

LA FAMILIA Y LAS POLÍTICAS DE APOYO A LAS FAMILIAS

Demetrio Casado

Seminario de Intervención y Política Sociales (SIPOSO)

1. FAMILIA Y FUNCIONES DE LAS FAMILIAS

El tema que se me ha encomendado debería llevarme a comenzar por el concepto de **familia**. Pero ocurre que el mismo es problemático: “Es la más universal de las instituciones sociales, pero sus formas históricas han sido demasiado diversas para subsumirlas en un único concepto.” (Iglesias de Ussel, 1998: 293) Viniendo a nuestro ámbito social presente, nos encontramos con diversas formas de familias y, también, con distintas visiones de las mismas. Sirvan como ejemplo las relativas a la composición del grupo familiar. La versión más amplia abarca a las personas vinculadas por relación conyugal, paterno-filial -o asimilada- y otra clase de parentesco. En su sentido más limitado, el grupo familiar se reduce a los cónyuges y descendientes que viven juntos.

Para, de acuerdo con el encargo recibido, reseñar las políticas de apoyo a las familias, debo salvar esa dificultad conceptual. Y voy a hacerlo refiriéndome a las **funciones del grupo familiar**. Esta opción concuerda con la convocatoria del XXXIII Curso de verano-XXIX Jornadas de coordinación de Defensores del Pueblo: “La familia es una institución, diversa en su morfología, pero con unas pocas funciones propias...” Y es la que se adoptó en la Nota conceptual para la Conferencia Internacional sobre la Familia de Doha, celebrada los días 16 y 17 de abril 2014:

“Aunque existe un reconocimiento universal sobre la importancia de la familia, no se ha alcanzado un consenso formal sobre su definición, lo que puede ser un obstáculo para un diseño y puesta en práctica efectivos de políticas familiares. Por eso, resulta más eficaz centrarse en las funciones de la familia y en la evaluación del impacto de esas políticas desde el punto de vista de la familia.”

<http://www.difi.org.qa/app/wa/ca.fusiondev.fdevent.FDEventDirectAction/viewEventDocument?docId=54> (traducción tomada de *IFFD Papers* n° 31, 2014: 2).

Para la acotación de las políticas familiares, se registran visiones diferentes de las funciones de la familia. La más restrictiva se limita a las de procreación y socialización de los hijos. Por mi parte y para el efecto citado, añadido al ámbito paternal el conyugal y el de los otros parientes e incluyo los intercambios personales, sociales y económicos.

2. DOS FUNCIONES BIOSOCIALES

En esta exposición, no puedo abarcar todas las funciones susceptibles de ser objeto de las políticas de apoyo a las familias; por ello me limitaré a sus contribuciones a la crianza hasta los tres años y la atención básica en las situaciones de dependencia funcional. Este segundo componente queda fuera de la concepción que limita las políticas familiares a aquellas que tienen por objeto ayudar sólo a las familias con hijos menores a cargo (Flaquer, 2003: 11). Incluyo la atención familiar a las situaciones de dependencia en virtud de su extendida práctica en el ámbito familiar. Por lo demás, aparte de su importancia social, es muy representativa de la gratuidad y la reciprocidad propias de las relaciones familiares (Fantova, 2010: 27).

En cuanto a su contenido, la atención familiar no alcanza a la provisión de ciertas prestaciones técnicas –de carácter médico, por ejemplo-, pero tiene una potencialidad que, por lo común, rebasa la provisión de cuidados funcionales e incluye la compañía, la convivencia, la familiaridad, la afectividad (Sánchez Reinón, 2012: 199).

La familia es una estructura con características diferenciales –respecto a otros mamíferos- en las especies humanas. El conocimiento paleontológico nos aporta información y una interpretación plausibles relativas a los factores generales del hecho (Arsuaga y Martínez, 1998: 90-107, 189-195 y otras). Los simios antecesores del *Homo sapiens sapiens* desarrollaron la bipedestación y el empleo de sus extremidades superiores para tareas como tomar frutos de los árboles y

otros alimentos y materiales. Esto trajo consigo dos efectos importantes y un problema vital. La práctica antecesora de la manipulación generó el desarrollo del cerebro y su crecimiento de tamaño, así como del cráneo. La posición erecta produjo un estrechamiento de la pelvis y la angulación del canal de salida del feto. La conjunción de ambos cambios dio lugar a una creciente dificultad del parto, que sería salvada mediante el alumbramiento de crías muy inmaduras. Circunstancia ésta que trajo aparejada para las mismas una dependencia del cuidado adulto más intenso y prolongado que en otras especies de mamíferos. La familia humana fue una buena solución para esa necesidad; y sería la base de otras funciones de relación y ayuda diferentes a la crianza.

Las sociedades humanas han generado la capacidad de enmendar la plana a la naturaleza, de modo que resulta necesario examinar el conocimiento disponible sobre los modos adecuados de cubrir en nuestras circunstancias las necesidades naturales de compañía y cuidados. Ello nos lleva a referencias filosóficas y a evidencias empíricas.

En lo que concierne a la **crianza**, hemos de comenzar recordando que la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, aprobada en 1989, adopta el principio del "interés superior del niño". Lo establece en relación con las actuaciones de los poderes públicos (art. 3.1) y con la responsabilidad de los padres u otros representantes legales (art. 18.1). Pasemos ahora al conocimiento empírico y a las prescripciones derivadas del mismo (Casado y Sanz, 2012: 5-8; Casado: 2013a: 13-15).

Las importantes evidencias logradas sobre los beneficios de la lactancia natural han posibilitado un amplio consenso europeo sobre el asunto (EUNUTNET, c 2006); del mismo extraigo (puntos 6 a 8) estas prescripciones generales: 1) lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses; 2) "continuación del amamantamiento hasta los 2 años o más" con alimentación complementaria. Este criterio es compartido por la entidad sanitaria de Naciones Unidas; veámoslo en un texto que asocia lactancia natural y materna:

"La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida, y mantenerla como única forma de

alimentación durante los 6 meses siguientes; a partir de entonces se recomienda seguir con la lactancia materna hasta los 2 años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.” (www.who.int, consultada el 2.VIII.2012).

Cuando no es posible el amamantamiento directo, cabe recurrir a la extracción de la leche materna para su administración inmediata o aplazada; esto, por ejemplo, en casos de separación de la madre y del lactante por trabajo, viaje, hospitalización u otras circunstancias. En las separaciones prolongadas, aparte de la lactancia, se plantea la cuestión de la procura de apego seguro, a lo que me referiré después.

Por la fuerte emergencia en nuestras sociedades del recurso a establecimientos colectivos sustitutorios de los cuidados domésticos de crianza, se ha investigado el riesgo de infecciones que lleva consigo tal opción: “la asistencia a guardería podría ser la responsable de entre un 33% y un 50% de los episodios de infecciones respiratorias y gastroenteritis en la población expuesta” (Ochoa, 2011).

También se ha investigado sobre la satisfacción de las necesidades mentales del niño, en especial la de vinculación o apego seguro, el cual previene el riesgo de trastornos de salud mental y para un desarrollo general adecuado. El manifiesto “Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos” (VV. AA., 2009) ofrece una conclusión que avala la indicación familiar para la crianza en su primer tramo:

“Desde hace más de un siglo se conoce la gran importancia que supone para toda la vida del niño y del futuro adulto disponer a su lado, desde el nacimiento y durante los primeros años de la vida, de una o dos figuras de vinculación suficientemente próximas y suficientemente estables en el tiempo.”

Por supuesto, la indicación de la crianza familiar directa choca en algunos casos con dificultades importantes. Mas, éstas no deben llevar a desentenderse de las prescripciones previstas para la situaciones no problemáticas, sino a procurar

su viabilidad. La extracción de leche de la propia madre, antes citada, o los bancos de leche, pueden servir como ejemplos técnicos. La Carta Europea de los Niños Hospitalizados (Parlamento Europeo, 1986), que postula minimizar la separación del paciente infantil de su familia, es un ejemplo político.

Afortunadamente, la indicación del protagonismo familiar en la crianza coincide con las aspiraciones de una gran parte de la población; véase la tabla.

Tabla 1

LA MANERA MÁS VIABLE Y REALISTA DE COMBINAR
EL TRABAJO Y EL CUIDADO DE LOS NIÑOS

Maneras	%
Uno de los padres trabajando a tiempo completo y el otro a tiempo parcial	41
Uno de los padres trabajando a tiempo completo y el otro dedicándose a tiempo completo al cuidado de los niños	25
Ambos padres trabajando a tiempo completo	22
Ambos padres trabajando a tiempo parcial	8
No sabe/ no contesta	5

Pregunta 4. "La combinación del trabajo y el cuidado de los niños puede organizarse de diferentes maneras. Le voy a leer diferentes opciones, por favor dígame ¿cuál considera que es la más viable y realista, teniendo en cuenta que es necesario ganarse la vida?"

Fecha: Septiembre de 2008.

Base: Todos los encuestados (1000 por cada país).

% UE 27.

Fuente: European Comision (2008), "Family life and the needs if an aeging population", *Flash Eurobarometer*, nº 247, The Gallup Organitacion, Hungary, p. 27.

Puede objetarse que ni las jornadas laborales parciales ni, incluso, la abstención o suspensión del trabajo por parte de uno de los padres son medios

seguros para situaciones de enfermedad, u otras eventualidades, que dificulten gravemente o imposibiliten la dedicación parental a la crianza. Por esta circunstancia, aparte de los apoyos que provean las políticas públicas –de los que trataré después- resulta aconsejable la participación en la crianza de ambos cónyuges y la asociación a la misma de otros familiares y próximos (Fantova, 2010: 26). La evolución, mediante la menopausia, proveyó a que las abuelas estén disponibles para ayudar a sus hijas en la crianza de los nietos (Arsuaga, J. L., 2012: 314-316). La cultura –mediante la idea del envejecimiento activo, entre otras- postula que los abuelos, sin distinción de sexo, hagan lo dicho.

Paso seguidamente a la **atención a las personas en situación de dependencia funcional** derivada de discapacidades o pérdidas funcionales graves. También aquí, siguiendo un trabajo anterior (Casado, 2013b), expondré información empírica, interpretaciones y prescripciones seleccionadas desde el punto de vista de la participación familiar en dicha práctica de ayuda.

La antropología y la historia nos dan noticia de algunas prácticas de marginación y aun eliminación de personas afectas de incapacidad. La visión generalizadora de aquellas que adoptan fuentes extracientíficas choca con información de signo contrario incluso en las especies antecesoras del *homo sapiens sapiens*. En las excavaciones de la Sierra de Atapuerca (Burgos) se hallaron los restos de un adulto del *Homo heidelbergensis* afecto de deficiencias graves derivadas de una enfermedad degenerativa; vivió hace más de medio millón de años (Bonmatí, 2010). Se trata de un individuo fallecido a una edad avanzada en su contexto filogenético -más de 45 años-. Como las deficiencias que sufrió le impedían la caza y el autovalimiento resulta evidente que sobrevivió dependiendo de ayuda de sus próximos. El citado hallazgo es convergente con otro realizado, en Shanidar (Irak), algunos años antes en restos de neandertales -especie posterior a la *heidelbergensis* – con alteraciones óseas, algunas graves, sufridas con anterioridad al tiempo de su muerte (Trinkaus y Zimmerman, 1982).

La historia de nuestra especie nos informa de la hospitalización indefinida de personas afectas de enfermedades crónicas y discapacidades graves. Pero debe entenderse que ese medio de ayuda no era general para las situaciones de dependencia funcional, sino que estaba destinado principalmente a aquellas en las

que concurría la circunstancia del desamparo. Dije principalmente para salvar la excepción correspondiente a ciertos padecimientos mentales, a los que me refiero seguidamente.

Hasta muy avanzado el pasado siglo, era práctica general la asistencia psiquiátrica de las alteraciones graves y crónicas de la salud mental mediante los hospitales psiquiátricos. La observación de los efectos insalubres de ese medio – aparte de su inhumanidad- fueron afrontados mediante un movimiento de reforma, el cual adoptó un enfoque comunitario (García González, 2009).

Dicho enfoque viene siendo seguido también en posicionamientos muy relevantes relativos a la atención a las situaciones de dependencia. Tal es el caso de la *Recomendación n° (98) 9* del Comité de Ministros a los Estados miembros del Consejo de Europa relativa a la dependencia, cuyo inciso final incluye la siguiente prescripción: “Las prestaciones deberán ser atribuidas y concedidas tanto a las personas que viven en su domicilio como a las que residen en instituciones. Sin embargo, el mantenimiento en domicilio debe favorecerse.” (1998: Anexo, 3.1)

En la fuente citada se afirma que “La permanencia en el domicilio es generalmente preferida por la persona dependiente.” (Consejo de Europa, 1998: Anexo, 3.5). La tabla muestra información convergente de potenciales afectados españoles.

Tabla 2

¿Dónde preferiría vivir Ud. si llegara a necesitar cuidados? Porcentajes

	Sexo			Edad				
	Hombre	Mujer	Total	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 y +	Total
En su casa, aunque sea solo/a	14,5	16,1	15,4	11,4	17,7	16,2	16,2	15,4
En la casa de un hijo/a o de otros familiares	46,0	46,2	46,1	43,8	40,2	50,3	50,4	46,1
Compartiendo una vivienda con otras personas	0,8	1,4	1,2	1,1	2,0	0,5	1,0	1,2

En una residencia/urbanización para mayores	22,4	15,3	18,3	21,7	18,0	16,3	17,2	18,3
En otro lugar	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2
NS.NC	16,2	20,8	18,8	21,7	22,0	16,4	15,2	18,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Imsero, Encuesta de mayores 2010, www.imserosmayores.csic.es

La observación común nos muestra que la atención familiar a una buena parte de las situaciones de dependencia supone y requiere renuncias –personales y profesionales- y esfuerzos -físicos y mentales- grandes. Por ello, es obligado preguntarse por la viabilidad de esa fórmula de acompañamiento y cuidado; viabilidad que parecen confirmar tanto la práctica social como la información sobre la satisfacción de los cuidadores –la que sigue fue obtenida en 2005-:

“El cuidado a mayores y enfermos del propio hogar genera un grado de satisfacción significativamente superior a la mayoría de tareas domésticas (como limpiar, fregar o cocinar) y al empleo. La satisfacción con el cuidado a mayores dependientes es similar a la que producen las reparaciones en el hogar y el estudio, e inferior a la generada por las relaciones familiares y el cuidado a niños.” (Roger García, 2010: 326).

No obstante lo anterior, pienso que es prudente no desentendernos de las cargas y los riesgos de la atención familiar a la dependencia. Para empezar, parece conveniente que el cuidador principal no sea único. La participación de otros cuidadores familiares entraña la posibilidad de enriquecer el acompañamiento, así como de contribuir a la seguridad de los cuidados. Para el cuidador principal, los colaboradores son un medio de alivio de su carga mental y física. Entiendo, por lo demás, que la opción familiar no excluye contar con servicios del hogar o de organizaciones. De los públicos hablaré después.

La asunción de la idoneidad de la atención familiar a las personas con déficits funcionales parece haber inspirado la regulación de las familias de acogida. Esta figura tuvo un desarrollo temprano vigoroso en Guipuzcoa (Ribo, 1997).

3. MEDIDAS DE APOYO DIRECTO

Según se indica en un reciente informe del Ararteko (2014: 33-34), la acción pública a favor de las familias se canaliza mediante políticas “directas” e “indirectas”. Las primeras están destinadas a aquellas de modo específico; las segundas tienen objetos no específicamente familiares, pero incluyen medidas de interés para las familias. Este apartado está dedicado a las directas. Por limitaciones de formato –aparte de las del autor-, salvo una excepción, me limitaré al ámbito del Estado central.

Voy a comenzar por una línea de acción que no suele incluirse en las descripciones de las políticas familiares: la de **información, orientación y capacitación**. La sitúo en primer lugar por su orientación potenciadora de la capacidad familiar.

Según puede verse en un reciente trabajo promovido por el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (Sanz, 2014), las Comunidades Autónomas (CC AA) –aparte de diferentes entidades privadas- están ofreciendo a la población estas tres clases de medios informativos y formativos: cartillas de salud pediátrica y documentos similares, calendarios del desarrollo infantil y guías de crianza. Esta práctica merece aplauso pues, como es sabido, una gran parte de los progenitores adolecen de importantes carencias del conocimiento necesario para la crianza idónea. La pauta tradicional de transmisión intergeneracional falla por, entre otras circunstancias, los cambios en las prescripciones.

Por su potencialidad, es muy deseable que la acción informativa y formativa indicada supere las limitaciones de extensión y contenidos que presenta en la actualidad (Sanz, 2014: 17-22). Las cartillas pediátricas se entregan con ocasión de las visitas a los servicios de la especialidad. Pero no se ha arbitrado un medio de acceso fácil y seguro a los calendarios y a las guías. Por lo demás, sólo una parte de las Comunidades las publican; por lo general mediante consejerías competentes en asuntos familiares. En cuanto a los contenidos, ocurre que sólo algunos de los documentos en cuestión se refieren a la gama completa de las facetas del desarrollo infantil y de la crianza. Tomando como referencia el “interés superior del niño” y la facilidad de conocer la documentación publicada, especialmente en España, es lamentable sin paliativos ese fallo de aprovechamiento de la misma.

En cuanto a la atención familiar a las situaciones de dependencia funcional, es muy importante el apoyo a los cuidadores; el cual se practica de modo estimable en países del norte y del centro de Europa (Rodríguez Cabrero, 2011: 36). En España, algunas entidades privadas mantienen programas y servicios para dicho objetivo; sirvan como ejemplo la asociación Párkinson Madrid y el servicio Ayuda a cuidadores familiares de personas con demencia (<http://www.uspceu.com>). Tales actividades incluyen información, orientación y capacitación. En la esfera pública, es obligado destacar el segundo componente de la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales (PECEFYACnP), regulada por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) (art. 18).

La LAAD regula el ACnP en estos términos: “El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia [SAAD] promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.” (art. 18.4). Se trata, pues, de una acción discrecional para el sector público y de acceso no garantizado para los usuarios. Y es del caso aclarar que dichas circunstancias negativas no han sido superadas mediante disposiciones reglamentarias ni por acuerdos de gestión. En reunión de 22 de septiembre de 2009, el Consejo Territorial competente en la aplicación de la LAAD, aprobó un Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales; se publicó mediante Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo. El Acuerdo no contiene garantía de acceso a una oferta determinada de apoyos a dichos cuidadores ni aboca a ella. El Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del SAAD incluye la relativa a los requisitos y condiciones de acceso a la PECEFYACnP, pero no contiene ninguna disposición que garantice el derecho a la segunda parte de la misma: el apoyo a cuidadores no profesionales.

En una búsqueda mediante internet (realizada por el Centro Español de Documentación sobre Discapacidad el 24 de enero de 2014) se observó que nueve

CC AA habían ofertado y/o estaban ofertando medios correspondientes al ACnP. Las iniciativas eran muy diversas: formación presencial, disponibilidad de medios escritos de carácter formativo, atención e información telefónica, ayuda económica para descanso del cuidador, servicios de respiro. Esto muestra la interesante potencialidad del componente prestacional en cuestión, así como la inseguridad de su provisión y acceso. De lo que se sigue un objetivo de la política familiar obvio: conferir al ACnP estatus de obligatoriedad pública y garantía de acceso para los beneficiarios.

Paso ahora a una clase de medidas caracterizada por ser aplicables, aparte de otros objetivos (Valiño, 2011: 172-173), a la **conciliación autónoma de la vida familiar y laboral**; el adjetivo "autónoma" quiere indicar que las medidas de referencia no consisten en servicios que sustituyen a la actividad cuidadora de las familias. Antes de entrar en dicha materia, debo exponer las limitaciones de la reseña que sigue. Las relaciones laborales y la protección social están estructuradas en varios bloques institucionales del sector privado y del sector público –funcionarios civiles, militares, cuerpos de seguridad-. Por limitaciones de espacio, me reduciré a la legislación laboral y a la Ley General de la Seguridad Social (LGSS). Las mismas regulan amplias gamas de medidas de la clase indicada (Casado, 2010: 57-62) que, nuevamente por limitaciones de espacio, no puedo reseñar de modo exhaustivo. Seleccionaré las que considero más relevantes en relación con las dos funciones familiares focalizadas en esta exposición

Para la fase previa a la crianza y para la misma, la Ley de prevención de riesgos laborales cubre los relativos al embarazo y la lactancia, incluso en situaciones críticas (Casado, 2010: 59 y 61-62). Las medidas previstas al efecto consisten en cambios de las condiciones y tiempo de trabajo, cambio de puesto de trabajo, suspensión de contrato y prestación económica sustitutoria del salario, y permisos para realizar exámenes médicos.

El Estatuto de los Trabajadores (ET) y la Ley General de Seguridad Social regulan interrupciones y reducciones de la actividad laboral de finalidad conciliatoria de las dedicaciones laborales con las familiares (Casado, 2010: 60-61). De tales medidas, pues se refiere a un periodo crítico, merece ser destacada la suspensión de contrato por un tiempo de hasta 16 semanas en el tiempo

inmediatamente anterior y posterior al parto (ET, art. 45.1d y 48.4). Esa pausa cuenta con subsidio del 100% de la base reguladora (LGSS, arts. 121.1 y 133 bis y ss); en el caso de que los interesados no cumplan los requisitos de cotización y otros exigidos, la cobertura económica es de carácter no contributivo. Tras el parto, una fracción del tiempo de suspensión puede ser utilizada por el padre.

Teniendo en cuenta las prescripciones para la lactancia anteriormente expuestas, resulta obvio que la suspensión de contrato subsidiada por alumbramiento debería alcanzar una duración de al menos seis meses. Para valorar esta propuesta, conviene saber que esa duración se alcanza y se supera en algunos países de la Unión Europea, como Suecia (Vila, 2011: 161).

Los padres que quieran y puedan –factor de efecto social importante– suspender su actividad laboral para concentrarse en la crianza tienen la posibilidad de pasar a la situación de excedencia. El Estatuto de los trabajadores reconoce el derecho a esa situación por un periodo no superior a tres años para la atención de cada hijo biológico o adoptivo, y también en los supuestos de acogimiento (art. 46.3).

El Estatuto de los trabajadores regula también la situación de excedencia para la atención de familiares hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad con afectaciones asimilables a la dependencia funcional. En tales casos, la excedencia no puede tener una duración mayor de dos años (art. 46.3).

La crianza 0-3 y la atención a las situaciones de dependencia generan costes monetarios por consumos de bienes y servicios adicionales. Por otra parte, el desempeño familiar de dichas funciones de modo exclusivo, o con intensidad incompatible con la actividad laboral de jornada completa, genera costes de oportunidad también económicos –aparte de los personales-. La acción pública familiar provee a compensar estos costes por diversos medios monetarios de carácter fiscal y prestacional. Nuevamente por limitaciones de espacio, me referiré sólo y de modo selectivo a una muestra de las **prestaciones familiares monetarias no laborales**; de las relacionadas con el trabajo ya vimos anteriormente el subsidio de la Seguridad Social vinculado a la interrupción de contrato por nacimiento o adopción.

Tanto el Estado central como las CC AA ofertan una amplia gama de prestaciones familiares en gran parte de carácter económico relacionadas con la crianza 0-3 (Gómez de la Torre y López, 2011: 195-221). En esa clase de acción protectora, la Seguridad Social es, con gran diferencia, el agente más importante. Veamos las principales de sus prestaciones aplicables a la citada etapa 0-3 de la crianza. Los valores en euros para 2014 que cito fueron establecidos por el Real Decreto 1045/2013, de 27 de diciembre, sobre revalorización de las pensiones del Sistema de la Seguridad Social y otras prestaciones públicas para el ejercicio 2014 (disposición adicional quinta).

La prestación de mayor alcance subjetivo es la asignación económica periódica por hijo o menor acogido a cargo. Se destina a las familias de bajos ingresos: para el caso de un hijo, el límite anual es de 11.519,16 euros; para dos y más hijos, se incrementa ese límite. La cuantía de la asignación es de 291 euros anuales. La misma se incrementa sensiblemente en los casos de niños afectos de discapacidad: 1.000 euros para afectaciones iguales o superiores al 33% -por el ámbito subjetivo de esta exposición, me excuso de indicar los valores establecidos para hijos con discapacidad para hijos mayores de 18 años-.

También cuenta la Seguridad Social con prestaciones económicas familiares de pago único. Las previstas para partos y adopciones múltiples varían su cuantía según el número de niños: 4 veces el importe mensual del salario mínimo interprofesional, para 2; 8, para 3; y 12, para 4. También existe una prestación económica unitaria para los casos de nacimiento o adopción de hijo en supuestos de familias numerosas y monoparentales, y de madres con discapacidad. Está limitada a familias con ingresos reducidos; la cuantía de la prestación para 2014 es de 1.000 euros.

Pasando a las situaciones de dependencia funcional, vuelvo a centrarme en la Seguridad Social, que cuenta con varias prestaciones monetarias para la protección en las situaciones de déficit funcional grave (Casado, 2006-2007: 87-91). De tales prestaciones, me referiré a la prevista para la contingencia de gran invalidez. Hago esta elección por dos circunstancias: 1) dicha contingencia coincide con la dependencia funcional focalizada en esta exposición; 2) su

protección actual, aparte de antecedentes previos, deriva de norma tan veterana e importante de nuestra Seguridad Social como su Ley de Bases de 1963 (base octava).

La Ley General de la Seguridad Social define la gran invalidez en estos términos: “Se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.” (art. 137.6). Y protege dicha situación mediante un complemento “equivalente al resultado de sumar el 45 por ciento de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30 por ciento de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia de la que derive la incapacidad permanente.” (art. 139.4).

La publicidad de que viene siendo objeto la LAAD ha dejado en la sombra este interesante medio de apoyo a la permanencia en el hogar de personas afectas de dependencia. Debo notar que sólo tienen acceso a la citada protección los trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social que sufren la citada contingencia antes de la edad de jubilación y que cumplen los requisitos reglamentados de cotización. A la vez, debo indicar que la Seguridad Social cuenta con otras prestaciones monetarias para situaciones de dependencia o próximas no cubiertas por el complemento de gran invalidez (Casado, 2006-2007: 89).

Como quedó dicho, la LAAD estableció la “Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales” (art. 18). Procede indicar que el primer elemento de ese par (PECEF) fue objeto de estas dos restricciones: 1) asignación de carácter prioritario a los servicios sobre las prestaciones económicas (art. 14.2) y 2) declaración de excepcionalidad de la PECEF (art. 18). Estas circunstancias dieron lugar a la cadena de hechos que resumo seguidamente a partir de un trabajo reciente (Casado y Fernández Pinar, 2013: 165-168).

Pese a las citadas restricciones, la PECEF fue objeto de mayor número de concesiones que cualquier otra. Este hecho fue criticado por parte de algunos

observadores sin intereses económicos o profesionales en el mismo. Y se opusieron vivamente representantes de entidades proveedoras de servicios concertables con las administraciones -según lo que prevé la LAAD (arts. 14.2)-, así como de al menos una asociación de profesionales. En esa campaña no se mencionó la deseable autonomía de los beneficiarios en la elección de prestaciones ni el significado de la PECEF en relación con el deseable enfoque comunitario de la aplicación de las políticas sociales.

El Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad dedica su título III a las de "racionalización del sistema de dependencia" (título III). Algunas de ellas incidieron en la PECEF.

En primer lugar, se introdujo un nuevo artículo en la LAAD (25 bis) que regula las incompatibilidades de las prestaciones. La PECEF, como las otras prestaciones económicas, sólo vinieron a quedar compatibles con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal y con el de teleasistencia, más esta interesante posibilidad adicional: "las administraciones públicas competentes podrán establecer la compatibilidad entre prestaciones para apoyo, cuidados y atención que faciliten la permanencia en el domicilio a la persona en situación de dependencia, de tal forma que la suma de estas prestaciones no sea superior, en su conjunto, a las intensidades máximas reconocidas a su grado de dependencia."

El Real Decreto-ley 20/2012 vino a suprimir (disposición adicional octava) la financiación por la Administración General del Estado de la cotización a la Seguridad Social, así como la correspondiente a acciones formativas. Beneficio éste que había sido establecido por el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo (art. 4.5).

Finalmente, la reforma redujo las cuantías máximas de la PECEF de modo especialmente acusado. Para mostrarlo de modo resumido, la tabla incluye los datos correspondientes a la variación de las cuantías máximas de dos prestaciones económicas alternativas: la vinculada al servicio (PEVS), destinada por la LAAD a la adquisición del mismo (art. 17); y la PECEF. Por simplificar, la tabla recoge sólo

los datos del grado III. En 2012 no aparecen niveles porque fueron suprimidos por el Real Decreto-ley.

Tabla 3

LAAD. Comparación de las cuantías mensuales (€) de la prestación económica vinculada al servicio (PEVS) y de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF). España, 2011-2012

Año	Grado	Nivel	Prestaciones			
			PEVS	PECEF		
			Cuantía	Cuantía	Cuota SS + FP	Suma
2011	III	2	833,96	520,69	164, 54	685,23
	III	1	625,47	416,98		581,52
	Medias		729,71	468,83		633,37
2012	III	-	715,07	387,64	-	387,64
Reducción para 2012 (%)			2,00	17,32	-	38,79

SS: Seguridad Social. FP: Formación Profesional.

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, anexo; y del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, disposición transitoria décima.

Voy a concluir este apartado refiriéndome a la acción pública de **colaboración con las familias en la provisión de cuidados básicos** de crianza y de atención a la dependencia. Es muy amplia la gama de los servicios directos a las familias (Fantova, 2011: 232-235). El adjetivo “básicos” deja fuera a servicios que proveen cuidados especializados, como los sanitarios. No los excluyo por

valorarlos menos, sino porque no pueden ser provistos por el común de las familias. Veamos algunos ejemplos: para la gestación y la primera edad, la asistencia sanitaria provee servicios especializados de ginecología, obstetricia, neonatología y pediatría. Para ciertas situaciones de dependencia funcional asociadas a patologías graves, juegan un papel importante los hospitales de media y larga estancia.

En el pasado, los poderes públicos –como los agentes privados- proveyeron a complementar la atención familiar a los niños de edad preescolar mediante servicios de guardería. Para valorar la adecuación de este medio habría que considerar las circunstancias de los usuarios y del servicio.

Tabla 4

GUARDERÍAS INFANTILES. ESPAÑA 1960-61

Sector institucional	Guarderías	Niños atendidos	
		N	%
Administración Central	64	6.001	40,7
Corporaciones Locales	12	802	5,4
Empresas	27	1.756	11,9
Iglesia	90	4.675	31,7
Otras entidades sociales	12	1.513	10,2
Totales	205	14.747	100,0

Fuente: Duocastella, R. (1961), "Las guarderías en España. Una encuesta de CESA", *Documentación Social*, nº 14, pp. 53 a 72.

Las prescripciones relativas a la lactancia para los niños menores de seis meses y aun de dos años son difíciles de cumplir en las guarderías comunes. En relación con esto, resulta oportuno señalar que, de las distintas alternativas institucionales, la guardería de empresa posibilitaba la proximidad de las trabajadoras madres a sus hijos y la lactancia materna. La satisfacción de las

necesidades afectivas en la primera edad infantil requeriría, como condición necesaria pero no suficiente, una ratio de niños por cuidadora –o cuidador- mucho más baja de lo en las usual.

Especialmente en el sector público de España, la guardería infantil viene siendo sustituida por la apertura de la escuela a partir de los 0 años. Las consideraciones de valoración expuestas para las guarderías son aplicables a las escuelas para niños menores de tres años. Y la asignación a la rama educacional de la amplia gama de cuidados –diferentes a la educación escolar- que demandan dichos niños me parece una opción al menos discutible. Y creo oportuno señalar que el celo que muestra España en la aplicación de la misma no viene respaldado por el consenso internacional; véase la tabla. Francia, que valora en alto grado la escuela, parece estar dando marcha atrás en la escolarización de los niños menores de 3 años. Suecia, con elevadas tasas de participación de la mujer en el mercado de trabajo, se abstiene de dicha práctica.

Tabla 5

EDUCACIÓN PRE-PRIMARIA (NIVEL 0).
NIÑOS ESCOLARIZADOS. UE. PORCENTAJES

Países	< 3 Años			3 Años		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
UE 27	3,2	4,3	6,0	61,5	72,5	78,8
Alemania	0,0	0,0	7,8	54,8	72,7	88,9
España	8,0	15,1	26,5	84,3	94,6	99,1
Francia	11,1	8,8	5,1	96,3	100,7	99,9
Reino Unido	2,8	3,0	3,1	54,1	77,6	83,4
Suecia	0,0	0,0	0,0	68,0	84,2	90,5

Fuente: EUROSTAT. Educación. Información tomada el 2.VII.2012. Elaboración de Manuel Sánchez Reinón.

La demanda más grave de intervención pública en la función de crianza es generada por las situaciones de orfandad o abandono de los progenitores sin suplencia de otros familiares. En tales casos, no cabe la colaboración, sino que debe proveerse a la sustitución mediante los diferentes recursos de la política de infancia. No debo entrar en ese campo, pero creo oportuno señalar la oportunidad en el mismo del enfoque comunitario, en especial mediante el acogimiento y la adopción.

La acción pública cuenta con una amplia ejecutoria en la creación y mantenimiento de servicios destinados a la atención de personas con discapacidad y/o de edad avanzada. Una parte de esa acción viene siendo realizada por el sector público para su propia dotación, en tanto que otra parte consiste en ayudas a y colaboraciones con entidades privadas, principalmente del tercer sector. La oferta pública de los servicios indicados recibió un impulso de gran importancia mediante la aprobación de la LAAD. Para no extenderme más de lo conveniente, me referiré sólo la aportación de dicha norma.

La LAAD regula servicios y prestaciones económicas. Voy comentar el catálogo de aquellos (art. 15) desde el punto de vista de su relación colaborativa con las familias en la provisión de cuidados básicos. Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal son el primer componente del catálogo; sólo regulado por la Ley en su parte de prevención (art. 21). Salvo que parece estar siendo ofrecido de modo diverso en las distintas CCAA, entiendo que no incluye apenas cuidados básicos. El servicio de teleasistencia (art. 22), segundo componente del catálogo, provee cuidados básicos puntuales pero críticos; de este modo es un buen medio para posibilitar la permanencia del usuario en su hogar o en el de familiares. El servicio de ayuda a domicilio (art. 23) aporta colaboración breve e intensa en la provisión de cuidados básicos y en las tareas domésticas; por ello, resulta muy indicado para facilitar la vida familiar de los usuarios. El servicio de centro de día (art. 24) puede proveer cuidados básicos -y algunos especializados- con una duración diaria, por lo general, no menor que la jornada laboral; de este modo, resulta muy indicado para posibilitar la participación en el mercado de trabajo de familiares cuidadores; en contrapartida, tiene el coste y los posibles inconvenientes (Fantova, 2010: 27) de una larga permanencia de los usuarios en los establecimientos.

El catálogo de la LAAD incluye también el servicio de atención residencial (art. 25). No es, obviamente, un medio de colaboración con sino de sustitución de los familiares –y/o empleados domésticos- en la provisión de cuidados básicos y otros. Mas no debe subestimarse la conveniencia de mantener las relaciones familiares de carácter personal y aun de colaboración funcional con los servicios.

4. DOS APUNTES DE MUESTRA

Según puede verse en el informe del Ararteko antes citado (2014), son numerosas las políticas no dirigidas específicamente a las familias que aportan apoyos a las mismas. Una parte importante de ellos son de aplicación individualizada: rentas mínimas y afines; acceso a la atención sanitaria, social y escolar; vivienda social y tarifas reducidas en el transporte urbano; protección económica de las situaciones de viudedad, orfandad, discapacidad e incapacidad y jubilación; etc. Otras políticas indirectas inciden en entornos condicionantes del desenvolvimiento familiar: amigabilidad de las ciudades, racionalización de los horarios laborales y de los servicios, extensión del teletrabajo y del trabajo a tiempo parcial, etc. Especialmente las de esta clase se ampliarán si se aplica la perspectiva de familia en la formulación de las políticas nacionales, según propone Naciones Unidas (Asamblea General, 2012). Por las limitaciones ya indicadas, nuevamente me limitaré a una muestra mínima de la acción pública indirecta.

Por la integración de España en la Unión Europea, nos afectan las políticas de la misma con incidencia en las familias. Como quiera que no tengo posibilidad de abordarlas, opto por reseñar una línea de acción política –desgraciadamente, errada- europea. Se trata de la **promoción de servicios colectivos para niños menores de tres años** (Casado, 2013a: 24-25).

En las Conclusiones de la Presidencia del Consejo Europeo de Barcelona, celebrado los días 15 y 16 de marzo de 2002 (UE, 2002), se insta a los Estados miembros a que, en 2010, los servicios colectivos para los niños de dicho tramo de edad alcancen al 33% de los mismos (punto 32). Los supuestos de aplicación de esa propuesta pueden verse en la Comunicación de la Comisión sobre

Educación y cuidados de la primera infancia (COM (2011) 66 final) (UE, 2011); indicaré los números de las páginas del documento.

La expresión “primera infancia” denota a los niños desde su nacimiento hasta la edad escolar (p. 9) –6 años, en la mayor parte de los países-. Los medios previstos son “educación y cuidados” complementarios del “papel central de la familia” (p. 3). El documento menciona estos medios: “plazas de guarderías y de educación preescolar” y de “centros oficiales de educación y cuidados” (p. 4). A propósito de la calidad, se afirma que:

“...es necesaria una interacción entre cuidados y educación, independientemente de que los sistemas estén o no divididos entre: a) cuidados, desde el nacimiento hasta los tres años y b) educación preescolar, desde los tres años de edad hasta la edad escolar, o de que estén basados en un modelo unitario que abarque todas las franjas de edad del niño, desde el nacimiento hasta el inicio de la escolaridad obligatoria.” (p. 9)

Lo anterior supone que la Comisión asume la atención colectiva de los niños de 0 a 3 años, sin ninguna restricción. Y es de notar que, tanto en el título como en el cuerpo del documento, se invierte el orden biopsíquico de la atención infantil al mencionar la educación por delante de los cuidados.

Para valorar el documento conviene notar que: 1) afirma de modo simple y rotundo la bondad de su propuesta -“El acceso a servicios de educación y cuidados de la primera infancia de calidad, universales e integradores beneficia a todos.” (p. 6)- y 2) omite absolutamente, tanto las exigencias de la crianza saludable para los niños de menor edad, como los riesgos para ellos de los servicios colectivos. Por lo demás, no se hace cuestión de los deseos y aspiraciones de los padres.

Las necesidades de los niños expuestas en el apartado segundo son difíciles de satisfacer mediante los servicios colectivos. Y en la fecha de la Comunicación reseñada estaban publicadas advertencias como esta:

“En este momento, por tanto, la generalización más importante que se puede hacer es que cuanto más pequeño sea el niño y cuantas más horas permanezca en un centro de cuidado infantil, mayores serán los riesgos.” (UNICEF. Centro de Investigaciones Innocenti, 2008: 12)

La segunda muestra de la acción pública indirecta que abordo es la **protección patrimonial de las personas con discapacidad.**

La Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la normativa tributaria con esta finalidad amplió la capacidad de las familias –aparte de otros agentes- para ejercer su función protectora en favor de miembros con discapacidad –incluidos los afectos de dependencia, claro-. La norma posibilita y favorece la constitución de patrimonios de bienes y derechos de las personas con discapacidad afectados a la satisfacción de sus necesidades (art. 1.1). Para los casos en los que las personas titulares no tengan capacidad suficiente, la norma habilita a los padres –además de a los tutores y curadores- para la constitución del patrimonio (art. 3.1.b). Por lo demás, todos los familiares, como cualquier otra persona pueden hacer aportaciones en vida o por herencia.

A propósito de la medida citada, me parece del caso comentar que los trabajos sobre las políticas familiares de objeto general no olvidan las que se instrumentan mediante normas laborales, de Seguridad Social y fiscales, en tanto que al menos algunos de ellos omiten la que se viene realizando secularmente mediante el derecho civil. Por cierto, el Informe de 2014 del Ararteko no incurre en ese descuido (p. 54).

* * *

Agradecimientos. A Eduardo Díaz, Fernando Fantova, Imanol Illaraz y Manuel Sánchez Reinón.

Bibliografía

Ararteko (2014). *Políticas de apoyo a las familias en Euskadi: análisis y propuestas*. Vitoria-Gasteiz.

Arsuaga, J. L. y Martínez, I. (1998). *La especie elegida. La larga marcha de la evolución humana*. Madrid: Temas de hoy.

Arsuaga, J. L. (2012). *El primer viaje de nuestra vida*. Madrid: Ediciones Planeta.

Ayuda a cuidadores familiares de personas con demencia,
http://www.uspceu.com/instituto_familia/pdf/TextoProgramaCuidadores.pdf

Bonmatí, A., (2010). Middle Pleistocene lower back and pelvis from an aged human individual from the Sima de los Huesos site, Spain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Octubre 26, vol. 107, nº 43.

Trinkaus y Zimmerman (1982). Trauma among the Shanidar Neanderthals. *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 57, issue 1.

Casado, D. (2006-2007). La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su contexto de medidas públicas. *Documentación Administrativa*, ns. 276-277.

Casado, D. (2010). Medidas legales de conciliación de funciones familiares y laborales. *Políticas Sociales en Europa*, nº 28.

Casado, D. (2013a). *La función familiar de crianza. El papel principal de la familia en la crianza idónea de los menores de tres años. Fundamentos y prácticas*. Editorial Académica Española.

Casado, D. (2013b). Atención básica y comunitaria idónea a la dependencia. *Actas de la Dependencia*, nº 7.

Casado, D. y Fernández Pinar, M. L. (2013). Objetivos y medios idóneos relativos a la dependencia funcional. *Zerbitzuan*, nº 54, (154-170)

Casado, D y Sanz, M. J. (2012). *Crianza saludable. Fundamentos y propuestas prácticas*. Madrid: Polibea.

Consejo de Europa, *Recomendación nº (98) 9* del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada en 18 de septiembre de 1998. Versión en español del IMSERSO (Observatorio de personas mayores), *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid, 2001.

EUNUTNET (European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring and Training) (c. 2006). *Infant and young child feeding: standard recommendations for European Union*.

European Comision (2008). Family life and the needs if an aeging population. *Flash Eurobarometer*, nº 247, The Gallup Organitation, Hungary.

EUROSTAT. Educación.

Fantova, F. (2010). Tensiones familia-trabajo extradoméstico y criterios de conciliación. Aportaciones y necesidades de apoyo. *Políticas Sociales en Europa*, nº 28.

Fantova, F. (2011). El enfoque familiar y comunitario en las políticas públicas de servicios. En D. Casado (Dir.), *Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad*. Barcelona: Hacer Editorial.

Flaquer, Ll. (2002), Introducción. En Ll. Flaquer, *Políticas familiares en la Unión Europea*. Barcelona: Instituto de Ciencias Políticas y Sociales.

García González, J. (2009), Los cambios en las formas de atención generados por la reforma y la desistitucionalización psiquiátrica. *Políticas Sociales en Europa*, nº 25-26.

Gómez de la Torre del Arco, M. y López López, M. T. (2011). Políticas públicas de protección de la maternidad. En D. Casado (dir.), *Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad*. Barcelona: Hacer Editorial.

Iglesias de Ussel, J. (1998). Familia. En S. Giner *et al. Diccionario de sociología*, Alianza Editorial.

Imsero, Encuesta de mayores 2010, www.imsersomayores.csic.es

Naciones Unidas. Asamblea General (2012). 66/126 Preparativos y celebración del 20º Aniversario del Año Internacional de la Familia, 1.

Ochoa Sangrador, C. (2011), ¿Existen beneficios asociados a la asistencia a guardería? *Evid. Pediatr*, 7:1.

Parlamento Europeo. Resolución A2-25/86 de 13 de mayo de 1986. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*. 13 mayo 1986.

Ribo, P. (1997). Programa de familias de acogida". *Zerbitzuan*, n.º 32.

Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 29. nº 1.

Rogero García. J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. IMSERSO.

Sánchez Reinón, M. (2012). Los "cuidados informales" de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los "servicios sociales de cuidados". *Cuaderno de Relaciones Laborales*, Vol. 30, num. 1.

Sanz Andrés, M. J. (2014). *Orientaciones para la crianza. Guía de documentos destinados a los padres*. Madrid: Polibea.

Trinkaus y Zimmerman (1982). Trauma among the Shanidar Neanderthals. *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 57, issue 1.

UE, Consejo Europeo de Barcelona (2002), Conclusiones de la Presidencia, SN 100/2/02 2 (es).

UE, Comisión Europea (2011), Comunicación de la Comisión, Educación y cuidados de la primera infancia: ofrecer a todos los niños la mejor preparación para el mundo del mañana, COM (2011) 66 final.

UNICEF. Centro de Investigaciones Innocenti, Report Card 8, 2008, *El cuidado infantil en los países industrializados: transición y cambio. Una tabla clasificatoria de la educación y los cuidados durante la primera infancia en los países económicamente avanzados*.

Valiño Castro, A. (2011). Políticas familiares españolas de ámbito nacional y de objeto laboral, monetario y fiscal. Especial referencia a las políticas de conciliación. En D. Casado (dir.), *Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad*. Barcelona: Hacer Editorial.

Vilà, A. (2011). Intervenciones y políticas familiares relativas a fecundidad y crianza en el modelo de bienestar sueco. En D. Casado (dir.), *Acción y políticas de apoyo a las familias*. Barcelona: Hacer Editorial.

VV. AA. (2009), Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos. <http://mastiempoconloshijos.blogspot.com>. Reproducido en *Políticas Sociales en Europa*, nº 28, 2010.

www.difi.org.qa/app/wa/ca.fusiondev.fdevent.FDEventDirectAction/viewEventDocument?docId=54.

www.who.int/nutricion/topics/infantfeeding/es/ (consultada el 2.VIII.2012).