestiones en torno a:

- El lugar de la persona en su bienestar
- Los mensajes de prevención accesibles a todos.
- Las acciones prioritarias en prevención.
- La oferta territorial de proximidad y la coordinación de los actores.
- La formación de los profesionales.
- La evaluación de las acciones y la mejora de los conocimientos.

En concreto, todos los territorios del País Vasco se ven afectados por el envejecimiento de la población y, en particular, las zonas rurales que ya parecen estar en tensión en términos de servicios, formas de acompañamiento y atención. El apoyo a la dependencia de una población cada vez más numerosa es un reto territorial de primer orden.

Tres cuestiones cardinales subyacen a la configuración de los territorios de Ipar Euskal Herria:

- Reto 1. El envejecimiento de la población en Ipar Euskal Herria requiere así un acompañamiento creciente de las personas dependientes, en particular para el mantenimiento en el domicilio. Este reto debe vincularse con el de la prevención de la pérdida de autonomía y la lucha contra el aislamiento. El apoyo a las personas mayores dependientes se ejerce:
  - o Por la solidaridad familiar a través de la ayuda de familiares, ya sea por una solidaridad colectiva financiera (APA) o por la acogida en los EHPAD. El País Vasco interior (Baxe Nafarroa y Zuberoa) parece cubierto por las residencias, y dispone de alternativas como la acogida de día itinerante y la residencia autónoma. Sin embargo, en el departamento, las tasas de ocupación son actualmente alrededor del 97-98% para las residencias, alrededor del 95% para las residencias autonómicas y del 60-70% para las recepciones diurnas (tasa variable según las recepciones diurnas).
  - o Mediante el desarrollo de actividades adaptadas, las visitas, las comidas, los sistemas de alerta, la robótica, etc. Desde un punto de vista social y cultural, el envejecimiento se traducirá probablemente en cambios en las prácticas de consumo, en el ámbito del ocio y de las necesidades de servicio (salud, transportes, comunicación, etc.).
  
- Reto 2. El riesgo de agotamiento y aislamiento se relaciona con la dependencia en el hogar y el perfil de los cuidadores familiares. Han surgido algunas alternativas a través del desarrollo de consultas de ayuda a los cuidadores familiares o profesionales como puede proponer el Equipo Móvil de Orientación Geriátrica (EMOG) del Centro Hospitalario Costa Vasca, o de descanso: acogida de día, acogida familiar, alojamiento temporal... Parece necesario reforzar las ayudas técnicas o las soluciones de descanso para los cuidadores.

El domicilio parece ser el lugar de vida preferido de las personas de edad en comparación con las residencias. Sin embargo, vivir solo complica la posibilidad de permanencia en el hogar, sobre todo cuando se conjuga con la dependencia. En particular, se plantea la cuestión de la adaptación de la vivienda, la movilidad o la accesibilidad a los servicios.

- Reto 3. La profesionalización del sector de apoyo a las personas de edad avanzada que pueda responder al aumento de la población muy anciana que vive sola. Ya se ha iniciado un trabajo que debe reforzarse en torno al atractivo entre los jóvenes de los oficios de acompañamiento de las personas de edad, con el fin de hacer frente a la tensión en los servicios a domicilio, con una demanda cada vez mayor y una carencia de personal para responder a ello.

En vista de lo que está en juego, habría que investigar sobre varias vías:

- La necesidad de apoyar los itinerarios de vida y de cuidados de las personas mayores dependientes para prevenir mejor los efectos negativos del envejecimiento en cada una de sus etapas. La prevención de la pérdida de autonomía debe contemplarse en un enfoque holístico que tenga en cuenta los aspectos sanitarios, sociales, medicosociales y medioambientales y en un enfoque transversal que implique al conjunto de los agentes públicos. El enfoque de la prevención debe basarse en un modelo participativo que implique más a los beneficiarios. No culpar ni estigmatizar a la persona es un requisito previo.
- La urgencia de movilizar los medios de acción de los servicios en términos de prácticas y de financiación para responder mejor a los desafíos multidimensionales de la dependencia. Es necesario que los recursos sean tanto más cuantitativos como más eficientes. Para ser más atractivos, el sector y los oficios de la dependencia hacia las personas mayores deben hacerse más atractivos en términos de condiciones de trabajo y de formación continua.
- La necesidad de que la coordinación y la animación territorial se refuercen y se clarifiquen en términos de complementariedad y de alternativa.
- La urgencia de desarrollar y estructurar la ayuda a los cuidadores de manera que se justifique su implicación y se les ofrezca la posibilidad de descansar sin que ello perjudique a las personas mayores dependientes para las que están contratadas, ni que esto les perjudique a sí mismas.

#### b) El caso de la Comunidad Foral Navarra

El sistema público de servicios sociales y la atención a las situaciones de dependencia y cuidados en Navarra ha vivido avances positivos en la última década, sobre todo en materia de reconocimiento de derechos y extensión de sus servicios. Las últimas reformas en la cartera y en la reorganización de la atención primaria en Navarra han implicado grandes esfuerzos que han contribuido a un mayor desarrollo del sistema.

En relación a las potencialidades, cabe señalar que Navarra cuenta con un marco legislativo fuerte y avanzado en materia de atención a la dependencia. Cuenta con una cobertura de servicios reseñable, ha demostrado agilidad en los procesos de reconocimiento de las situaciones de dependencia y ha dado pasos importantes en la atención sociosanitaria, destacando la escala de valoración social de la dependencia, los pasos hacia la historia social única y la implementación de experiencias piloto de referencia. También presenta un nivel de gasto público elevado y amplios equipos de atención. Por último, cuenta con fuentes de datos disponibles que permiten medir el avance o retroceso del sistema. Estos avances conviven también con algunas limitaciones:

- Una estructura rígida e insuficiente: a pesar del incremento de financiación, las nuevas necesidades de cuidado y dependencia presentan unos recursos humanos y económicos insuficientes. No obstante, esta no es su principal limitación, pues es manifiesta la rigidez del propio sistema. Por un lado, quedan barreras importantes por superar en materia de coordinación

horizontal entre los sistemas sociales y sanitarios de atención a las personas. A pesar de buscar un modelo descentralizado flexible, su respuesta no ha sido tan ágil como cabía esperar. Por lo que el modelo todavía experimenta dificultades para proveer atenciones más flexibles.

- La falta de adecuación del modelo a necesidades emergentes: la rigidez del sistema afecta a la adaptación y ajuste de la atención a medida que se detectan nuevos riesgos sociales. La disposición estructurada y formal impide acceder a necesidades localizadas como los cuidados paliativos, de larga duración y aislamiento social que exigen mayor intensidad, flexibilidad, y personalización en la atención. En el caso de la atención domiciliaria, cuyo recurso presenta una cobertura razonable, mantiene también algunas dificultades en intensidad y rigidez de horario que pueden limitar la atención a personas con ausencia de redes, baja capacidad económica para complementar con otro recurso o ausencia de otras formas de cuidado en algunas zonas rurales, donde la oferta de servicios es mucho más reducida.
- La escasa vinculación con el entorno comunitario: si bien el conjunto de servicios ofertados buscan en su filosofía cuidar en el entorno más cercano, presentan limitaciones en su articulación comunitaria. Pese a que muchos de los recursos como la atención diurna y la atención domiciliaria se ubican en el entorno de las personas hogar, su atención presenta en la práctica escasa vinculación entre el cuidado prestado y el entorno comunitario. En este sentido, resulta clave la incorporación de alianzas comunitarias que refuercen la relación con el medio (Pinzón, et al., 2016).
- Una atención preventiva limitada: a pesar de contar con algunos recursos de mantenimiento en el entorno, la capacidad de los servicios sociales en desarrollar estrategias de prevención y promoción de la autonomía son reducidas y cuentan con un desarrollo más limitado. En la propia cartera tan solo se reconocen mediante una línea de subvención a la participación de personas mayores, que ni siquiera está recogida como prestación garantizada. En el ámbito de la atención pública, destacan las jubilotecas como espacios de envejecimiento activo y participación, u otros del tercer sector como el espacio activo de cruz roja. No obstante, la mayoría de los recursos destinados se orientan más a la atención a la dependencia que a la promoción de la autonomía.
- La fragmentación administrativa y diversidad territorial: como se ha podido comprobar a lo largo de todo el texto, la fragmentación administrativa implica una gran complejidad en la atención desde el modelo de cuidados público. Si bien buena parte de los recursos se diseñan y financian desde los gobiernos regionales, las entidades locales tienen la capacidad de desarrollar otros como el SAD. Su resultado implica una fuerte diversidad de atención ya que pueden presentar diversos criterios de accesibilidad, oferta y precios. Teniendo en cuenta el conjunto de recursos y las diferentes necesidades de cuidados en algunas zonas territoriales, ello da lugar a algunas desigualdades entre la oferta y la demanda de cuidados, así como, de otras necesidades vinculadas como el transporte en las zonas más aisladas.

#### c) El caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Muchos de los retos de que se plantean en el caso de la CAV han sido ya planteados para Ipar Euskal Herria y la Comunidad Foral de Navarra. En todo caso, resumidamente, los principales retos que tiene planteados el sistema vasco de atención a las personas con dependencia son los siguientes<sup>42</sup>:

- La necesidad de impulsar la atención de las personas dependientes en el domicilio y de revertir la pirámide de atención, reforzando el cuidado profesional y apoyando al mismo tiempo el cuidado informal. Como en otros territorios, el modelo de atención a las personas mayores dependientes está en Euskadi todavía excesivamente basado en el apoyo residencial e insti-

---

<sup>42</sup> Algunas de estas orientaciones coinciden, en lo esencial, con las que se plantean en el borrador de la evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV, que apuesta por invertir la pirámide de atención, impulsando la atención, primaria y secundaria, en la comunidad; promover un nuevo equilibrio entre el cuidado institucional y familiar, en favor del primero; y transformar el modelo de centros residenciales y servicios de alojamiento.

tucional. El apoyo que reciben las personas que residen en sus domicilios está todavía insuficientemente desarrollado, tanto desde el punto de vista de la cobertura como de la intensidad. Reforzar el apoyo en el domicilio requiere establecer programas reforzados de gestión de casos que permitan coordinar el conjunto de los servicios sociales y sanitarios que reciben las personas en su domicilio, y, sobre todo, flexibilizar, diversificar, enriquecer e intensificar los servicios de asistencia domiciliaria y facilitar el acceso a las adaptaciones domésticas y las ayudas técnicas que permitan hacer de la vivienda ordinaria el centro de la atención social.

- En ese marco, uno de los retos del sistema vasco de servicios sociales se refiere a la mejora de los servicios prestados a las personas cuidadoras. En ese sentido, se han dado pasos importantes para la elaboración de una estrategia sociosanitaria, de carácter integral, de apoyo a las personas cuidadoras que sin duda contribuirá a la mejora de los servicios que se ofrecen a las personas que prestan cuidados.
- Es también necesario, como se señala en el borrador de la evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAV, impulsar iniciativas de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, así como acelerar el proceso de transformación digital en la provisión de servicios.
- En lo que se refiere al acceso a los servicios, es necesario reflexionar en Euskadi sobre el papel de las prestaciones económicas que permiten acceder a servicios de titularidad privada, como la PEAP o la PEVS, como ocurre en Francia<sup>43</sup>. Si bien la normativa vigente en la CAV plantea de forma muy restrictiva estas prestaciones, y si bien el recurso a este tipo de cheques-servicio puede contribuir a debilitar el concepto de responsabilidad pública, no debe dejar de tenerse en cuenta que el acceso a los servicios sociales mediante prestaciones económicas se ha ido extendiendo en Europa, entre otras razones, debido a que permiten una mayor autonomía, control y capacidad de elección a las personas usuarias. Hay ámbitos en Euskadi –como el de la atención domiciliaria– que probablemente funcionarían mejor si se fomentara una mayor diversificación de las empresas proveedoras y la posibilidad de que sean las personas usuarias, y no la administración, quien contrate y defina la prestación del servicio. Este cambio exigiría sin embargo que las Administraciones reforzaran sus capacidades en cuanto a información y orientación a los usuarios y en cuanto a supervisión y evaluación de la atención, y requeriría en cualquier caso una primera aproximación experimental.
- Otro de los retos del modelo vasco de servicios sociales –aunque no sea exclusivo de los servicios sociales de la CAV– se refiere al impulso de un nuevo modelo de atención a la dependencia más personalizado y más flexible, más comunitario y mejor adaptado a las necesidades y a las expectativas de las personas usuarias. Este cambio de modelo pasa por una progresiva adaptación arquitectónica y ambiental de los centros residenciales, el impulso de las fórmulas de alojamiento alternativo (apartamentos tutelados y viviendas comunitarias), la adaptación de las ratios y perfiles de atención y el impulso de metodologías de intervención que verdaderamente pongan en el centro la autonomía de las personas usuarias. La próxima revisión del decreto que regula las condiciones de los centros residenciales para personas mayores permitirá sin duda avanzar en esa línea.
- Los datos que se han recogido en este informe ponen de manifiesto en qué medida el personal ocupado en el ámbito de los servicios sociales y, más concretamente, el personal ocupado en el ámbito de los servicios sociales de atención a la dependencia no ha dejado de crecer en la CAV en los últimos años. Los datos recogidos también ponen de manifiesto, sin embargo, que la tasa de ocupación en el sector podría ser mayor si se acercara a la que se registra en Ipar Euskal Herria y en la mayor parte de los países de Europa, y que existe por tanto un potencial importante de creación de empleo en el sector.

---

<sup>43</sup> Como hemos visto, también Navarra ha desarrollado una prestación de este tipo para el acceso a los servicios de asistencia domiciliaria.

Por otro lado, es importante tomar medidas relacionadas con la mejora de las condiciones laborales en el sector de los cuidados, teniendo en cuenta la diversidad de situaciones existentes en función del territorio histórico, la titularidad de los centros o los perfiles profesionales. Efectivamente, si algo caracteriza las condiciones laborales en el sector de los cuidados, es la desigualdad entre un sector de trabajadores/as con condiciones laborales razonablemente buenas y otro sector de trabajadores/as que trabajan en condiciones laborales muy precarias. Si bien no puede olvidarse que las condiciones laborales en el sector de los servicios sociales son en la CAV muy superiores a las que se registran en otras CCAA, y que la mejora de sus remuneraciones ha sido superior a la que se ha registrado para el conjunto de la economía, es evidente que la adecuación de las condiciones laborales –tanto en lo que se refiere a la remuneración, como en lo que se refiere a las posibilidades de formación, la supervisión profesional y la prevención de los riesgos laborales– es una de las asignaturas pendientes de los servicios sociales vascos. En ese contexto, la atención debería ponerse en los sectores más desprotegidos, como el de las mujeres –a menudo extranjeras– que trabajan como internas en los domicilios de las personas que atienden.

- La cuestión de las condiciones laborales está estrechamente relacionada con la cuestión de la sostenibilidad económica del sistema y, por tanto, con la cuestión de los costes de los servicios y con la cuestión de su financiación. En lo que se refiere al gasto destinado a los servicios vinculados al envejecimiento, sería conveniente combinar la mejora de las coberturas con la mejora de las ratios de atención y la mejora de las condiciones laborales. Es necesario crear más plazas, atender mejor a las personas ya atendidas y remunerar mejor a las personas profesionales, sabiendo en cualquier caso que los tres objetivos pueden no ser igualmente prioritarios –dependiendo de la situación en cada territorio– y que avanzar de forma muy decidida en un sentido puede impedir avanzar suficientemente en otro, salvo que la disponibilidad presupuestaria sea ilimitada.

Desde el punto de vista de la financiación de los servicios de atención a la dependencia, la experiencia francesa podría resultar de interés en la CAV: en primer lugar, sería conveniente reflexionar sobre la posibilidad de establecer sistemas de financiación finalistas, como cotizaciones o impuestos específicos, tal y como se hizo en su momento en el Estado francés<sup>44</sup>; en segundo lugar, es imprescindible consolidar, clarificar y reforzar la participación financiera de otros sistemas –especialmente el de Salud– en la financiación de los Servicios Sociales y, específicamente, de los servicios residenciales; finalmente, sería conveniente revisar el sistema de participación económica de las personas usuarias, tendiendo –como establece la Ley de Dependencia y aprovechando la experiencia francesa– hacia modelos de triple tarificación, que diferencie el tratamiento de los gastos hoteleros y de los gastos derivados de la atención a la dependencia. Es posible que un cambio de esas características no implique una reducción de las tasas medias de copago en Euskadi, pero traería consigo sin duda una mayor transparencia y una mayor racionalidad en la financiación de los servicios residenciales.

- Probablemente, el principal reto de los servicios sociales vascos se relaciona con su ordenación territorial y su arquitectura institucional. Como se ha explicado en el informe, las competencias respecto a la regulación, la planificación, la financiación y la gestión de los servicios sociales están repartidas entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones y los ayuntamientos, a los que se ha encomendado –independientemente de su tamaño– la provisión de una serie de servicios esenciales en el marco de un modelo comunitario y preventivo de servicios sociales. Este modelo descentralizado y desconcentrado responde a la trayectoria histórica de los servicios sociales y permite seguramente una buena adaptación a las características de cada territorio; genera también sin embargo problemas importantes, relacionados con la fragmentación de los agentes, las desigualdades de la ciudadanía en el acceso a los derechos sociales, el excesivo peso de la autonomía local y foral sobre el funcionamiento del sistema, las dificultades para el liderazgo o los obstáculos a la continuidad de la atención (Arrieta, 2019).

---

<sup>44</sup> En ese marco, como ya se ha señalado en otros trabajos de sobre el bienestar social en Euskal Herria, sería conveniente reflexionar sobre la posibilidad de afectar una parte de la recaudación del impuesto de sucesiones y donaciones a los gastos en envejecimiento, en la medida en que permitiría una mutualización mucho más amplia del riesgo de dependencia (Zalakain, 2019).



Para hacer frente a esas dificultades –además de reforzar de las herramientas comunes que prevé la Ley de Servicios Sociales<sup>45</sup> y sin necesidad de modificarla– sería conveniente avanzar hacia el refuerzo de estructuras comarcales de servicios sociales, que, como ocurre con las Organizaciones Sanitarias Integradas en el caso de la salud, asumieran de forma conjunta la prestación de servicios de atención primaria y secundaria. En ese sentido, podría ser aconsejable tender hacia una cierta difuminación de esos dos niveles de atención y, sobre todo, hacia una atribución más flexible de las responsabilidades sobre cada tipo de servicio a cada administración, en función de las características específicas de cada territorio y mediante herramientas que en la actualidad ya existen, como los consorcios interadministrativos de servicios.

- El reto del espacio sociosanitario. La pandemia del COVID ha puesto de manifiesto, por otra parte, en qué medida es necesario articular mejor en Euskadi el espacio de coordinación sociosanitaria. En ese contexto, además de avanzar en los proyectos pendientes relacionados con la coordinación sociosanitaria, sería conveniente clarificar y mejorar la atención sanitaria que se presta a las personas usuarias de los centros residenciales para personas mayores, sobre la base de que corresponde al sistema de salud prestar una atención sanitaria de calidad a toda la ciudadanía, preferentemente desde los servicios de salud de nivel primario, independientemente de su lugar de residencia.
- El reto de la investigación, la evaluación y la garantía de la calidad. Como ya se ha señalado en otros documentos realizados en el marco de reflexión abierto por Eusko Ikaskuntza (Zalakain, 2019), dada la importancia que ha adquirido en los últimos años el sistema de servicios sociales, resulta necesario avanzar en el desarrollo de iniciativas orientadas a la innovación y la gestión del conocimiento en este ámbito. Frente al desarrollo técnico y profesional que han alcanzado otras ramas de las políticas sociales, como la Educación o la Salud, el sector de los Servicios Sociales carece aún de una estructura suficientemente articulada para la gestión del conocimiento y el impulso de la innovación. Desde ese punto de vista, es necesario articular en el ámbito de los Servicios Sociales centros e iniciativas solventes de I+D+i orientadas a identificar las necesidades sociales, garantizar la calidad de la atención, mejorar la formación de los y las profesionales, impulsar la práctica basada en la evidencia y evaluar el impacto de las políticas que se desarrollan en este ámbito.

---

<sup>45</sup> Cabe hacer referencia en ese sentido al Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales, la Alta Inspección de Servicios Sociales, el Observatorio y el Sistema de Información de Servicios Sociales, el Consejo Vasco de Servicios Sociales o los propios equipos técnicos del Departamento.



## 5. Referencias

Aguilar-Hendrickson, M. (2014) *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España*. FOESSA.

Aguilar-Hendrickson, M. (2020), "Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?", *International Journal of Sociology and Social Policy*.

Ararteko (2016), *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma Vasca. Situación actual y propuestas de mejora*. Serie: Informes Extraordinarios, Vitoria-Gasteiz, 185 pp.

Arrieta, F. (2019) *El archipiélago del bienestar. Los servicios sociales en el País Vasco*. Serie: Investigación y Debate n. 268, Madrid, Los Libros de la Catarata, 253 p.

Díaz-Veiga, P., & Sancho, M. (2013). Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(3), 101-102.

Larbi, K., Roy, D. (2019). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. *Insee Première*, n° 1.767.

Leturia, M., Mendieta, A, Carcavilla A, y Zalakain, J. (2019) *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia*. *Revisión internacional*. Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 380 p.

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. y Rodríguez, P. (2014). *Modelo de Atención Centrada en la Persona*. Cuadernos prácticos. Vitoria: Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.

Martinez-Virto, L. y Hermoso Humbert, A. (2020). Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad. *Revista Española de Sociología*. En prensa.

Martínez Virto, L., Sánchez Salmerón, V. (2019). Regional inclusion policies in Spain: new approaches and keys to their effectiveness. *Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research*, (44), 17-28.

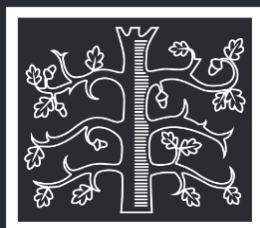
Observatoire Nationale du Domicile (2018). Tarif APA. Étude des réalités départementales.

Observatorio de la Realidad Social (2020). III Informe sobre la dependencia en Navarra 2019. Serie: Informes Anuales del Observatorio, Pamplona, Gobierno de Navarra, Departamento de Derechos Sociales, 73 p.

SIIS Centro de Documentación y Estudios (2020). Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España. *Zerbitzuan*, n. 72, p. 77-90.

Zalakain, J. (2017). Atención a la dependencia en la UE: Modelos, tendencias y retos. *Revista Derecho social y empresa*, 8, 19-39.

Zalakain, J. (2019). Desigualdad, exclusión y cuidados en los territorios de Euskal Herria: retos, fortalezas, consensos, disensos y posibilidades de avance. En: XVIII Congreso de Estudios Vascos *El futuro que nos (re)une: Congreso del Centenario*. Donostia-San Sebastián, Eusko Ikaskuntza-Sociedad de Estudios Vascos, p. 465-480.



**EUSKO  
IKASKUNTZA**  
Asmoz ta Jakitez