



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

Estudio de la eficacia e idoneidad de las prestaciones y servicios de la Ley 39/2006 —Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia— en relación con las necesidades personales, sociales y de autonomía que demandan las personas en situación de dependencia.

Nombre y Apellidos: José Manuel Ramírez Navarro.

Director de tesis: Luis Miguel Rondón García.

Programa de doctorado: Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Málaga. Línea 4 de migraciones, política y derecho internacional e integración europea.

Málaga, 12 de octubre de 2020



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: José Manuel Ramírez Navarro

 <http://orcid.org/0000-0002-6466-0206>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Escuela de Doctorado

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña JOSÉ MANUEL RAMÍREZ NAVARRO

Estudiante del programa de doctorado CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. LÍNEA 4. de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: ESTUDIO DE LA EFICACIA E IDONEIDAD DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS DE LA LEY 39/2006 —PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA— EN RELACIÓN CON LAS NECESIDADES PERSONALES, SOCIALES Y DE AUTONOMÍA QUE DEMANDAN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Realizada bajo la tutorización de LUIS MIGUEL RONDÓN GARCÍA. y dirección de LUIS MIGUEL RONDÓN GARCÍA. (si tuviera varios directores deberá hacer constar el nombre de todos)

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 12 de OCTUBRE de 2020

Fdo.: JOSÉ MANUEL RAMÍREZ NAVARRO



EFQM AENOR



Edificio Pabellón de Gobierno. Campus El Ejido.
29071
Tel - 952 13 10 28 / 952 13 14 61 / 952 13 71 10



INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL

DATOS DEL DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL	
Nombre completo	Luis Miguel Rondón García
Centro de pertenencia /Departamento	Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo (FEST) Departamento de Psicología Social, Trabajo Social, Antropología y EAOR
D.N.I.	
e-mail	luirongar@uma.es

	VALORACIÓN DE LA TESIS			
	Muy buena	Buena	Suficiente	Deficiente
Originalidad	X			
Marco teórico	X			
Definición de objetivos	X			
Metodología	X			
Relevancia resultados	X			
Discusión/ conclusiones	X			

INFORME:

La tesis elaborado por D. Jose Manuel Ramírez Navarro, desarrolla un estudio innovador, actualizado sobre la atención a las personas mayores con necesidades de autonomía y en situación de dependencia, con gran rigurosidad e impacto para su aplicación tanto en el marco académico como profesional. Las hipótesis y la metodología empleada permiten un estudio riguroso de los sujetos participantes, siendo los resultados y su posterior discusión de gran utilidad tanto para los profesionales de los Servicios Sociales y de la Salud, como para los investigadores en general. Es en estos momentos el estudio más completo sobre la Ley de Autonomía Personal y Dependencia que existe en estos momentos desde un punto de vista interdisciplinar, con especial incidencia en los equipos de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Así se pone de manifiesto en las publicaciones que se han realizado en congresos, medios de comunicación social, revistas de indexadas, publicaciones en libros y otros eventos científicos en las actividades realizadas, que permiten una gran transferencia de estos hallazgos.

Desde el punto de vista de las ciencias sociales, la aportación es muy relevante porque no se ha evaluado lo suficiente el desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia en nuestro país. Esta tesis doctoral se centra en ello y también averigua la calidad de los servicios y los derechos que se contemplan, desde el enfoque basado en la práctica de la

evidencia. Además, se aportan criterios objetivos, propuestas de cara a evaluar la atención social a las personas mayores con necesidades de autonomía personal, desde un punto de vista integral y del saber holístico. Los resultados obtenidos, elementos de discusión y conclusiones son coherentes en todos los aspectos con las hipótesis, objetivos, metodología y marco teórico. A mi juicio cubre sobradamente las expectativas y requisitos para la defensa pública.

Málaga, 15 de octubre de 2020.

RONDON GARCIA
LUIS MIGUEL -

Firmado digitalmente por
RONDON GARCIA LUIS MIGUEL -

Fecha: 2020.10.31 19:07:20 +01'00'

Fdo. Luis Miguel Rondón García

Agradecimientos

A Concha, Alberto y Javier que son mi verdadera razón de ser.

A mi madre —dependiente— que me ha inspirado toda mi vida.

A Luis Miguel Rondón y María Paz García-Longoria por su generosidad y apoyo en el desarrollo de la Tesis.

A Gustavo García y Luis Barriga por haberme acompañado y ayudado durante años a entender y analizar el proceso de implantación de la ley aportando su conocimiento y experiencia.

A mis amigos y amigas que me dieron su apoyo incondicional en cada momento.

Mi reconocimiento expreso a todas las personas que me han acompañado durante el desarrollo de la ley, particularmente a los compañeros y compañeras de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. Ha sido un privilegio coincidir con profesionales de tanto nivel. A ellos le debo, sin duda, el conocimiento que he adquirido respecto a esta ley, desde sus primeros borradores hasta su aprobación definitiva y su implementación y desarrollo en estos trece años, y que ahora me ha permitido elaborar esta tesis. A todos ellos mi más sincero agradecimiento.

Y mi admiración a todas las personas en situación de dependencia que luchan cada día por mantener su proyecto vital. A las familias que les ayudan y a los profesionales que les cuidan.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	1
<u>1.- INTRODUCCIÓN</u>	2
2.- MARCO TEÓRICO.	5
2.1.- Preámbulo	5
2.2. El marco de la Ley de Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).	8
2.2.1. Los inicios del Estado del bienestar	8
2.2.2. Los Servicios Sociales como cuarto pilar del bienestar social	12
2.2.3. El pilar del bienestar social donde se encuadra la Ley 39/2006 de Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).....	20
2.3. El contexto de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia	23
2.4. Conceptos básicos de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia	28
2.5. Aportaciones y efectos de un nuevo espacio de protección social	39
2.5.1 Un nuevo espacio de protección social	40
2.5.2. Carta de normalidad para los Servicios Sociales	43
2.6. El catálogo de servicios y prestaciones económicas definidas en la ley.	45
2.6.1. Servicio de prevención de las situaciones de dependencia	47
2.6.2. Servicio de promoción de la autonomía personal	48
2.6.3 Servicio de Teleasistencia	49
2.6.4. Servicio de Ayuda a Domicilio	51
2.6.5. Servicio de centro de día y de noche.....	52
2.6.6. Servicio de atención residencial	54
2.6.7. Prestación económica vinculada al servicio	55
2.6.8. Prestación económica de asistencia personal	57
2.6.9. Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	58
2.6.10. Servicios complementarios	65
2.7. Los Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia	67
2.7.1. En relación con la fase de INFORMACIÓN	69
2.7.2. En relación con la fase de VALORACIÓN Arts. 27, 28 y 30 de la Ley 39/2006	70
2.7.3 En relación con el diseño del PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN	71
2.7.4 En relación con la GESTIÓN DE PRESTACIONES	75
2.7.5. En relación con los MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL	76
2.8. La Coordinación de Servicios Sociales y Sanitarios	77

2.9. El desarrollo legislativo	88
2.9.1. Los derechos sociales en el contexto internacional	88
2.9.2. El derecho europeo	96
2.9.3. El desarrollo legislativo de los Servicios Sociales en España	103
2.9.4. Las nuevas leyes de servicios sociales en España	126
3.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS	134
3.1- Metodología. Proceso metodológico	137
3.2. Sujetos participantes	140
3.3. Descripción de las variables y conceptos utilizados	141
3.4. Pilotaje y proceso de validación de la entrevista	144
3.5. Procedimiento. Plan de trabajo	145
3.6. Técnicas de producción y análisis de datos	147
4. ANÁLISIS SINCRÓNICO Y DIACRÓNICO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA. LA PERSPECTIVA DE DOCE AÑOS DE GESTIÓN.	148
4.1.- Cuatro fases diferenciadas en la implementación y desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia.....	149
4.1.1. Los inicios (2007/2008).....	150
4.1.2. Expansión (2009/20011).....	153
4.1.3. Retroceso y demolición (2011/junio 2015)	154
4.1.4. ¿Recuperación? (julio 2015- diciembre 2018).....	158
4.2 Situación real después de doce años de aplicación de la LAPAD	167
4.3.- Solicitudes, Valoraciones y Grados	174
4.3.1.- Solicitudes	174
4.3.2.- Valoraciones	176
4.3.3.- Grados de dependencia	177
4.3.4- Prestaciones y Servicios	181
4.3.5.- Listas de espera	189
5.- COSTES Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	191
5.1. Cuánto cuesta y quién lo paga	193
5.2. Gasto público por habitante y gasto por dependiente	197
5.3. El recorte acumulado 2012-2018	200
5.4. Empleo, retornos en el Sistema de Atención a la Dependencia.....	201

6.- DESIGUALDADES ENTRE TERRITORIOS	206
7. SÍNTESIS DEL ANÁLISIS SINCRÓNICO Y DIACRÓNICO	214
8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	217
8.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS VARIABLES ESPECÍFICAS	218
8.1.1. Situación social.....	218
8.1.1.1. Disponer de apoyo social en caso de necesidad	222
8.1.2. Situación de salud.....	225
8.1.2.1. Atenciones recibidas y riesgos percibidos.....	226
8.1.2.2. Incidentes sobre la vulnerabilidad social y sanitaria	229
8.1.2.3. Cuidados especiales	232
8.1.3. Servicios y prestaciones.....	237
8.1.3.1. Servicios que cubren las necesidades y el apoyo especial	239
8.1.3.2. Actividades básicas de la vida diaria que no puede realizar incluso con la prestación o servicio que reciben	241
8.1.3.3. Valoración de la prestación.....	243
8.1.3.4. Influencia servicio en la necesidad de relacionarse con otras personas.....	245
8.1.3.5. Respeto a la intimidad.....	248
8.1.4. Evaluación del servicio: Calidad y hábitat	250
8.1.4.1. Que cambiaría del servicio. Preferencia de la vivienda	251
8.1.4.2. Cómo ha cambiado su vida tras recibir las prestaciones	256
8.1.4.3. ¿Qué prima? ¿Su decisión o la organización servicio?	259
8.1.4.4. Lo que más y menos gusta de las prestaciones o servicios.....	263
9. DISCUSIÓN GLOBAL SOBRE LOS RESULTADOS	267
10. CONCLUSIONES	271
10.1. CONCLUSIONES SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA EN CUANTO A LA EXIGENCIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS	272
10.2. CONCLUSIONES SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SERVICIOS ADJUDICADOS EN EL SAAD, EN UN ANÁLISIS LONGITUDINAL EN ESPAÑA Y POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	276
10.3. CONCLUSIONES SOBRE LA EFICACIA E IDONEIDAD DE LAS PRESTACIONES, DE LOS SERVICIOS, LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUE RECIBEN Y EN QUÉ MEDIDA RESPONDEN A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O A LOS PROPÓSITOS DE LA LEY.....	280
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	290
12.- ANEXOS	301
Anexo 1.- Guion entrevista semiestructurada y abierta. Guía de la información de la entrevista cualitativa en función de los temas.	302
Anexo 2. RESUMEN DE LAS NORMAS DE ÁMBITO NACIONAL RELACIONADAS CON EL SAAD.	307

Anexo 3. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)	318
Anexo 4. Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)	329

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resumen del Sistema Público de Servicios Sociales. Elaboración propia. Ramírez (1992)	15
Figura 2. Proceso de gestión y provisión de las prestaciones de Servicios Sociales. Elaboración propia	21
Figura 3. Fórmula para garantizar los derechos de las personas en situación de dependencia. Elaboración propia.	37
Figura 4. Fases del proceso de aplicación de la ley. García y Ramírez (2008)	69
Figura 5. Proceso de elaboración de un Plan Individual de Atención. García y Ramírez (2008)	74
Figura 6. Proceso de revisión del Plan Individual de Atención. García y Ramírez (2008)	75
Figura 7. Síntesis de las fases del proceso de aplicación. García y Ramírez (2008)	77
Figura 8. Síntesis de las reformas la Ley 39/2006. A partir de Barriga (2015)	120
Figura 9. Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2008. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO.	152
Figura 10. Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2011. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	154
Figura 11. El Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2012. Elaboración propia a partir de los datos SISAAD-IMSERSO	156
Figura 12. Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2013. Elaboración propia a partir de los datos SISAAD-IMSERSO	157
Figura 13. Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2014. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	158
Figura 14. Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2015. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	160
Figura 15. Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2016. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	161
Figura 16. Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2017. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	161
Figura 17. Estado del SAAD por comunidades a 31 de diciembre de 2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	162
Figura 18. Personas con derecho reconocido 2009-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	165
Figura 19. Personas dependientes 2009-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	166

Figura 20. Personas atendidas 2009-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	166
Figura 21. Evolución de personas con derecho y atendidas. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	167
Figura 22. Evolución de la gestión del SAAD EN España. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	168
Figura 23. Distribución de grados a 31 diciembre de 2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	169
Figura 24. Situación de dependientes a 31 de diciembre de 2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	170
Figura 25. Atendidos y Desatendidos por grado de dependencia. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	171
Figura 26. Evolución de las personas desatendidas por grados. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	171
Figura 27. Incremento anual solicitudes. Datos del SISAAD-IMSERSO: Solicitantes activos tras depurarse las bajas	175
Figura 28. Incorporación mensual solicitudes de 2012 a 2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	176
Figura 29. Evolución de personas a la espera de valoración. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	177
Figura 30. Valoraciones según grado a 31 de diciembre de 2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	178
Figura 31. Evolución Grado III Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	179
Figura 32. Evolución Grado II Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	179
Figura 33. Evolución Grado I Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	180
Figura 34. Incremento valoraciones de grado 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	181
Figura 35. Crecimiento anual sin PAP ni teleasistencia. (2008-2018) Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	182
Figura 36. Crecimiento anual servicio y prestaciones. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	183
Figura 37. Crecimiento neto por tipo de atención en 2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	184

Figura 38. Evolución PIAS por tipo prestación (2008-2018). Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	185
Figura 39. Evolución relativa PIAS (2008-2018). Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	186
Figura 40. Relación atenciones /gasto 2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO y el modelo de estimación económica del Observatorio Estatal para la Dependencia	187
Figura 41. Relación atendidos /gasto 2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO y el modelo de estimación económica del Observatorio Estatal para la Dependencia	187
Figura 42. Evolución mensual lista de espera 2008-2018. Elaboración propia a partir de los datos SISAAD-IMSERSO	191
Figura 43. Gasto total por trimestres 2009-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO y el modelo de cotes del Observatorio Estatal para la Dependencia	193
Figura 44. Distribución de costes en millones de euros. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO y el modelo de cotes del Observatorio Estatal para la Dependencia	195
Figura 45. Distribución aportación SAAD. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD, PGE y el modelo de costes del Observatorio Estatal para la Dependencia.	196
Figura 46. Distribución porcentual. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD, los PGE y el modelo de costes del Observatorio Estatal para la Dependencia	197
Figura 47. Gasto público anual por habitante. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD y los modelos de costes del Observatorio Estatal para la Dependencia	197
Figura 48. Gasto público por dependiente. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD y los modelos de costes del Observatorio Estatal para la Dependencia	198
Figura 49. Gasto público 2018 por CC.AA. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD y los modelos de costes del Observatorio Estatal para la Dependencia y el INE	199
Figura 50. Empleos directos asociados al SAAD. Elaboración propia.	202
Figura 51. Empleos SAAD por Comunidades. Elaboración propia a partir de la estimación basada en datos SISAAD por comunidades autonómicas y en las ratios oficiales medias de personal asignado a los distintos servicios (Resolución Ministerial en BOE nº 303, de 17 de diciembre de 2008)	203
Figura 52. Retornos estimados por el SAAD Evolución España. Elaboración propia a partir del modelo de costes del Observatorio Estatal para la Dependencia	204
Figura 53. Retornos estimados por el SAAD por comunidades autonómicas. Elaboración propia a partir del modelo de costes del Observatorio Estatal para la Dependencia	205
Figura 54. Contribución financiadores al coste neto. Elaboración propia.	206

Figura 55. Evolución SAAD Castilla y León 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	207
Figura 56. Evolución SAAD Ceuta y Melilla 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	208
Figura 57. Evolución SAAD Navarra 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	208
Figura 58. Evolución SAAD Aragón 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	209
Figura 59. Evolución SAAD Baleares 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	209
Figura 60. Evolución SAAD Castilla La Mancha 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	209
Figura 61. Evolución SAAD C. Valenciana 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	210
Figura 62. Evolución SAAD Extremadura 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	210
Figura 63. Evolución SAAD Galicia 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	210
Figura 64. Evolución SAAD C. de Madrid 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	211
Figura 65. Evolución SAAD Murcia 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	211
Figura 66. Evolución SAAD Asturias 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	212
Figura 67. Evolución SAAD Canarias 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	212
Figura 68. Evolución SAAD Cantabria 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	212
Figura 69. Evolución SAAD País Vasco 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	213
Figura 70. Evolución SAAD Andalucía 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	213
Figura 71. Evolución SAAD Cataluña 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	214
Figura 72. Evolución SAAD La Rioja 2011-2018. Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	214

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución anual del SAAD 2017-2018 Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMSERSO	173
Tabla 2. Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, 06/17/2017. pág.40	190
Tabla 3. Recorte acumulado 2012-2017 por la AGE. Elaboración propia.	200

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

BVD: Baremo para Valoración de la Situación de Dependencia.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de datos.

EDAD: Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

LAPAD: Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

LBP: Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España

LISMI: Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PGE: Presupuestos Generales del Estado.

PIA: Programa Individual de Atención.

RD: Real Decreto-ley.

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

SISAAD: Sistema de Información de Dependencia.

1.- INTRODUCCIÓN

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia —a partir de ahora LAPAD— supuso el mayor avance en protección social en las últimas décadas. Por primera vez en el Sistema de Servicios Sociales de España se genera un derecho subjetivo de ciudadanía, reclamable de forma jurídica y administrativa. A punto de cumplirse trece años de la aprobación de esta estratégica ley, es una buena ocasión para reflexionar sobre su trayectoria y sobre la situación actual.

Existen, al menos, tres razones de peso para apostar decididamente por el desarrollo de unos servicios sociales adecuados, una situación claramente deficitaria en nuestro país.

La primera razón es que un Estado no se puede permitir la desatención de su población. Esta ley fue promovida y ampliamente consensuada en el Congreso de los Diputados debido a que las previsiones de tipo estructural —fundamentalmente demográficas y sanitarias— mostraban un futuro con millones de ciudadanos en situación de fragilidad y con necesidad de apoyos para poder vivir de forma plena y digna. A este razonamiento se le podría añadir que el gasto sanitario destinado a la atención a personas con enfermedades crónicas —muchas de ellas causadas por la edad— sigue avanzando de manera alarmante.

La segunda es la necesaria reactivación económica. Un sistema potente de servicios de atención a las personas dependientes y a las familias cuidadoras configuraría un sector muy productivo y necesario dentro de la maltrecha economía española. Estos servicios, según el Observatorio Estatal para la Dependencia, generan unos retornos económicos cercanos al 40% del gasto realizado, con una tasa de creación de empleo de más de treinta y siete empleos netos, estables y no deslocalizables, por millón invertido. Existen una gran cantidad de sectores de la economía española que son incapaces de arrojar tales cifras. Las circunstancias expuestas impelen a analizar la aplicación de la Ley.

Y la tercera razón es la justicia social. Es de justicia que toda persona pueda desarrollar su proyecto vital con dignidad y con perspectivas de futuro, por corto o limitado que pudiera parecer.

En el primer apartado de la tesis, se realiza un estudio sobre el marco de la LAPAD y el contexto en el que se desarrolla. Se estructura un capítulo analítico en el que se definen las aportaciones y efectos del nuevo espacio de protección social integrado en el Sistema de los Servicios Sociales y las referencias teóricas que delimitan el cuarto pilar del Estado de bienestar.

En este mismo apartado se definen las prestaciones y servicios del catálogo de la LAPAD y el procedimiento para su aplicación efectiva. También se dedica un apartado a la coordinación entre servicios sociales y sanitarios.

La última parte del marco teórico se dedica al estudio del desarrollo legislativo de los derechos sociales en el contexto internacional, el derecho europeo, y las leyes de servicios sociales en España.

En el siguiente capítulo se establecen los objetivos generales del proyecto de investigación, las hipótesis y la metodología que se implementa para la realización de la tesis.

A partir de los datos oficiales se ha realizado un análisis sincrónico y diacrónico del Sistema de Atención a la Dependencia en España y por comunidades autónomas definiendo las fases de implementación, los costes y la financiación, así como las desigualdades entre territorios y los efectos más relevantes.

Posteriormente se presenta la discusión de los resultados de las variables específicas analizadas en el trabajo cualitativo de la investigación y una reflexión global sobre los resultados del trabajo empírico.

Para finalizar, se presentan las conclusiones de la tesis en varios apartados relacionados con los objetivos y las hipótesis planteadas. Se adjuntan las referencias bibliográficas y cuatro anexos relevantes.

Estudio de la eficacia e idoneidad de las prestaciones y servicios de la Ley 39/2006 —Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia— en relación con las necesidades personales, sociales y de autonomía que demandan las personas en situación de dependencia.



Primera Parte.

Marco Teórico

2.- MARCO TEÓRICO.

2.1.- Preámbulo

Hace 530 000 años, en un paraje de la sierra de Atapuerca vivió una niña de casi diez años que padecía una grave patología craneal y presentaba rasgos claros de sufrir un retraso físico y psíquico. Su familia, la tribu, se ocupó de ella hasta su muerte. De no haber sido por sus cuidados no hubiera podido sobrevivir. Hallazgos como este suponen una evidencia más de la humanidad de estas poblaciones.

Se han encontrado restos fósiles que sugieren que el cuidado de las personas dependientes se remonta a las primeras manifestaciones del género *Homo*; así, en el yacimiento de Dmanisi (Georgia) se encontraron restos de un individuo desdentado de hace 1,8 millones de años que había logrado sobrevivir supuestamente gracias a que el resto del grupo habría facilitado la alimentación del anciano proporcionándole alimentos que no requerían masticado. Aunque el debate sigue abierto, el número de evidencias fósiles de individuos que sobrevivieron pese a tener discapacidades es cada vez mayor, hecho que solo se puede explicar por el apoyo y los cuidados que recibieron de sus familiares o de los miembros de su grupo.

Actualmente el *Homo Sapiens*, única especie superviviente del género *Homo*, vive una profunda crisis que, según parece, trasciende a la económica. Desde la península ibérica, algunos dimos en pensar y denunciar que se estaba aprovechando para desmontar una de nuestras más preciadas conquistas, el estado del bienestar. Un modelo de estado que considera que la sociedad en su conjunto debe ser responsable de las necesidades básicas y de la calidad de vida de todos sus miembros, que proclama para ello derechos de ciudadanía que los gobiernos deben garantizar y satisfacer.

Resulta paradójico que, tras siglos de conquistas de derechos sociales por parte de sociedades y grupos, con una clara evolución en el pensamiento social, vuelvan a surgir otra vez discursos ya superados, con cierto paralelismo al pensamiento clásico. Como por ejemplo en la Grecia clásica sólo se consideraba

ciudadano de pleno derecho a aquellas personas libres y con sus necesidades básicas cubiertas, porque solo ellas podían participar activamente en el gobierno de las polis, en el arte y en la filosofía.

Al iniciarse el siglo VI a.C., la situación social y económica en el Ática era muy compleja y conflictiva. La ciudad de Atenas se disputaba con Mégara el dominio sobre la isla de Salamina lo que requería un sector de campesinos libres con liquidez suficiente para adquirir su panoplia —armamento de infantería hoplita— y ejercer así, según dispusieron las leyes de Dracón, la ciudadanía de pleno derecho en la defensa de los intereses de las polis. Pero la mayoría del campesinado —antes libre— estaba reducido al estatus de *hectemoroí* —esclavos por deudas—, lo que arrumbaba sus legítimas aspiraciones de igualdad y participación. La aristocracia ateniense, enfrentada entre sí, y un campesinado desposeído y esclavizado entrarán en un conflicto violento, fragmentario y permanente generándose un clima de *stasis* —guerra civil—.

Más tarde sobrevino la discordia entre los nobles y la multitud durante mucho tiempo. Pues su constitución era en todo oligárquica, y además eran esclavos de los ricos los pobres, ellos mismos y sus hijos y mujeres. Y eran llamados pelates (clientes) y hectemorioi (sextarios), pues por esta renta de la sexta parte cultivaban las tierras de los ricos. Toda la tierra estaba repartida entre pocos. Y si no pagaban su renta, eran esclavizados ellos y sus hijos. Y los préstamos todos los tomaban respondiendo con sus personas hasta el tiempo de Solón, pues este se convirtió el primero en jefe del pueblo. Era ciertamente el más duro y más amargo para el pueblo, entre los muchos males del régimen, la esclavitud; es más, como consecuencia de esta, sufrían también por los restantes, pues, podemos decir, estaban desposeídos de todo.

Aristóteles, Constitución de los atenienses II (9)

En ese contexto crítico, Solón, un arconte prestigiado por su actuación en la recuperación de Salamina, bien visto por la aristocracia por ser uno de ellos y por el campesinado por su fama de justo, es erigido legislador con poderes para gobernar y mediar en los conflictos. Solón tomó el camino de legislar y mediar en lugar de la tiranía, como bien hubiera podido hacer. Consciente del peligro de la *stasis*, acometió una serie de reformas que se convertirían en la base de la democracia ateniense.

De la misma manera, en la sociedad actual solo pueden ser ciudadanos, en el pleno sentido de la expresión, quienes tienen garantizadas sus necesidades básicas. De ahí que la cuestión de los derechos sociales, como garantía de esas necesidades, constituyan una auténtica *cuestión de estado*, junto a las libertades y las instituciones democráticas. Sin ellos muchas personas pasarán de la condición de ciudadanía a la de súbditos.

Los derechos sociales, fundamentos del estado del bienestar, constituyen la base del pacto social sobre el que se sustentan las democracias occidentales. No son un adorno en épocas de bonanza, porque no los financia una clase pudiente, sino el salario diferido que a través de la fiscalidad todos y todas aportamos.

En este marco, nuestra Constitución en su artículo uno proclama a España como un Estado social y democrático de derecho. En consecuencia, cuestionar los derechos sociales es cambiar el modelo de Estado y sociedad que decidimos se le otorgo a la aprobación de la Constitución de 1978 al margen de los mecanismos democráticos previstos para una reforma constitucional no deja de ser un auténtico golpe de Estado. Este nuevo modelo, representa el tránsito del Estado liberal al Estado social, que garantiza los derechos sociales a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo, sin distinciones. En el caso específico de los mayores y las personas dependientes se tipifican artículos concretos de protección social, como el artículo 39 de protección a la salud y los artículos 49 y 50 que se refieren a calidad de vida tanto de las personas en situación de discapacidad, como a los mayores, respectivamente.

Tras los pactos sociales internacionales, existe un cierto consenso en el contexto europeo que reconoce la necesidad de proteger a las personas más vulnerables, al entender, que una sociedad democrática y moderna debe ser también inclusiva. Por ello, las políticas de bienestar representan un avance, y es necesario un mayor gasto social, para hacer plausible estas exigencias supranacionales en nuestro país.

En España los gestores de los sistemas de protección social son los gobiernos autonómicos. En sus cuentas presentadas en 2018 se constata un retroceso del gasto en servicios públicos esenciales: sanidad, educación y servicios sociales. El gasto social autonómico en 2018 es un 0,4% inferior al de 2017 y un 3,6% inferior al inicio de la crisis financiera de 2008 según el presupuesto liquidado certificado por las Comunidades.

En 2013 se registró el nivel más bajo en cuanto a gasto autonómico en los ya mencionados servicios esenciales, con 100 000 millones de euros. Desde aquella fecha se ha recuperado paulatinamente la inversión en estas políticas, hasta alcanzar los 112 662 millones de euros en los presupuestos definitivos de 2018. No obstante, este esfuerzo es aún insuficiente, no se alcanzan los niveles de gasto al inicio de la crisis —117 000 millones en 2009—.

La variación anual de los presupuestos autonómicos desde el inicio de la crisis muestra cómo el esfuerzo en el sostenimiento de los servicios públicos esenciales se vio reducido ampliamente entre 2010 y 2013 para iniciar cierta recuperación partir de 2014, que se ha visto truncada en los presupuestos definitivos de 2018 de manera que los durísimos recortes acumulados no se han recuperado en estas políticas.

2.2. El marco de la Ley de Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).

2.2.1. Los inicios del Estado del bienestar

El Estado social, como manifestación colectiva de la solidaridad que los poderes públicos deben hacer efectiva, integra un conjunto de políticas complementarias para contribuir a los objetivos del bienestar social. Así se configuran los servicios sociales que constituyen el cuarto pilar una vez que la Ley 39/2006 establece dentro de este sistema y por primera vez en España unos derechos subjetivos que pueden ser reclamados administrativa y jurídicamente.

El Estado Social y Democrático de derecho, en su acepción plena, es inseparable del Estado democrático. Cuando a los derechos políticos se les

añaden, más adelante, los derechos sociales aparecen lo que conocemos por Estado social. Santos (2012).

La ciudadanía de la Europa Occidental que salía de los desastres de la Segunda Guerra Mundial requirió la protección de los ciudadanos frente a las necesidades que les impidieran alcanzar una vida digna y disfrutar de posibilidades de desarrollo personal en libertad y que contribuyera a eliminar las desigualdades.

La socialdemocracia señalaba la importancia del Estado en la regulación de la economía y construyeron, a partir de mediados del siglo XX, importantes estructuras de protección social que dieron lugar al modelo europeo del estado del bienestar. Estas políticas permanecieron en la mayoría de los países de la Europa occidental continental y empezaron a ser cuestionadas a partir de la década de los setenta.

Evitar las desigualdades sociales, la consecución del progreso y la plena igualdad de oportunidades para una ciudadanía plena en derechos civiles, políticos y sociales, fueron objetivos que guiaron el nacimiento y desarrollo de un modelo de Estado que, para conseguirlos, intervenía en la cobertura de las necesidades sociales que se consideraban como auténticos derechos humanos. Así se fueron construyendo los sistemas públicos de protección social que garantizaran la cobertura de aquellas necesidades básicas en los diferentes ámbitos como la educación, la sanidad, la garantía de ingresos, la convivencia y la integración social.

Al año siguiente de la Constitución del 78 se definían en España los criterios más significativos del bienestar social en un libro de referencia en la construcción del cuarto pilar en España:

Globalización, generalización del bienestar, la prevención, la autonomía y participación, el desarrollo comunitario, la lucha contra la marginación y la deshumanización. Son criterios que configuran esta política social descentralizada y basada en la unificación legislativa, orgánica y funcional que requiere. De Las Heras (1979, p.94)

La Federación Española de Asistentes Sociales para que en el texto de la Constitución Española de 1978 no se incluyera la beneficencia pública como práctica profesional, sino que se creara un sistema de servicios públicos a partir del cual se garantizaran los derechos sociales aprobados, elaboró la enmienda a la Constitución española. En el primer borrador no estuvieron previstas ni “la erradicación de la beneficencia ni la universalidad de los derechos sociales. Los derechos sociales que se universalizaban estaban condicionados a la seguridad social y la posición laboral”. (Martín y Zamanillo, 2011, p.165). Explicar, comprometerse y proteger los derechos de ciudadanía para toda la población, esto es, la universalidad de los derechos sociales. Fueron importantes conquistas promovidas por el trabajo social para el conjunto de la sociedad española. La estructura administrativa que emerge en este contexto, como apuesta para la promoción y gestión del bienestar social en el Estado democrático de derecho, fue la de los servicios sociales. Este término puede inducir a confusión ya que, en su acepción más general, los servicios sociales se ubican dentro del ámbito de actuaciones de la política social de un país, de manera que englobaría todos los sistemas que participan en la protección social de ese lugar: la sanidad, la educación, la vivienda, el empleo, la seguridad y los servicios sociales personales. Este último, como parte de ese sistema de protección, responde a la acepción del concepto en sentido concreto, es decir, a los servicios sociales personales según la nomenclatura anglosajona.

La Constitución del 78 fue capaz de señalar derechos fundamentales, sin embargo no se señalan como derecho fundamental los servicios sociales, aunque se puede decir reconocimiento implícito que estaría incluido en el capítulo III, título I de la Constitución en el que se contemplan los derechos y deberes fundamentales de la familia (art. 39.1), la infancia (art. 39.4), los emigrantes retornados españoles (art. 42), la juventud (art. 48), las personas con discapacidad (art. 49), las personas mayores (art. 50), etc. Y también en el artículo 9.2.y el 14 sobre la libertad y la igualdad. Además del artículo 1 que es la base de estado social y democrático de derecho y el 149 que garantiza la igualdad de todos los españoles.

En este contexto, a finales de los años 80, se implementa el desarrollo de un nuevo sistema de protección social destinado a dar cobertura a un conjunto de necesidades distintas a las educativas, las sanitarias o las relacionadas con la garantía de ingresos.

Con la referencia de la asistencia social se definen como necesidades básicas el acceso a los recursos, la convivencia personal, la convivencia social, la solidaridad, la cooperación y la integración sociales se reconocieron como necesidades básicas de las personas. También se incorporaron a las obligaciones protectoras de los poderes públicos españoles dando lugar, con ello, al impulso del nuevo Sistema Público de Protección Social de los Servicios Sociales.

La incorporación de este conjunto de necesidades sociales a la acción protectora de los poderes públicos españoles se realiza en condiciones de un impreciso respaldo constitucional y en el contexto de la definición competencial de los diferentes niveles del Estado. Estos dos factores, entre otros, impidieron que naciera el nuevo sistema a partir de una ley general que estableciera y homogeneizara derechos subjetivos para todos los españoles. Hubo un intento preliminar de promulgar una ley marco de servicios sociales de ámbito estatal, pero la falta de consenso de los grupos parlamentarios y el recurso al Tribunal Constitucional impidió la aprobación de esta iniciativa legislativa.

El acuerdo entre administraciones para el desarrollo de las prestaciones básicas del sistema denominado Plan Concertado, a falta de una regulación estatal, sirvió no obstante para que, con el concurso imprescindible de comunidades autónomas y Ayuntamientos y a pesar de los incumplimientos posteriores de las obligaciones financieras de la Administración General del Estado. El Sistema se extendiera de forma capilar en los territorios atendiendo a millones de familias y desarrollando prestaciones y servicios que han pasado a formar parte imprescindible del estado del bienestar español.

Tras el modelo inicial, con el desarrollo del bienestar social, décadas más tarde, las comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias han legislado, en esta dirección y la llamada segunda generación de leyes de

servicios sociales han asentado como derecho subjetivo el derecho a los servicios sociales incorporando entre ellos los que estableció la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia para el conjunto del Estado.

No obstante, la falta de concreción del texto constitucional y la inexistencia de una ley estatal siguen siendo una debilidad para la homogeneización del derecho a los servicios sociales para todos los españoles.

Contemporáneamente en la Europa continental se fue imponiendo la idea de la crisis del estado de bienestar, y el planteamiento de la necesidad de la reforma del mismo, incorporándose la idea de la sociedad del bienestar. Santos (2012, p.46)

2.2.2. Los Servicios Sociales como cuarto pilar del bienestar social

Tras el análisis diacrónico anterior concluimos que los Servicios Sociales surgen en España como una evolución de las prácticas e instituciones de la beneficencia local, como respuesta a las exigencias del nuevo modelo de Estado Constitucional y de las normas precedentes hasta el año 1982, y de la Asistencia Social del Estado transferida a las comunidades autónomas desde los primeros años de esa década y que desaparecen a lo largo de la misma a partir de la normativa que elaboran estas comunidades. Los servicios sociales en España se configuran con características innovadoras, por cuanto han podido contar con la experiencia de la crisis de los sistemas tradicionales del bienestar social en otros Estados más avanzados en esta materia.

Los Servicios Sociales no solo se desarrollan a partir de las estrategias actuales del Bienestar Social, sino que están siendo especialmente sensibles a las tendencias que se han generado a partir de la crisis y superación de su modelo tradicional. García y Ramírez (1992, p.12)

El Sistema Público de Servicios Sociales se configuró en torno a una distribución competencial constitucionalmente establecida, según la cual corresponde al Estado «garantizar el principio de solidaridad e igualdad» (art. 138) para que todos los españoles tengan «los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado» (art. 139); las comunidades

autónomas tienen, de acuerdo con el texto constitucional, competencia exclusiva en materia de asistencia social (art. 148 1.20). Por su parte, la Ley de Bases de Régimen Local de 1985 encomendaba a las entidades locales competencia en la organización y gestión de los servicios sociales. Esta distribución competencial obliga a la cooperación y el consenso entre los tres niveles de la Administración (arts. 25).

La primera vez que aparece en España el concepto de servicios sociales en una ley es en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos que regulaba aspectos sobre el diagnóstico y reconocimiento de la situación de minusválido, la rehabilitación, así como el desarrollo del sistema de prestaciones sociales y económicas. La ley establecía también las condiciones de la atención social y comienza a destacar los principios de regulación de la movilidad y de la supresión de las barreras arquitectónicas. Entre los servicios que contempla se encuentra los de atención domiciliaria y los de residencia y hogares comunitarios, éstos últimos, destinados a atender necesidades básicas de minusválidos sin familia o con problemas de integración familiar.

El Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales (1988) es la expresión de este consenso, que articuló un auténtico pacto de Estado para consolidar el Sistema Público de Servicios Sociales a través de la cooperación económica y técnica entre las tres administraciones.

Este nuevo modelo asegura los Servicios Sociales en todo el territorio nacional e implica, un sistema Un sistema descentralizado en el ámbito municipal, que garantiza la proximidad a los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana de los ciudadanos, donde se generan sus necesidades de convivencia personal e integración, y donde deben encontrar las respuestas, siempre que sea posible. Con todo ello, los servicios sociales tienen funciones específicas que van más allá de la atención a las personas en situación de dependencia y dan respuesta a un amplio abanico de necesidades sociales relacionadas con la convivencia personal y social. Las funciones que deba desarrollar para garantizar los derechos que la ley reconoce a las personas en situación de

dependencia, no deben llevarse a cabo en detrimento de estos otros cometidos, sino como un desarrollo propio.

En el marco del Estado social, los servicios sociales son un sistema público que garantiza como derecho de ciudadanía, el acceso a unas prestaciones básicas para favorecer la igualdad de oportunidades, la autonomía personal, la convivencia y la integración social. En virtud de la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases de Régimen Local de 2 de abril (Ley 7/1985 de 2 de abril) en la que se establecían la competencia municipal en la prestación de Servicios Sociales — artículo 25.2k— determinando su carácter obligatorio en lo que a municipios mayores de 20.000 habitantes de refiere (art.26.1c); complementaria y subsidiariamente, comprometía a las Diputaciones Provinciales y Cabildos (art.31 y 36). Y teniendo en cuenta el interés de la Administración autonómica (art.148.1.20 de la Constitución Española y las leyes de servicios sociales autonómicas que se promulgaron en esa década) y también el interés de la Administración General del Estado (arts. 41,139.1 y 149.1 de la C.E.). Se formalizaron unos convenios-programa entre el Ministerio de Asuntos Sociales y las comunidades autónomas que determinaban cuatro compromisos: gestión, económicos o de financiación, información y de asistencia técnica. Este modelo se ha ido manteniendo con prórrogas anuales durante más de tres décadas.

En definitiva, el Plan Concertado es un instrumento para la financiación de prestaciones básicas de servicios sociales en las corporaciones locales. A través de la fórmula del convenio administrativo, trata de articular la cooperación económica y técnica entre la administración del Estado y de las comunidades autónomas, para garantizar en las entidades locales en el cumplimiento de las obligaciones que han de llevar a cabo en relación con la prestación de servicios sociales.

La importancia del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales es que define la atención primaria de servicios sociales y sus contenidos o prestaciones prestacionales para todo el territorio nacional. Este plan establece los tres elementos base básicos para la constitución de un sistema público de

servicios sociales: un ámbito de necesidades, unas prestaciones y equipamientos de carácter público.

NECESIDADES SOCIALES	PRESTACIONES BÁSICAS	EQUIPAMIENTOS DE LA RED DE ATENCIÓN PÚBLICA	
		SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS	Servicios Sociales Especializados
Acceso a los recursos sociales	Información y orientación	CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES	
CONVIVENCIA PERSONAL	AYUDA A DOMICILIO ALOJAMIENTO ALTERNATIVO		VIVIENDAS TUTELADAS CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAS ALBERGUES
INTEGRACIÓN SOCIAL	INSERCIÓN SOCIAL		CENTROS OCUPACIONALES CENTROS DE INSERCIÓN SOCIAL CENTROS DE RELACIÓN SOCIAL
SOLIDARIDAD SOCIAL	COLABORACIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA CON ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	RECURSOS DE INICIATIVA SOCIAL FAMILIAS DE ACOGIDA ASOCIACIONES GRUPOS DE AUTOAYUDA INICIATIVAS DE APOYO MUTUO VOLUNTARIADO SOCIAL	

FIGURA 1. RESUMEN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES. ELABORACIÓN PROPIA. RAMÍREZ (1992)

Así, los servicios sociales se definen a partir de las necesidades que atienden, las prestaciones básicas que garantizan y la red de recursos sociales que lo soportan.

En el marco del Estado social, los servicios sociales son un sistema público, que garantiza como derecho de ciudadanía, el acceso a unas prestaciones básicas para favorecer la igualdad de oportunidades, la autonomía personal, la convivencia y la integración social. Para ello, procura las siguientes prestaciones básicas:

1) INFORMACIÓN, VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN. Está dirigido a individuos, grupos e instituciones sobre los derechos que pudieran corresponderle con los recursos sociales existentes, así como un asesoramiento especializado sobre

problemas sociales y su canalización, cuando sea necesario a los demás servicios sociales existentes. Con esta prestación se garantiza que los usuarios estén informados para acceder a los recursos sociales a través de las estructuras de proximidad: los trabajadores sociales comunitarios. Todas las personas tienen acceso a un profesional de referencia al objeto de garantizar el carácter integral de los itinerarios de atención y su continuidad.

2) AYUDA A DOMICILIO. Tiene como objetivo la prestación de una serie de atenciones a los individuos o familias en su domicilio, cuando se hallen en situaciones en las que no es posible la realización de sus actividades habituales, o en situaciones de conflicto psicofamiliares en alguno de sus miembros. De esta forma, lo SS.SS. posibilitan una convivencia personal positiva en el entorno donde las personas desarrollan sus proyectos vitales.

Los servicios sociales apoyan a las personas para que puedan vivir en su propio entorno, de la forma más autónoma posible, cuando hay dificultades para mantener la convivencia:

- Por edad o situaciones de dependencia
- Por conflictos familiares
- Por falta de capacidad para una convivencia autónoma: personas sin hogar cronificadas, personas con discapacidad psíquica...

Por otra parte, para apoyar que las personas puedan vivir en su propio domicilio de forma autónoma se ofrecen servicios como la ayuda a domicilio, la teleasistencia, comidas a domicilio, ayudas para adaptación del hogar etc. También servicios diurnos como comedores para personas mayores, lavanderías, centros de estancias diurnas... Y, por supuesto, servicios de apoyo a la persona cuidadora, en el caso de personas en situaciones de dependencia.

3) ALOJAMIENTO Y CONVIVENCIA ALTERNATIVO. Supone una alternativa para las personas que carecen de un ambiente familiar adecuado. Para las personas que no pueden seguir viviendo en su domicilio, por carecer del mismo

o por la imposibilidad de ofrecer los cuidados que necesita. Los servicios que los servicios ofrecen son los siguientes:

- Adopción familiar para menores / Acogimientos familiares.
- Centros residenciales para personas mayores, para personas con diversidad funcional física o psíquica (residencias o viviendas tuteladas).
- Albergues, centros de acogida y viviendas tuteladas para personas sin hogar.
- Centros o pisos de acogida generales o dirigidos a un colectivo concreto como por ejemplo a mujeres víctimas de violencia machista.

4) PREVENCIÓN E INSERCIÓN SOCIAL. Se refiere a intervenciones realizadas por equipos profesionales, dirigidas a personas y colectivos en situaciones de riesgo o marginación social, con el objetivo de prevenir marginaciones sociales y, en su caso, lograr la reinserción familiar y social.

Es preciso tener en cuenta a la hora de prevenir la exclusión social y promover la inserción social de personas en situación de dependencia diferenciar conceptos. La pobreza tiene solución con un empleo de calidad o con ayudas públicas suficientes. Pero la exclusión no se resuelve solo con eso, requiere procesos prolongados de intervención para la inclusión y acciones integrales en muchos ámbitos (económicas, sociales y, a veces urbanísticas).

La exclusión suele ser desmotivación, ruptura con la sociedad, aislamiento y en ocasiones puede derivar en situaciones conflictivas, conductas asociales. Pero, otras veces se puede motivar por la soledad en el adulto mayor, uno de los fenómenos más preocupantes y extendidos en la sociedad actual.

Es de interés para el conjunto de la sociedad prevenir la exclusión, el paso de la pobreza a la exclusión, por motivos de discriminación, por conductas como la drogadicción...Para ello, los servicios sociales llevan a cabo:

- Planes individualizados de intervención con personas o familias en situaciones de riesgo o exclusión
- Trabajo de calle con colectivos en riesgo o en exclusión

- Incorporación de voluntarios para situaciones de soledad
- Actividades de dinamización para favorecer la convivencia vecinal y social, especialmente de colectivos con riesgo de aislamiento, como personas mayores, personas con diversidad funcional, personas sin hogar, menores o jóvenes en situaciones de vulnerabilidad.
- Campañas de fomento de la convivencia positiva y la de inclusión social de colectivos en riesgo: minorías étnicas, personas inmigrantes, etc.

La solidaridad social, cooperación, autoayuda y voluntariado no se consideran a efectos de los convenios suscritos prestación básica en tanto ninguna de las administraciones puede garantizarlas. Todas las prácticas y formulaciones de las administraciones concertantes, coinciden en plantearse el fomento de las expresiones de solidaridad como un complemento necesario para la efectividad social de las prestaciones antedichas.

Durante la década de los ochenta se produjeron grandes cambios para las personas mayores, pues se realizaron numerosas transformaciones como la generalización en el sistema de pensiones mediante la creación del sistema no contributivo, el acceso al sistema sanitario y la rápida creación del sistema público de servicios sociales (Alemán y García, 2009).

En décadas posteriores se aprueba la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración local, con el plazo del 31 de diciembre de 2015 que establecía la disposición transitoria segunda.1, para que las comunidades autónomas asuman la titularidad de las competencias que eran propias de los municipios relativas a prestación de servicios sociales, promoción e inserción social, y que de acuerdo con dicha ley pasaban a ser consideradas impropias.

La Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración local supuso un duro golpe contra la democracia local y el Sistema Público de Servicios Sociales: profundizaba en la brecha entre los ciudadanos y la política, supuso un atentado a la autonomía municipal, despreciaba el valor de la proximidad, promovía el vaciamiento de servicios en los medios rurales y

olvidaba tanto el protagonismo, como la historia secular de los municipios y las diputaciones en acción social.

En 2016 el tribunal constitucional anula por unanimidad la disposición de la reforma local que impedía la prestación de determinados servicios sociales por las entidades locales a partir de 2016. Y con esta sentencia se encomienda las funciones que desde los inicios de los años ochenta tenían encomendadas los servicios sociales locales. Los servicios sociales suponen el 9% del gasto de las entidades locales según la contabilidad oficial certificada por las intervenciones.

Esta amenaza, también afecto a residencias y centros de día para personas mayores o con discapacidad, servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia domiciliaria, centros y servicios de promoción de la mujer, centros de acogida para mujeres víctimas de violencia, servicios para la infancia y otros muchos servicios para prevenir la marginación —o favorecer la inclusión social—. Todos sufrieron importantes recortes como consecuencia de la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración local. De hecho, el gasto local en servicios sociales se redujo entre 900 y 1 000 millones de euros anuales en esos años (+/- 15%). Así, en 2011 este gasto alcanzó los 6 181 millones de euros, mientras que, en 2015, fue de en torno a 5 200 millones de euros. De acuerdo con los datos del Índice DEC de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

La situación era especialmente preocupante ya que el año 2016 era el límite que la reforma establecía para que las entidades locales dejaran de prestar parte de estos servicios sociales y fueran asumidos o financiados por las comunidades autónomas, pero no estaban en condiciones de hacer. Las partidas directamente afectadas eran las de promoción social —603 millones de euros— y asistencia a personas dependientes —1 662 millones de euros—, además de buena parte de otras partidas como las de administración general y servicios sociales básicos, que en conjunto, hubiera significado una reducción de casi 2 600 millones de euros anuales.

La sentencia del Tribunal Constitucional, con fecha de 3 de marzo de 2016, no solo declara inconstitucional la disposición transitoria primera, que establecía

la fecha límite de 2016 para que las entidades locales dejaran de prestar buena parte de sus servicios sociales y fueran asumidos o financiados por las comunidades autónomas, sino que la anula, en cuyo caso no produce efectos y los que hubiera producido han de retrotraerse.

En todo caso, la sentencia fue una magnífica noticia para quienes defienden el valor de la proximidad en la prestación de los servicios sociales, y da la razón a quienes desde el primer momento denunciaron la inconstitucionalidad de las disposiciones de la Ley 27/2013 que limitaban la capacidad de las entidades locales para prestar estos servicios. Y lo hace utilizando expresiones, como el carácter histórico de competencias que la reforma consideraba impropias de las entidades locales, y que, en palabras del Tribunal Constitucional, «el nivel municipal venía prestando porque así lo decidieron —o permitieron— las comunidades autónomas —al amparo de los Estatutos— o el Estado —en aplicación del art. 149.1.18 CE— o simplemente, porque fueron desarrollados de hecho por los Ayuntamientos».

2.2.3. El pilar del bienestar social donde se encuadra la Ley 39/2006 de Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD)

A pesar de los avances por el compromiso de las administraciones públicas, el desarrollo legislativo, y el incremento de los presupuestos, el Sistema de Protección Social de los Servicios Sociales no reconoce en sus inicios los derechos subjetivos de ciudadanía exigibles de manera jurídica y administrativa. A pesar de la universalidad del sistema, no se estaba en disposición de garantizar las prestaciones básicas a toda la ciudadanía con necesidades sociales dentro de los servicios sociales.

Hasta la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia estas prestaciones estaban sujetas a disponibilidad presupuestaria, pero a partir de la nueva ley alguna de ellas, especialmente ayuda a domicilio y alojamiento alternativo, se configuran como un derecho subjetivo de ciudadanía. Por tanto, esta ley representa un hito sin precedentes,

al ser el punto de partida hacia el reconocimiento de los derechos sociales subjetivos y la universalidad de los servicios sociales.

En este sentido, el acceso a estas prestaciones básicas de servicios sociales debe ser un derecho de ciudadanía. Por ello, este acceso no estará en función de las características personales: por ser mayor, por ser mujer, por ser pobre..., sino porque incidan en la persona determinadas situaciones de necesidad, que puedan ser satisfechas con alguna de las antedichas prestaciones.

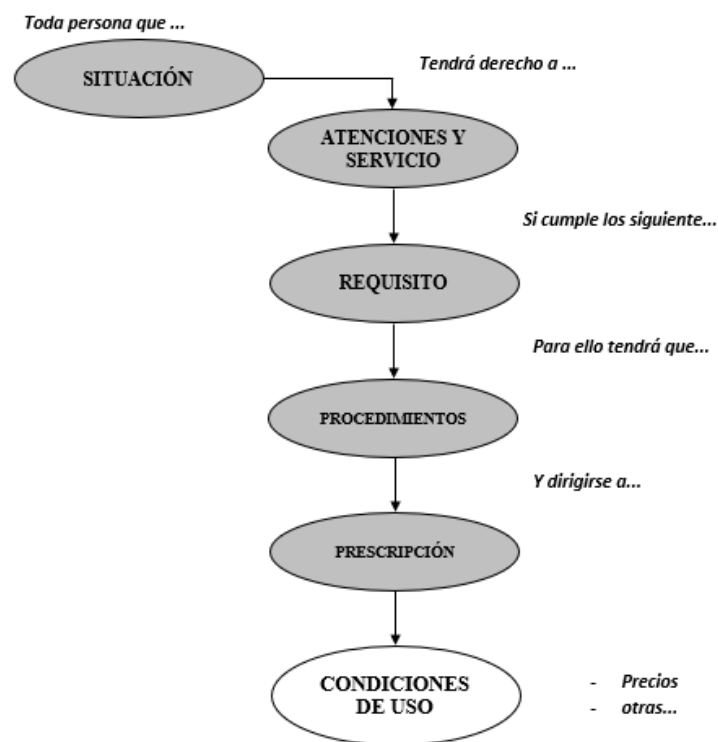


FIGURA 2. PROCESO DE GESTIÓN Y PROVISIÓN DE LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS SOCIALES. ELABORACIÓN PROPIA

A tenor del análisis anterior, promover desde la beneficencia el Sistema de Servicios Sociales ha sido una conquista histórica e innegable que culmina con el reconocimiento de derechos de ciudadanía que se establecen en la denominada ley de dependencia y el tránsito hacia el bienestar social para todos/as. Más de ocho millones de personas en la actualidad son usuarios de los servicios sociales, familias que reciben orientación, ayuda a domicilio, alojamiento o prestaciones para la inserción social.

En este contexto se está implementando la ley de dependencia, una nueva conquista de derechos de ciudadanía. Todas las personas en situación de dependencia son usuarias de los servicios sociales, pero no todos los usuarios de los servicios sociales son personas en situación de dependencia. La aberración conceptual de confundir el contenido —Ley 39/2006— y continente —sistema de servicios sociales— hizo que en algunas comunidades se permita que el contenido fagocite al continente, perdiendo lo estructural y poniendo en peligro las demás prestaciones y servicios sociales.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en adelante LAPAD se integra en los servicios sociales. El contenido de los derechos subjetivos que la ley reconoce se define en el catálogo de servicios (artículo 151). En este catálogo de servicios y prestaciones económicas se evidencia que esta ley no establece ningún servicio o prestación nueva que no se viniera ofertando, con mayores o menores limitaciones, en el marco de los servicios sociales de ayuntamientos y comunidades autónomas. Lo que la ley aporta es que estos servicios y prestaciones pasen a ser de derecho para quienes sean valorados en alguno de los grados y niveles de dependencia que la propia ley determina. Sólo una de las tres prestaciones económicas establecidas en el artículo 14, constituye una oferta novedosa: la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Una prestación que ha tenido un excesivo protagonismo y que se ha convertido, sin duda, en una de las señas de identidad de la ley, aunque se trate de una prestación que la propia ley define como excepcional.

En definitiva, es una ley que establece un espacio de derechos subjetivos en el marco del Sistema Público de Servicios Sociales. A pesar de definir un sistema específico para la autonomía y la atención a la dependencia, este sistema debe gestionarse en el marco del Sistema Público de Servicios Sociales definido en cada comunidad autónoma —en el ejercicio de sus competencias

¹ Cada uno de los servicios definidos en este artículo se detalla en otro que va desde el 21 al 25 correlativamente en el orden en el que están enunciados en éste.

exclusivas en esta materia— y en cuyo desarrollo tienen un papel protagonista las entidades locales, muy particularmente en el nivel primario de atención²:

Esta integración del Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia en el Sistema Público de Servicios Sociales no es sólo producto de una interpretación, sino que está expresamente definida en los siguientes artículos de la ley: artículo 14. Prestaciones de atención a la dependencia, el artículo 16. Red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y el artículo 29. Programa Individual de Atención.

En definitiva, la LAPAD coadyuva a consolidar los Servicios Sociales como el Cuarto Pilar del Estado del Bienestar.

2.3. El contexto de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

En relación con las teorías —y para enmarcar esta investigación— es preciso entender las referencias teóricas sobre el estado del bienestar y los servicios sociales, para lo cual nos servimos de estudios de diversos autores que han analizado esta cuestión desde un espectro de teorías políticas que en la actualidad tienen vigencia e influencia: marxismo, socialismo, liberalismo... todas ellas han realizado aportaciones al campo de los servicios sociales. Aunque desde paradigmas antagónicos se definen aspectos claves en el avance del Estado del Bienestar. En todo caso, con independencia de los cambios sociales y la evolución política, la Ley tiene que ser una conquista de la sociedad civil, tras siglos de reivindicaciones a lo largo de la historia de la acción social con independencia de posturas ideológicas. A su vez, tiene el reto de incorporar valores como la igualdad de género, multiculturalidad en un escenario complejo y diverso para dar una respuesta en sintonía con estos preceptos.

El Estado de Bienestar se ha desarrollado en las democracias capitalistas industrializadas después de la II Guerra Mundial y se caracteriza por la provisión

² El nivel de atención primaria de Servicios Sociales se conoce con diversos nombres en los diversos territorios: Servicios Básicos, Servicios Sociales de Base, Centros de Servicios Sociales, UTS, CEAS...

pública de servicios sociales universales y la responsabilidad estatal por mantener un nivel mínimo de calidad de vida en el marco de la justicia social.

Desde la corriente evolucionista o desarrollista que explica el nacimiento del estado de bienestar como un largo proceso iniciado en el siglo XIX y se suele atribuir su influencia más directa a las ideas económicas de Keynes (1943) *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*, y su aplicación en el New Deal del presidente Roosevelt para superar la crisis económica y social estadounidense originada con la Gran Depresión de 1929; así como a Beveridge y su célebre informe precursor de un sistema de seguridad social universal —*De la cuna a la tumba*— que el gobierno inglés de Churchill llevó a la práctica a partir de 1948 Moix (1986).

Existen críticas al estado de bienestar desde teorías neoliberales que niegan el postulado keynesiano sobre el control público, y se asientan en la idea de la eficiencia y optimalidad del libre mercado; y las que cuestionan la eficiencia productiva del sector público en la provisión de servicios sociales y critican el fracaso de las políticas de ingeniería social en la eliminación de la pobreza. Ahora nos encontramos en el estado postsocial. Una vez instaurado el EB hay que volver a dar respuesta a estos derechos conquistados desde un escenario complejo con un fuerte posicionamiento de las políticas liberales.

También en los años setenta, desde el pensamiento crítico se producen diferentes reflexiones teóricas sobre la crisis. Habermas (1987) apreció que hay un límite para el estado de bienestar: aquel que perjudica la capacidad del capitalismo para el crecimiento e integra los conceptos de crisis fiscal, de legitimación y de motivación. Otros pensadores marxistas —Miliband, Poulantzas 1967— profundizarán en el papel del estado de bienestar como instrumento al servicio de las clases dominantes y capitalistas para atajar los conflictos de clase reprimiendo y controlando las ideologías.

En el recorrido diacrónico por los auspicios de la Ley 39/2006, describimos a continuación los hechos sociales e hitos que posibilitaron este avance jurídico sin precedentes, que es el más importante en materia de atención a personas

dependientes en su extensión, llevado a cabo en la historia reciente de nuestro país e incluso de buena parte del contexto mundial.

Como punto de partida, situamos, la aprobación en diciembre de 2004 del Libro blanco de la dependencia (2005), un documento marco que definía la situación de los cuidados en España y el reto de plantear los apoyos para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria a un número que se incrementa de personas que sufren enfermedades crónicas derivadas de la edad.

El Libro Blanco señalaba que los Servicios Sociales, además de las funciones específicas que les corresponda para hacer efectivos los derechos que se puedan reconocer a las personas en situación de dependencia, tendrán que continuar asumiendo la atención a aquellas que no alcancen la valoración que se establezca para recibir las prestaciones de derechos que en la ley se determinen. Así formula esta idea el Libro Blanco (2005):

«La mayor o menor dificultad para desarrollar algunas de estas actividades de la vida diaria requerirá sin duda de la atención de los servicios sociales, pero sólo la concurrencia de la imposibilidad o dificultad grave para realizar aquellas que se consideran básicas llevaría consigo el reconocimiento de la prestación de dependencia.» (p.726)

Y señala los colectivos a los que hace referencia:

«*Grupo A: Personas con discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria que no necesitan ayuda diariamente.*

Grupo B: Personas con discapacidad para alguna actividad instrumental de la vida diaria (movilidad fuera del hogar y tareas domésticas) que no tienen discapacidad para ninguna actividad básica.» (p.730)

«...estas personas, aunque no recibieran las prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia por no superar el umbral de entrada establecido para tener derecho a las mismas, podrían beneficiarse de otros servicios sociales de provisión pública.» (p.81)

Como se ha señalado en las citas precedentes, el libro blanco contemplaba como cometidos específicos de los servicios sociales en el nuevo marco de protección a las personas en situación de dependencia la valoración, el diseño de itinerarios y la gestión de prestaciones.

En este proceso representa un cambio de paradigma, se cierran los tiempos del asistencialismo y de la beneficencia en el que particulares e instituciones competían por ver quien llevaba a cabo la obra más conmovedora o impactante, aunque se limitara a una acción aislada, al margen de cualquier estrategia sostenida de prevención, asistencia o rehabilitación social.

La formulación de derechos ciudadanos requería, necesariamente, un ámbito estatal como garantía de igualdad y no discriminación siguiendo el mandato constitucional. En este marco, los baremos y criterios de valoración fueron elemento esencial, ya que suponen el reconocimiento al derecho concreto a las prestaciones que se determinen.

La intervención con personas en situación de dependencia, para ser algo más que asistencialismo y para potenciar su autonomía personal, exigía desarrollar modelos de intervención con cierto riesgo que permitieran responder a sus necesidades en función de los intereses y gustos personales, acordes con el proyecto de vida elegido con la máxima libertad y no siempre coincidente con los criterios dominantes en entornos sobre proteccionistas del ámbito familiar, lo que pudo ser fuente de conflictos.

Un rico debate parlamentario acompañado de un mayoritario consenso político derivó en cambios sustanciales sobre el texto inicial. Se puede decir que en esta ley el poder legislativo se impuso al poder ejecutivo. Dejando atrás los dictámenes de órganos consultivos, las aportaciones de los profesionales, de diversas entidades no lucrativas, empresariales, sindicales, los análisis de la realidad social y demográfica sintetizados en el libro blanco etc. El 1 de enero de 2007 entró en vigor la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Los modelos organizativos, de gestión que desarrollan la ley de dependencia en el territorio, comprometen la efectividad y eficacia del derecho subjetivo y por ende las desigualdades.

El nuevo marco de derechos subjetivos que ha establecido la ley que nos ocupa, con los consiguientes compromisos de financiación, han hecho que todas las personas puedan beneficiarse de las prestaciones y servicios que se reconocen, independientemente de su capacidad económica o situación familiar. Con ello, la acción protectora de los servicios sociales está superando esta tradicional vinculación a personas, familias y sectores de población de baja renta o con rasgos marginales. Todas las personas somos ya usuarios o potenciales usuarios de los servicios sociales, que se benefician de los derechos que se reconocen en la nueva ley y las prestaciones y servicios que los deben concretar.

Es, en consecuencia, la oportunidad para que los nuevos servicios sociales superen definitivamente su vinculación exclusiva a la pobreza, a la marginación, consecuencia de la arraigada tradición benéfica y asistencial de la que han sido herederos. Una consolidación de los servicios sociales como un auténtico sistema público de protección social, garante de derechos subjetivos. Y aumenta el nivel de exigencia de sus destinatarios-usuarios tanto en relación con las garantías procedimentales —de una prestación de servicios públicos— como en la calidad de los propios servicios. Un nivel de exigencia que se corresponde con las características de normalidad de sus usuarios, e implica unas mayores cotas de responsabilidad exigida a sus profesionales y a sus dirigentes institucionales.

Como señala Rodríguez Cabrero (2011), la protección social de la dependencia forma parte de la agenda de la política social en la mayoría de los países miembros de la Unión Europea que se han visto obligados a dar respuesta al nuevo riesgo con políticas de desarrollo de nuevos derechos.

2.4. Conceptos básicos de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Antes de entrar en el desiderátum de esta ley, conviene en primer lugar, hacer una aproximación conceptual a dos conceptos esenciales, que están definidos en la misma: el propio concepto de dependencia y el de actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

Dependencia: *El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria. (art.2.2.)*

Así define la propia ley el concepto de dependencia. Interesa destacar el carácter permanente de término, que excluye, por lo tanto, situaciones coyunturales derivadas de enfermedad, accidente, convalecencia de una operación quirúrgica, o cualquier otra que previsiblemente pueda tener carácter reversible. Estas situaciones en las que una persona pueda encontrarse coyunturalmente en situación de dependencia no serán, en consecuencia, objeto de los derechos que se contemplan en esta ley.

En el caso de que se trate de situaciones en las que no exista una previsión de que puedan ser reversibles, sino que, en todo caso, puedan sufrir una evolución hacia estadios de mayor dependencia, la ley contempla en esta definición todo el abanico de causas posibles: desde la edad a la enfermedad o la discapacidad y, así mismo, todas las posibles dificultades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales.

Por último, se indica en el texto legal, la falta o pérdida de autonomía, que se relaciona con la incapacidad para realizar, por sí solas, las actividades básicas de la vida diaria; estas son:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): *Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas*

básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. (Art.2.3.)

Con esta definición quedan excluidas del concepto de dependencia como referente de la condición de beneficiario de la presente ley cualquier otra limitación para realizar actividades de carácter instrumental o que no sean específicamente estas llamadas actividades básicas de la vida diaria, como las «tareas más elementales de la persona. De esta forma, queda al margen, la pérdida de autonomía para tareas como desenvolverse con soltura en el entorno social, utilizar medios de transporte colectivo, realizar trámites o gestiones, dificultades de relación personal y social..., y muchas otras que pueden suponer una gran dificultad para la autonomía para la convivencia personal y social, pero que no son, específicamente, «actividades básicas de la vida diaria». Aquí situamos uno de los puntos débiles del marco legal.

Todas estas situaciones de déficit de autonomía para la convivencia personal y social, que no afectan específicamente a la realización de las actividades básicas de la vida diaria, aun cuando no vayan a poderse beneficiar de las prestaciones y servicios de derecho contempladas en esta ley van a requerir una intervención de los servicios sociales. Porque a pesar de la importancia de esta ley, ni las necesidades sociales se agotan en sus contenidos, ni siquiera en el caso de las situaciones de dependencia, ni tampoco se agotan las prestaciones o la intervención de los servicios sociales en el catálogo de prestaciones y servicios de esta ley.

A tenor de estas propuestas, los servicios sociales, se encargan de ofrecer atención a las personas con dificultades de integración social y a las personas y familias con dificultades para organizar su convivencia personal y familiar con la suficiente autonomía y garantías de estabilidad. La acción preventiva, protectora o promocional de los servicios sociales no se agota en la gestión de los contenidos de esta ley.

Junto a estos conceptos sumarios, destacamos otros recogidos en la citada norma, que también nos sitúan en el estado de la cuestión (art. 2º), como son:

Autonomía: capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad

Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada

Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentra la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

Tercer sector: organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de derechos sociales. (art. 2º)

Pero son las dos primeras definiciones, dependencia y actividades básicas de la vida diaria, las que enmarcan el ámbito específico de cobertura de la ley. Como se reflejará con posterioridad, las valoraciones médicas y el informe social, así como el propio baremo, especificarán y concretarán el cumplimiento de estas condiciones en una determinada persona.

La norma clasifica la dependencia en función de los **Grados** —artículo 26—. Las situaciones de dependencia pueden variar, obviamente, en un continuo, de mayor a menor intensidad, en función de la mayor o menor pérdida de autonomía y de la mayor o menor necesidad de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Para poder calificar estas situaciones, a efectos de la intensidad de la acción protectora, la ley establece tres grados:

a) Grado I. Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

b) 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.

c) 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 mental o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona. (art. 26)

En sintonía con la línea anterior, es necesario definir con mayor precisión el concepto de autonomía y diferenciarlo de autodeterminación, porque en ocasiones, son utilizados como sinónimos, cuando en realidad son dos cosas distintas, que pueden limitar la capacidad de libertad de estas personas en la toma de decisiones.

La autonomía es una propiedad de intereses, deseos y decisiones del usuario. Tutelar este espacio es reconocer a las personas el derecho de desarrollar su vida dejándose guiar por sus objetivos o necesidades (Bermejo, 1996). Por su parte Salcedo (1999) señala que la autodeterminación es un concepto complejo ya que es un conjunto de ideas relacionadas con la libertad y la autonomía. La idea más importante es la de libertad, ya que los individuos libres son los que pueden valorar las opciones y elegir sin estar reprimido ni limitado por nada. La autonomía quiere decir que cada persona es libre de tomar sus propias decisiones. Los individuos deben ser tratados como seres autónomos a no ser que existan razones que demuestren lo contrario. Por esta razón, la autonomía se encuentra relacionada con la autodeterminación: el estado en el que se ejercita la autonomía.

En muchas ocasiones, con algunos colectivos vulnerables, se da la pérdida progresiva de la capacidad de tomar decisiones, esto suele suceder con personas mayores, personas con discapacidad o en situación de dependencia. Los problemas pueden llegar en cualquier momento, en el que se presente una situación conflictiva en la que se atente contra la dignidad de la persona dependiente o de las personas que le rodean.

Retomando de nuevo a Salcedo (1999), para los/as trabajadores/as sociales la autodeterminación de las personas usuarias es un estado final que

deberían alcanzar cuando finalice la ayuda. El hecho de que sea un estado final se debe a que se ha trabajado durante la ayuda. Es posible que un mayor número de ocasiones de lo debido se confundan el significado de diversos términos y se hable de autonomía en lugar de autodeterminación. Han de ser entendidas conjuntamente ya que se tratan de conceptos englobados uno dentro del otro, porque sin autonomía no se concibe la autodeterminación. Aunque también se puede dar, al contrario: una persona puede ser autónoma en ciertos aspectos, pero no tiene por qué haber alcanzado la capacidad plena de autodeterminación (Taboada, 2012).

El fin de ayudar a los individuos de todas estas maneras es mejorar la capacidad de su toma de decisiones. Es importante distinguir entre la consecución de objetivos y la elección de estos. Un individuo con capacidad de elegir y con la habilidad de conseguir lo que ha elegido se considera una persona autónoma (Salcedo, 2001). Cuando la autonomía se entiende como parte del bienestar del individuo, se convierte en parte del fin último del trabajo social. Esta forma parte del bienestar de los individuos calificando así su vida entera. Las personas cuando gobiernan su vida y piensa que esta es creación suya forjan el respeto y la dignidad que se tienen hacia ellas mismas.

Depende de la consideración que se le tenga a la autonomía en el trabajo social esto justificara y modificara las interferencias que se hagan en el espacio protegido de la vida personal. Esto justificaría más situaciones en las que pudiéramos interferir en la vida de la persona como evitando que dañe a terceros o a sí mismo. El respeto a la autonomía de la persona no es simplemente respetar las decisiones que esta tome sino también es necesario proteger cualquier situación en que se vean dañadas sus capacidades y oportunidades para llevar una vida de forma autónoma.

En este mismo sentido, la autonomía está íntimamente relacionada con la libertad ya que concede la capacidad de elegir entre distintas oportunidades. La autonomía es imprescindible en la vida moral y debe de ser un objetivo de esta. Los profesionales ayudan a los usuarios a acceder a prestaciones y recursos

que les ayuden en cierta manera a alcanzar la autonomía y sean libres para elegir.

Los sujetos destinatarios de la ley, se definen en el artículo 5, y son aquellos que se encuentran en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos, obviamente, deberán ser valorados, en cada caso, por los órganos de valoración que se determinen y con los instrumentos de baremación igualmente establecidos. La ley menciona además dos colectivos de manera específica Los menores de 3 años y las personas con discapacidad intelectual y con enfermedad mental. A continuación, explicamos que indica la citada norma respecto a cada uno de ellos:

PARA LOS MENORES DE 3 AÑOS

La ley incorporó como beneficiarios específicos de la misma a los menores de tres años, ya que, como todo el mundo sabe, la atención precoz —con atenciones sanitarias, educativas o sociales— es la mejor forma de desarrollar su potencial para la autonomía personal, superando sus específicas limitaciones. Difícilmente podría garantizar la ley «el derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal», y apostar por la «la promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible» (art. 3.h.), sin contemplar como destinatarios de sus servicios y prestaciones a los menores de tres años. En este sentido, la disposición adicional decimotercera (a la que hace referencia el artículo 5), establece para los menores de tres años:

*. - Que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia atenderá sus necesidades de ayuda a domicilio (lo que excluye, por tanto, los centros de día y de noche, así como los centros residenciales).

*. - Que podrán ser beneficiarios de las prestaciones económicas vinculadas (art. 17) y para cuidados en el entorno familiar (art. 18).

*. - Que el instrumento de valoración (art. 27) dispondrá de una escala específica para valorar la situación de dependencia de los menores de tres años de edad.

*. - Que el consejo territorial del sistema promoverá un plan integra para facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

*. – Y algo muy importante, que las prestaciones y servicios contemplados para los menores de tres años en esta ley lo serán «sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativos y sanitario». Con ello se evita que esta ley venga a sustituir ninguna de las prestaciones o servicios que deban establecerse en esos sistemas.

PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y CON ENFERMEDAD MENTAL

La inclusión de estas personas en la ley se hace casi en el momento final de su tramitación en el Congreso. Supone un importante incremento de los potenciales beneficiarios de la ley, al determinar que no sólo serán aquellas personas que no puedan realizar por sí mismas algunas de las actividades básicas de la vida diaria, sino también quienes, aun pudiendo hacerlo, necesiten apoyo y supervisión por su discapacidad intelectual o enfermedad mental:

«El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por si misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental» (art. 27.4)

Una alusión especialmente interesante y necesaria que, de no haberse realizado, habría dejado desprotegidos a una parte de la población especialmente necesitada de apoyo, en este caso en forma de supervisión, para realizar estas actividades básicas de su vida diaria.

*. - En relación con ser ciudadano del Estado Español.

Existe una condición previa para que una persona que cumpla los antedichos requisitos pueda beneficiarse de las prestaciones y servicios contemplados en la ley: tener nacionalidad española.

«Son titulares de los derechos establecidos en la presente Ley los españoles...»
(art. 5.1).

¿Qué ocurre, entonces, con los extranjeros residentes en nuestro país que puedan encontrarse en situación de dependencia? La ley establece que su acceso a las prestaciones y servicios contemplados en la misma se regirá por:

- *. - Lo establecido en la ley de derechos y libertades de los extranjeros en España.
- *. - Lo que se determine en los tratados internacionales.
- *. - Los convenios con el país de origen.

En el caso de los menores que carezcan de la nacionalidad española, la ley se remite a lo dispuestos en las leyes del menor vigentes:

«Para los menores que carezcan de la nacionalidad española se estará a lo dispuesto en las Leyes del Menor vigentes, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, así como en los tratados internacionales.» (Art. 5.2.).

La ley establece una última condición para ser beneficiario de los servicios y prestaciones contemplados en la misma:

«Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.» (art. 5.1.c).

Para los españoles que, aun residiendo en España, no cumplan estos requisitos, es decir, para inmigrantes retornados, la ley obliga al Gobierno a establecer condiciones específicas para acceder a las prestaciones y servicios del Sistema:

«El Gobierno establecerá, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, las condiciones de acceso al Sistema de Atención a la Dependencia de los inmigrantes españoles retornados.» (art. 5.4.).

Esta obligación se concreta en el Real Decreto 727/2000, de 8 de junio, que incluye una disposición específica sobre «La atención a la dependencia de los emigrantes españoles retornados». En ella se establece lo siguiente:

«Las personas en situación de dependencia que, como consecuencia de su condición de inmigrantes españoles retornados, no cumplan con el requisito establecido en la letra c del artículo 5.1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, por no haber residido en territorio español en los términos establecidos en el citado artículo, podrán acceder a prestaciones

asistenciales con igual contenido y extensión que las prestaciones y ayudas económicas reguladas en la misma, en los términos que a continuación se establecen:

- a)** Corresponderá a la comunidad autónoma de residencia del emigrante retornado la valoración de la situación de dependencia, el reconocimiento del derecho, en su caso, y la prestación del servicio o pago de la prestación individual de atención.
- b)** El coste de los servicios y prestaciones económicas será asumido por la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma, en la forma establecida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.
- c)** El beneficiario a que se refiere la presente disposición participará, según su capacidad económica, en la financiación de las mismas, que será también tenida en cuenta para determinar la cuantía de las prestaciones económicas.
- d)** Las prestaciones se reconocerán siempre a instancia de los inmigrantes españoles retornados y se extinguirán, en todo caso, cuando el beneficiario, por cumplir el periodo exigido de residencia en territorio español, pueda acceder a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.» (Real Decreto 727/2007 de 8 de junio, disposición adicional única).

En definitiva, con esta disposición se establece un sistema transitorio para los inmigrantes españoles retornados que no cumplan la condición de «residir en territorio español durante cinco años, dos de los cuales deberán ser anteriores a la fecha de la presentación de la solicitud» (art. 5.1.c de la Ley 39/2006), con los mismos derechos en cuanto a los servicios y prestaciones económicas que pueden percibir, el procedimiento para el acceso a las mismas y las condiciones de participación económica en el coste de los servicios y para determinar la cuantía de las prestaciones económicas. Un sistema transitorio hasta tanto cumpla el periodo de residencia exigido en la ley.

En el caso de los españoles que residan fuera de España y que se encuentren en situación de dependencia, se establece la posibilidad —que no la obligatoriedad— de establecer medidas específicas de protección:

«El Gobierno podrá establecer medidas de protección a favor de los españoles no residentes en España.» (art. 5.3.).

El aspecto más importante que interesa al analizar esta ley no puede ser otro que considerar si, en la misma, quedan adecuadamente reconocidos y garantizados auténticos derechos subjetivos. Para que se pueda hablar de auténticos derechos subjetivos «que se puedan reclamar administrativa y

jurisdiccionalmente», es necesario que se cumpla la siguiente ecuación, y definan de forma precisa cada uno de sus términos como representamos de forma gráfica en la figura 3:

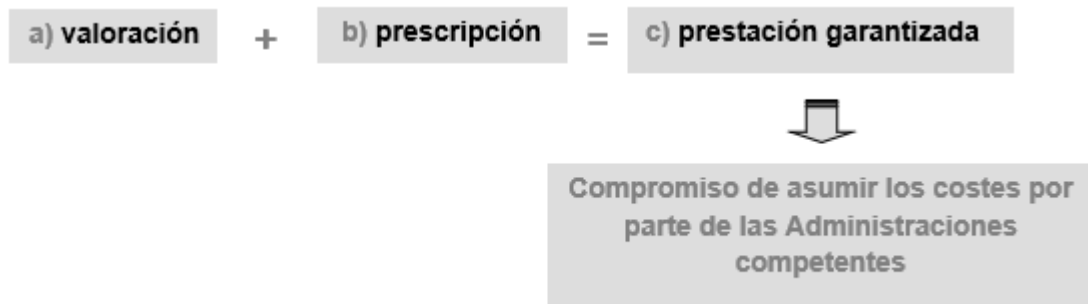


FIGURA 3. FÓRMULA PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. ELABORACIÓN PROPIA.

Otros aspectos que requieren también atención en nuestro análisis son:

Valoración: Se refiere a una valoración profesional de una situación de necesidad —en este caso una «situación de dependencia»—, que debe ser realizada por los órganos y por los profesionales que se determine mediante los procedimientos igualmente establecidos a tales efectos.

Prescripción: De la misma manera, la prescripción de prestaciones y servicios para responder a esa situación de necesidad técnicamente valorada tiene que llevarse a cabo por los profesionales del sistema que se establezcan a tales efectos.

Prestación garantizada: La valoración profesional y la prescripción profesional de prestaciones y servicios —que se realicen mediante los procedimientos que se establezcan— tienen que producir inevitablemente que se garanticen las prestaciones y servicios prescritos.

Compromiso de asumir los costes (financiación): Evidentemente, si se reconoce un derecho a una prestación o servicio debe estar claramente definido qué administración debe proporcionarlo y qué administración —o administraciones— deben financiarlo. En definitiva, saber de forma precisa a quien se puede exigir la garantía efectiva del derecho reconocido.

Estos son los términos de la ecuación para que una prestación o servicio se puedan considerar *de derecho*. Pues bien, la LAPAD comienza haciendo referencia en su artículo primero al derecho subjetivo, como objeto de esta:

«La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen el derecho a la promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, que la misma establece, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.»
(art.1)

Para garantizar esos derechos, el propio artículo 1 establece, a renglón seguido «la creación de un Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia». Un sistema que, como cualquier sistema, viene definido por:

- Un ámbito específico de necesidades a las que pretende responder (las de autonomía personal y las situaciones de dependencia).
- Unos derechos específicos en relación con las mismas.
- Una oferta específica de prestaciones y servicios.
- Unas obligaciones de financiación.
- Unas estructuras, órganos gestores y procedimientos específicos.
- Y que, además de la ley, generará un cuerpo normativo para su desarrollo y gestión.

Todos estos aspectos están definidos en la ley y perfilan este nuevo sistema del que, además, queda claro su carácter público:

- Sus contenidos y, particularmente, en materia de derechos y procedimientos, se definen por la propia ley o se remiten a un desarrollo normativo.
- La planificación y control del sistema y de sus estructuras son públicos.
- La financiación es pública en todos sus niveles.
- La red de centros y servicios es pública, como queda perfectamente claro en varios de sus artículos.

- La valoración y la prescripción —Programa Individual de Atención— son públicos.

Así pues, según la propia ley establece, el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia que se crea como instrumento para garantizar los derechos que en la ley se reconocen no se configura como un sistema independiente, sino como parte integrante del sistema público de servicios sociales reforzando este ámbito de protección como el cuarto pilar del estado del bienestar.

Como expresan Alonso y Alemán (2017), con la LAPAD se dio un paso decisivo, sin posibilidad de retorno, para que las políticas de atención a las personas dependientes se conviertan en derechos sociales, en derechos humanos sociales fundados en la igualdad y en la justicia. Un paso, además, que conllevará una transformación de gran parte de las prestaciones de servicios sociales en su consideración genuina de derechos humanos sociales.

2.5. Aportaciones y efectos de un nuevo espacio de protección social

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se rige por el principio de universalidad y genera derechos subjetivos justificando en la competencia del Estado para regular, al amparo del artículo 149.11.^a de la Constitución, las condiciones básicas en aquellas materias que guardan una relación directa o indirecta con los derechos reconocidos en la Constitución.

Así lo expresa Molero (2015): la titularidad del derecho es universal mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, a la que deberá acceder conforme al texto legal en un marco de igualdad de oportunidades. Consecuentemente, el Estado debe regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a la protección de la dependencia (art.149.1. 1º CE), con independencia del lugar de residencia del territorio del Estado español.

La ley surge tras la detección unánime, por parte de todos los actores sociales implicados en su desarrollo, de unas necesidades prioritarias, condicionadas por factores como el envejecimiento de la población, el cambio de la estructura familiar o la incorporación de la mujer al trabajo (Agencia de Evaluación y Calidad, 2009), para las que el estado del bienestar debe proporcionar soluciones concretas que posibiliten la consecución de tres objetivos fundamentales que, a modo de guía, podrían resumirse en:

- La promoción de la autonomía personal.
- La prevención de la dependencia.
- La atención y el cuidado adecuado de las personas dependientes, facilitando los recursos más idóneos para cada situación.

Jiménez (2015) escribe que la población de España se duplicó a lo largo del siglo XX como consecuencia de la explosión demográfica espectacular en la década de 1960 y principios de la de 1970. Después de ese tiempo, la tasa de natalidad cayó durante la década de 1980 y la población de España se estabilizó. La esperanza media de vida estimada en 2006 era de 79,65 años. Es cada vez más fácil encontrarnos con sociedades modernas en las que el perfil poblacional lo constituyen mayoritariamente personas longevas. Se trata de sociedades envejecidas —clases pasivas— consumidoras de prestaciones y recursos sociales, con aportaciones, contribuciones al sistema sanitario y de seguridad social escasas, por no decir nulas.

Otras circunstancias que inducen a nuestra reflexión son los fines y destinatarios de esta ley. Nos referimos a cuestiones relativas a la calidad y el impacto que tiene no sólo en los destinatarios, sino en el conjunto de la sociedad española.

2.5.1 Un nuevo espacio de protección social

Si los datos avalan la incidencia de esta ley, no menos importante son los efectos que tiene tanto en la vida de las personas, como en la estructura y dinámicas de la sociedad, a todos sus niveles. Resultan evidentes estos efectos sobre la vida de quienes se encuentran en situación de dependencia y sobre

quienes conviven con ellos o han de ocuparse de sus cuidados; no hacen falta muchos argumentos para sostener esta afirmación. Es suficiente con recurrir a la experiencia personal de cada uno de nosotros, ya que en una sociedad como la actual, con una expectativa de vida que supera tan ampliamente la de generaciones anteriores, es difícil que no conozcamos en nuestro entorno alguna persona que se encuentra, en mayor o menor medida, en situación de dependencia. O a alguien que se encuentre condicionado por la situación de dependencia de alguno de sus allegados. Para todas estas personas, la ley ha abierto un escenario de protección innovador que encuentra su desarrollo en estos seis años. Las prestaciones y servicios que ha generado, a pesar de sus limitaciones, supone un indudable apoyo para el bienestar de todas estas personas —quienes estén en situación de dependencia y sus cuidadores y convivientes—, y una seguridad de futuro para quienes aún no se encuentren en esa situación.

El cuidado informal proporcionado por la familia sigue siendo la columna vertebral de la provisión de cuidado en Europa y además, es la elección de cuidados que prefieren la mayoría de las personas mayores dependientes (Canga, Vivar y Naval, 2011). Por tanto, afirman que los legisladores deberían de asegurar que las necesidades tanto de las personas en situación de dependencia como las de los cuidadores familiares sean satisfechas y tomadas en cuenta.

Asimismo, estos autores también expresan que el cuidado de una persona mayor dependiente, al ser una actividad extensa y continuada en el tiempo, genera muchos cambios en el contexto de la persona en situación de dependencia y de los cuidadores familiares que produce, por tanto, una gran inestabilidad debida a los problemas de la convivencia, ausencia de intimidad y falta de espacio, entre otras. Todo ello supone un gran impacto emocional y desencadena consecuencias en las relaciones domésticas y en la salud de los cuidadores e, incluso, en la situación económica familiar.

Siendo evidente la importancia de esta ley para el bienestar —actual o futuro— de todas las personas, quizás convenga una reflexión algo más

detallada acerca de sus efectos sobre las relaciones y las estructuras sociales. Aquí dos puntos:

Todo avance en materia de protección social, además de mejorar la calidad de vida, supone ampliar el espacio de libertades de las personas. Quizás, por encontrar tan natural que por ser ciudadanos tengamos garantizadas las atenciones educativas o sanitarias, o que podamos asegurar, a través del sistema de seguridad social, el derecho a una pensión cuando nos encontremos en situación de incapacidad para el trabajo o en la jubilación, nos hace olvidar lo diferente que serían nuestras vidas sin todos esos derechos. Sin duda alguna, nuestra capacidad de decidir sobre nuestras vidas estaría más limitada, por la necesidad de tener prevista la cobertura de esas necesidades. También amplía la capacidad de autodeterminación, que hasta ahora estaba asociada a la autonomía.

Así, el número de hijos no se decidiría sólo en función de motivaciones libremente adoptadas por las personas en base a sus afectos o a su escala de valores, sino que tendría como horizonte la necesidad de lograr un número suficiente de descendientes que pudiera garantizar las atenciones necesarias en su vejez o en caso de enfermedad o invalidez, si no existieran pensiones ni servicios institucionales. Sólo este hecho ya modificaría sustancialmente las estructuras familiares y, por ende, el funcionamiento global de la sociedad.

La falta de protección social —garantía de rentas, prestaciones, servicios, etc.— limitaría la capacidad de las personas, y particularmente la de las mujeres, para decidir con libertad sus formas de vida y convivencia: casarse o no casarse, tener hijos o no tener, tener más o menos hijos, mantener la relación matrimonial incluso en situaciones no deseadas y, por supuesto, su incorporación al mundo laboral o su participación social. En definitiva, sin los avances en protección social no serían posibles los avances en la participación, en condiciones de igualdad para hombres y mujeres, en la vida política, económica, cultural y social, como establece la Constitución. La familia, la economía, la política y la vida social, en general, serían radicalmente distinta sin los sustanciales avances en protección social que se han ido consolidando en las últimas décadas. Gracias

a estos avances en protección social se han podido producir la modernización de nuestra sociedad y los avances en materia de igualdad. Y todo ello porque permiten, en definitiva, ampliar el escenario de libertades de hombres y mujeres para tomar sus propias decisiones.

Pues bien, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia ha añadido un nuevo espacio de protección social y, con ello, hemos visto ampliado nuestro espacio de libertades, con los consiguientes efectos sobre la vida personal, familiar y social. Sin duda, la ley de dependencia incide profundamente en las estructuras familiares, en la economía y en las relaciones sociales. Y, por supuesto, todo ello modifica la mentalidad social, nuestro propio esquema de valores.

Con los avances en protección social, las personas pueden elegir con más libertad que antes sobre continuar cuidando a su familiar en situación de dependencia en el propio hogar o dejar de hacerlo de forma temporal o definitiva, o llevar al individuo a un centro residencial; y pueden decidir si quieren cuidar personalmente a ese familiar o si prefieren que personas profesionales les liberen de gran parte de ese cometido en el propio domicilio. Son, en todo caso, decisiones personales con un margen de libertad mucho mayor que el que tendríamos en el caso de que no existieran los nuevos derechos que la ley reconoce.

El que una persona permanezca con su familia cuando se encuentre en situación de dependencia, el que uno o varios familiares se dediquen por entero a su cuidado, ya no son obligaciones por falta de otras alternativas, sino decisiones libres basadas en el afecto o en los valores de quien deba asumirlo. Y, en todo caso, si deciden asumir esta responsabilidad, la ley no sólo no se lo impide, sino que pone medios para que puedan hacerlo de mejor manera tanto para la persona en situación de dependencia como para sus cuidadores.

2.5.2. Carta de normalidad para los Servicios Sociales

Existe otro efecto más que se produce con la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de

dependencia y tiene relación con el sistema de protección social en cuyo marco se gestionan los procedimientos, las prestaciones y los servicios para el desarrollo de esta ley: los servicios sociales.

El Sistema Público de Servicios Sociales tal y como hoy los conocemos tienen una trayectoria de algo más de treinta años; de hecho, nace con la democracia, tras los decretos de transferencia y la regulación de las leyes autonómicas de Servicios Sociales. Sin embargo, inevitablemente arrastran todavía muchas de las connotaciones que se derivan del hecho de ser herederos de los antiguos servicios y prácticas benéficas y asistenciales, tan arraigadas en nuestro país. La ruptura con este modelo residual está siendo lenta y compleja.

Como explica Rondón (2017), de forma asimétrica en la sociedad occidental, y tardía en el caso de España, se reorientan los discursos hacia la dimensión social, entendiendo que los ciudadanos en situación de desigualdad social o excluidos son consecuencia de los problemas o desajustes sociales, derivados de la estructura social. Estos discursos van acompañados de nuevos valores, orientaciones hacia la responsabilidad de la sociedad en lugar de a la del pobre por su situación.

Una de las consecuencias de esta herencia es que, a pesar de las profundas transformaciones que han experimentado a lo largo de estos treinta años, todavía se sigue asociando de manera muy extendida a los servicios sociales exclusivamente con pobreza y marginación. La inexistencia de derechos subjetivos, las limitaciones de sus estructuras y la escasez de sus presupuestos han contribuido en buena medida a mantener esta asociación servicios sociales y marginación, ya que han debido dar prioridad a la atención a las personas más necesitadas, con lo que las clases medias apenas se han podido beneficiar de muchas de sus prestaciones y servicios.

De esta manera, la Ley 39/2006 consolida el sistema de protección de los servicios sociales como el cuarto pilar del bienestar social. Y genera un nuevo derecho subjetivo y formando una parte importante dentro del sistema de servicios sociales. Uno de los artículos claves es el que define el catálogo de

servicios y prestaciones que define el Sistema de Atención a la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

2.6. El catálogo de servicios y prestaciones económicas definidas en la ley.

El contenido de los derechos subjetivos que la ley reconoce se define en el Catálogo de Servicios —artículo 153— y son los siguientes:

- a) *Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.*
- b) *Servicio de Teleasistencia.*
- c) *Servicio de Ayuda a Domicilio:*
 - *Atención a necesidades del hogar.*
 - *Cuidados personales.*
- d) *Servicio de Centro de Día y de Noche:*
 - *Centro de Día para mayores.*
 - *Centro de Día para menores de 65 años.*
 - *Centro de Día de atención especializada.*
 - *Centro de Noche.*
- e) *Servicio de Atención Residencial:*
 - *Residencia de personas mayores en situación de dependencia.*
 - *Centro de Atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.*

A los cuales hay que añadir las Prestaciones Económicas contempladas en el artículo 14, que son tres:

³ Cada uno de los servicios definidos en este artículo se detalla en otro que va desde el 21 al 25 correlativamente en el orden en el que están enunciados en éste.

- *Prestación económica vinculada al servicio* (art. 17)
- *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales* (art. 18)
- *Prestación económica de asistencia personal* (art. 19)

Como explica Del Pino (2016) el acceso al SAAD es un derecho subjetivo a un nivel básico de protección y se produce por la solicitud del beneficiario. Cada beneficiario es evaluado conforme un baremo por parte de la administración pública que reconocerá un grado de dependencia. Cada grado de dependencia da derecho a una serie de servicios y prestaciones. Es la administración junto al propio beneficiario o su familia quienes deciden qué tipo de prestaciones —el pago de servicios, la ayuda a domicilio, la teleasistencia, las residencias o los centros de día— tendrán a su disposición.

A la vista de este catálogo de servicios y prestaciones económicas, podemos asegurar que esta ley no establece ningún servicio o prestación nueva que no se hubiera ofertado, con mayores o menores limitaciones, en el marco de los servicios sociales de ayuntamientos y comunidades autónomas. Lo que la ley aporta es que estos servicios y prestaciones pasen a ser *de derecho* para quienes sean valorados en alguno de los grados y niveles de dependencia que la propia ley determina.

Sólo una de las tres prestaciones económicas establecidas, constituye una oferta novedosa: la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Una prestación que ha tenido un especial impacto mediático y que se ha convertido, sin duda, en una de las señas de identidad de la ley, aunque, como veremos más adelante, se trate de una prestación que la propia ley define como excepcional.

Se puede analizar cada uno de estos servicios y prestaciones, tal y como se definen en la Ley y en el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, *sobre criterios para determinar las intensidades de protección y la cuantía de las prestaciones económicas*. Antes hay que advertir que, en lo que se refiere a las intensidades y cuantías que se establecen en el Real Decreto 727/2007 hace referencia solo

a los niveles de protección 1º y 2º —de mínimos y acordado— dejando al margen el tercer nivel —adicional— que, como hemos visto, es opcional de cada comunidad autónoma sin referencia estatal.

Las disposiciones que se establecen en el presente Real Decreto en relación con las intensidades de protección de los servicios, compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos y la cuantía de las prestaciones económicas, se refieren al contenido prestacional que constituye el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia establecido en los niveles de protección 1º y 2º del artículo 7 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

Así mismo, afecta sólo a los Grados II y III de la Dependencia (—dependencia severa y gran dependencia—, ya que son aquellos que van a poderse beneficiar de los derechos reconocidos en esta ley durante los tres primeros años de su aplicación:

En este Real Decreto se desarrollan sólo los servicios y prestaciones económicas correspondientes a los Grados II y III de dependencia severa y gran dependencia, por considerar que el calendario de aplicación progresiva de la Ley, establecido en el apartado 1 de su disposición final primera, y la evaluación de resultados tras los primeros tres años de su aplicación, prevista en el apartado 3 de esa misma disposición final, aconsejan posponer la regulación del Grado I dependencia moderada. (Disposición final primera)

En adelante, aparece explicado con mayor minuciosidad lo tipificado en los artículos relativos a la protección social en la LAPAD, se hace referencia artículo (en adelante art.) que define cada prestación o servicio.

2.6.1. Servicio de prevención de las situaciones de dependencia

El art. 21 de la Ley 39/2006 establece la finalidad de prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de

carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos tanto a las personas mayores o personas con discapacidad, como a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

Se define la intensidad del servicio de prevención de las situaciones de dependencia (art. 5 del R.D. 727/2007):

- 1. Las personas en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos recibirán servicios de prevención con el objeto de prevenir el agravamiento de su grado y nivel de dependencia, incluyendo esta atención en los programas de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de los centros de día y de atención residencial.*
- 2. Los planes de prevención para prevenir la aparición de las situaciones de dependencia y su agravamiento, elaborados por las correspondientes Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, determinarán las intensidades de los servicios de prevención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en su correspondiente ámbito territorial.*

No se establece incompatibilidad alguna entre este servicio y el resto de los del catálogo. Por el contrario, se establece que las atenciones preventivas deberán formar parte de los programas del resto de servicios —teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, de noche y centros residenciales—, dejando que sean las comunidades autónomas en sus planes de prevención las que determinen la intensidad de este servicio.

2.6.2. Servicio de promoción de la autonomía personal

En el art. 15.1.a de la Ley 39/2006 está enunciado en el catálogo de servicios de la ley junto al de prevención de las situaciones de dependencia, pero no se concretan sus contenidos en ningún artículo posterior. Por ello hay que remitirse a lo que establece el Real Decreto 727/2007, al determinar su intensidad.

Se define la intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal —art. 6 del R.D. 727/2007—:

- 1. Los servicios de promoción de la autonomía personal tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.*
- 2. Son servicios de promoción para la autonomía personal los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional, así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.*
- 3. La intensidad de este servicio se adecuará a las necesidades personales de promoción de la autonomía, a la infraestructura de los recursos existentes y a las normas que se establezcan por las correspondientes Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia.*

De la misma manera que en el servicio de prevención, no se establece incompatibilidad alguna con el resto de los servicios del catálogo. Tampoco se concreta su intensidad. Se define de manera muy genérica, que se establecerá por parte de cada comunidad autónoma, en función de las necesidades personales y de los recursos existentes. Por lo que se podrá aplicar de manera simultánea y complementaria con cualquier otra prestación o servicio del catálogo.

2.6.3 Servicio de Teleasistencia

Este servicio se regula en el art.22 de la Ley 39/2006:

- 1. El servicio de Teleasistencia facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información,*

con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

2. *Este servicio se prestará a las personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.*

Se define la intensidad del servicio de teleasistencia (art. 7 del R.D. 727/2007)⁴:

- 1 *El servicio de Teleasistencia tiene por finalidad atender a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual.*
- 2 *El servicio de Teleasistencia se prestará a las personas en situación de dependencia conforme a lo establecido en el programa individual de atención, en las condiciones establecidas por cada Comunidad Autónoma o Administración que, en su caso, tenga la competencia.*

El servicio de teleasistencia y el servicio de atención residencial permanente son incompatibles entre sí, según establece el Real Decreto 727/2007 en su artículo 11. No se establece de forma específica una intensidad para este servicio, sino que, como puede verse, se utiliza de nuevo una forma genérica y remite su intensidad a lo que establezca el correspondiente programa individual de atención y dejando que sean las comunidades autónomas quienes establezcan las condiciones concretas de prestación de este servicio, de las que se derivará su intensidad.

⁴ Con una redacción casi idéntica a la del art. 22 de la Ley:

2.6.4. Servicio de Ayuda a Domicilio

La ayuda a domicilio se tipifica en el art. 23 de la Ley 39/2006:

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:

- a) *Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros*
- b) *Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria*

Se define la intensidad del servicio de ayuda a domicilio (art. 8 del R.D. 727/2007):

1. *El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio el mayor tiempo posible.*
2. *Este servicio comprende la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y la cobertura de las necesidades domésticas mediante los servicios previstos en el artículo 23 de la Ley 39/2006 y los que en su desarrollo puedan establecerse por las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia.*
3. *Para determinar la intensidad del servicio de Ayuda a domicilio se utiliza el término horas de atención. La hora, en este contexto, se refiere, por tanto, al módulo asistencial de carácter unitario, cuyo contenido prestacional se traduce en una intervención de atención personal al beneficiario.*
4. *La intensidad del servicio de Ayuda a domicilio estará en función del programa individual de atención y se determinará en número de horas*

mensuales de servicios asistenciales, mediante intervalos según grado y nivel de dependencia, de acuerdo con el anexo I.

El servicio de ayuda a domicilio y el servicio de atención residencial permanente son incompatibles entre sí, según establece el Real Decreto 727/2007 en su artículo 11.

2.6.5. Servicio de centro de día y de noche

El servicio de centro y de día se define en el art. 24 de la Ley 39/2006:

- 1. El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.*
- 2. La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.*

Se define la intensidad del servicio de centro de día y de noche (art. 9 del R.D. 727/2007):

- 1. El Centro de Día y de Noche público o acreditado ajustará los servicios establecidos en el artículo 24 de la Ley 29/2006, de 14 de diciembre, a las necesidades de las personas en situación de dependencia atendidas según su grado y nivel. Ello sin perjuicio de los servicios y programas que se establezcan mediante normativa de las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia.*

2. *Teniendo en cuenta la tipología de centros establecida en el artículo 15.1.d) de la Ley 39/2006, los Centros de Día se adecuarán para ofrecer atención especializada a las personas declaradas en situación de dependencia.*
3. *Los Centros de Noche tienen por finalidad dar respuesta a las necesidades de la persona en situación de dependencia que precise atención durante la noche. Los servicios se ajustarán a las necesidades específicas de los beneficiarios atendidos.*
4. *La intensidad del servicio de Centro de Día y de Noche estará en función de los servicios del centro que precisa la persona con dependencia, de acuerdo con su programa individual de atención.*
5. *Las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, determinarán los servicios y programas y otras actividades de los centros para cada grado y nivel.*

Es importante señalar que en el artículo 3 de este real decreto, se establece el transporte adaptado como para de las atenciones que debe garantizar los centros de día y de noche:

El transporte adaptado deberá garantizarse cuando por las condiciones de movilidad de la persona sea necesario para la asistencia al centro de día o de noche (art. 4.3 del Real Decreto 727/2007 de 8 de junio.)

Se corrige así una ausencia que muchos echábamos en falta en el Catálogo de Servicios de la Ley, incorporando de facto el «transporte adaptado» a este catálogo, como atención específica que deben garantizar los centros de día y de noche.

El centro de noche y el servicio de atención residencial permanente son incompatibles entre sí, según establece el Real Decreto 727/2007 en artículo 11.

Respecto a la intensidad de este servicio, de nuevo utiliza fórmulas genéricas —«estará en función de los servicios que precisa la persona en función

de su programa individual de atención»— y remitiéndose así, en todo caso, en lo que al respecto determinen las comunidades autónomas.

2.6.6. Servicio de atención residencial

El servicio residencial se precisa en el art. 25 de la Ley 39/2006

1. *El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.*
2. *Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.*
3. *La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.*
4. *El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.*

Se define la intensidad del servicio de atención residencial (art. 9 del R.D. 727/2007):

1. *El servicio de Atención Residencial ofrece un atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial sea la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia; o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.*

2. *El servicio de Atención Residencial ajustará los servicios y programas de intervención a las necesidades de las personas con dependencia atendidas.*
3. *La intensidad del servicio de Atención Residencial estará en función de los servicios del centro que precisa la persona con dependencia, de acuerdo con su programa individual de atención.*
4. *Las Comunidades Autónomas o la Administración que, en su caso, tenga la competencia determinarán los servicios y programas de los centros para cada grado y nivel de dependencia.*
5. *El servicio de estancias temporales en centro residencial estará en función de la disponibilidad de plazas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en cada Comunidad Autónoma y del número de personas atendidas mediante cuidados en el entorno familiar.*

El servicio de atención residencial permanente es incompatible con la teleasistencia, con la ayuda a domicilio y con el centro de noche, según establece el citado decreto 727/2007 en su artículo 11.

La intensidad de este servicio se resuelve, de nuevo, con fórmulas muy genéricas, iguales a las que se establecen en el caso del servicio de centro de día y de noche: —«estará en función de los servicios que precisa la persona en función de su programa individual de atención»— y remitiéndose, en todo caso, en lo que al respecto determinen las comunidades autónomas.

2.6.7. Prestación económica vinculada al servicio

Esta prestación se concreta en el art. 17 de la Ley 39/2006

1. *La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio*

celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.

2. *Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.*
3. *Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.*

Existía el temor de que la prestación económica vinculada al servicio puede desvirtuar el carácter público del sistema, por cuanto abre la vía para evitar que, tal como la ley establece:

[...] los servicios del Catálogo se presten a través de la oferta pública del Sistema, mediante centros y servicios públicos o privados concertados. (art.14.2)

Efectivamente, según como se utilice esta prestación pueda ser un auténtico *cheque servicio* a través de cual se pueda quebrar el carácter público del sistema, por los siguientes motivos:

- Rompen la vía de acceso pública a los centros y servicios (cada perceptor de esta prestación, en lugar de tener garantizada una plaza o un servicio público o privado concertado, deberá buscar por sus propios medios un centro o servicio)
- Permiten a los centros y servicios privados seleccionar a su clientela. Frente a la falacia de que esta prestación permite a los beneficiarios elegir centro o servicio, posibilita algo radicalmente distinto: que sean los centros y servicios quienes seleccionen a su clientela, ya que son libres de admitir o no a quien lo solicite.
- Pueden dejar indefensas a las personas con más dificultades. Obviamente, esta capacidad de selección de los centros y servicios privados será en base a sus propios intereses, rechazando a quienes consideren poco rentables, de difícil trato o poco «atractivos» para otros usuarios más «potentes». Personas conflictivas o con rasgos o

connotaciones de marginalidad tendrán muy difícil ser admitidos en determinados centros y servicios privados.

- Amenazan con crear un sistema dual: Esta libertad de elección por parte de los centros y servicios, puede generar un sistema dual, donde los centros y servicios privados se especializan en una clientela «selecta», mientras que los escasos centros y servicios públicos deben admitir a todos aquellos que lo privado rechaza, asumiendo así una población con elevados grados de dificultad.

Por ello, y entendiendo que esta prestación puede ser útil en determinadas circunstancias, quizás hubiera sido conveniente que en la propia ley se hubiera establecido algún tipo de limitación para impedir un uso abusivo de la misma, en la línea que acabamos de comentar. Por ejemplo, limitando su tiempo de percepción, para que no pudiera convertirse en una alternativa a la creación de plazas públicas o privadas concertadas. Ya que no ha sido así, hay que confiar en que la capacidad normativa de las comunidades autónomas corrija esto que es una grave amenaza contra el carácter público del sistema.

2.6.8. Prestación económica de asistencia personal

La prestación de asistencia personal se tipifica en el art. 19 de la Ley 39/2006:

La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

Se establece, así mismo, en el Real Decreto que los requisitos y condiciones de acceso, tanto a ésta como a las otras prestaciones económicas, se establecerán por las comunidades autónomas o administración que, en su caso tenga la competencia, teniendo en cuenta lo dispuesto en el acuerdo adoptado por el Consejo Territorial (art. 12).

Esta prestación económica sólo la podrán percibir las personas que tengan la calificación de Nivel III— gran dependencia —, ya que el Real Decreto 727/2007 no la contempla en el Nivel II —dependencia severa—, lo que permite asegurar, obviamente, que tampoco afectará, en su momento, a quienes se califique en el Nivel I —dependencia moderada—.

2.6.9. Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Los cuidadores familiares se definen en el art. 18 de la Ley 39/2006

Hemos dejado para el final esta prestación, por ser uno de los aspectos más novedosos y de mayor impacto de la ley y que merece, a nuestro juicio, una explicación detallada para conocer sus contenidos y condiciones.

Esta prestación se propone garantizar el derecho de la persona en situación de dependencia a permanecer en su propio entorno familiar y a recibir allí los cuidados y atenciones que necesite. Y lo hace estableciendo condiciones específicas para que, cuando se opte por esa alternativa, quede debidamente garantizado el bienestar, no sólo de la persona en situación de dependencia, sino de sus cuidadores y convivientes.

Se trata de una especie de salario para quienes decidan hacerse cargo formalmente del cuidado de una persona en situación de dependencia, evitando su institucionalización. Decimos un salario, ya que quien opte por cobrar esta prestación deberá darse de alta en un régimen especial de la seguridad social (artículo 18.6).

Con ello se pretende corregir la injusticia que supone no compensar, de alguna manera, la extraordinaria carga de trabajo que llevan a cabo cuidadores no profesionales, casi siempre familiares⁵ y, la más de las veces, mujeres —

⁵ Se ha corregido la denominación de estos cuidados que figuraba en el Libro Blanco como «informales»; un término que resultaba ofensivo y absolutamente inapropiado para referirse a una labor tan sistemática y abnegada como la que casi siempre representa el cuidado de personas en situación de dependencia en su propio entorno familiar.

esposas, hijas, hermanas, madres...—, asumiendo una carga que, de otra manera, recaería sobre el conjunto de la sociedad y sobre sus instituciones.

Pues bien, esos cuidados no profesionales son, por fin, reconocidos, valorados y compensados, lo que va a aflorar una economía real, incluso a efecto de cotizaciones a la seguridad social, con sus correspondientes derechos a la cobertura de contingencias, particularmente de jubilación.

Pero esta prestación tiene también riesgos, entre ellos la falta de cuidados apropiados en algunos casos, para las personas en situación de dependencia — por no contar con el entorno adecuado o, en casos extremos, por un abandono o desatención y una simple utilización económica de la persona para percibir la *paga*—. Sin menospreciar otro riesgo importante, como es el que la buena voluntad del entorno familiar o de la persona que asume los cuidados, pueda superar sus capacidades, lo que supone para la persona cuidadora un grave deterioro de su propio bienestar físico, psíquico y social.

Pues bien, en estos aspectos la ley ofrece alternativas especialmente interesantes al plantear esta prestación, estableciendo, en primer lugar, que es una prestación de carácter excepcional, que requiere una serie de condiciones para garantizar que se trata de una opción adecuada, tanto para las personas que deben ser atendidas, como para sus cuidadores. Estas condiciones son:

1. Que se den las condiciones adecuadas Se establecen específicamente dos condiciones: convivencia adecuada y la habitabilidad de la vivienda:
“El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda...” (art. 14.4)
2. Que se valoren así desde los Servicios Sociales.

Serán los servicios sociales —a través del Programa Individual de Atención, quienes valoren, en el correspondiente informe emitido por sus profesionales— si se dan estas condiciones de adecuación de la convivencia y de la vivienda:

“...y así lo establezca su Programa Individual de Atención” (art. 14.4)

Además, conlleva información, formación y descansos.

Pensando tanto en el interés de la persona atendida, como de quienes asumen sus cuidados, en este mismo artículo se determina que:

“El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a cuidadores no profesionales que incorporarán programas de información, formación y periodos de descanso.” (art. 18.4)

Sobre los cuidadores familiares o no profesionales

La figura del cuidador familiar o no profesional adquiere carta de naturaleza jurídica a partir de esta ley, en cuyo desarrollo constituye, como acabamos de ver, uno de sus elementos clave. Vamos a analizar a continuación las características que deben tener estas personas y sus condiciones respecto a su encuadre profesional, especialmente en el marco de la seguridad social.

Veamos, en primer lugar, quien puede ser «cuidador familiar» o «no profesional». El artículo 2 de la ley, que define diferentes conceptos fundamentales en la misma, incluye entre estas definiciones la de «cuidados no profesionales», que hace referencia a unos y otros cuidadores (familiares y no profesionales):

Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada. (art.3.5.)

En el Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo, *por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia*, se concretan estas figuras de cuidadores, diferenciando entre los familiares y otros cuidadores no profesionales.

Cuidadores Familiares. Se considera así que para ser «cuidador familiar» es preciso tener relación familiar hasta el tercer grado, con la persona en situación de dependencia a la que deban cuidar:

...podrán asumir la condición de cuidadores no profesionales de una persona en situación de dependencia, su cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco. (art. 1 del Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo)

Otros cuidadores no profesionales. En el caso de que la persona que se propone como cuidador no profesional no tengan relación de parentesco al menos hasta tercer grado con la persona en situación de dependencia el citado real decreto establece dos condiciones de carácter excepcional respecto al entorno en el que se ubique el domicilio de esta persona:

- que no existan recursos públicos o privados suficientes.
- que existan dificultades geográficas que impidan o dificulten otras modalidades de atención.

En el caso en que se acrediten alguna de estas excepcionales la administración competente —que serán las comunidades autónomas o la que ellas mismas decidan— podrá excepcionalmente permitir la existencia de cuidadores no profesionales sin rango de parentesco hasta tercer grado con la persona que requiera cuidados. Se trata así de una figura excepcional, la del cuidador no profesional y que no sea del entorno familiar, que requiere, en todo caso, que se acrediten las circunstancias excepcionales del entorno del domicilio de la persona dependiente, y que, en base a ello, exista una autorización expresa por parte de la administración competente.

Cuando se diera este caso, aún se establece una condición más que no afecta al entorno sino a la propia persona que se propone como cuidador no profesional: si no tiene relación de parentesco de hasta, al menos, tercer grado, con la persona dependiente que resida en el mismo municipio en el que reside la persona dependiente, o en un municipio vecino, y que lo haya hecho durante un periodo previo de un año.

Cuando la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, la

administración competente podrá excepcionalmente permitir la existencia de cuidados no profesionales por parte de una persona de su entorno que, aun no teniendo el grado de parentesco señalado en el apartado anterior, resida en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año. (art.1.2.)

También se establece la posibilidad solicitar el alta en la Seguridad Social como cuidadores familiares y no profesionales:

En el caso de los cuidadores familiares y no profesionales, la ley establece que

...deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente. (art.18.3)

También establece:

Reglamentariamente el Gobierno determinará la incorporación a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales en el Régimen que les corresponda, así como los requisitos y procedimientos de afiliación, alta y cotización. Disposición adicional cuarta. Seguridad Social de la Ley 39/2000

En cumplimiento de lo cual, se promulga el Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo, «por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia». El presente real decreto establece que los mismos se incorporarán al Sistema Especial de Empleados del Hogar integrado dentro del Régimen General de la Seguridad Social, a cuyos efectos se dispone la inclusión de un nuevo epígrafe en el apartado 1 del artículo 3 del Decreto 2346/1969 de 25 de septiembre, que regula este régimen:

d) Los cuidadores profesionales contratados mediante la prestación económica regulada en los artículos 14.3 y 17 de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, así como los trabajadores dedicados a la asistencia personal, en los términos regulados en el artículo 19⁶ de dicha ley, aunque, en uno

⁶ Se refiere a quienes se contraten en base a la prestación económica de asistencia personal, que es la que está regulada en el artículo 19 de la Ley

y otro caso, los cuidados se lleven a cabo en el domicilio de la persona dependiente o del familiar con la que aquélla conviva.

Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo. Disposición final primera.

(Modificación del Decreto 2346/1969, de 25 de septiembre)

En consecuencia, todos los cuidadores no profesionales deberán darse de alta en la Seguridad Social en este régimen especial de empleadas de hogar⁷. Para darse de alta deberán aportar los siguientes documentos, según establece el artículo 2.6 del Real Decreto 615/2006 de 11 de mayo:

- Copia de la resolución por la que se haya concedido la prestación económica a la persona atendida.
- Documentación acreditativa del parentesco con la persona a cuidar.
- En caso de que no sea familiar (hasta tercer grado) de la persona a cuidar, documentación que acredite residencia en el municipio de esta persona o en un municipio vecino, durante el periodo previo de un año.

En determinadas circunstancias, que el propio decreto establece —en su artículo 2—, no será necesario que el cuidador no profesional se dé de alta en este régimen especial de la seguridad social:

- Cuando el cuidador no profesional se encuentre realizando o inicie una actividad profesional por la que deba quedar incluido en el sistema de la seguridad social
- Cuando se encuentre percibiendo la prestación de desempleo
- Cuando tenga la condición de pensionista de jubilación o incapacidad permanente
- Cuando se trate de pensionista de viudedad o a favor de familiares, al superar los 65 años

⁷ En realidad, se trata de una situación “asimilada al alta”, que se lleva a cabo mediante la “suscripción de un convenio especial”, tal y como se establece y regula en este mismo Decreto.

- Cuando se encuentre disfrutando de periodos de excedencia laboral por cuidados de familiares que tengan la consideración de cotización efectiva.

Asimismo, este Decreto regula todo lo relativo a la base de la cotización que será «el tope mínimo que en cada momento esté establecido en el Régimen General de la Seguridad Social». En el caso de que el tiempo de cuidados no alcance la dedicación completa, «la base de cotización se reducirá proporcionalmente (...) sin que pueda ser inferior al 50 por ciento del tope mínimo establecido»⁸.

En todo caso, y como parte del nivel mínimo de protección, será la Administración General del Estado quien se hará cargo de las cotizaciones a la seguridad social que deban realizar los cuidadores no profesionales, según se establece en el Real Decreto que regula este nivel:

4. Así mismo, la Administración General del Estado asumirá las cotizaciones correspondientes a la seguridad social de los cuidadores no profesionales a que se refiere el artículo 18.3 de la Ley. art. 1.4. Real Decreto 614/2007 de 11 de mayo

Por último, la inclusión en este Régimen Especial de la Seguridad Social y su cotización tendrá efectos en materia de «prestaciones de jubilación y de incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivadas de accidente, cualquiera que sea su carácter, o enfermedad» (Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo, art. 3.).

Del mismo modo, se especifica en el citado Real Decreto que los requisitos y condiciones de acceso, tanto a ésta como a las otras prestaciones económicas, se establecerán por las comunidades autónomas o administración que, en su caso tenga la competencia, teniendo en cuenta lo dispuesto en el acuerdo adoptado por el Consejo Territorial (art. 12).

⁸ Vid. Se establece una excepción en el caso de personas que hayan interrumpido una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia para dedicarse a los cuidados a la persona en situación de dependencia. En estos casos se establece que «podrá mantener la base de cotización del último ejercicio en dicha actividad, siempre que resulte superior al tope mínimo de la Seguridad Social, siendo a su cargo el coste del incremento de cotización» (Real Decreto 615/2006, de 11 de mayo, art. 4.2.)

Será la Administración General del Estado quien se hará cargo de las cotizaciones a la seguridad social que deban realizar los cuidadores no profesionales.

En el trabajo sobre distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de mayores de 65 años en situación de dependencia de Rogero-García Jesús se confirma que un mayor porcentaje de mujeres no recibe cuidado a pesar de necesitarlo, que los hombres reciben más cuidado informal como única fuente de apoyo, y que las mujeres reciben más cuidado formal (Rogero-García Jesús, 2009).

2.6.10. Servicios complementarios

El conjunto de servicios y prestaciones contemplados en los artículos 14 y 15, deja fuera del catálogo otros servicios y prestaciones económicas que son especialmente necesarias para las personas en situación de dependencia:

1. Transporte adaptado.

Ya hemos hecho referencia a uno de estos servicios, el transporte adaptado, cuya ausencia en este catálogo se suple incorporándolo como una atención específica en el servicio de centro de día y de noche, según dispone el real decreto que regula la intensidad de protección de los servicios (R.D. 727/2007):

El transporte adaptado deberá garantizarse cuando por las condiciones de movilidad de la persona sea necesario para la asistencia al centro de día o de noche. art. 4.1. Real Decreto 727/2007

Con ello, el transporte adaptado pasa a ser una atención de derecho, cuando así se prescriba en el correspondiente Programa Individual de Atención cuando la persona deba ser atendida en un centro de día o de noche.

2. Ayuda técnicas y adaptaciones del hogar. Disposición Adicional Tercera de la Ley 39/2006

Las ayudas técnicas y las adaptaciones del hogar aparecen mencionadas como «ayudas económicas» en una de las disposiciones adicionales de la ley, como una posibilidad siempre que así lo decidan las administraciones central y

autonómicas, y en función de sus disponibilidades presupuestarias. Es decir, las excluye del catálogo de prestaciones económicas y servicios garantizados:

3. Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal.

La Administración General del Estado y las administraciones de las comunidades autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:

- a) *A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria*
- b) *A facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.*

Se plantea el reto de analizar los distintas prestaciones y servicios del catálogo del Sistema de Atención a la Atención a la Dependencia, y valorar el debate sobre los cuidados. Tal y como plantea Rogero-García J. (2009) en sus trabajos en los que aporta nueva información sobre la distribución del cuidado formal e informal en España y sobre el modo en que se relacionan. En los que observa una presencia mayoritaria del modelo de cuidado complementario en combinación con el modelo compensador jerárquico: el cuidado formal es minoritario y sirve de complemento al informal, que es el tipo de cuidado prioritario y mayoritario. Las personas mayores con necesidades de atención que viven acompañados, o su entorno, parecen escoger como primera opción el cuidado informal, de acuerdo con el modelo compensador jerárquico. En diez países europeos— entre ellos España— se confirma que la relación entre cuidado formal e informal entre quienes viven solos es de sustitución (modelo de cuidado suplementario). Se constata a su vez que los servicios públicos de cuidado tienen una menor presencia que los servicios privados en España.

Por otra parte, Pinzón-Pulido (2016) señala en su estudio que el 87,4% de las mujeres y el 85,9% de los hombres manifestaron su deseo de recibir los cuidados en su domicilio particular. Los hombres tienen tres veces más riesgo de institucionalización que las mujeres. En mujeres, los factores de riesgo de

institucionalización son: el nivel de dependencia —desear vivir en residencia—; una consistencia y una fragilidad medias de la red de apoyo y tener un diagnóstico de demencia. En hombres: desear vivir en una residencia y una consistencia baja o media de la red de apoyo. El cuidado en el domicilio es la alternativa de preferencia para las personas mayores en situación de dependencia. El riesgo de institucionalización está condicionado por las preferencias de la persona y su familia y las características de la red de apoyo, más que por las condiciones clínicas del individuo.

También hay que tener en cuenta lo que plantea Del Pino (2016) sobre la difícil situación económica de los últimos años que ha revivido el debate sobre las fórmulas del welfare-mix, acerca de cuál deba ser su alcance y, especialmente, sobre sus consecuencias en políticas que, como las sociales, tienen un fuerte impacto entre los ciudadanos en épocas de crisis. El análisis de tres políticas sociales en el caso de España permite observar que el welfare-mix se ha transformado de distintas maneras durante la crisis, atendiendo a diversos motivos, incluida la percepción por parte de los responsables públicos de que se estaba produciendo cierta privatización del riesgo social.

2.7. Los Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia expresa una evidente contradicción: por un lado, una clara intencionalidad de ser una respuesta integral no sólo para la asistencia a las personas en situación de dependencia, sino para la promoción de la autonomía personal, como en su propio nombre indica, y como expresa en su artículo 1:

Art. 1.2 «El Sistema (...) contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia...»

De manera específica, entre los principios de la ley hace referencia expresamente a la colaboración de los servicios sociales y sanitarios:

Art. 3.I. Principios: «La colaboración de los Servicios Sociales y Sanitarios en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema y...»

Sin embargo, la ley no establece ninguna prestación ni servicio sanitario ni de ninguna otra área. Así mismo, vale la pena destacar que todo el contenido del Catálogo de Servicios (art. 15) son contenidos específicos de servicios sociales, que ya se está gestionando en sus estructuras.

Aunque al menos la ley establece que estos servicios lo serán «sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud», es decir, se evita el riesgo de que los servicios sociales contemplados en el catálogo de esta ley pudieran asumir prestaciones específicas del sistema de salud, lo que hubiera supuesto un gravísimo paso atrás en derechos ya consagrados en dicho sistema.

Así pues, aunque lo que diga el título de la ley o sus enunciados de intenciones, nos presenta algunas dudas o interrogantes el que garantice la promoción de la autonomía personal, ya que ello requiere, sin duda, una acción integral de diversas áreas, que aquí no está comprometida; además esta ley no contempla otras medidas que no sea de servicios sociales, ni compromete u obliga a otras áreas a participar en esta materia. Sólo se limita a decir que los servicios sociales y los sanitarios deberán coordinarse. Eso es todo.

Sin extendernos respecto a la importancia que otras áreas tienen en la prevención de las situaciones de dependencia —retraso de deterioros propios de la edad, rehabilitación, intervención temprana con niños/as afectados por algún tipo de diversidad funcional, prevención de accidentes de tráfico y laborales...—, y mucho más en la promoción de la autonomía personal: la educación, el empleo, la vivienda y una mención muy especial a la ordenación del territorio, el espacio en el que se desarrolla la vida cotidiana de las personas, como aspectos tan esenciales o más que los servicios sociales para favorecer la autonomía personal. ¿Cómo piensa el legislador que puede promoverse la autonomía personal, sin un solo compromiso en esta ley que obligue a estas áreas a implicarse?

Desde el inicio de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, los Gobiernos de las comunidades autónomas desarrollaron y legislaron los procedimientos para hacer efectiva la aplicación de la ley. En la mayoría de los territorios se integraron estos procedimientos en la red de servicios sociales, de tal manera que gran parte de las fases del procedimiento –fundamentalmente la solicitud y la elaboración del Plan Individual de Atención– se delegaron en los servicios sociales generales o comunitarios –en la mayoría de los territorios reforzando la red.

Se puede afirmar que aquellas comunidades que han implementado la ley de dependencia desde los servicios sociales básicos, reforzando sus estructuras, han obtenido mejores resultados en cuanto a gestión y desarrollo de la ley que aquellas que han optado por establecer redes paralelas o han ignorado la red de servicios sociales comunitarios.

En cuanto a las funciones de la red de servicios sociales, en la figura 4, se desglosan las distintas fases de aplicación de la ley:



FIGURA 4. FASES DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA LEY. GARCÍA Y RAMÍREZ (2008)

2.7.1. En relación con la fase de INFORMACIÓN

Se establece la tramitación de la solicitud, regulada en el art. 28.1 de la Ley 39/2006. Es inevitable, aunque no se contemplaba específicamente en la ley, que las personas interesadas han acudido a los servicios sociales más próximos

—los servicios sociales de atención primaria de ámbito local—, para informarse y gestionar los derechos que puedan corresponderles. Lo cual ha supuesto una importante carga de trabajo añadida para las estructuras básicas de los servicios sociales que ha requerido reforzar e incrementar, en consecuencia, las estructuras y recursos en esta red de servicios sociales de manera que cumplan con eficacia esta función.

2.7.2. En relación con la fase de VALORACIÓN Arts. 27, 28 y 30 de la Ley 39/2006

La ley dice que «la valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en que vive la persona...» (art. 27.5). Y cuando se menciona la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, se dice que esta prestación está condicionada a que «se den condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda» (art. 14.4).

Si bien los Informes sociales en la mayoría de las comunidades las realizan las unidades de trabajo social de los Ayuntamientos, la aplicación del baremo la realizan trabajadores dependientes de los gobiernos autónomos.

Los órganos de valoración emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir (art. 27.1)

- a) La determinación del grado y nivel de dependencia, mediante la aplicación del correspondiente baremo.
- b) La especificación de los cuidados que la persona pueda requerir.

Para llevar a cabo esta valoración, la ley determina los siguientes instrumentos:

- El baremo (art. 27.2)
- Los informes sobre salud y sobre el entorno (art. 27.5)

Respecto a la elaboración de estos informes, la práctica totalidad de las comunidades autónomas han encomendado a los servicios de atención primaria

del sistema de salud correspondiente el que hace referencia a la salud de la persona.

En cambio, existe una mayor diversidad en cuanto al informe sobre el entorno, ya que mientras la mayor parte de las comunidades entienden, con toda lógica, que debe corresponder a los servicios sociales básicos o de atención primaria, como un «informe social», algunas lo encomiendan directamente a los propios órganos específicos de valoración, de dependencia autonómica. Un grave error, ya que sólo los servicios de atención primaria, ubicados de forma cotidiana en el entorno, tienen capacidad para realizar esta valoración de manera adecuada, y para constatar e informar sobre los cambios que se pudieran producir en la misma. Obviar a estos equipos de atención primaria en la realización del preceptivo informe sobre el entorno, supone menospreciar la importancia de dicho informe y desconocer el carácter complejo y cambiante del entorno, reduciendo el informe sobre el mismo a un mero trámite administrativo, en lugar de considerarlo la base de toda intervención racional.

Reconocimiento: art. 28 de la Ley 39/2006 El reconocimiento de la situación de dependencia es competencia de la Comunidad Autónoma donde tenga la residencia el solicitante, según establece la ley. Y continúa diciendo que este reconocimiento tendrá validez en todo el Estado. El reconocimiento, como resolución administrativa, no se limitará a determinar el grado y nivel de dependencia, sino que debe incorporar los servicios y prestaciones que puedan corresponder en función de este grado y nivel (art. 28.3).

2.7.3 En relación con el diseño del PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN

Se establece su elaboración en el art. 29.1 de la Ley 39/2006.

El diseño de este programa es una de las funciones más específicas, y más complejas —y que requiere una mayor dedicación—, de las que en la ley se encomiendan a los servicios sociales. Implica conocer y valorar los recursos del entorno, la voluntad de la persona afecta y de su familia, en su caso, la negociación, la planificación, la articulación de recursos de diversa titularidad, la

capacidad de modificar para adaptarse a las necesidades cambiantes de la persona y de sus entornos...

Así pues, este programa:

- Debe elaborarse por parte de «los servicios sociales correspondientes del sistema público», tal y como específicamente establece la ley.
- Se debe realizar directamente por las administraciones públicas. En este programa se prescriben las prestaciones y servicios concretos que la persona va a recibir. Por ello, al igual que en la valoración, la ley establece con rotundidad que debe elaborarse directamente por parte de la Administración Pública competente, no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas: la prescripción de servicios y prestaciones (...) se efectuarán directamente por las asociaciones públicas, no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas. (art. 28.6)
- Supone la auténtica capacidad de prescripción de los servicios sociales, ya que, no hay que olvidarlo, se elabora «en el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes» (art. 29.1), por lo que sus contenidos constituyen una auténtica prescripción facultativa, con efectos administrativos.
- Es un auténtico traje a medida para cada persona. Este programa significa que en lugar de administrar de forma mecánica y estandarizada los servicios y prestaciones del catálogo de la ley, se obliga a elaborar con ellas «un traje a medida» para cada persona afectada, en función del grado y nivel que tenga reconocido y de las prestaciones que, en función de ello, pudieran corresponderle. Además, se entiende que son distintas las condiciones de cada persona y situación: su voluntad de vivir de una u otra manera, las condiciones de su entorno familiar, su vivienda, la existencia o no de recursos en su entorno vecinal o local, etc.
- Se debe negociar con la persona afectada y, en su caso, con su familia. Esta prescripción personalizada de prestaciones y servicios debe realizarse de manera que permita optar a la persona afectada y, en su caso, a su familia, entre diversas opciones si es el caso. Se establece así en la ley la

necesidad de negociar —consulta y opinión— el programa individual de atención con la propia persona afectada y, en su caso, con su familia o entidades tutelares.

El Programa Individual de Atención para los Servicios Sociales supone al diseñar estos programas, tener en cuenta cuatro aspectos o dimensiones: las condiciones de convivencia y la adecuación de la vivienda. Los servicios y prestaciones que le corresponda según el grado y nivel de dependencia valorado y la disponibilidad de recursos en el entorno.

Los dos primeros condicionantes vienen obligados por la necesidad de valorar las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda, según establece el artículo 14.4, como requisitos para prescribir atenciones y cuidados en el propio ámbito de convivencia. Y ambas quedarán reflejadas en el correspondiente informe social (art. 27.4). Por su parte, el programa estará condicionado, en cuanto a sus contenidos, por lo que determine la resolución, que deberá emitir la comunidad autónoma respecto al grado y nivel de dependencia de la persona, ya que esta resolución «determinará los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante» (art. 28.3). Por último, la disponibilidad de recursos en el entorno es un condicionante obvio a la oferta que el programa puede incorporar. Con estas cuatro referencias, los servicios sociales básicos o de atención primaria del sistema de servicios sociales configurará el Programa Individual de Atención. Ahora bien, este programa debe incorporar «la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen» (art. 29.1). Del cruce del diseño profesional y de los deseos y expectativas del usuario y, en su caso, de su familia o entidad tutelar, surgirá la negociación de la que resulte el Programa Individual de Atención, como se indica en la próxima figura número 5:

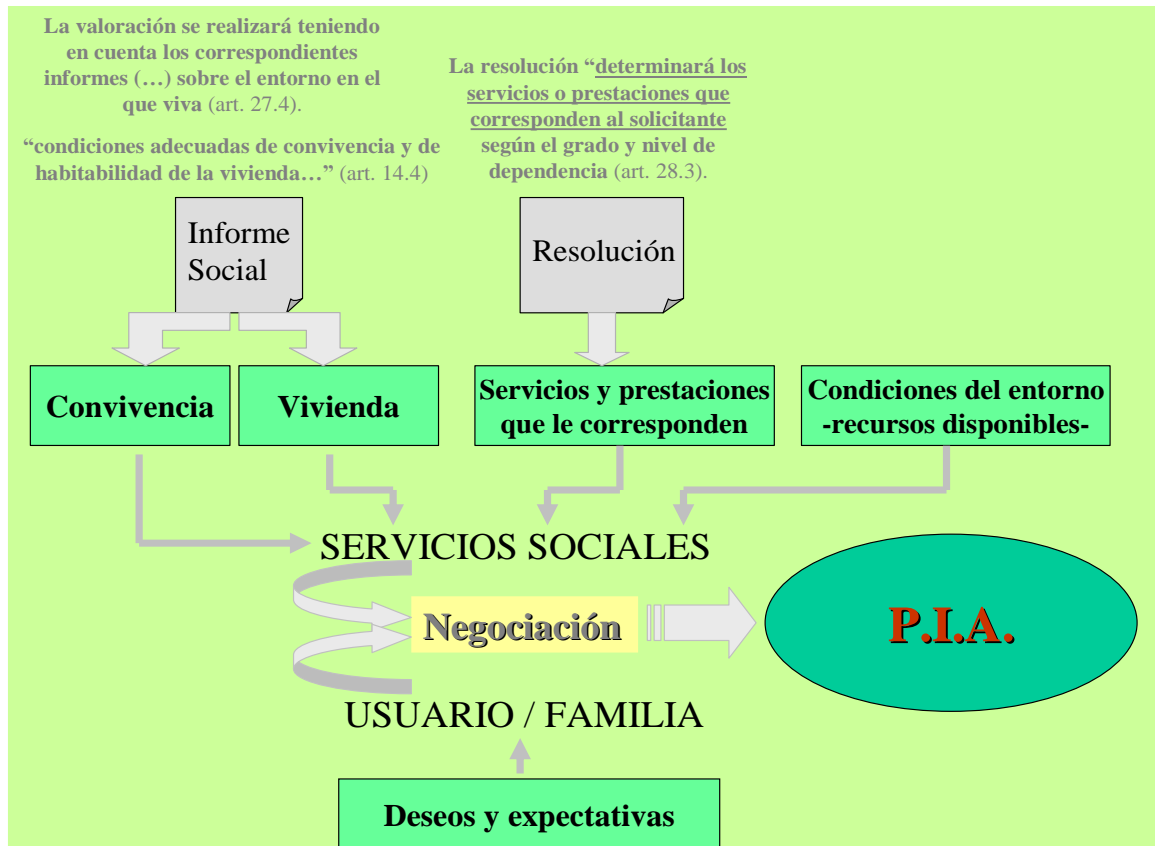


FIGURA 5. PROCESO DE ELABORACIÓN DE UN PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN. GARCÍA Y RAMÍREZ (2008)

Hay que tener en cuenta que todas estas circunstancias y condiciones son cambiantes:

- Son cambiantes las condiciones de convivencia, lo que requiere un continuo seguimiento del programa, ya que el no apreciarlas a tiempo puede tener graves consecuencias para el bienestar de la persona en situación de dependencia —y, de paso, una grave responsabilidad para las instituciones y para los profesionales de los servicios sociales—.
- Pueden ser cambiantes, así mismo, las condiciones de la vivienda, ya que múltiples factores pueden influir en este aspecto.
- Permiten variar la situación de dependencia y, con ello, la valoración del grado y nivel. También pueden cambiar los contenidos prestacionales del propio sistema —por decisión de la Administración General del Estado o por un nuevo convenio de ésta con la comunidad autónoma—. En cuyo caso varían «los servicios y prestaciones que le corresponden» al beneficiario.

- Posibilitan cambiar la disponibilidad de recursos del entorno si se crea, modifica o suprime alguno de los existentes.

Cualquier de estas circunstancias o cambios, por si mismos, obligará a modificar el Programa Individual de Atención. Como obligará a cambiarlo cualquier modificación que se produzca en las expectativas o deseos del usuario o de su familia, o de sus posibilidades.

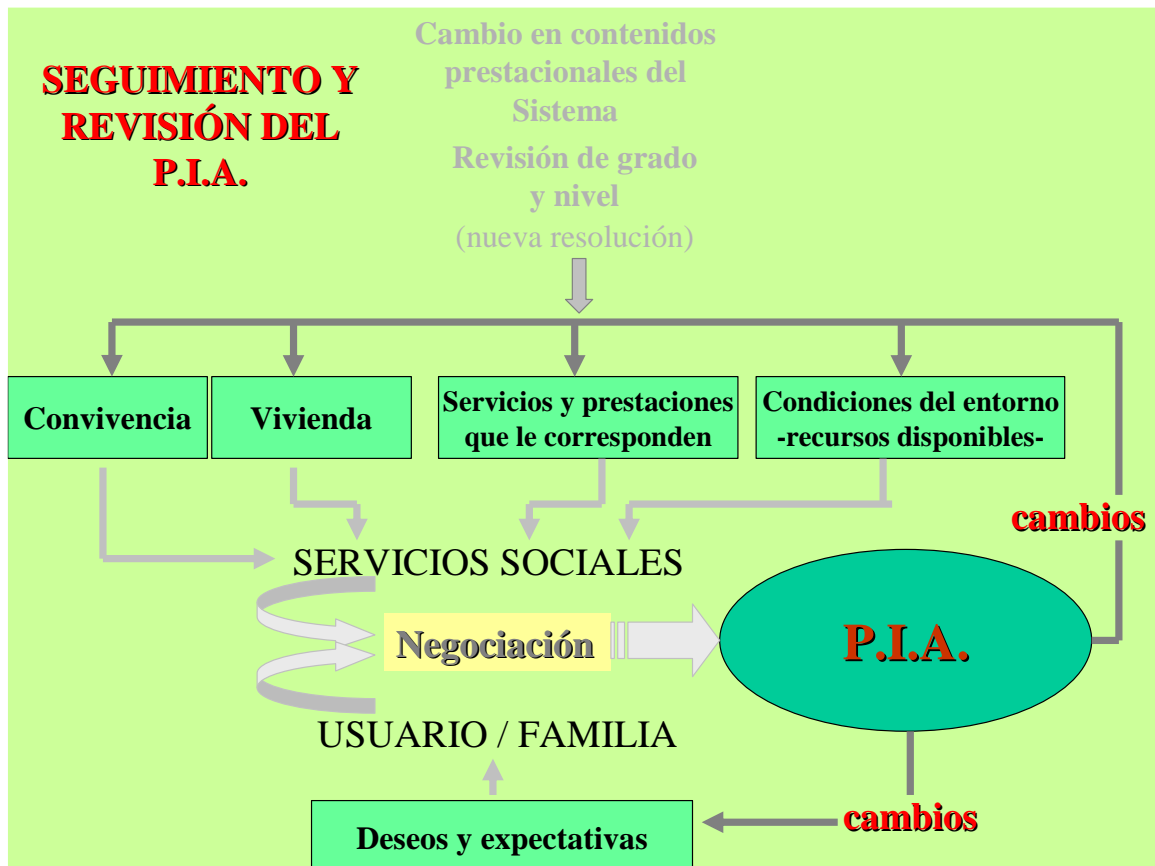


FIGURA 6. PROCESO DE REVISIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN. GARCÍA Y RAMÍREZ (2008)

2.7.4 En relación con la GESTIÓN DE PRESTACIONES

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, (art. 6.3). señala que «la integración en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de los centros y servicios a que se refiere este artículo no supondrá alteración alguna en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica» En consecuencia, los servicios sociales seguirán

gestionando todos aquellos centros, servicios y prestaciones que les son propias, es decir, todos los servicios a los que hace referencia el catálogo de la ley (artículo 15): teleasistencias, ayuda a domicilio, centros de día y de noche, y centros residenciales.

2.7.5. En relación con los MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL.

El número de beneficiarios de los diversos centros, servicios y prestaciones relacionadas con los contenidos de esta ley alcanza en 2018, según datos oficiales del IMSERSO, más de un millón de beneficiarios y más de 250.000 a los que se les ha reconocido el derecho y están en el limbo de la dependencia, es decir pendientes que se les prescriba y gestione el recurso o prestación que les corresponde en derecho. Ocho de cada diez personas beneficiarias viven en su domicilio lo que requiere un notable esfuerzo por parte de los servicios sociales para realizar el seguimiento y control que garantice, en primer lugar, la salvaguarda de los derechos de los beneficiarios y, por supuesto, la calidad de las prestaciones y servicios que deben recibir y que la administración está obligada no sólo a financiar, sino a garantizar.

A modo de síntesis, en la figura número 7 se sistematiza las fases del proceso y sus cometidos.



FIGURA 7. SÍNTESIS DE LAS FASES DEL PROCESO DE APLICACIÓN. GARCÍA Y RAMÍREZ (2008)

En el desarrollo e implementación del Sistema de Atención a la Dependencia es transcendental la coordinación entre los servicios sociales — donde se integra el Sistema de Atención a la Dependencia— y los servicios sanitarios que deben complementar una atención integral a las personas en situación de dependencia. Después del recorrido pormenorizado del proceso, cabe discernir las convergencias entre los servicios sociales y sanitarios en aras a su necesaria coordinación. Si bien es verdad que existen grandes dificultades para esta coordinación que afectan de manera directa a la atención integral de las personas más vulnerables.

2.8. La Coordinación de Servicios Sociales y Sanitarios

La necesidad de coordinación entre ambos sistemas – sanitario y social- se apuntó desde los comienzos, pero sigue siendo un debate inconcluso en la

actualidad. En el año 2011 se publica el Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España, un documento de 339 folios, 116 reseñas bibliográficas y 63 medidas para impulsar la coordinación sociosanitaria en España, que en su introducción ya expresa sus objetivos.

De cara al futuro más inmediato, mejorar la salud de los ciudadanos y hacerlo de forma viable, pasa por cinco elementos fundamentales: primar la salud y la autonomía de las personas; responsabilizar al ciudadano de su salud; garantizar la calidad de las prestaciones ofrecidas a las personas con enfermedades crónicas que requieran cuidados continuados; compatibilizar la gestión de los servicios de atención a la dependencia con el sistema sanitario y desarrollar medidas orientadas a mejorar la coordinación de los sistemas sanitario y social para ofrecer una atención integral y no fragmentada a las personas que presenten simultáneamente enfermedades crónicas y dependencia. El Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria nace como enfoque inicial para responder al último de estos requisitos, reforzando el prisma de los cuatro primeros. (LBE. p.2)

En la Introducción del *Libro blanco* de la coordinación sociosanitaria en España en diciembre 2011 se constata que a finales del siglo XX ya se empezaron a desarrollarse iniciativas formalizadas, más o menos complejas y más o menos fundamentadas, sobre coordinación sociosanitaria, algunas impulsadas a partir de planes y acuerdos interministeriales y otras desde las comunidades autónomas. Nadie niega hoy la necesidad de cambios en el sistema de salud y en el sistema de servicios sociales para garantizar la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales a las personas que necesitan de ambos para vivir con dignidad.

Todas las comunidades autónomas han hecho algo al respecto. En el mencionado Libro blanco se resume la trayectoria de cada una de las comunidades autónomas en coordinación sociosanitaria, por otra parte, ya sucintamente relatada en el capítulo VII del Libro blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España (*Ministerio de Sanidad, 2011*). Consta en Ley 39/2016 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) el mandato legal explícito de colaboración de los servicios sociales y sanitarios» en la atención a personas

con dependencia, precisando la competencia de las comunidades autónomas para «establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención. El informe del Gobierno para la evaluación de la LAPAD insiste en ello⁹.

El texto indicado sintetiza también algunos modelos de atención en funcionamiento en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido; analiza la diversidad de enfoques y experiencias de coordinación sociosanitaria en España a partir de la información de cada una de las comunidades autónomas, de la que se pueden extraer buenas prácticas. Realiza algunas aproximaciones conceptuales y concluye planteando sesenta y tres medidas para impulsar la coordinación sociosanitaria en España.

El Libro Blanco de coordinación socio sanitaria, que recoge información valiosa de cara a la futura estrategia para la coordinación sociosanitaria en España, reconoce los dos posicionamientos y tendencias que se colocan bajo el paraguas de la «coordinación socio sanitaria»: «las que buscan la coordinación del sistema social y el sanitario y las que propugnan la creación de una red de atención socio sanitaria, diferenciada de las redes sanitaria y social».

Se justifica el actual debate y la creación de un «sistema sociosanitario» en base a los escasos éxitos obtenidos en la implantación de estrategias de coordinación en sí mismas, que no implicasen la creación de nuevas estructuras...equipos consultores, de soporte, gestores de casos...¹⁰ o los denominados centros sociosanitarios. Claro que según se puede comprobar, la estrategia de coordinación sociosanitaria ha tenido mayor éxito cuando las nuevas estructuras eran las directamente vinculadas a la creación o la modificación de recursos, especialmente en el sistema de servicios sociales que, como se ha constatado reiteradamente, históricamente ha mantenido y mantiene en la actualidad una cobertura en sus servicios y prestaciones que no responde adecuadamente a las necesidades y demandas de la población. También ha

⁹ Hasta reclamar la elaboración de un *Libro Blanco sobre coordinación sociosanitaria*, que curiosamente fue presentado un mes después.

¹⁰ Capítulo VII del *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia*

tenido mayor éxito cuando el sistema de salud ha puesto en su punto de mira simultáneamente la atención primaria y la atención a las personas con enfermedades crónicas, tratamiento complejo y largas estancias hospitalarias.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud formula la atención sociosanitaria como «aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social». Tanto el Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia como el Libro blanco de coordinación sociosanitaria definen la coordinación sociosanitaria como un conjunto de acciones encaminadas a ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia y enfermedad crónica.

Las personas con dependencia y enfermedad crónica constituyen la mayor parte de las personas que necesitan prestaciones sanitarias y sociales simultánea o sucesivamente. A esa circunstancia, añadimos que son también personas con frecuentes y largas estancias hospitalarias que pueden disminuir con la atención prestada en los centros y en los domicilios por los servicios sociales en colaboración con los servicios de salud.

Pero no son las únicas que necesitan prestaciones de ambos sistemas: una parte de las comunidades autónomas reconoce explícitamente la necesidad de coordinación sociosanitaria, no solo para personas con dependencia¹¹, sino también para personas con discapacidad, con enfermedad mental — especialmente si es grave y prolongada—, una parte importante de las personas con enfermedades crónicas o invalidantes; entre las que quedan incluidas

¹¹ El informe de salud es esencial en la valoración de la dependencia, que la LAPAD define como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas...»

toxicomanías; enfermos de VIH; personas mayores que sufren maltrato; población infantil en situación de riesgo o desprotección; mujeres víctimas de violencia de género y, cada vez más, personas inmigrantes «sin papeles» Por si no resultara suficiente, hay que recordar los acuerdos entre los dos sistemas, a nivel autonómico, para la atención a personas cuya convalecencia /o rehabilitación tras un ingreso hospitalario requiere una estancia residencial temporal.

Una de las afirmaciones que constan en las conclusiones del estudio de situación de la coordinación sociosanitaria en España: A nivel estructural, por ejemplo, destaca la creación de un único Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Esta integración refuerza su papel como instrumento de cohesión del Sistema Nacional de Salud emprendiendo cambios en favor de la mejora de la calidad de la asistencia integral que se presta a los ciudadanos y procurando el desarrollo coordinado de las políticas sociales.

Una conclusión es que unir los sistemas de salud y de servicios sociales en un solo ministerio, o en una sola consejería, no garantiza mejoras en coordinación sociosanitaria. Ambos son sistemas muy complejos, con dependencia y sistemas de funcionamiento y gestión difícilmente compatibles de forma global, aunque tengan un ámbito de actuación compartido en el que puedan superarse algunas barreras. Ambos tienen problemas de coordinación interna, que a su vez dificultan esta coordinación. La experiencia de *unir* no ha sido precisamente fructífera, al menos para los servicios sociales.

En el Libro blanco de coordinación sociosanitaria se menciona una única vez la falta de implicación de las entidades locales —competencias de prevención en salud, competencia en servicios sociales comunitarios— y se menciona varias veces la necesidad de cooperación de ONG y empresas, si se precisa que su implicación va más allá de su papel como proveedores de prestaciones o gestores de servicios.

Definir un marco institucional adecuado para articular la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios en la valoración de la dependencia y, muy

especialmente, en la programación de las intervenciones de uno y otro sistema en torno a una misma persona —Programa Individual de Atención (PIA) y plan de cuidados—, impulsar el desarrollo de programas integrales —sociales y sanitarios— de prevención de situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal y desarrollar proyectos de formación conjuntos para los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales, han sido propuestas vinculadas a la entrada en vigor de la LAPAD, que siguen teniendo la misma validez que cuando se formularon.

Algunas de las condiciones de carácter general para la eficacia de esta coordinación se expresan en los párrafos siguientes.

La sanidad y los servicios sociales constituyen dos ofertas diferenciadas de prestaciones y servicios. Resulta necesario comenzar con esta afirmación, para evitar el riesgo de que se entienda, como ya ha ocurrido en el pasado, que el denominado espacio sociosanitario puede ser una alternativa a la falta de definición prestacional de los servicios sociales o para estructurar la periferia del Sistema Nacional de Salud.

Lo sociosanitario no es un sistema específico, sino que se refiere a una eficaz coordinación de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios, cuando deben incidir de manera integral y complementaria en una misma persona. Pero desde el reconocimiento de que ambos sistemas tienen su identidad, su oferta prestacional y sus estructuras gestoras.

En este sentido la Ley 39/2016 de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia es muy clara al destacar que «las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas» (art. 16.1), es decir, que forman parte de la oferta del sistema de Servicios Sociales; que añade además que estos servicios «se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud» (art. 15.2), es decir, que en ningún caso sustituyen la oferta específica del Sistema Nacional de Salud, sino a

complementarla¹². Conviene tener en cuenta estas reflexiones, para evitar el error de constituir una amalgama de prestaciones y servicios «socio-sanitarios», en el que una u otra oferta prestacional —de derecho—, quede desdibujada en un terreno de nadie.

Y además, la coordinación de los aspectos sociales y sanitarios debe tener su base y su reflejo en la atención directa de ambos sistemas —y muy especialmente en su atención primaria—, pero también en el conjunto de sus estructuras, incluidos los más altos niveles de decisión. Por supuesto, la coordinación social y sanitaria sólo tiene sentido si repercute en una mejor atención a las personas que son sus destinatarios, tanto cuando se debe prestar en forma ambulatoria y domiciliaria como cuando se presta en un centro de carácter residencial. Por eso no puede existir una efectiva coordinación socio-sanitaria si no se constituyen los cauces operativos que la hagan posible en los niveles en los que ambos sistemas gestionan la atención directa; muy especialmente en el marco de la atención primaria de salud —centros de salud— y de servicios sociales —centros de servicios sociales—. Ahora bien, tampoco se puede dejar la responsabilidad de esa coordinación a la iniciativa de estos niveles básicos de atención, ni confiar exclusivamente en que se logre a partir de la buena voluntad de sus profesionales. La coordinación socio-sanitaria debe iniciarse en los niveles de decisión de ambos sistemas, con normativa y planes estratégicos que la impulsen, y continuar con decisiones y acuerdos tácticos en los niveles intermedios que deben garantizar el marco de funcionamiento de las estructuras básicas de ambos sistemas. Unos acuerdos institucionales que son necesarios, y que adquieren el carácter de urgencia para una adecuada aplicación de la nueva ley, para que nazca ya con este impulso racionalizador. Confiamos que las comunidades autónomas, competentes en ambas materias —en materia de sanidad y en materia de servicios sociales— sean capaces de

¹² Vid. El Real Decreto.130/2006 del 15 de septiembre (B.O.E. nº 222) desarrolla la “*cartera de servicios comunes de Sistema Nacional de Salud*”, según lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003 del 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Establece, así mismo, que las comunidades autónomas podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que necesariamente deberán incluir los servicios que son comunes.

responder a este reto, superando esa escasa definición que la ley hace de lo que debe ser la estratégica coordinación de lo social y de lo sanitario para una adecuada atención a las personas en situación de dependencia.

La coordinación de servicios sanitarios y sociales debe establecerse sobre la base de un marco de derechos garantizados en ambas materias, como un avance y una mejora de la protección social y de los derechos de ciudadanía, y en el abordaje de las situaciones de necesidad en las que ambos sistemas tienen que intervenir.

El ámbito local, y sobre todo el propio domicilio, constituyen las referencias esenciales sobre las que se ha desarrollado el concepto más actual de servicios sociales y la base de todas sus estructuras. Priorizar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales en torno a los cuidados en el hogar es una buena referencia sobre la que iniciar y fundamentar prestaciones integradas en ambos sistemas.

La coordinación de los servicios sanitarios y sociales es un horizonte a medio y largo plazo. Pero no es necesario esperar a tener una completa definición de la estrategia sociosanitaria para poner en marcha experiencias de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Se está produciendo un exceso de discursos, mientras que apenas se llevan a cabo prácticas de coordinación que aportarían experiencia para avanzar en la definición e implantación de las estrategias.

Es responsabilidad pública garantizar los derechos sanitarios y sociales de la ciudadanía. Por ello, corresponde a las administraciones públicas la responsabilidad sobre el Sistema Público de Salud y sobre el Sistema Público de Servicios Sociales.

La coordinación de servicios sanitarios y sociales no se puede establecer al margen de esta responsabilidad pública, como una estrategia de desregularización para crear un nuevo espacio abandonado a las iniciativas de carácter lucrativo.

Son notables las diferencias que existen entre el Sistema de Salud y el Sistema de Servicios Sociales: diferencias de cultura, de conocimiento y arraigo social, de recursos, etc. La coordinación de servicios sanitarios y sociales requiere superar estas notables diferencias, ya que de lo contrario se tratará, como suele ocurrir, el sistema más potente, el de salud, tenderá a fagocitar al de servicios sociales, utilizándolo para descargar en él algunas atenciones que sus gestores pueden considerar periféricas.

La eficacia en la coordinación de servicios sociales y sanitarios requiere desarrollar una cultura organizativa y profesional compartida en materia de información, investigación, formación y evaluación.

El Sistema de Salud y el Sistema de Servicios Sociales deben favorecer el empoderamiento de las personas afectadas, sus capacidades para el autocuidado, mediante estrategias de motivación y de aprendizaje para desarrollar en las personas y en su entorno las máximas capacidades de autocuidado.

En definitiva, la necesidad de coordinar los servicios sanitarios y sociales es una evidencia ante situaciones que requieren atenciones de uno y otro sistema. Las personas viven estas situaciones de forma integral y requieren, en consecuencia, recibir las atenciones que precisan de manera integrada. De ahí la necesidad de elaborar un discurso coherente sobre la coordinación entre servicios sanitarios y sociales y, sobre todo, la necesidad imperiosa de avanzar en una práctica coherente con estas demandas de coordinación.

La estrategia para una efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales requiere prestar una atención integrada. En consecuencia, proponemos algunas cuestiones que necesitan una revisión:

Prestar atenciones integradas

No se trata de integrar sistemas, sino de prestar atenciones de manera conjunta mediante una estrategia que requiere integración suave y una coordinación fuerte, fundamentalmente, a través de la coordinación entre profesionales de ambos sistemas.

Prestar atenciones sociales y sanitarias combinadas en procesos personalizados.

Un proceso único para cada persona que lo necesite, con atenciones diferenciadas. En estos procesos cada sistema deberá asumir sus responsabilidades financieras, organizativas y de control de calidad. Los servicios y centros que presten atenciones sociosanitarias corresponderán siempre a alguna de las dos redes asistenciales y, de ninguna manera, parece conveniente establecer un catálogo específico de centros sociosanitarios que implique una red alternativa.

Cualquier dispositivo, servicio, prestación o recursos sociosanitario ha de tener protocolizado todo el proceso de acceso y alta del mismo, dado que van a intervenir dos redes diferentes que deben garantizar de forma unívoca la atención y la continuidad de los cuidados.

Mejorar mecanismos para articular ambos sistemas.

Son notables las diferencias que existen entre el Sistema de Salud y el Sistema de Servicios Sociales: diferencias de cultura, diferencia en conocimiento y arraigo social o en cuanto a recursos. Una de las principales diferencias estriba en que el Sistema de Salud adscribe sus prestaciones y servicios en base a la prescripción profesional, mientras que en el Sistema de Servicios Sociales esta adscripción se hace a través de resolución administrativa —con toda su lentitud y complejidad— y en cuyo contexto el informe profesional es un mero dictamen técnico.

Por todo eso, la efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales requiere crear condiciones para superar estas notables diferencias, ya que de lo contrario se tratará, como de hecho suele ocurrir, de una relación asimétrica, en la cual inevitablemente el sistema más potente —el de salud— tenderá a fagocitar al otro —el de servicios sociales— utilizándolo para descargar en él algunas de las atenciones que sus gestores pueden considerar periféricas.

Una de las condiciones para lograr la convergencia de ambos sistemas es configurar zonas homogéneas en su planificación territorial y estructuras que en

cada una de ellas encuentren su correlato en el otro sistema, tanto a nivel de atención primaria como en niveles especializados.

En cuanto a la proximidad, el Sistema de Servicios Sociales tiene, como un elemento muy arraigado de su propia identidad, el valor de la proximidad. El ámbito local, el entorno vecinal como referencia de estas relaciones de proximidad y, sobre todo el propio domicilio, constituyen las referencias esenciales sobre las que se ha desarrollado el concepto más actual de servicios sociales y la base de todas sus estructuras.

Cuando se producen momentos críticos, la coordinación de servicios sanitarios y sociales no debe circunscribirse a las situaciones de dependencia o a los cuidados de convalecencia y de larga duración. La persona con estas necesidades puede ser cualquier ciudadano que en un momento de su vida necesita recibir atención sanitaria y social de forma coordinada o integrada — sea de forma temporal o permanente—. Para ello, la coordinación de servicios sanitarios y sociales debe articularse en torno a todos los vacíos existentes entre ambos sistemas, es decir, en aquellas situaciones en las cuales la falta de apoyos sociales que dificultan o limitan la eficacia de las atenciones sanitarias —o aquellas situaciones en las que la falta de atenciones sanitarias adecuadas dificulta o limitan las intervenciones de los servicios sociales—. Encajarían, así como objetivo de la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, todos aquellos procesos que requieren apoyos para la autonomía personal para la convivencia cuando inciden limitaciones físicas o funcionales tanto en el propio domicilio como en entornos de convivencia institucionalizados: viviendas tuteladas, residencias, centros de día, etc.

Pero no todas las personas con patologías clínicas o sociales son susceptibles de atención sociosanitaria, sino solo aquellas que reúnan a la vez patología clínica y problema social añadido. Esto quiere decir que cada uno de ambos sistemas deberá seguir atendiendo, con sus propios recursos, aquellos casos que no comportan situación de necesidad según los criterios del otro sistema.

La necesidad de información y conocimientos compartidos

La eficacia en la coordinación de servicios sociales y sanitarios requiere desarrollar una cultura organizativa y profesional compartida. Son pasos necesarios, para ello, compartir información, llevar a cabo investigaciones conjuntas, realizar acciones de formación para profesionales de uno y otro sistema y realizar una evaluación conjunta de los procedimientos y servicios en los que se articule y desarrolle esta coordinación.

Por último, el sistema de salud y el de servicios sociales, al ofertar de forma integrada sus atenciones en aquellas situaciones que así lo precisan, deben compartir el objetivo de favorecer el empoderamiento de las personas afectadas y sus capacidades para el autocuidado. Ambos sistemas deben compartir estrategias de motivación y de aprendizaje para desarrollar las máximas capacidades de autocuidado de las personas en su entorno.

2.9. El desarrollo legislativo

2.9.1. Los derechos sociales en el contexto internacional

La gobernanza mundial debe ser capaz de orientar la producción de bienes y servicios a efectos de que estos respondan de manera real a las necesidades humanas. Por todo ello, se hace imprescindible una nueva arquitectura de los organismos de la comunidad internacional, sobre todo de las Naciones Unidas para que pueda ser un instrumento adecuado de esta nueva gobernanza global.

A partir de 1990, la Organización de las Naciones Unidas inicia los informes de desarrollo humano en el mundo en los que señala la necesidad de alcanzar un desarrollo humano básico como garantía de sostenibilidad de la dignidad humana. Para ello se define un Índice de Desarrollo Humano (IDH) con indicadores que miden los niveles de desarrollo en cuanto a esperanza de vida, conocimientos, ingresos, y participación. El IDH se completa con otros indicadores respecto a la pobreza y la exclusión social, la desigualdad de género, etc.

En consecuencia, se procede a una auténtica definición de derechos básicos universales para todos que responden a las necesidades humanas básicas y permiten garantizar la sostenibilidad de la dignidad de los seres humanos como tal. A su vez, ello exige, el control financiero transnacional y la aplicación de la captación de fondos transnacionales en desarrollo humano básico para los países en desarrollo. Asimismo, se exige la condonación de la deuda de los países en desarrollo de acuerdo con los pactos promovidos al efecto por los organismos de desarrollo humano de las Naciones Unidas.

La protección social en el contexto internacional ha tenido una evolución desigual en los estados que han formado parte de los diferentes acuerdos que se han adoptado en los últimos años a nivel internacional.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos supuso un hito en la historia de los derechos humanos. Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III), como un ideal común para todos los pueblos y naciones; establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que debían protegerse, en teoría, en el mundo entero.

En el preámbulo se señala como elemento fundamental de la sociedad de ese momento y del futuro una nueva realidad en la que los pueblos que forman parte de la Organización de las Naciones Unidas han reafirmado su fe en los derechos fundamentales del hombre; en la dignidad y el valor de la persona humana: en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad; así como afirman adquirir el compromiso de asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del ser humano.

En su artículo 25¹³ aparece el concepto normativo de acceso a un nivel de vida digno con referencia específica al acceso a la vivienda, asistencia médica,

¹³ Vid: Según artículo 25 Declaración Universal de los Derechos Humanos. <<Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar,

a los servicios sociales necesarios y a una prestación económica en los casos de pérdida de medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad bajo la definición de «derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos».

El compromiso adquirido se completó con el artículo 28¹⁴ en el que se recoge el derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en la declaración se hagan plenamente efectivos y que traten de constituir, en palabras de Triguero (2016 p.72) «un estándar mínimo internacional de los mismos que aseguran, derivadamente, un concreto nivel de protección, progreso y desarrollo social que los Estados adheridos deben alcanzar, proteger y mantener».

La Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada en 1948 por las Naciones Unidas reconoce por primera vez en la historia una responsabilidad de carácter mundial con los derechos humanos. La declaración se extiende a treinta artículos que concretan los derechos humanos que tienen todas las personas en virtud de su humanidad común con el compromiso de que se garantice que puedan disfrutar de todos los bienes necesarios para una vida digna. Los derechos humanos son de carácter universal e inalienable—así mismo indivisibles— y no pueden ser jerarquizados entre diferentes tipos de derechos. Los derechos civiles, políticos, sociales, económicos, culturales... son también derechos humanos. Destacamos en relación con la materia de investigación los siguientes:

- Defensa de la dignidad humana. (art.1).
- No discriminación (art.2).
- Derecho a la vida (art.3).
- Abolición de la esclavitud (art.4).

y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.>>

¹⁴ Vid: Artículo 28. Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

- Integridad humana (art.5).
- Presunción de inocencia, (art.11).
- Libre circulación de las personas: Toda persona tiene derecho a elegir su residencia y a salir del cualquier país, incluso del propio. (art.13).
- En caso de persecución toda persona tiene derecho a buscar asilo y disfrutar de él. (art. 14).
- Libertades: Libertad de pensamiento de conciencia y de religión (art.18).
- Libertad de opinión y expresión (art.19).
- Libertad de reunión y asociación (art.20).

Y, sobre todo y en relación con el objeto de estudio de la presente tesis, los derechos sociales: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el Bienestar [sic], y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. (art. 25.1).

En el marco de las Naciones Unidas se adoptó este Pacto por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y ratificado por España por instrumento de 13 de abril de 1977.

La importancia del contenido del acuerdo es que recoge el principio de universalidad de los derechos sociales en el apartado primero del artículo 215 que además señala que los derechos contenidos en el pacto deberán ser garantizados a todos y cada uno de los ciudadanos que se encuentren en su territorio y bajo su jurisdicción sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o sesgo de cualquier otra índole, así como origen

¹⁵ Artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (ICCPR)

1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

nacional, origen social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

La importancia de este apartado radica en la necesidad de proteger el acceso a la tutela judicial efectiva frente a las posibles vulneraciones de los derechos contenidos en el pacto y que se deba siempre garantizar su defensa incluso cuando estos fueran vulnerados por la propia administración, sus agentes o representantes¹⁶.

El artículo 10 en su apartado 3 recoge la necesidad de establecer un sistema de readaptación social para las personas sujetas al sistema penitenciario, así como la protección especial de los menores delincuentes que deberán «ser sometidos a un tratamiento adecuado a su edad y condición jurídica» apuntando al mismo objetivo el artículo 14 apartado cuarto respecto del procedimiento penal aplicable en que «se tendrá en cuenta esta circunstancia y la importancia de estimular su readaptación Social».

Asimismo, los estados se comprometen en su artículo 24 a garantizar a los menores las medidas de protección que su condición de menor requiere tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

La parte IV del pacto se destina a la regulación del Comité de Derechos Humanos con el objetivo de velar por el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en el mismo. Compuesto por dieciocho miembros, no pudiendo haber más de un miembro del mismo país, elegidos teniendo en cuenta una distribución geográfica equitativa de los miembros y la representación de las diferentes formas de civilización y de los principales sistemas jurídicos.

El comité no nacía como competencia directa sobre los estados parte, sino que era necesaria la declaración de aceptación la competencia del comité para

¹⁶ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Instrumento de Ratificación de España de 13 de abril de 1977.

Artículo 2. 3 a) Toda persona cuyos derechos o libertades reconocidos en el presente Pacto hayan sido violados podrá interponer un recurso efectivo, aun cuando tal violación hubiera sido cometida por personas que actuaban en ejercicio de sus funciones oficiales.

recibir y examinar las comunicaciones en que un estado parte alegue que otro estado parte no cumple las obligaciones que le impone este pacto.

España reconoció la competencia del comité en enero de 1998 y todavía hoy existen estados parte que no han reconocido dicha competencia.

Los estados al ratificar el pacto se comprometieron a presentar informes sobre las disposiciones que adoptaron para dar efecto a los derechos reconocidos en el pacto y sobre el progreso que hayan realizado en cuanto al goce de esos derechos en el plazo de un año desde la entrada en vigor y posteriormente cuando se lo solicitasen.

En el preámbulo de la ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966, aparece una afirmación que se puede entender parte de la esencia de la protección social «no puede realizarse el ideal del ser humano libre, en el disfrute de las libertades civiles y políticas y liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos civiles y políticos, tanto como de sus derechos económicos, sociales y culturales».

Asimismo, introduce el concepto de solidaridad social cuando refiere a que «el individuo por tener deberes respecto de otros individuos y de la comunidad a que pertenece, tiene la obligación de esforzarse por la consecución y la observancia de los derechos reconocidos en este Pacto».

Entrando ya en el articulado del instrumento de ratificación es de especial relevancia el artículo 6 apartado segundo que señala:

Entre las medidas que habrá de adoptar cada uno de los Estados parte en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho deberá figurar orientación y formación técnico-profesional, la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocupación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana.

Trata así de vincular a los estados parte al avance en la protección de los derechos sociales para que promuevan actuaciones que ayuden a encaminarse al objetivo de conseguir un desarrollo que no deje atrás los derechos fundamentales de la ciudadanía.

Un nuevo avance que ha supuesto esta declaración de cara a la consecución de los derechos sociales actuales es el reconocimiento del derecho de toda persona a la seguridad social y al seguro social¹⁷ así como el reconocimiento del derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí misma y su familia en el que queda incluida la alimentación, el vestido y una vivienda adecuada, así como una mejora continua de las condiciones de existencia.¹⁸ Los Estados parte tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho.

Aunque el Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales¹⁹ está más enfocado a la promoción de los derechos vinculados al trabajo, también recoge el compromiso de los estados parte a garantizar el ejercicio de los derechos recogidos en él sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, garantía esta de respeto de igualdad de oportunidades de la ciudadanía pero sin hacer mención expresa a las diversas situaciones de vulnerabilidad de algunos colectivos invisibles todavía para los estados parte de estos acuerdos.

Tanto el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos como el Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales son acuerdos de naturaleza convencional cuyo contenido vincula a los estados de forma diferente. Tal y como señala en su tesis Trigueros Martínez Luís Ángel (2014) el primero de ellos propone respetar y garantizar los derechos

¹⁷ *Artículo 9 PIDCP* <<Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.>>

¹⁸ Artículo 11. PIDCP.

¹⁹ Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

reconocidos en el pacto, mientras que el segundo los estados parte se comprometen a adoptar las medidas destinadas a lograr progresivamente la efectividad de los derechos recogidos en el mismo de forma más concreta.

Ambos pactos tienen carácter de tratado internacional acuerdo entre el conjunto de Estados que lo ratificaron. Lo que ha podido acarrear desde esta fecha que los derechos civiles y políticos se hayan considerado «como auténticos derechos y los derechos sociales como principios programáticos y rectores» pero sin hacer mención alguna a las personas con discapacidad o con necesidades de apoyo para su desenvolvimiento en la vida en igualdad de condiciones con el resto de ciudadanos y ciudadanas.

En la Cumbre del Milenio del año 2000, 189 países suscriben la Declaración del Milenio en la que se plantean los siguientes objetivos: reducir el hambre y la pobreza extrema en el mundo, detener la propagación del VIH/SIDA, universalizar la enseñanza primaria de todos los niños del mundo y generalizar el acceso a agua potable y saneamiento, entre muchas otras acciones globales. Estos objetivos deberán incorporarse al proceso habitual de planificación presupuestaria y a las estrategias de desarrollo a más largo plazo. Representan una visión de desarrollo global y un avance en las estrategias de desarrollo humano. A su vez, permite analizar, denunciar y promover acciones ante los evidentes déficits de igualdad que los informes anuales detectan, entre países en desarrollo y países desarrollados, entre hombres y mujeres, entre el medio rural y urbano, entre pueblos...

La Organización de las Naciones Unidas se plantea alcanzar el Pacto del Desarrollo del Milenio para aplicar la Declaración del Milenio y los mencionados objetivos vigentes en el 2015. En el marco de los países occidentales, y en especial en España, Las políticas de protección social han de estar orientados al objetivo de asegurar una renta social mínima como garantía de ingresos; garantizar el acceso universal a los derechos básicos en materia de servicios sociales, salud, educación, vivienda; garantizar la inserción social y laboral como derecho individualizado; desarrollar medidas preventivas y de acción positiva en cada área para compensar los déficits de partida que por desigualdades

estructurales afectan a personas y grupos en la sociedad; superar el paternalismo y reconocer a los grupos sociales afectados su derecho a la participación política económica social y cultura, entre muchos otros.

2.9.2. El derecho europeo

El 4 de noviembre de 1950 se firma en la ciudad de Roma el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales que España ratifica mediante su publicación en el BOE el 10 de octubre de 1979.

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales supuso el primer instrumento a nivel europeo en el que se reconocían los derechos humanos por el que los Estados parte de la Unión Europea se comprometían a poner en práctica y a defender los derechos y libertades contenidos en él.

El avance más significativo que ha supuesto esta norma es el sistema de protección establecido para garantizar el cumplimiento de los mismos a través del Tribunal Europeo de Derechos Humanos al que cualquier ciudadano cualquier Estado europea —a excepción de Bielorrusia, Kazajistán o la Ciudad del Vaticano— que entienda que se ha vulnerado alguno de los derechos previstos en el convenio y bajo determinadas circunstancias recogidas en el artículo 35 del convenio haya agotado los recursos en instancias judiciales en su país, puede denunciar al Estado ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos por vulneración del convenio. Asimismo, los Estados tienen obligación de ejecutar las sentencias condenatorias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Otros derechos recogidos vinculados de forma indirecta a los derechos sociales.

Artículo 6. *Derecho a un proceso equitativo*

1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un tribunal independiente

e imparcial, establecido por la ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil.

Aunque este convenio no prevea expresamente contenido específico sobre derechos sociales sí debemos tener en cuenta que recoge un derecho fundamental a un proceso equitativo impregna la normativa procesal, derecho a una justicia sin dilaciones indebidas, ser juzgado por un tribunal independiente e imparcial predeterminados por la ley que decidirá sobre los litigios sobre derechos y obligaciones civiles, etc.

Más aún si se tiene en cuenta la vulnerabilidad y el estado de necesidad en la que se encuentran las personas con necesidades de apoyo social en las que cobra mayor importancia si cabe la resolución de los conflictos y procesos con todas las garantías y seguridad jurídica, en condiciones de igualdad y de la forma más efectiva y rápida posible.

Artículo 14. Prohibición de discriminación

El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras; origen nacional o social: pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación.

Este artículo recoge el principio de igualdad que ha tenido profundas consecuencias respecto del reconocimiento y protección de los derechos sociales y económicos.

El 18 de octubre de 1961 se elabora en Turín la Carta Social Europea. Esta norma completa la protección, la garantía y la defensa de los derechos humanos por parte del Consejo de Europa ya iniciada en el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

La principal cuestión que se plantea es la posibilidad de elección, recogida en su artículo 20, que se otorga a los estados firmantes entre los derechos recogidos en la carta, cuales se obligan a cumplir.

De nuevo se observa la vulnerabilidad de los derechos sociales a la hora de su desarrollo y posterior exigibilidad.

La justificación de esta medida está argumentada por la necesidad de dar la posibilidad a los Estados firmantes menos avanzados en materia económica y social lo que permite llegar a un acuerdo de mínimos, que podría ir ampliándose con la evolución de los países.

Así se recoge en el apartado segundo del mismo que señala «en virtud de notificación dirigida al secretario general, que se considera obligada por cualquier otro artículo o párrafo de los numerados en la Parte II de la Carta y que no hubiera antes aceptado».

La carta recoge, en su artículo 13, el derecho a la asistencia social y médica. Para garantizarlos, las partes se comprometen a velar por que toda persona que no disponga recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de seguridad social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.

Añade la necesidad de garantizar que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.

Se puede entender que este apartado segundo pretende evitar los riesgos de la exclusión social vinculada a la pérdida de derechos de ciudadanía si pasabas a formar parte del colectivo de personas que requieren ayuda o apoyos para su subsistencia.

El derecho a los beneficios de los servicios sociales se tipifica en el artículo 14. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a beneficiarse de los servicios sociales, las partes contratantes se comprometen:

- 1. A fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y

de los grupos en la comunidad, así como a su adaptación al medio o entorno social.

- 2. A estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios.

El derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la readaptación profesional y social se define en el artículo 15. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las personas físicas o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la readaptación profesional y social, las partes contratantes se comprometen:

- 1. A tomar las medidas adecuadas para procurar a los interesados medios para su formación profesional e incluso, si fuese necesario, las oportunas instituciones especializadas, ya sean privadas o públicas.
- 2. A adoptar las medidas adecuadas para proporcionar un puesto de trabajo a los minusválidos, particularmente por medio de servicios especiales de coloración, posibilidades de empleo protegido y medidas destinadas a estimular a los empleadores a su contratación.

Los derechos de las madres y los niños a una protección social y económica se establecen en el artículo 17:

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las madres y los niños a una protección social y económica, las Partes Contratantes adoptarán cuantas medidas fueren necesarias y adecuadas a ese fin, incluyendo la creación o mantenimiento de instituciones o servicios apropiados.

Por su parte, el Consejo de Europa ha perfilado los ordenamientos nacionales propiciando modificaciones en su contenido, en su interpretación y en su aplicación. Ahora bien, el Convenio únicamente contiene una parte de los derechos enunciados en la Declaración Universal de 1948, en tanto que la otra parte figura en la Carta Social Europea. Esta fue aprobada en 1961 y revisada

en 1996; puede decirse que constituye el tratado europeo de derechos sociales, a modo de una «constitución social europea» y complemento indispensable del Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950. Ambos fueron tomados como modelo para la elaboración de la Carta de Niza, del año 2000, la cual ha sido reconocida como Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea —y, como tal, un derecho aplicable— por el Tratado de la Unión Europea (también llamado Tratado de Lisboa) en el año 2010.

La Europa social no termina de consolidarse. Así, España y algunos otros Estados miembros del Consejo de Europa no han ratificado la Carta Social revisada de 1996 ni el Protocolo de Reclamaciones Colectivas de 1995, lo que determina la existencia de una poco edificante Europa social de diversas velocidades, al tiempo que también significa un déficit social de estos estados. Los derechos que se contienen en ella son percibidos e incluso analizados de una manera diferente a aquella con la que se enfocan los derechos civiles y políticos contenidos en el convenio.

La garantía de los derechos sociales en la Unión Europea será tanto más efectiva cuanto mejor se inscriba en la dinámica de la tutela multinivel de los derechos y, por lo dicho anteriormente, su optimización requeriría la adhesión de la Unión no solo al convenio de 1950 y sus sucesivos protocolos, sino también a la Carta Social, enriquecidos por las respectivas jurisprudencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y del Comité Europeo de Derechos Sociales. Es cierto que la crisis económica actual ha agrietado la solidaridad entre los Estados miembros, como también en todo el mundo. Pero lo cierto es que, a la larga, sin solidaridad no habrá una Europa social y democrática de Derecho.

Si traemos el problema a la crisis económica que se desató 2008, pero que comenzó a presentar indicios serios un año antes, se puede apreciar, una vez más, que los momentos difíciles no son propicios para la solidaridad, de lo que son buenas muestras la economía sumergida o informal, las suspensiones de pagos y quiebras fraudulentas y el nacionalismo económico.

Protocolo nº12 al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales

La Carta Social Europea es un instrumento normativo del Consejo de Europa, para los Servicios Sociales representan una constitución europea en materia social. Se trata de una organización supranacional europea, creada en 1949, de la que pueden formar parte todos los Estados europeos que poseen regímenes democráticos (que son todos, salvo Bielorrusia, aunque el hecho que impide el ingreso de este antiguo país del este europeo en el Consejo está vinculado a su regulación y práctica de la pena de muerte). En 1950 se elaboró en su seno el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales que no regula derechos fundamentales de carácter específicamente laboral y cuyo cumplimiento controla el Tribunal Europeo de Derechos Humanos con sede en la ciudad francesa de Estrasburgo. Precisamente para cubrir el vacío social de este convenio genérico de 1950, el Consejo de Europa elaboró la Carta Social Europea, firmada en Turín el 18 octubre 1961, cuya versión revisada fue firmada en Estrasburgo el 3 mayo 1996. Debe tenerse en cuenta que las versiones oficiales de ambos documentos aparecen redactadas en francés y en inglés, que son las dos únicas lenguas oficiales del Consejo de Europa. De los cuarenta y siete Estados miembros que integran el Consejo, once se han quedado en la ratificación de la versión originaria de la Carta Social Europea —Alemania, Croacia, Dinamarca, España, Grecia, Islandia, Letonia, Luxemburgo, Polonia, Reino Unido y República Checa—, otros treinta y dos han ratificado la versión revisada de la Carta Social Europea —Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijón, Bélgica, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Lituania, Macedonia, Malta, Moldavia, Montenegro, Noruega, Portugal, Rumanía, Rusia, Serbia, Suecia, Turquía y Ucrania—; de manera que solo cuatro Estados miembros no han ratificado ni su versión originaria ni su versión revisada: Liechtenstein, Mónaco, San Marino y Suiza.

La Carta Social Europea es un instrumento normativo del Consejo de Europa.

Esta tabla de derechos sociales fue ampliada por la versión revisada de la Carta, cuya Parte II contiene ahora doce derechos más vinculados a la protección en el ámbito laboral.

Tanto la versión originaria de la carta como su versión renovada poseen reglamentos específicos de desarrollo, centrados en regular con suma precisión los procedimientos que el Consejo de Europa utiliza para verificar que los Estados suscriptores cumplen con sus respectivos contenidos. En ambos casos, el órgano de control es el actualmente denominado Comité Europeo de Derechos Sociales; originariamente llamado, en la Carta de 1961, «Comité de expertos», y tras su modificación en 1991, «Comité de expertos independientes».

En diciembre de 1989 se aprueba la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores para garantizar los derechos de los trabajadores y sus familias especialmente cuando estos residen legalmente en un Estado miembro de la Comunidad Europea con el objetivo de que puedan beneficiarse en sus condiciones de vida y de trabajo de un trato comparable al que reciben los trabajadores de dicho Estado miembro. La carta tiene por objeto consagrar los progresos realizados en el ámbito social y comprometer en su acción a los Estados miembros y a los interlocutores sociales.

La carta se plantea como respuesta a la necesidad de garantizar en los niveles adecuados los derechos sociales de los trabajadores en la Comunidad Europea. Constituye un avance en la configuración de la generalización para determinados derechos sociales, que significan: prestaciones y recursos suficientes para las personas excluidas del mercado de trabajo e integración profesional y social de las personas con discapacidad.

En 1991 se celebra el Consejo Europeo de Maastrich, en el que se ponen en marcha normas e iniciativas comunes tendentes a lograr un modelo europeo cohesionado en lo económico y en lo social. Se establece el compromiso compartido de los Estados miembros, en materia de política social, al añadir al Tratado de la Comunidad Económica Europea un protocolo sobre política social. En 1996 dicho protocolo se integra en el Tratado de Ámsterdam y la Comunidad

Europea asume completar la acción de los Estados miembros en diversas materias sociales y, en concreto, a los efectos de cohesión social.

En el año 2000, en el marco de Consejo Europeo de Niza, se firma la Carta de los Derechos Sociales Fundamentales, que quedó incorporada como texto integrante del «tratado por el que se establece una constitución para Europa» adoptado por los representantes de Gobiernos de los Estados miembros de la Unión Europea, en Bruselas, el 6 de agosto de 2004. Este tratado que fue aprobado por la mayoría de los Estados a través de sus parlamentos e incluso en referéndum en el caso de España y Luxemburgo; aunque fue rechazado en referéndum por Francia y Países Bajos, por lo que sobre el llamado Tratado Constitucional no aprobado se pone en marcha un nuevo tratado denominado Tratado de Reforma que se firmará de manera solemne el 13 de diciembre de 2007 en la capital portuguesa, Lisboa. Este tratado incorpora la Carta de los Derechos Sociales Fundamentales, de obligado cumplimiento para los países miembros, a excepción de Reino Unido.

Los informes conjuntos de la Comisión Europea y el Consejo Europeo de 2003 y 2005 fijaron, evaluaron y desarrollaron, respectivamente, las prioridades de los planes de acción para la inclusión social centrándose en las siguientes líneas de acción prioritarias en la que destaca la modernización de los sistemas de protección social. Se propone extender la acción protectora de los sistemas de protección social que dan cobertura a las necesidades sociales básicas, asegurando así que estos sistemas sean viables, adecuados y asequibles para todos y mejoran el acceso a los servicios públicos y su calidad, así como que sirven para desarrollar planes de inversiones de infraestructuras y mejora de equipamientos de los sistemas de salud, educación, servicios sociales, transporte...

2.9.3. El desarrollo legislativo de los Servicios Sociales en España

Si bien se han desarrollado capítulos analíticos referidos a los servicios sociales en este apartado específico nos referiremos explícitamente a los temas relacionados con la legislación y el marco normativo.

1. Preceptos y conjuntos normativos.

El Título habilitante para la Intervención unilateral del Estado en el Sistema, 149.1 CE, en el que el Sistema de la Dependencia encaja materialmente en el ámbito de la «asistencia social previsto en el artículo 148.1.20 de la Constitución como una materia sobre la que las comunidades autónomas pueden asumir la competencia —incluso bajo la denominación de «competencias exclusivas»— pero tal caracterización en sus Estatutos no impide el ejercicio de las competencias del Estado vía artículo 149.1 CE, a través de la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en cumplimiento de los deberes constitucionales.

El carácter social del Estado español viene regulado en una serie de artículos de la Constitución española que tal y como señala Torres Moral (2012) en el Tratado sobre protección derechos sociales que se definen en la norma suprema con la siguiente función:

- Instaurar un sistema de solidaridad nacional.
- Plasmar la función de procura existencial y de prestación de servicios a fin de proporcionar o facilitar una cierta calidad de vida: sanidad, medio ambiente y consumo.
- Mandar a los poderes públicos que atiendan a sectores de la población situados con desventaja en la sociedad: personas con discapacidad, vejez, juventud e infancia.
- Mandar a los poderes públicos que atiendan al grupo considerado básico de esta sociedad, sobre todo a la familia.

Los artículos que menciona son los siguientes:

1. El artículo 1.1, que consagra el carácter social del Estado y propugna, entre los valores superiores del ordenamiento jurídico, la igualdad y la justicia.
2. Los artículos 14 y 9.2. que ilustran la tensión permanente entre la igualdad formal y la igualdad real y efectiva.

3. El artículo 10.1. que hace de la dignidad de la persona fundamento del orden político y de la paz social, la cual reclama un orden social acorde con una vida que pueda sin rubor ser calificada como humana.
4. El conjunto de preceptos relativos al pluralismo social, como pueden ser la constitucionalización de los sindicatos, la constitucionalización de las asociaciones empresariales, así como de los colegios y de las organizaciones profesionales; el reconocimiento de la negociación, el reconocimiento de los conflictos colectivos, así como del derecho a la huelga; la atribución de eficacia jurídica a los convenios colectivos, etc.
5. El conjunto de preceptos que reconocen los colegios y otras organizaciones profesionales, así como las organizaciones de usuarios y consumidores.
6. El conjunto de preceptos sobre materia económica, que forman lo que comúnmente suele llamarse constitución económica.
7. El conjunto de preceptos sobre materia cultural, científica y de enseñanza que componen lo que podría denominarse la constitución cultural.
8. Todos los derechos de prestación.

A diferencia de los textos internacionales con especiales dificultades de aplicación práctica o de exigibilidad, tal y como señala el mismo autor, este articulado no se trata de meras declaraciones ni a enunciados programáticos, sino que tiene un sentido normativo, aunque sea de segundo grado, en función de la estructura normativa del precepto que estemos considerando. Y, por lo mismo, vinculan a los poderes públicos, a todos, especialmente al legislador —entendiendo ya por legislador, por lo hasta aquí dicho, el binomio Gobierno-Parlamento— porque demandan políticas públicas tendentes a la consecución de sus fines, con la garantía, además, del control de constitucionalidad de las leyes que los regulen.

En este sentido, nada impide que el legislador les dé plena realización en forma de derechos —que serán entonces derechos de configuración legal—,

pero con fundamento constitucional. Ya hay ejemplos en materia de sanidad, de consumo, de personas con discapacidad, etcétera, pero también vinculan a los órganos judiciales, los cuales, conforme al artículo 53.3, han de informar su actuación en las leyes —sin mácula de inconstitucionalidad— que los desarrollen.

En el mismo sentido valora la profesora Sánchez-Urán Azaña (2009), el significado jurídico-formal y político jurídico de los artículos 41, 49 y 50 de la Constitución española coincide con el de otros preceptos, ubicados también en el Título I, capítulo III de la Constitución dedicado a los «principios rectores de la política social y económica».

Forman estos preceptos un bloque unitario y han de interpretarse conjuntamente desde una perspectiva sistemática y teleológica. En los citados se advierte una finalidad común que permite afirmar que más que normas de mero valor programático o metajurídico, sin efectos vinculantes, son normas que expresan auténticos principios de actuación de los poderes públicos y, en consecuencia, concretan deberes que estos han de asumir para cumplir uno de los fines básicos del Estado español en su configuración constitucional como estado social (art. 1.1).

Este mandato constitucional enraíza con los que no son sino principios o valores informadores de la actuación del Estado social, entre ellos, y básico, el de solidaridad social, concebido por el legislador ordinario y por el Tribunal Constitucional —entre otras, sentencias 62/1983 y 134/1987— como instrumento o mecanismo necesario e indispensable para conseguir la realización de otros valores, estos sí formalmente constitucionalizados; a saber, el de la dignidad de la persona —art. 10.1 CE— y el de igualdad real o sustancial de los ciudadanos —art. 9.2 CE—.

Una ley clave en el avance de los servicios sociales en España es la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos —también denominada comúnmente como LISMI—, que estuvo vigente hasta el 4 de diciembre de 2013. La protección asistencial dirigida a los «discapacitados» se configuró a través de la LISMI y, en su desarrollo, por el Real Decreto 383/1984,

de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de integración social de los minusválidos.

En esta ley aparece por primera vez en España el término de los servicios sociales en una normativa de tal rango, lo que supone un avance en esa época donde todavía conviven la asistencia social y la beneficencia.

Esta norma ha estado en vigente hasta el 4 de diciembre de 2013, fecha en la que entró en vigor el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

En el marco de esta norma se protegían las situaciones de las personas cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallasen disminuidas como consecuencia de una deficiencia previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales; y que no fueran beneficiarias o no tuvieran derecho por edad o por cualquier otra circunstancia a prestaciones de análoga naturaleza, finalidad y, en su caso, de igual o superior cuantía otorgada por otro organismo público.

Con la entrada en vigor en nuestro país de la Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre la protección de los derechos de las personas con discapacidad se inició un proceso de adaptación de la normativa vigente para incorporarla a nuestro ordenamiento jurídico. Este importante Real Decreto 397/1996, de 1 de marzo, por el que se regula el registro de prestaciones sociales públicas. Modificado su artículo 3 por el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre y posteriormente por Real Decreto-Ley 23/2012, de 24 de agosto con efectos desde el 16 de agosto de 2012 se estructura en tres capítulos dedicados a disposiciones generales, contenido del registro y funcionamiento del registro de prestaciones sociales públicas, distribuida en dieciséis artículos. Además de tres disposiciones adicionales y una disposición derogatoria única que derogaba el Real Decreto 2566/1985, de 27 de diciembre, sobre creación y funcionamiento del Banco de datos de pensiones públicas y dos disposiciones finales.

Mediante esta norma se regula el Registro de Prestaciones Sociales Publicas, creado por el artículo 30 de la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

El registro tiene por objeto la inscripción de las prestaciones sociales de contenido económico, destinadas a personas y familias, con cargo a recursos de carácter público e integra una serie de prestaciones de carácter económico de las que se han beneficiado muchas de las personas en situación de vulnerabilidad.

Este integrara las siguientes prestaciones de carácter económico:

- a) Las pensiones abonadas por el Régimen de Clases Pasivas del Estado y, en general, las abonadas con cargo a créditos de la Sección 07 del Presupuesto de Gastos del Estado.
- b) Las pensiones abonadas por el Régimen General y los Regímenes Especiales de la Seguridad Social y, en general, cualesquiera otras abonadas por las entidades gestoras y colaboradoras del sistema de la seguridad social, en cuanto están financiadas por recursos públicos.
- d) Las pensiones de seguridad social en su modalidad no contributiva.
- j) Los subsidios económicos de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona previstos en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de minusválidos.
- k) Las prestaciones económicas abonadas en virtud del Real Decreto 728/1993, de 14 de mayo, por el que se establecen pensiones asistenciales por ancianidad en favor de los emigrantes españoles.
- l) Los subsidios de desempleo en favor de trabajadores mayores de cincuenta y dos años.
- m) Las asignaciones económicas de la Seguridad Social por hijo a cargo con 18 o más años y «minusválido» en un grado igual o superior al 65 por 100, abonadas por el Régimen General y los Regímenes Especiales de la Seguridad Social.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

La presente norma tiene por objeto la regulación del reconocimiento del grado de minusvalía así como el establecimiento de nuevos baremos aplicables, la determinación de los órganos competentes para realizar dicho reconocimiento y el procedimiento que se debe seguir; todo ello con la única finalidad de que la valoración y la calificación del grado de minusvalía que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen.

Esta norma sufrió ciertos cambios que se exponen a continuación:

- Se modifican los artículos 2, 5.4, 8, disposición adicional 1, anexo I.A y la denominación del anexo III por el Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

- Se modifica el título de esta norma, el artículo 5.5 y se añade una disposición —la Disposición Adicional Segunda— por el Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.

- Se deroga el anexo II por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Se añade la Disposición Adicional Única, por Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero.

- Modificado por el Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre, por el que se modifica el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre,

de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía; Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad.

Mediante su publicación se derogó así:

A) Los artículos primero y octavo de la Orden de 24 de noviembre de 1971 por la que se dictan normas de aplicación y desarrollo del Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, en materia de reconocimiento de la condición de minusválido («Boletín Oficial del Estado» número 287, de 1 de diciembre de 1971).

B) El Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, sobre reconocimiento, declaración y calificación de las condiciones de subnormal y minusválido.

C) La Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 5 de enero de 1982, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, sobre reconocimiento, declaración y calificación de las condiciones de subnormal y minusválido ("Boletín Oficial del Estado" número 60, de 11 de marzo de 1982).

D) La Orden de 8 de marzo de 1984 por la que se establece el baremo para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero («Boletín Oficial del Estado» número 65, de 16 de marzo).

Evolución y modificaciones de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

De esta ley que por primera vez genera derechos subjetivos de ciudadanía en el sistema de protección de los servicios sociales se destacan estos artículos y algunas modificaciones que ha sufrido.

Artículo 1. Objeto de la Ley.

1. La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la

autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

Artículo 4. Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia.

1. Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.

Artículo 9. Participación de la Administración General del Estado.

1. El Gobierno, oído el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, determinará el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado de su dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia. La asignación del nivel mínimo a las comunidades autónomas se realizará considerando el número de beneficiarios, el grado de dependencia y la prestación reconocida.

- Se suspende durante el año 2016 la aplicación del artículo 7.2, del artículo 8.2.a), del artículo 10, del artículo 32.3, párrafo primero por la Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016.

- Se modifica el artículo 23, con efectos desde el 1 de enero de 2013, y durante 2013 se suspende la aplicación del artículo 7.2, del artículo 8.2.a), del artículo 10, del artículo 32.3, párrafo primero, y de la disposición transitoria primera por la Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013.

- Se modifica esta norma por el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

- Se modifica la Disposición final primera, con efectos desde el 1 de julio y vigencia indefinida, y durante 2012 se suspende la aplicación del artículo 7.2, del artículo 8.2.a), del artículo 10, del artículo 32.3, párrafo primero, y de la Disposición Transitoria primera por la Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012.
- Se modifica el apartado 1º de la Disposición Final Primera, por el Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.
- Se modifica la Disposición Final Primera con efectos de 1 de junio de 2010 por el Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

El Capítulo III, dedicado a la atención a las personas en situación de dependencia, elimina el efecto retroactivo de las resoluciones y establece el silencio administrativo negativo, señalando en el artículo 5 que:

Con efectos de 1 de junio de 2010 se modifica la Disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, del siguiente modo:

Uno. Se modifica el apartado 2, que queda redactado como sigue:

2. En el marco de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, el plazo máximo, entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia será de seis meses, independientemente de que la Administración Competente haya establecido un procedimiento diferenciado para el reconocimiento de la situación de dependencia y el de prestaciones.

Dos. Se modifica el apartado 3, que queda redactado como sigue:

3. El reconocimiento del derecho contenido en las resoluciones de las administraciones públicas competentes generará el derecho de acceso a las prestaciones correspondientes, previstas en los artículos 17 a 25 de esta Ley, a partir de la fecha de la resolución en la que se reconozca la concreta prestación o prestaciones que corresponden a la persona beneficiaria.

Si una vez transcurrido el plazo máximo de seis meses desde la solicitud, no se hubiera notificado resolución expresa de reconocimiento de prestación, el derecho de acceso a la prestación económica que, en su caso, fuera reconocida, se generará desde el día siguiente al del cumplimiento del plazo máximo indicado.

Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Bajo el argumento de la sostenibilidad económica del sistema en un contexto de crisis económica, recogido en la exposición de motivos IV que indica que:

La sostenibilidad económica del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la situación económica por la que atraviesa la economía española y la exigencia de cumplimiento de los objetivos de déficit público, requieren la adopción por el Gobierno de medidas urgentes de naturaleza económica que se traduzcan en ahorros inmediatos en el gasto de las administraciones públicas.

Asimismo:

...Con el objeto de simplificar las relaciones de coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas se refunden los anteriores Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales en un solo órgano que pasará a denominarse Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Mediante este Real Decreto-Ley se suspendió la incorporación de dependientes con Grado I —moderados— hasta el 1 de julio de 2015 y se simplificó la valoración —baremo— a tres grados (sin especificar algún nivel).

La eliminación de los niveles supuso poner en peligro a las personas valoradas que, si eran sometidas a revisión de grado *a la baja*, como ya se está haciendo, perderán derechos.

Uno. Se modifica el apartado 4 del artículo 4, que queda redactado de la siguiente forma:

«4. Las personas en situación de dependencia y, en su caso, sus familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las administraciones competentes para la valoración de su grado de dependencia, a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas y a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente».

Dos. Se modifican la rúbrica y el apartado 1, se suprime el último inciso del apartado 2 y se añade un nuevo apartado 3 en el artículo 8, con la siguiente redacción:

«Artículo 8. Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

1. Se crea el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación de los servicios sociales y la promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia.

Este Consejo estará adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, y estará constituido por la persona titular de dicho Ministerio, que ostentará su presidencia, y por los/as consejeros/as competentes en materia de servicios sociales y de dependencia de cada una de las comunidades autónomas, recayendo la Vicepresidencia en uno de ellos. Adicionalmente, cuando la materia de los asuntos a tratar así lo requiera, podrán incorporarse al Consejo otros representantes de la Administración General del Estado o de las comunidades autónomas, como asesores especialistas, con voz, pero sin voto. En la composición del Consejo Territorial tendrán mayoría los representantes de las comunidades autónomas.

3. Asimismo, corresponde al Consejo Territorial conseguir la máxima coherencia en la determinación y aplicación de las diversas políticas sociales ejercidas por la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante el intercambio de puntos de vista y el examen en común de los problemas que puedan plantearse y de las acciones proyectadas para afrontarlos y resolverlos.»

Tres. Se modifica el apartado 1 del artículo 9, que queda redactado de la siguiente forma:

«1. El Gobierno, oído el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, determinará el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado de su dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia. La asignación del nivel mínimo entre las comunidades autónomas se realizará considerando el número de beneficiarios, el grado de dependencia y la prestación reconocida.»

Cuatro. Se modifica el apartado 6 del artículo 14, que tendrá la siguiente redacción:

«6. La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado de dependencia y, a igual grado, por la capacidad económica del solicitante. Hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad señalado, tendrán derecho a la prestación económica vinculada al servicio prevista en el artículo 17 de esta ley.»

Cinco. Se modifica el apartado 1 del artículo 17, que tendrá la siguiente redacción:

«1. La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma.»

Seis. Se modifica el apartado 2 del artículo 18, que queda redactado de la siguiente forma:

«2. Previo acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.»

Siete. Se modifica el artículo 19, que queda redactado de la siguiente forma:

«Artículo 19. Prestación económica de asistencia personal.»

La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo

Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.»

Ocho. Se modifica el artículo 23 que queda redactado de la siguiente forma:

«Artículo 23. Servicio de Ayuda a Domicilio.

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función, y podrán ser los siguientes:

- a) Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.
- b) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros. Estos servicios sólo podrán prestarse conjuntamente con los señalados en el apartado anterior.»

Nueve. Se introduce una Sección 4ª en el Capítulo II del Título I con el siguiente contenido:

«Sección 4.ª Incompatibilidad de las prestaciones

Artículo 25 bis. Régimen de incompatibilidad de las prestaciones.

1. Las prestaciones económicas serán incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo establecidos en el artículo 15, salvo con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia.

2. Los servicios serán incompatibles entre sí, a excepción del servicio de teleasistencia que será compatible con el servicio de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal, de ayuda a domicilio y de centro de día y de noche.

No obstante, lo anterior, 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. A los efectos de la asignación del nivel mínimo establecido en el artículo 9, estas prestaciones tendrán la consideración de una única prestación.»

Diez. Se suprime el apartado 2 del artículo 26 y, en consecuencia, el apartado 3 se renumera como apartado 2, que tendrá la siguiente redacción:

«2. Los intervalos para la determinación de los grados se establecerán en el baremo al que se refiere el artículo siguiente».

Once. Se modifican los apartados 1, 2 y 3 del artículo 27, que tendrán la siguiente redacción:

«1. Las comunidades autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado de dependencia con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia deberá acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las comunidades autónomas que, en todo caso, tendrán carácter público.»

«2. Los grados de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para su posterior aprobación por el Gobierno mediante real decreto. Dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) adoptada por la Organización Mundial de la Salud. No será posible determinar el grado de dependencia mediante otros procedimientos distintos a los establecidos por este baremo.»

«3. El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados de dependencia y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso.»

Doce. Se modifica el apartado 3 del artículo 28, que tendrá la siguiente redacción:

«3. La resolución a la que se refiere el apartado anterior determinará los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante según el grado de dependencia.»

Trece. Se modifica el apartado 1 del artículo 29, que tendrá la siguiente redacción:

«1. En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un programa individual de atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen.

No obstante, lo establecido en el párrafo anterior, la determinación de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar corresponderá a la Administración competente, a propuesta de los servicios sociales».

Catorce. Se modifican la rúbrica y el apartado 1 del artículo 30, que quedan redactados de la siguiente manera:

«Artículo 30. Revisión del grado de dependencia y de la prestación reconocida.

1. El grado de dependencia será revisable, a instancia del interesado, de sus representantes o de oficio por las Administraciones públicas competentes, por alguna de las siguientes causas:

- a) Mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia.
- b) Error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo.»

Quince. Se modifica el apartado 3 del artículo 38, que queda redactado en los siguientes términos:

«3. A través de dicha red de comunicaciones se intercambiará información sobre las infraestructuras del sistema, la situación, grado de dependencia y prestación reconocida a los beneficiarios, así como cualquier otra derivada de las necesidades de información en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.»

Dieciséis. Se modifica la disposición adicional novena, que queda redactada en los siguientes términos:

«Disposición adicional novena. Efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de necesidad de ayuda de tercera persona.

Quienes tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de asistencia de tercera persona según el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, tendrán reconocido el requisito de encontrarse en situación de dependencia en el grado que se disponga en el desarrollo reglamentario de esta ley.»

Diecisiete. Se modifican los apartados 1 y 3 de la disposición final primera, que quedan redactados en los siguientes términos:

«1. La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia incluidas en la presente ley se ejercitará progresivamente, de modo gradual, y se realizará de acuerdo con el siguiente calendario a partir del 1 de enero de 2007:

El primer año a quienes sean valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 1 y 2.

En el segundo y tercer año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 2.

En el tercer y cuarto año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 1.

El quinto año, que finaliza el 31 de diciembre de 2011, a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, Nivel 2, y se les haya reconocido la concreta prestación.

A partir del 1 de julio de 2015 al resto de quienes fueron valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2.

A partir del 1 de julio de 2015 a quienes hayan sido valorados en el Grado I, nivel 1, o sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada.»

Un resumen de las reformas sobre la Ley 39/2006 lo hace Barriga (2015):

Síntesis de las reformas de las que ha sido objeto la Ley 39/2006 desde su aprobación		
Norma	Contenido	Efectos
Real Decreto-Ley 8/2010 , de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público	Se modifica, con efectos de 1 de junio de 2010, la disposición final 1.2 y 3.	<ul style="list-style-type: none"> • El plazo para resolver las solicitudes sobre el reconocimiento de la situación de dependencia y la prestación que corresponda recibir a la persona beneficiaria será de seis meses que se empezará a contar desde la fecha de la solicitud. • El derecho de acceso a las prestaciones correspondientes se generará a partir de la resolución en la que se reconozca la concreta prestación que percibirá la persona beneficiaria. No obstante, el derecho a percibir la prestación económica de dependencia que, en su caso, fuera reconocida, se generará desde el día siguiente al del cumplimiento del plazo máximo de seis meses. • Las cuantías adeudadas en concepto de efectos retroactivos de las prestaciones económicas, independientemente de la fecha de la solicitud, podrán ser aplazadas y su pago periodificado en pagos anuales de igual cuantía en un plazo máximo de 5 años.
Real Decreto-Ley 20/2011 , de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público	Se modifica la disposición final 1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Se modifica el calendario de aplicación de la ley, teniendo derecho a prestaciones y servicios: <ul style="list-style-type: none"> - 2007 – Los valorados en el Grado III de gran dependencia, niveles 1 y 2. - 2008 y 2009 – Los valorados en el Grado II de dependencia severa, nivel 2. - 2009 y 2010 – Los valorados en el Grado II de dependencia severa, nivel 1. - 2011 – Los valorados en el Grado I de dependencia moderada, nivel 2. - Desde el 01/01/2013 el resto de quienes sean valorados en el Grado I de dependencia moderada, nivel 2. - A partir del 01/01/2014 quienes sean valorados en el Grado I de dependencia moderada, nivel 1.
Real Decreto-Ley 20/2012 , de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.	Se modifican diversos artículos de la ley y se implantan medidas de ahorro en el gasto	<p>MODIFICACIONES DE LA LEY (artículo 22 del Real Decreto-Ley)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se modifica el apartado 4 del artículo 4, estableciendo la obligación de suministrar información a los perceptores. • Artículo 8: Se crea el <i>Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia</i> y se indican sus competencias. • Se modifica el apartado 1 del artículo 9, estableciendo que en la distribución del nivel mínimo correspondiente al Estado se tendrán en cuenta el grado de dependencia, el número de beneficiarios y el tipo de prestación reconocida. • Se modifica el artículo 23, delimitando la ayuda a domicilio e impidiendo que se presten únicamente servicios de carácter doméstico. • Se introduce una Sección 4ª en el Capítulo II del Título I, con un nuevo artículo 25 bis, que regula la incompatibilidad entre prestaciones económicas y servicios. • Se suprime el apartado 2 del artículo 26, que establecía dos niveles por cada grado de dependencia. • Se modifican diversos apartados de los artículos 14, 17, 18, 19, 27, 28, 29, 30, 38 y disposición adicional 9ª como consecuencia de las modificaciones anteriores (supresión de <i>niveles</i> y denominación del Consejo Territorial) • Se modifican los apartados 1 y 3 de la disposición final primera, retrasando el calendario para atender a personas con Grado I hasta el 1 de julio de 2015. <p>MEDIDAS DE AHORRO (en disposiciones ads. y trs. del RD-Ley):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disp. Adic. 7ª: Supresión de la retroactividad –a partir de la entrada en vigor de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar si no se hubieran comenzado a percibir. Se da un plazo suspensivo de dos años para percibir la prestación de aquellos que hubieran devengado retroactividad. • Disp. Adic. 8ª: Mantiene el régimen de los convenios especiales en el Sistema de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia, pero serán estos quienes se hagan cargo de las cotizaciones. • Disp. Trans. 9ª: Plazo suspensivo de dos años para los solicitantes sin resolución a la entrada en vigor del Real Decreto-Ley cuando se trate prestaciones por cuidados familiares. • Disp. Trans. 10ª: Determinación de las cuantías a percibir para prestaciones económicas (reducción de un 15%) • Disp. Trans. 11ª: Determinación de la financiación estatal en concepto de Nivel Mínimo (reducción media de un 13%) • Disp. Trans. 12ª: Disminución de intensidades horarias de los servicios. • Disp. Trans. 13ª: Supresión a 1 de enero de 2013 de las aportaciones para el convenio especial de cuidadores por parte del Estado.
LP Generales del Estado para 2012, 2013, 2014 y 2015	Supresión de conciertos con CC.AA.	<ul style="list-style-type: none"> • SUSPENSIÓN del nivel acordado de financiación con las comunidades autónomas.

FIGURA 8. SÍNTESIS DE LAS REFORMAS LA LEY 39/2006. A PARTIR DE BARRIGA (2015)

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Mediante este acuerdo se modifica el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia —con el denominado «Baremo de Valoración de Dependencia», también denominado BVD—, así como la Escala de Valoración Específica —que suele aparecer con las siglas EVE— para menores de tres años.

Se confirma el tratamiento actual de la homologación de los reconocimientos previos para aquellas personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez recogiendo en la «Disposición Adicional Primera» sobre la «Efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de la necesidad del concurso de otra persona», que regula:

Y se mejora el régimen de homologaciones para los supuestos de las personas que tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona a la fecha de entrada en vigor de este Real Decreto.

Asimismo, a las personas que tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona, determinado según el baremo del anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de grado de discapacidad, se les reconocerá el grado y nivel que corresponda, en función de la puntuación específica otorgada por el citado baremo.

Así pues, también se reserva un apartado adicional para garantizar la continuidad de los efectos jurídicos derivados del reconocimiento de la necesidad de asistencia de tercera persona:

Las personas que tengan reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona, de acuerdo con el anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, continuarán disfrutando de todos los efectos jurídicos de dicho reconocimiento, cuando deban acreditarlo ante cualquier Administración o entidad pública o privada.

Y por último, en la «Disposición adicional tercera» se recogía la previsión de evaluación de resultados:

Una vez finalizado el octavo año de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, de conformidad con el calendario de aplicación progresiva previsto en el apartado 1 de su disposición final primera, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, realizará una evaluación de los resultados obtenidos en la aplicación del baremo establecido en este real decreto y propondrá las modificaciones que, en su caso, estime procedentes.

Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de agosto de 2007, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo de 2007, que regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

No obstante, cabe lamentar que el Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, ha dado una nueva redacción al primer apartado de la «Disposición final primera» de la Ley 39/2006, con el fin de introducir una moratoria de un año en la extensión del reconocimiento de la efectividad del derecho a las prestaciones a los afectados por el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2», de modo que finaliza el 31 de diciembre de 2011.

Y también hay que destacar, la Sentencia del Tribunal Constitucional 179/2016, de 20 de octubre (BOE 25 25/11/2016) que desestima el recurso planteado en 2013 por la Generalitat Catalana por las modificaciones operadas en la Ley 39/2006 a través de la Ley de Presupuestos Generales del Estado (LPGE) de 2013, al suspender temporalmente el Nivel Acordado previsto en el régimen de financiación del sistema de la dependencia.

Sobre el sentido del fallo del Tribunal Constitucional, cabría hacer tres consideraciones de carácter general:

- En primer lugar, que lo desestima íntegra y unánimemente, pues ni tan siquiera el voto particular existente en la sentencia afecta a nuestra materia,

sino a una cuestión igualmente impugnada relativa a políticas activas de empleo.

- En segundo lugar, que lo desestima reiteradamente, pues la sentencia reproduce literalmente los considerandos jurídicos de la Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2016, de 25 de mayo (BOE 2 de Julio de 2016) interpuesta igualmente por la Generalitat Catalana contra las modificaciones operadas en la Ley 39/2006 a través de la ley de presupuestos de 2012.

- Además, lo desestima invariablemente sobre la base de los pronunciamientos hechos en febrero de este año en la Sentencia del Tribunal Constitucional 18/2016 de 4 de febrero al resolver el recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra las modificaciones introducidas en la Ley 39/2006 por el Real Decreto-Ley 20/2012 en el paquete de reformas denominado «Medidas para la racionalización del Sistema de la Dependencia».

Por lo tanto, es la tercera ocasión en la que el Tribunal Constitucional tiene ocasión de pronunciarse unánime, reiterada e invariablemente sobre la Ley 39/2006, asentando —sin fisura alguna— una línea jurisprudencial consolidada a la que habrán de someterse las comunidades autónomas y —más alegremente— los nuevos inquilinos del IMSERSO a la hora de dirimir las controversias sobre la financiación del sistema.

La doctrina del Tribunal Constitucional sobre la materia se inició en la Sentencia de 18/2016, de 4 de febrero relativa a los límites de las medidas contenidas en el Real Decreto-Ley 20/2012, y que no ha sido más que confirmada y reproducida —con idénticos argumentos— en las dos posteriores Sentencias del Tribunal Constitucional 99/2016, de 25 de mayo, y Sentencias del Tribunal Constitucional 179/2016, de 20 de octubre de 2016, sobre las Ley General de Presupuestos del Estado de 2012 y 2013 respectivamente.

Así pues, es en la sentencia clave Sentencia del Tribunal Constitucional 8/2016 de 4 de febrero fijan su doctrina sobre dos cuestiones fundamentales para el sistema de la dependencia:

- a) El título habilitante para la intervención unilateral del Estado en el sistema, 149.1 CE. Para el Tribunal Constitucional el Sistema de la Dependencia encaja materialmente en el ámbito de la *asistencia social* previsto en el artículo 148.1.20 de la Constitución como una materia sobre la que las

comunidades autónomas pueden asumir la competencia. Y es este título el que le faculta para hacer mandatos no solo de carácter genérico relativo a los principios inspiradores del sistema, sino también a la regulación de condiciones específicas y concretas que, por su carácter de básicas, deban ser objeto de ordenación uniforme en todo el territorio. Este ha sido el hilo conductor de la argumentación que ha utilizado el Tribunal Constitucional para legitimar todas y cada una de las modificaciones al «Sistema de la Dependencia» contenidas en el Real Decreto-Ley 20/2012 a través de las medidas para la racionalización del Sistema de la Dependencia. Entendiendo el Tribunal Constitucional que cada una de las modificaciones unilaterales hechas a la ley se encontraban amparadas en su capacidad regulatoria también específica y concreta, pues atendían —entiende— a aspectos básicos del sistema que el Estado ha de garantizar en todo el territorio.

- b) Financiación del Sistema: Suspensión del nivel acordado. En la Sentencia del Tribunal Constitucional 18/2016, de 4 de febrero, hallamos el primer pronunciamiento del Tribunal Constitucional sobre el Régimen de Financiación del Sistema de la Dependencia y se estrena declarando la constitucionalidad de la suspensión del nivel acordado contenida en el Real Decreto-Ley 20/2012. El sentido del fallo que posteriormente ha ido reproduciendo literalmente en las Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2016, de 25 de mayo y la Sentencia del Tribunal Constitucional 179/2016, de 20 de octubre de 2016. Tres pronunciamientos reiterados en un mismo año que fijan la doctrina del Tribunal Constitucional sobre la financiación del sistema de la dependencia.

Muy al contrario que en el caso de las medidas de racionalización antes expuestas, cuando el Tribunal Constitucional aborda el sistema de financiación del sistema únicamente entiende con básico o núcleo prestacional que ha de garantizar con garantía de derechos al denominado Nivel Mínimo, asignándole competencia exclusiva sobre su dotación, así como la determinación de los criterios en virtud de los cuales se distribuye.

En cuanto a la medida de suspensión del nivel acordado, el Tribunal Constitucional califica la decisión unilateral del Estado como meramente suspensiva, pero no novatoria del contenido obligatorio previsto en el artículo 32 de la ley, por lo que, señala, no impone nuevas obligaciones a las

comunidades autónomas, aprovechando la ocasión para asentar la doctrina constitucional sobre el régimen y financiación del sistema:

1.- El Estado es el único competente para determinar la financiación del nivel mínimo en función a su política de gasto en el presupuesto, y el único competente para determinar los criterios de reparto en virtud de los cuales se distribuye la financiación, en tanto que núcleo prestacional uniforme de todo el estado.

2.- La financiación del nivel acordado se concibe en la ley como contingente o potencial, dependiendo del acuerdo de las partes mediante convenio, sin que exista un derecho ni obligación previo a dicha cofinanciación por parte del Estado. La decisión de su suscripción queda sujeta —únicamente— a la decisión del Estado en función a las prioridades de gasto de su propio presupuesto.

3.- El único requisito legal del Nivel Acordado es que, en caso de suscribirse el convenio por mutua voluntad de las partes, la aportación de la comunidad autónoma habrá de ser, al menos, igual que la del Estado. Lo que implica que, suspendido el convenio por las razones presupuestarias alegadas por el Estado, la aportación autonómica ya no es obligatoria por parte de la comunidad autónoma, ni exigible a aquél. En el momento de redacción de la ley, la desconfianza provenía de las comunidades autónomas se daba por asegurada la corresponsabilidad del Estado en el nivel acordado.

4.- En ningún caso —declara el Tribunal Constitucional— la aportación voluntaria que realizan las comunidades autónomas tras la suspensión unilateral de los convenios, por muy cuantiosa que ésta que fuere, vulnera el principio de lealtad constitucional, ni atenta contra la autonomía financiera de estas ni tampoco se ven afectadas sus competencia autonómica en el resto de los servicios sociales (cuestiones alegadas por la comunidad autónoma de Cataluña), pues esto supondría confundir el plano de la disposición de fondos estatales con el de la delimitación de competencias en materia de dependencia.

Como conclusión de esta sentencia:

1º.- El Estado es competente no sólo para fijar los principios inspiradores del sistema, sino para imponer condiciones normativas específicas, que, por su carácter de básicas, deban ser objeto de ordenación en todo el territorio. Modificó unilateralmente el sistema a través del Real Decreto-Ley

20/2012, y está legitimado por la doctrina del Tribunal Constitucional para volver a hacerlo. Ni una sola de las diecisiete medidas de racionalización contenidas el Real Decreto-Ley 20-2012 fue declarada inconstitucional por extralimitarse el Estado en sus competencias.

2º.- El Estado únicamente es responsable de la financiación de ese núcleo prestacional uniforme que constituye el nivel mínimo. El poder de gasto exhibido voluntariamente por las comunidades autónomas en el nivel acordado (81,9%) no es un título atributivo de competencias. El alcance y la extensión de las facultades del Estado no puede variar en función de la mayor o menor aportación estatal a la financiación de la dependencia. Dicho de otro modo, dispone de la acción de oro a un coste ínfimo en un sistema que declara básico y como garantía de la igualdad de todos los españoles, pero que financian otros.

3º.- A la vista del blindaje jurídico que le proporciona al Gobierno la doctrina del Tribunal Constitucional, tal vez se debería insistir en el incumplimiento del Estado de su obligaciones financieras en relación al Nivel Mínimo, manifiestamente insuficientes con apenas un 18% del coste del sistema y heterogénea en su aplicación en cada una de las comunidades autónomas del territorio nacional donde su aportación puede variar entre comunidades autónomas del 12% al 27%, que rompen claramente con el criterio de mínimos y de garantía de derechos aducido por el propio Gobierno.

Se debe exigir al Estado el cumplimiento íntegro de sus compromisos legales adquiridos con el Nivel Mínimo en los términos alegados por el propio Tribunal Constitucional: «la obligación de conjugar un equilibrio entre la cobertura universal de las prestaciones a la dependencia, la suficiencia de la atención ofrecida y la propia sostenibilidad financiera del sistema de atención a la dependencia» (Sentencia del Tribunal Constitucional 63/1987, de 21 de mayo FJ 21) en un sentido similar al abordado.

2.9.4. Las nuevas leyes de servicios sociales en España

Criterios y contenidos para elaborar las nuevas leyes de servicios sociales a partir de la LAPAD

Todas las personas en situación de dependencia son usuarias de los servicios sociales, pero no todos los usuarios de servicios sociales son personas en situación de dependencia. La llamada ley de dependencia genera por primera

vez en España derechos subjetivos reclamables jurídica y administrativamente, consolidando al Sistema Público de Protección Social de los Servicios Sociales como «cuarto pilar del Estado de bienestar social». En este escenario se enmarcan las nuevas leyes de servicios sociales que algunas comunidades autónomas han promulgado y que concretan nuevos derechos de ciudadanía. El Tratado de Lisboa y la normativa europea promoverá el reconocimiento de los servicios sociales como un sistema de protección social de carácter universal y de derechos de ciudadanía.

En España catorce comunidades autónomas han aprobado, después de la ley de dependencia, una nueva ley de servicios sociales: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra y País Vasco.

Las nuevas leyes de servicios sociales deben aprovechar la experiencia acumulada en estos treinta años y el impulso que supuso para el sector la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia. Dos aspectos esenciales que estas nuevas leyes contemplan definir nuevos derechos subjetivos y ordenar racionalmente el sector.

Hasta la fecha, las leyes de servicios sociales se han limitado a describir prestaciones y, en su caso, la obligación de determinadas administraciones de ofertarlas, pero sin constituir derechos subjetivos ya que el acceso a los mismos está limitado por la disponibilidad presupuestaria. El derecho personal solo se sustenta, actualmente, en las garantías propias del procedimiento administrativo en el acceso a los servicios prestados por las administraciones (derecho a la igualdad, a la no discriminación...), pero en absoluto está garantizado el derecho a la propia prestación.

En estas condiciones, la primera exigencia que se debe plantear a una nueva ley de servicios sociales es que formule auténticos derechos subjetivos, es decir, derechos que puedan ser exigidos tanto a nivel administrativo como jurídico por toda persona que cumpla los requisitos que se establezcan. Estos requisitos harán referencia a un determinado estado de necesidad que pueda

ser técnicamente valorado, y a la consiguiente prescripción de prestaciones o servicios.

En ningún caso el nivel de renta se establecerá como requisito para acceder a una prestación o servicio de derecho. No obstante, podrá ser tenida en cuenta a la hora de establecer una posible participación del beneficiario en los costes de determinados servicios, o para determinar la cuantía de determinadas prestaciones económicas. Cuando se deba considerar el nivel de renta para establecer alguna condición de copago o la cuantía de una prestación económica, se tendrá en cuenta la renta personal y no la familiar, ya que los derechos subjetivos deben tener como referente a la persona.

Siendo este aspecto lo esencial que debe exigirse a las nuevas leyes, será oportuno establecer en ellas los periodos de aplicación necesarios para evitar que las dificultades presupuestarias actuales puedan ser exhibidas como excusa para no incorporar derechos subjetivos y obligaciones de las administraciones de prestar, así mismo, determinadas prestaciones y servicios.

Sin perjuicio de los derechos subjetivos reconocidos en el marco de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia, las nuevas leyes autonómicas de servicios sociales deberían recoger los siguientes derechos:

- Derechos relacionados con una atención social personalizada y profesionalizada.
- Derecho a un itinerario individualizado.
- Derechos fundamentales que requieren una especial protección en el marco de los servicios sociales.
- Derecho a un alojamiento alternativo.
- Derecho al apoyo y sustitución temporal de las personas que cuidan a una persona en situación de dependencia.

En cuanto a ordenar racionalmente el sistema, las nuevas leyes deben formularse partiendo de un análisis de la experiencia de organización de los servicios sociales, para superar sus deficiencias, pero aprovechando también lo que son sus señas de identidad sobre las que ha fundamentado su desarrollo e implantación en todo el territorio. Sería muy positivo que las comunidades

autónomas aprovecharan la oportunidad de la elaboración de estas leyes para poner en marcha procesos de participación que impliquen a los diversos agentes institucionales, técnicos y a organizaciones del propio sector en el análisis su trayectoria y situación, como base para formular las nuevas propuestas organizativas que las leyes deban incorporar.

Definir un sistema integrado y asegurar la responsabilidad pública son los aspectos más importantes que las nuevas leyes deben contemplar con respecto a la organización del sector. Para ello debe fundamentarse en una red de servicios de atención primaria, un acceso unificado a las prestaciones y servicios del sistema e integrando procedimientos y resoluciones.

La atención primaria debe constituir la puerta de acceso normalizada al conjunto de sus prestaciones y servicios, garantizando un adecuado servicio de información, orientación y apoyo para facilitar este acceso. Así mismo debe desarrollar programas preventivos y de promoción de la autonomía personal, la convivencia y la integración social, así como programas de fomento de la cooperación y la autoayuda. Por último, desde el nivel de atención primaria, se debe gestionar las prestaciones y servicios necesarios para facilitar la permanencia de las personas en su entorno de convivencia personal y social.

Las nuevas leyes deben definir estructuras de atención primaria con las dotaciones suficientes, particularmente en sus equipos técnicos, para gestionar con eficacia estas funciones. En todo caso estas estructuras básicas deberán fundamentarse en una red de unidades de trabajo social territorializadas en función de ratios de población, extensión y características del territorio, y que se integren, a su vez, en equipos interdisciplinares que garanticen la adecuada gestión de las prestaciones básicas de servicios sociales en su ámbito poblacional y territorial.

La titularidad y gestión de la atención primaria del sistema debe ser pública, prestada directamente por las administraciones, no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas.

La efectiva integración del sistema requiere, así mismo, definir un acceso unificado al conjunto de sus prestaciones y servicios. Este acceso unificado tiene

que estar así definido a la propia ley, y remitirse a un desarrollo normativo específico vía decreto.

Las estructuras de atención primaria del sistema serán el nivel donde se gestione este acceso unificado con carácter ordinario, sólo excepcionalmente, de forma argumentada, se podrán establecer vías específicas de acceso al sistema que no sea el de la atención primaria.

Las nuevas leyes deben establecer de forma inequívoca la responsabilidad pública en el sistema como garante de los derechos de los ciudadanos, que implica no sólo su capacidad normativa y de planificación, así como la prestación del servicio directamente o a través de la concertación de plazas, sino también garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios prestados por las entidades privadas y los servicios de inspección.

En el marco de esta planificación, las leyes deben obligar a que la financiación de inversiones en centros propios o a través de subvenciones a iniciativas sin ánimo de lucro, estarán, en todo caso, condicionadas al cumplimiento de las previsiones definidas en los correspondientes planes plurianuales de equipamientos, elaborados por la comunidad autónoma, para evitar el clientelismo que se puede generar con determinados equipamientos.

Los servicios de valoración, los que establezcan el acceso a las prestaciones y servicios del sistema, y aquellos que conlleven el ejercicio de autoridad deben ser, en todo caso, gestionados directamente por las administraciones públicas competentes, sin que puedan ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas. De la misma manera serán de gestión directa por la administración cualquier otro servicio que se consideren de importancia estratégica para el sistema.

La efectiva responsabilidad pública en la garantía de los derechos que las leyes establezcan, así como de la obligación de gestionar las prestaciones y servicios que en las mismas se determine, debe concretarse mediante compromisos de financiación a cargo de cada una de las administraciones, de manera que las nuevas leyes deben precisar con nitidez la obligación de asegurarlos.

En todo caso, deben definir fórmulas de cooperación económica con las entidades locales que complementen la aportación de estas para garantizar la suficiencia y estabilidad para mantener las estructuras básicas de servicios sociales y otros servicios que se determine que estas administraciones deben prestar con carácter obligatorio.

De la misma manera deberán precisarse los mecanismos de concertación para la incorporación a la red pública de plazas en centros dependientes de entidades sin ánimo de lucro o empresas, con las suficientes garantías de seguimiento y control público de las mismas, y garantizando, en todo caso, que el acceso a las mismas se lleve a cabo a través de las administraciones correspondientes.

El factor humano es elemento decisivo en los servicios sociales. Por ello las nuevas leyes deben incluir referencias que obliguen a todas las entidades implicadas, públicas y privadas, a garantizar un empleo de calidad tanto en la estabilidad como en las retribuciones, condiciones de trabajo, prevención de riesgos, supervisión, formación y reciclaje, así como de participación. Estas condiciones resultan esenciales para la calidad en la prestación de los servicios que deben tener su referencia en las nuevas leyes y en su posterior desarrollo.

Particularmente necesario es que las nuevas leyes establezcan la obligatoriedad de que todos aquellos trabajadores que desarrollen funciones técnicas en servicios sociales estén integrados en estructuras o equipos de trabajo, en los que sus valoraciones, diagnósticos, prescripciones y planes de intervención puedan elaborarse con el necesario marco de reflexión colectivo a nivel profesional, sin el cual es difícil asegurar la calidad de sus intervenciones.

Un sistema, como los Servicios Sociales, entre cuyos objetivos figura el de promover la participación de todas las personas en condiciones de igualdad en la vida económica, política, cultural y social, debe predicar con el ejemplo. Por eso las nuevas leyes han de contemplar esta obligación de que todos los centros y servicios establezcan la participación de sus usuarios en su gestión. Así mismo deben definir los niveles de participación efectivos de las entidades y organizaciones sociales en todas las estructuras del sistema.

Desde la aprobación de la ley, en diciembre de 2006, el SAAD ha sufrido muy diversos avatares que han afectado prácticamente a todas las coordenadas iniciales: el calendario de desarrollo; el baremo de valoración; la financiación; los contenidos e intensidades de los servicios, las cuantías de las prestaciones económicas; la compatibilidad entre prestaciones y servicios o la consideración de las cuidadoras familiares y de sus cotizaciones en un régimen especial de la seguridad social, son algunas de las variables que han sido modificadas cuando no suprimidas.

La complejidad de una norma estatal amparada en el artículo 149.1 de la Constitución, que reconoce unos derechos subjetivos y cuya gestión corresponde a las comunidades autónomas en virtud de la exclusividad de la materia: servicios sociales, ya auguraba que requeriría ajustes en la fase implantación, prevista inicialmente hasta el año 2013.

Como se verá más adelante, el fracaso en el aseguramiento del equilibrio territorial en el ejercicio de derechos que es mandato para la Administración General del Estado es palmario. No solo no se atiende a todas personas con derecho, sino que el acceso a atenciones está determinado en buena medida por la comunidad autónoma de residencia.

Según lo expuesto vamos a averiguar el desarrollo e implementación de la LAPAD y cómo afecta a las personas beneficiarias en cuanto a la respuesta a sus necesidades relacionadas con las actividades de la vida diaria y la convivencia personal positiva. Para ello se realizará un análisis exhaustivo de los datos oficiales y un estudio en el que las opiniones y valoraciones de las personas mayores beneficiarias del Sistema de Atención a la Dependencia son la principal fuente de información. A partir de los datos oficiales y las entrevistas en profundidad realizadas se realizará el trabajo empírico del que se expondrán los resultados y conclusiones que den respuesta a objetivos e hipótesis de la investigación.

Estudio de la eficacia e idoneidad de las prestaciones y servicios de la Ley 39/2006 —Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia— en relación con las necesidades personales, sociales y de autonomía que demandan las personas en situación de dependencia.



Segunda Parte. Trabajo Empírico

3.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS

1. Analizar la evolución del Sistema de Autonomía y Atención a las personas mayores en situación de dependencia, en cuanto a la exigencia de calidad de los servicios transferidos en virtud de la normativa existente.

Las estadísticas mensuales de gestión del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia disponibles en estos doce años de desarrollo de la ley permiten contrastar los principales indicadores de evolución y las evidencias en la gestión relacionadas con la gestión e implementación del sistema. También, con las decisiones institucionales aplicadas por los gobiernos autonómicos y del gobierno de España a través de reales decretos.

Desarrollo de los Objetivos Específicos:

- Analizar la evolución de la demanda de las prestaciones por dependencia a través de un análisis longitudinal en España y por comunidades autónomas.
- Conocer la situación en la que se encuentran aquellas personas que se le ha reconocido el derecho a una prestación o servicio.
- Describir los principales problemas de gestión a lo largo de estos años del SAAD.
- Valorar los cambios introducidos por medio de las medidas gubernamentales y el impacto del desarrollo del SAAD sobre el Sistema de Público de Servicios Sociales.

2. Averiguar la distribución de las prestaciones económicas y servicios adjudicados en el SAAD, en un análisis longitudinal en España y por comunidades autónomas.

El artículo 15 de la ley establece un catálogo de prestaciones y servicios que garantiza el SAAD. Ha habido una desigualdad territorial —además de algunos cambios de tendencias— en las prescripciones y provisiones de servicios realizadas. Si tenemos en cuenta que las prestaciones económicas de los cuidadores no profesionales, para calcular el sobredimensionamiento de las

prestaciones económicas, se observa que son un gasto improductivo y no generen retornos económicos ni puestos de trabajo.

Desarrollo de los objetivos específicos:

- Constatar la evolución de los Programas Individuales de Atención activos por tipo de prestación o de servicio sobre el total de España.
- Comparar la evolución de los Programas Individuales de Atención activos por tipo de prestación o de servicio por comunidades autónomas realizando un análisis longitudinal.

3. Explorar la eficacia e idoneidad de las prestaciones, de los servicios, la calidad de las intervenciones que reciben y en qué medida responden a las necesidades y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

Desarrollo de objetivos específicos:

- Conocer el tipo de soporte social que tienen las personas dependientes mayores para la gestión de la situación de autonomía personal, como aspectos clave en su bienestar social
- Averiguar el estado de salud de las personas mayores usuarias del sistema, desde una perspectiva integral, como aspecto clave en su calidad de vida.
- Identificar los recursos que se aplican a las personas beneficiarias de la ley y si ha permitido cubrir sus necesidades.
- Conocer las necesidades que demandan las personas beneficiarias de la ley y analizar la situación sociofamiliar de las personas en situación de dependencia.

HIPÓTESIS

Primera hipótesis

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de dependencia ha supuesto el mayor avance en protección social en los últimos tres lustros. Si bien ha tenido un desarrollo desigual y un complejo procedimiento que, junto con

un modelo de financiación deficiente, ha provocado desequilibrios territoriales en su aplicación y gran vulnerabilidad ante decisiones que pretenden el desmantelamiento del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La ley reconoce derechos subjetivos de ciudadanía en España en materia de servicios sociales ha estado sujeta a motivos que han dificultado, en muchos aspectos, el desarrollo eficaz, desde la equidad que debe garantizar un derecho universal, y ha sido atacada por diversas razones.

Segunda hipótesis

El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia ha experimentado distintos ritmos en los procesos de aplicación en estos doce años y determinadas fases en el desarrollo y la gestión de las prestaciones y los servicios que debe garantizar.

Las fases en las que se ha desarrollado la ley en cuanto a la variable temporal y valorar fundamentalmente cómo ha afectado a las personas en situación de dependencia y a sus familias.

Tercera hipótesis

Los servicios y prestaciones que se desarrollan en el entorno familiar de las personas mayores en situación de dependencia son los más demandados.

Los servicios de proximidad deben ser complementados por apoyos de familiares cuando se aplican a personas mayores con valoración de Grados II y Grados III.

Existe una relación directa entre el grado de dependencia y las prestaciones con los servicios que se reciben por parte de los beneficiarios del Sistema. También existe una falta de flexibilidad de los servicios para adaptarse a las situaciones de las personas dependientes y de sus cuidadores principales como una de las causas de la escasa elección de determinadas prestaciones y servicios.

Cuarta hipótesis

Existen razones económicas, jurídicas, sociodemográficas y de justicia social para garantizar la viabilidad y la sostenibilidad del Sistema de Atención a la Dependencia, que precisa un cambio de paradigma para justificar la necesidad de mantenerlo.

La inversión pública en servicios profesionales —prestados mayoritariamente por operadores privados— es una fuente de generación de empleo muy importante, además de una vía de obtención de retornos a las arcas públicas con tasas superiores a las de muchos sectores productivos. Se debe implementar fórmulas de apoyo profesional a los cuidadores familiares que redunden en beneficio de las familias, prestando —de forma mixta— apoyos profesionales preventivos, formadores y de respiro.

3.1- Metodología. Proceso metodológico

La investigación cualitativa tiene una larga y reconocida historia en las ciencias sociales y se emplea en la disciplina del trabajo social desde hace décadas. Según Denzin y Lincoln (1994, p. 20), el proceso de la investigación cualitativa se define por tres actividades interconectadas y genéricas. Se le pone diferentes etiquetas, pero incluyen teoría, método y análisis; ontología, epistemología y metodología. El investigador se aproxima al mundo con un conjunto de ideas, una estructura (teoría, ontología) que se especifica en un grupo de preguntas -epistemología- las cuales son examinadas -metodología, análisis- de diversas maneras. Es decir, se recolectan los materiales empíricos sustentados en las preguntas, se analizan y luego se escribe sobre ellos.

El estudio de temática transversal y longitudinal se realizará de forma cualitativa desde la perspectiva de la pluralidad metodológica desde la perspectiva estructural. Se tomará como referencia para la muestra representativa a personas mayores en situación de dependencia moderada y severa, a grandes dependientes que reciban prestaciones económicas o

servicios de proximidad, ayuda a domicilio, centros de día, y servicios residenciales.

El acceso a los beneficiarios, se realizará con el método aleatorio simple, a través de las personas que contacten con el Observatorio Estatal para la Dependencia y con el listado proporcionado por centros de servicios sociales comunitarios que se presten a la realización del estudio, utilizando también la técnica conocida como bola de nieve, que consiste en identificar personas que se incluirán en la muestra a partir de otras con las que contactamos en principio.

La principal técnica de investigación empleada en el trabajo empírico es la entrevista semiestructurada. Se ha realizado de forma individual, presencial y de forma guiada, debido a las características cognitivas y las dificultades que se presentan en este colectivo, derivados de su situación de déficit en la autonomía personal o dependencia. Por estas razones se han realizado varios tipos de preguntas. Por un lado, hay preguntas cerradas dadas las características del objeto de estudio de esta investigación. Al tratarse de una serie de categorías de análisis ya convalidadas por los Servicios Sociales en este tipo de valoraciones y por parte de las distintas prácticas discursivas. Se ha considerado oportuno ofrecer algunas preguntas de forma cerrada, según la información proporcionada por los expertos y los profesionales del Trabajo Social y de otras personas profesionales que desarrollan su actividad en el Sistema de Atención a la Dependencia. Para que, de esta forma, se pueda seleccionar y discriminar su importancia de una adecuada interpretación diagnóstica, y de paso, conocer cuál es el grado de adecuación de estos parámetros a la realidad social.

Para adecuar estas circunstancias a las exigencias del rigor metodológico, en la organización de las preguntas del guion de la entrevista seguimos las aportaciones de García Ferrando (1994) y se han considerado tres aspectos: el logro de una introducción apropiada, la transición fácil y razonable de un tema a otro, así como la formulación de una adecuada conclusión. En definitiva, se ha seguido la denominada secuencia del embudo que indica que el ordenamiento de preguntas va desde lo más general a lo más específico. Uno de los principales objetivos que se tratan de lograr con la secuencia del embudo, es impedir que

las primeras preguntas condicionen o sesguen las respuestas de las preguntas que vienen a continuación.

En este sentido, las entrevistas pretenden recoger una información completa de todos los aspectos que se plantean en la investigación e informan de las claves de las prácticas sociales en los escenarios cotidianos y sobre todo servirá como complemento técnico a la información obtenida de las fuentes secundarias.

Según lo expuesto, al comienzo de este trabajo de investigación, se aplicará una metodología cualitativa desde el paradigma de la pluralidad metodológica, es decir, con distintas técnicas de investigación cualitativa, como las entrevistas semiestructuradas a personas en situación de autonomía personal o dependencia. Por otra parte, el análisis documental para aportar a la producción teórico-científica de los Servicios Sociales una información rigurosa en aras de mejorar la calidad de las intervenciones y el diagnóstico del Trabajo Social en la atención con estas personas, siguiendo los referentes teóricos con rigurosidad y con los necesarios fundamentos científicos en paralelo con las prácticas sociales más avanzadas.

En definitiva, el paradigma que define el trabajo empírico de la presente tesis se basa en la perspectiva fenomenológica, centrándose en la situación y las necesidades de las personas en situación de dependencia que reciben una de las cuatro prestaciones o servicios que predominan en el SAAD en un 86%.

Al tratarse de una muestra concreta con sujetos participantes del servicio de ayuda a domicilio, centros de día, residencias o prestación económica de cuidados familiares, se adoptará un enfoque cualitativo con la finalidad de conocer el significado de estos resultados, el porqué de las hipótesis iniciales, y valorar la eficacia e idoneidad de las prestaciones, de los servicios, la calidad de las intervenciones que reciben y en qué medida responden a las necesidades de las personas en situación de dependencia o a los propósitos de la ley.

En los siguientes apartados, se describen los instrumentos utilizados y los análisis que se han realizado para el estudio cualitativo. Aunque como decimos,

en un principio, se ha procedido a cuantificar los datos de las principales variables que se publican en la web del IMSERSO con carácter mensual.

3.2. Sujetos participantes

Los sujetos participantes de esta investigación en función de los criterios de elección establecidos, son los siguientes:

1. Personas mayores empadronadas en el municipio de Málaga que han sido valoradas con al menos Grado I, Grado II o Grado III, es decir personas en situación de dependencia moderada, severa o grandes dependientes.
2. Personas beneficiarias de una prestación o de un servicio definido en el Catálogo de la Ley 39/2006. Tomando como referencia los que reciben: Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Centro de Día, Servicio de Atención Residencial o la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Dado que las otras prestaciones o servicios o son compatibles con una de las cuatro o es una prestación vinculada a un servicio para contratar uno de los tres analizados.
3. Personas que voluntariamente han accedido a contestar las preguntas del cuestionario y de la entrevista, con capacidad cognitiva para comprender e identificar las preguntas y respuestas, y que no están incapacitados judicialmente.
4. Todas las personas son mayores de sesenta y cinco años.

Los criterios para la selección de los sujetos participantes se basaron en la facilidad de abordaje y el buen acogimiento de las indagaciones. El proceso de la entrevista se realizó con la supervisión y proceso explicativo previo de la encuesta por parte del investigador, que se encontraba presente durante todo el desarrollo de la entrevista. Por las características de la situación de autonomía personal y dependencia, hemos definido cuatro perfiles en función de lo tipificado en la ley.

De esta forma, se han elegido un total de cuarenta personas seleccionadas para entrevistar. El tipo de muestreo aplicado ha sido el aleatorio estratificado, para obviar las dificultades que presenta el azar en un colectivo tan específico y las características tan concretas como este. Ha consistido en considerar categorías típicas diferentes entre sí o estratos —personas en residencias, en centros de día, con servicio de ayuda a domicilio y con prestación económica de cuidador familiar— que poseen gran homogeneidad respecto a las características propias de las situaciones de dependencia, que residen en la misma provincia y tienen una problemática social similar. Todo ello seleccionado desde la equidad de género.

Posteriormente, para reforzar la validez de la selección, nos pusimos en contacto con los directores de algunas residencias de la provincia de Málaga, con el objetivo de seguir completando el grupo. Ellos nos derivaron a los profesionales de referencia y los usuarios hasta escoger las cuarenta personas seleccionadas.

El universo tiene como características en común que todos los encuestados residen en la provincia de Málaga cuentan con una situación de dependencia reconocida y tienen un intervalo de edad similar, además de recibir algunas de las prestaciones o servicios. Dentro del conjunto de las residencias y ayuda a domicilio de la red de atención de Málaga, que tienen residentes con las características indicadas en los criterios de inclusión y preferentemente públicas o concertadas, al ser las que ofrecen un servicio más integral y completo, conforme a los derechos sociales recogidos en la ley.

3.3. Descripción de las variables y conceptos utilizados

La descripción de las variables y conceptos que se utilizan se ajustan a un guion para el desarrollo de una entrevista semiestructurada que pretende mediante la recolección de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia del sujeto entrevistado; y de esta manera, permitir la entrada en un lugar comunicativo de la realidad, donde la palabra es el vector principal que vehicula una experiencia

personalizada, biográfica e intransferible. La entrevista semiestructurada de investigación Alonso (1998, p.226) reconoce a la entrevista de investigación como un proceso comunicativo, en el cual se obtiene información de una persona, la cual se encuentra contenida en su biografía, entendiéndose por biografía el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado.

En general las variables, tomadas separadamente, presentan dos características fundamentales: ser características observables de algo y ser susceptibles de cambio o variación con relación al mismo objeto o diferentes objetos. Pero si se consideran aisladamente, ofrecen la particularidad de presentarse a la observación vinculadas en su variación unas a otras, según diversos tipos de relaciones.

Las variables del análisis se vertebran en dos grandes bloques. Uno que se refiere al posicionamiento estructural de los participantes, que incluye las características sociodemográficas y la situación actual del sujeto. Y un segundo bloque que hace referencia a la descripción de los contenidos específicos para la adquisición de las competencias necesarias en el ejercicio de la mediación en los estudios de Trabajo Social, conforme a las exigencias del Espacio Europeo de Educación Superior.

BLOQUE I: POSICIÓN ESTRUCTURAL DEL GRUPO ESTUDIADO

1- Variables sociodemográficas, que enmarcan a los sujetos en un contexto sociocultural específico: Edad, género, estado civil, situación actual y lugar de residencia.

2- Variables sociales, referidas al usuario y su unidad de convivencia: Familiares en situación de dependencia que conviven con el usuario, datos de identificación de los familiares o convivientes, datos de la situación de dependencia o discapacidad, año de resolución, tipo de servicios o prestaciones concedidas Y la frecuencia y características del servicio.

BLOQUE II: ASPECTOS SOCIALES: PARTICIPACIÓN SOCIAL, SOPORTE SOCIAL, ADECUACIÓN Y CALIDAD DEL SERVICIO, SATISFACCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA.

- Soporte social. Se refiere al apoyo percibido familiar y de redes sociales para poder llevar a cabo una vida autónoma y con calidad de vida.
- Situación de salud. Entendida desde un enfoque biopsicosocial más allá de la ausencia de enfermedad. Las personas en situación de dependencia necesitan cuidados de salud específicos. En esta variable nos interesa conocer la salud percibida con atención o recursos específico y con ausencia de atención.
- Vivienda y núcleo de convivencia. El tipo de vivienda, acondicionamiento del hogar, accesibilidad y la adaptación a las necesidades específicas son factores determinantes en la calidad de vida.
- Situación económica y laboral. La situación socioeconómica es determinante para llevar una vida autónoma y atender a las necesidades básicas sociales.
- Grado de autonomía personal en las actividades de la vida diaria. Se refiere a las capacidades para desarrollar de forma autónoma actividades de la vida diaria e instrumentales en función de la situación de dependencia.
- Servicios Sociales y prestaciones. Entendiendo los servicios sociales en el sentido específico, teniendo en cuenta los catálogos que definen las leyes autonómicas del sector, así como el Catálogo del Sistema de Atención a la Dependencia
- Valoración del servicio y calidad. Se trata de una dimensión operativa del concepto de calidad aplicado a los Servicios Sociales. Se desglosa en tres categorías: Calidad de las instalaciones, calidad científico-técnica y calidad relacional.

Las variables que hemos relacionado anteriormente han sido medidas a través de entrevistas semiestructuradas realizadas en profundidad (ver anexo).

3.4. Pilotaje y proceso de validación de la entrevista

Como se ha indicado la principal técnica de investigación empleada que se ha utilizado es la entrevista estructurada como metodología básica. En concreto, se ha utilizado una entrevista situacional y retrospectiva a los sujetos destinatarios.

En cuanto a la planificación de la investigación, el proceso del trabajo realizado ha sido el siguiente:

- Presentación ante los técnicos del equipo interdisciplinar y los directivos el trabajo antes de comenzar.
- Selección y búsqueda de los listados de personas dependientes y de los participantes con características psicosociales adecuadas para responder a la encuesta.
- Comprobación de la vigencia de los datos.
- A continuación, se fijó un número de identificación a cada persona y se fragmentó la muestra en cuatro grupos estructurados conjuntamente con los expertos, en función del tipo de dependencia y de la ayuda recibida.
- El paso siguiente fue contactar en los distintos centros con las personas del universo y concertar las citas para llevar a cabo el cuestionario y las entrevistas.
- Posteriormente se realizaron entrevistas con cuatro expertos en dependencia y autonomía personal, dos directivos de residencia con una experiencia profesional de más de diez años y dos miembros de la asociación nacional de directores y gerentes de Servicios Sociales, para validar la viabilidad de las preguntas del cuestionario y la adecuación a los objetivos de esta investigación.
- El trabajo de campo consistió en realizar a los sujetos identificados las entrevistas semiestructuradas. Desarrollando entrevistas personales en profundidad, en algunos casos con apoyo de los familiares.

- Tras realizar el trabajo de campo, se procedió a la categorización de todas las entrevistas, escucha y transcripción de todas las entrevistas y la selección de las respuestas más interesantes y apropiadas para el objeto de la investigación.
- Por último, se realizó el análisis de los datos obtenidos para la elaboración del informe final de los resultados. Posteriormente se procedió a la discusión y conclusiones de estos.

3.5. Procedimiento. Plan de trabajo

TRABAJO DE CAMPO

1ª PARTE	<p>1- Enumeración y descripción de las variables explicativas de la investigación.</p> <p>2- ¿Cómo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recopilación de la información. - Fuentes primarias: entrevistas con expertos y encuestas. - Fuentes secundarias: bibliografía y revistas especializadas, páginas web, visitas a instituciones especializadas. <p>Conclusiones</p>
2ª PARTE	<p>3- Analizar y describir los resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuentes secundarias, páginas web, estudios, bibliografía, revisión de otros estudios, etc. - Fuentes primarias: consultas con los responsables (entrevistas a expertos). - Análisis, discusión de los datos e informe final. <p>Conclusiones</p>

PRIMERA ETAPA

- Producción y elaboración del guion.
- Obtención de los listados y de las informaciones preliminares.
- Localización y contactos previos —los también llamados pretest— con futuros entrevistados.

SEGUNDA ETAPA

- Trabajo de campo: Ejecución de las entrevistas.

TERCERA ETAPA

- Grabación, codificación, análisis e interpretación de los datos obtenidos.

- Categorización de las entrevistas.
- Transcripción de las entrevistas.
- Análisis de los primeros resultados.
- Evaluación y resumen del trabajo de campo.

CUARTA ETAPA

- Sistematización de las respuestas para su interpretación y verificación de las hipótesis.
- Validación de los resultados.
- Análisis e informe sobre los resultados generales obtenidos.

En síntesis, en la metodología cualitativa, el guion de moderación ha sido consensuado con los técnicos y profesionales de las entidades implicadas en el estudio y con especialistas en la materia. La duración de cada entrevista ha oscilado entre una hora y una hora y media. El análisis de contenido de las entrevistas organiza la información en varias dimensiones en sintonía con los factores de autonomía, sociales y jurídicos que se relacionan con la atención a las personas en situación de dependencia.

Las entrevistas se realizan en el lugar habitual de residencia o en los centros de día donde acuden las personas en situación de dependencia seleccionadas, esto es en los domicilios o en los centros donde reciben la atención. Para su ejecución, las entrevistas se iniciaban con la cumplimentación de las preguntas referenciadas con datos de identificación, de análisis de situación personal y de apoyo de soporte social. En el anexo se adjunta el guion de la entrevista.

Posteriormente se realizó una entrevista de veinte preguntas abiertas para la valoración de la idoneidad y eficacia de las prestaciones y servicios del Sistema de atención a la dependencia. Esta entrevista tenía dos apartados diferenciados:

- A) Valoración del desempeño y riesgos con diez preguntas.

B) Percepción de la persona beneficiaria sobre su situación con otras diez preguntas.

Antes de iniciar la entrevista se autorizaba a grabarlas y se firmaba el consentimiento informado por parte de las personas entrevistadas o por su guardadora de hecho. Con el objeto de garantizar las exigencias éticas y de protección de datos, se expone el consentimiento informado, confidencialidad que ha sido convenido y firmado por nuestra parte como encuestadores y de cada una de las personas encuestadas.

Las entrevistas duraban tanto tiempo -casi dos horas- que en algunas ocasiones hubo que interrumpirlas por el cansancio de la persona entrevistada y reiniciarlas horas después incluso al día siguiente en algunos casos.

Durante 2018, una vez realizadas y grabadas las entrevistas a las cuarenta personas seleccionadas, se procedió a su transcripción y categorización que servían para constatar la verificación de las hipótesis de la investigación y aportaban información relevante en relación con los objetivos de la tesis.

3.6. Técnicas de producción y análisis de datos

Para verificar o desechar las hipótesis contrastándolas con la realidad, se cuenta fundamentalmente con el análisis de las bases de datos disponibles sobre la gestión del SAAD, que provienen del Sistema de Información SISAAD y se encuentran disponibles en la página web oficial del actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – IMSERSO. Los datos y análisis que he trabajado han sido incorporados a los estudios del Observatorio Estatal para la Dependencia de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

Los datos históricos desde agosto de 2008 hasta los más recientes, diciembre de 2018, permiten construir una base de datos sin perder de vista el tratamiento de los datos que se ha realizado de los años anteriores citados en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Se han puesto a disposición de consulta en formato Excel lo que facilita el tratamiento de la información y la elaboración de tablas y figuras.

Al tratarse de datos de gestión, será necesaria la utilización de tablas y figuras que representen la evolución sincrónica y diacrónica del SAAD, además de las puramente descriptivas y realizar entrevistas a una muestra de personas en situación de dependencia o a sus familiares y cuidadores. Para ello utilizaremos matrices de datos organizadas a través del programa informático Microsoft Excel donde registraremos las principales variables extraídas de los informes mensuales del Sistema de Información del SISAAD organizadas por ámbito territorial —comunidades autónomas y de España en general— y con especial atención a la variable temporal —mes y año— de tal manera que podremos construir los indicadores más relevantes, como puede ser el limbo de la dependencia o las tasas de reposición, además de representar las figuras más significativas.

Por último, para los análisis se considerarán como fuentes secundarias los datos oficiales aportados al sistema SAAD por las comunidades autónomas y que son mensualmente publicados a través del IMSERSO. Durante todos estos años he ido elaborando indicadores y metodología de evaluación del SAAD que se ha integrado en los estudios y dictámenes del Observatorio Estatal para la Dependencia. En el siguiente apartado se presenta un análisis pormenorizado de la implementación y desarrollo de la denominada Ley de Dependencia.

4. ANÁLISIS SINCRÓNICO Y DIACRÓNICO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA. LA PERSPECTIVA DE DOCE AÑOS DE GESTIÓN.

Cumplidos más de doce años de desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia la evidencia es que el 3% de la población española—cerca de 1 400 000 personas— presentan dependencia en alguno de los grados considerados por la ley.

Un total de 1 304 312 personas está actualmente dictaminado como dependiente, es decir, necesita apoyos para realizar actividades básicas de la vida diaria; y a estas podríamos añadir otras 100 000 como potenciales dependientes considerando las 128 568 personas que están pendientes de

valoración hasta el día 31 de diciembre de 2018 según las estadísticas oficiales del IMSERSO.

Se comprueba cómo las previsiones del Libro blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España (2004) fueron muy atinadas en lo referido a la proyección del número de personas dependientes. La previsión para 2015 prácticamente se ha cumplido y los dos últimos ejercicios —2017 y 2018— apuntan a que en 2020 el número de dependientes podría acercarse al 1 500 000 de personas. Por lo tanto, se conoce con bastante precisión las dimensiones del asunto que se debe abordar.

No obstante, la previsión de la distribución por grados de dependencia, como se verá más adelante, sí ha ofrecido bastante desviación, sobre todo para los denominados Grados III y Grados I; más numerosos de lo previsto los primeros y muy lejos de las cifras previstas los segundos. Parece evidente que el diseño y la aplicación del BVD —Baremo de Valoración— habrán contribuido a ello.

Resulta lamentable que las modificaciones no han estado tanto enfocadas a la mejora del sistema sino como a la contención y al recorte del gasto. El SAAD ha recibido serios varapalos en forma de retrasos en la implantación y sobre todo en el ahogamiento financiero en su fase de despliegue, especialmente a partir de mediados de 2012.

El desarrollo de la ley ha presentado en estos doce años una evolución desigual que bien se puede resumir en cuatro fases bien diferenciadas:

4.1.- Cuatro fases diferenciadas en la implementación y desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia

A través de los datos de gestión de estos años se pueden distinguir cuatro etapas bien diferenciadas en el desarrollo del SAAD:

4.1.1. Los inicios (2007/2008)

En los dos primeros años del SAAD, a pesar de los importantes esfuerzos de las administraciones, se dieron una serie de factores que ya perfilaron un comienzo errático y muy desigual del sistema:

- Precipitación: Al no estar previamente elaborados y suficientemente consensuados los procedimientos mínimos de solicitud, valoración, dictamen, planes individuales de atención, contenidos de la cartera de servicios, etc.
- Confusión: Muchos ciudadanos habían recibido el mensaje de que se trataba de recibir una «paga» por la situación de dependencia. Este mensaje había calado tanto en los prolegómenos de la ley que se favorecieron expectativas erróneas y una demanda incrementada.
- Laberinto administrativo: la inserción del SAAD en un bosque de procedimientos administrativos encadenados con múltiples resoluciones administrativas para un mismo expediente: grado de dependencia, programas individuales de atención, y otras; junto a la lentitud de las comprobaciones de requisitos y los cálculos de copago (descuento en el caso de las prestaciones económicas) desde unas maquinarias construidas sobre la marcha, generaron colapso de expedientes desde el inicio.
- Diferentes criterios por territorio: Las comunidades autónomas absorbieron con mejor o peor fortuna la demanda, pero aplicando diferentes criterios. Alguna comunidad declaró dependientes *de oficio* entre las personas que ya atendía en centros públicos; en algunas comunidades el sentido del silencio administrativo era negativo, mientras en otras era positivo; el cómputo de plazos para algunos se iniciaba con la solicitud y para otros con la valoración de grado y nivel...
- Desarrollo territorial dispar: Esta es una característica que trágicamente se arrastra hasta nuestros días y que proviene de múltiples factores en origen:

- El desarrollo desigual previo de los servicios sociales en las diferentes comunidades autónomas.
- La mayor o menor descentralización del sistema en colaboración o con la ausencia de las entidades locales (se debe ser conscientes de que muchos de los servicios de proximidad estaban y están en manos municipales).
- La falta de pericia de multitud de responsables en ministerio y consejerías: ocurrentes, y con planteamientos poco técnicos.
- El impulso político muy desigual, que hacía que a veces bandera partidista de la dependencia, como si la ley no hubiese obtenido amplio consenso parlamentario.

Todos ellos son elementos que determinaron unos inicios muy preocupantes en cuanto a garantizar el ejercicio de los derechos para todo el territorio del estado.

- Ausencia de sistemas de información y control: Los primeros datos de gestión del SAAD se hicieron públicos en mayo de 2008. Hasta ese momento no existió una mínima información estadística de qué estaba ocurriendo. La improvisación de la Administración General del Estado respecto al sistema de información y los reparos a la hora de ofrecer información veraz por parte de las comunidades autónomas fueron la tónica de aquellos años.
- Prevalencia de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (PECEF): Las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar fueron la prestación más socorrida en los inicios. Su bajo coste, los errores de la propaganda ministerial, la indefinición legal de los límites —se consideraba la PECEF como «excepcional» pero sin determinar las condiciones de acceso— y su mayor facilidad de gestión propiciaron que el 57% de las personas atendidas a finales de 2008 lo fueran con prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. Se atendía a la mayoría

de dependientes más graves —Grado III— con ayudas económicas en compensación por la falta de servicios y con una grave crisis en las puertas.

Con todo, se realizaron importantes esfuerzos y al finalizar 2008, el sistema tenía 722 305 solicitantes acumulados, con 592 648 valoraciones de las que resultaban 442 509 dependientes con derecho a atención de los que algo más de la mitad tenía resolución de programas individuales de atención; un total de 228 613 personas.

En la siguiente figura, como punto de partida, se muestra el estado del SAAD por comunidades autónomas a 31 de diciembre de 2008 en función de la desatención —en el eje x— y de la cobertura —en el eje y—. la desatención se representa mediante el número de personas sin programas individuales de atención por cada mil personas con derecho reconocido. la cobertura se calcula mediante el número de programas individuales de atención por cada mil habitantes de la comunidad autónoma. El tamaño de la esfera representa el de la comunidad autónoma en habitantes y las líneas representan el promedio para todo el estado.

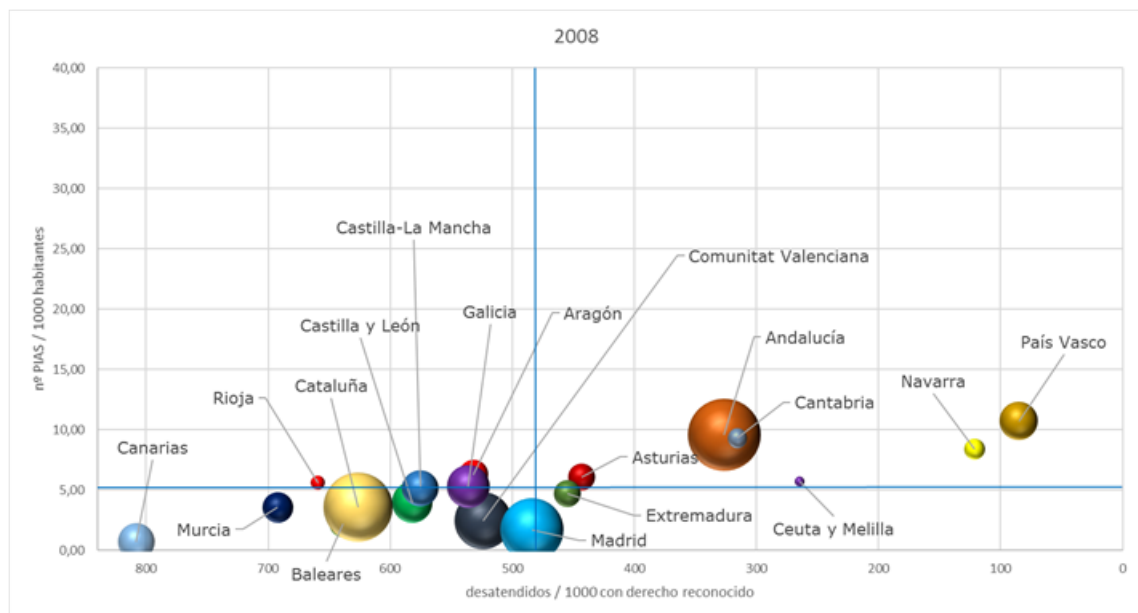


FIGURA 9. ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2008. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO.

4.1.2. Expansión (2009/20011)

Tras estos turbulentos inicios en los que algunos fallos del sistema se consolidaron como estructurales, el sistema entró en una fase de expansión con un desarrollo frenético y dinámico llegando a alcanzar 738 000 beneficiarios con prestaciones o servicios. Eso sí, las diferencias interterritoriales se siguieron acentuando.

El sistema de financiación de la ley, con un nivel mínimo garantizado por el estado —una cuantía por dependiente en función de su grado y nivel— y un Nivel Acordado —una cuantía anual para las comunidades autónomas en función de diferentes criterios— ya denotaba que el esfuerzo autonómico —con la presión de la obligación de atender— iba en incremento sobre el de la Administración General del Estado respecto que decrecía a medida que el sistema atendía a más personas.

La perspectiva no se mostraba nada halagüeña si se preveía el impacto de la crisis sobre los presupuestos públicos y, en mayo de 2010, la Administración General del Estado introduce las primeras modificaciones en la ley que afectaron al alargamiento de los plazos para el devengo y retroactividad de las prestaciones económicas y que matizó que el derecho de las personas dependientes se haría efectivo desde la fecha de la resolución de las prestaciones y servicios — programas individuales de atención—. Esto último suponía que la dilación administrativa era un camino elegible para muchas comunidades ante la imposibilidad de atender a la demanda. Si la solicitud o la resolución de grado y nivel se quedaban en un cajón, la persona dependiente no podía reclamar nada y cuando lo hacía, la maquinaria administrativa alegaba que al expediente le faltaba algún papel...

Se aprecia entonces un freno en los datos de gestión cuyo mejor exponente es el incremento anual de personas atendidas que en 2011 fue tan solo de algo más de 80 000 frente a los casi 200 000 del año anterior.

No obstante, el SAAD seguía avanzando a finales de 2011 ya había 1 600 000 solicitudes activas acumuladas con casi 1 500 000 de personas valoradas, de las que 1 280 000 de ellas poseían algún grado de dependencia.

En diciembre de 2011, algo más de un millón de personas dependientes —alrededor de 1 044 000— tenía derecho a atención en aquel momento, de los que 738 000 realmente recibían algún tipo de prestación o servicio.

En la siguiente figura, se muestra el estado del SAAD por comunidades autónomas a 31 de diciembre de 2011 en función de la desatención —en el eje x— y de la cobertura —en el eje y—. La desatención se representa mediante el número de personas sin programa individual de atención por cada mil personas con derecho reconocido. La cobertura se calcula mediante el número de programas individuales de atención por cada mil habitantes de la comunidad autónoma. El tamaño de la esfera representa el de la comunidad autónoma en habitantes y las líneas representan el promedio para todo el Estado.

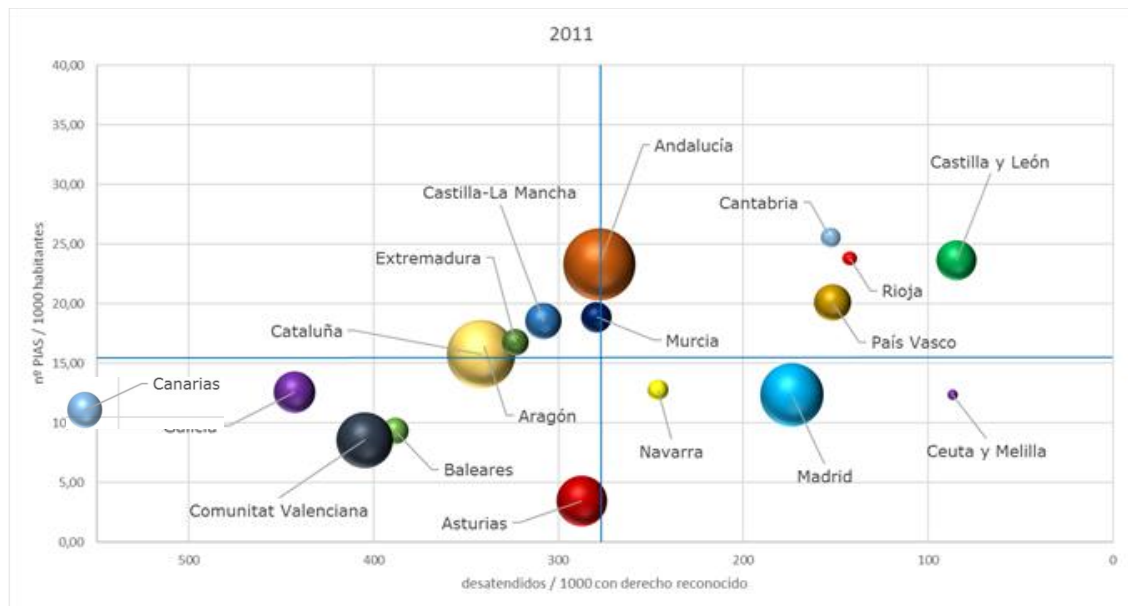


FIGURA 10. ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2011. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

4.1.3. Retroceso y demolición (2011/junio 2015)

Con un buen número de problemas acumulados, entre los que no se debe dejar caer en el olvido una deuda de 1 034 millones euros que el ministerio tenía

con las arcas de la seguridad social por las cotizaciones de las cuidadoras familiares, cuando el sistema debía acometer su última fase de implantación: la incorporación de las personas dependientes con Grado I. Se produjo un cambio de gobierno en el mes de noviembre del año 2011 que da inicio a una fase de recorte de derechos que culminará con la aprobación del Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

La medida funcionó y años más tarde el Gobierno admitió ante la Comisión Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional — Actualización del Programa de Estabilidad— que la misma supuso unos ahorros de más de 1 400 000 000 euros solo hasta 2014.

Racionalización del sistema de dependencia

Los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto en materia de dependencia plantearon la necesidad de corregir una situación que ponía en riesgo la viabilidad del sistema de ayuda a la dependencia. Para ello el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y fomento de la competitividad, estableció, entre otras, medidas relativas a las cuantías correspondientes al Nivel Mínimo de protección garantizado; las cuantías máximas de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar; la eliminación de la financiación estatal de las cotizaciones a la seguridad social de los cuidadores no profesionales y la modificación del calendario de aplicación de los servicios y prestaciones para quienes se encontraban en una situación de la llamada «dependencia moderada», que se retrasó hasta julio de 2015. Las medidas contenidas en este real decreto-ley acometían mejoras para garantizar la sostenibilidad y han permitido alcanzar los objetivos de ahorro presupuestario previstos para el periodo 2012-2014. Así, el ahorro acumulado desde julio de 2012 hasta 2014 se estima en 1 473 000 000€.

Actualización del Programa de Estabilidad 2015-2018.

El Real Decreto-Ley 20/2012 supuso la colocar al SAAD en una parálisis tal que el sistema apenas podía incorporar nuevas personas atendidas en la medida

en que iban causando baja los ya atendidos. Considerando que la lista de desatendidos a finales de 2011 era de más 300 000 dependientes y que mayoritariamente se trata de personas mayores, se empezó a producir un trágico espejismo estadístico: la lista de espera descendía, aunque el número de personas dependientes atendidas no avanzaba. Las diferencias interterritoriales se acentuaron y en los ejercicios de 2012, de 2013 y de 2014, y la cobertura del sistema apenas avanzó.

En la siguiente figura se muestra el estado del SAAD por comunidades autónomas a 31 de diciembre de 2012 en función de la desatención —en el eje x— y de la cobertura —en el eje y—. La desatención se representa mediante el número de personas sin programa individual de atención (PIA) por cada mil personas con derecho reconocido. La cobertura se calcula mediante el número de programas individuales de atención por cada mil habitantes de la comunidad autónoma. El tamaño de la esfera representa el de la comunidad autónoma en habitantes y las líneas representan el promedio para todo el Estado.

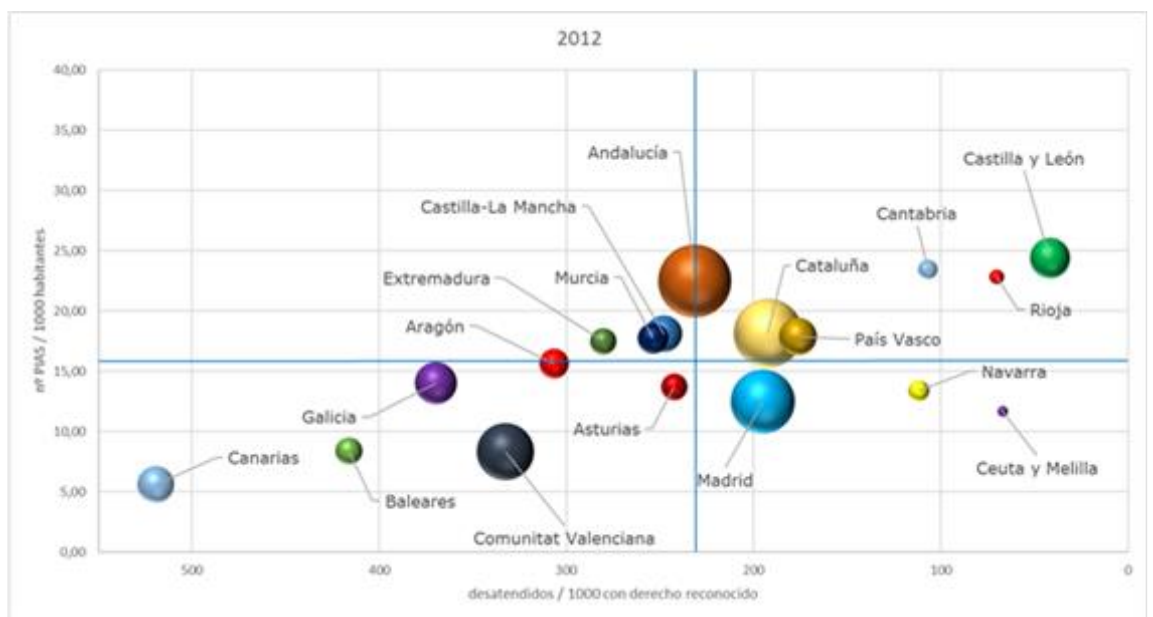


FIGURA 11. EL ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2012. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS SISAAD-IMSERSO

Estado del SAAD por comunidades autónomas a 31 de diciembre de 2013 en función de la desatención —en el eje x— y de la cobertura —en el eje y—. La

desatención se representa mediante el número de personas sin —Programa individual de atención— por cada mil personas con derecho reconocido. La cobertura se calcula mediante los números de programas individuales de atención por cada mil habitantes de la comunidad autónoma. El tamaño de la esfera representa el de la comunidad autónoma en habitantes y las líneas representan el promedio para todo el Estado.

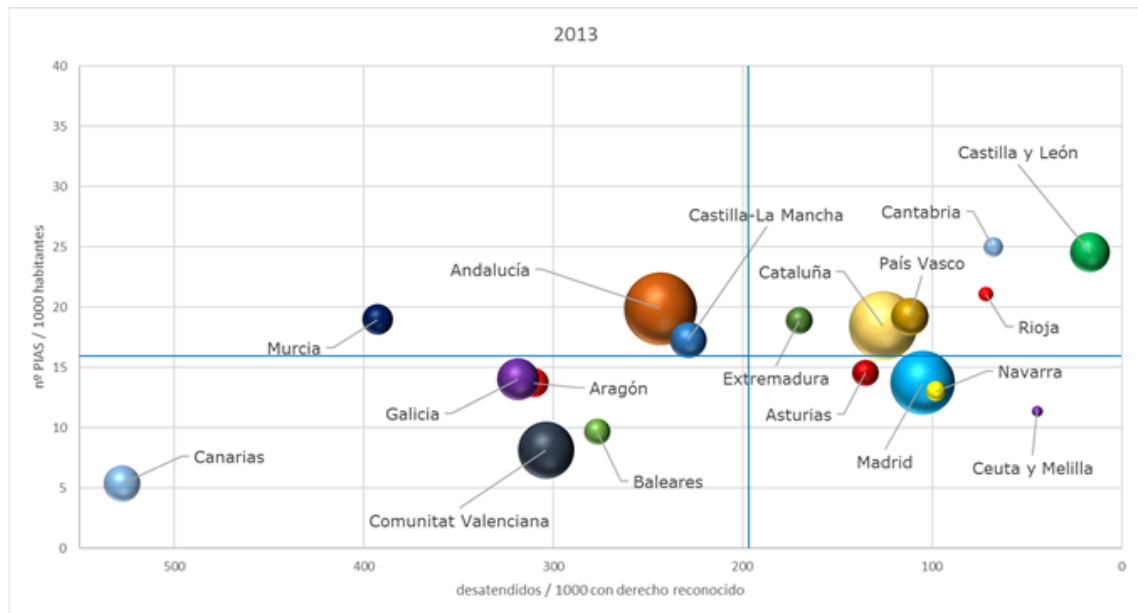


FIGURA 12. ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2013. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS SISAAD-IMSERO

Estado del SAAD por comunidades autónomas a 31 de diciembre de 2014 en función de la desatención —en el eje x— y de la cobertura —en el eje y—. La desatención se representa mediante el número de personas sin PIA —Programa individual de atención— por cada mil personas con derecho reconocido. La cobertura se calcula mediante los números de programas individuales de atención por cada mil habitantes de la comunidad autónoma. El tamaño de la esfera representa el de la comunidad autónoma en habitantes y las líneas representan el promedio para todo el Estado.

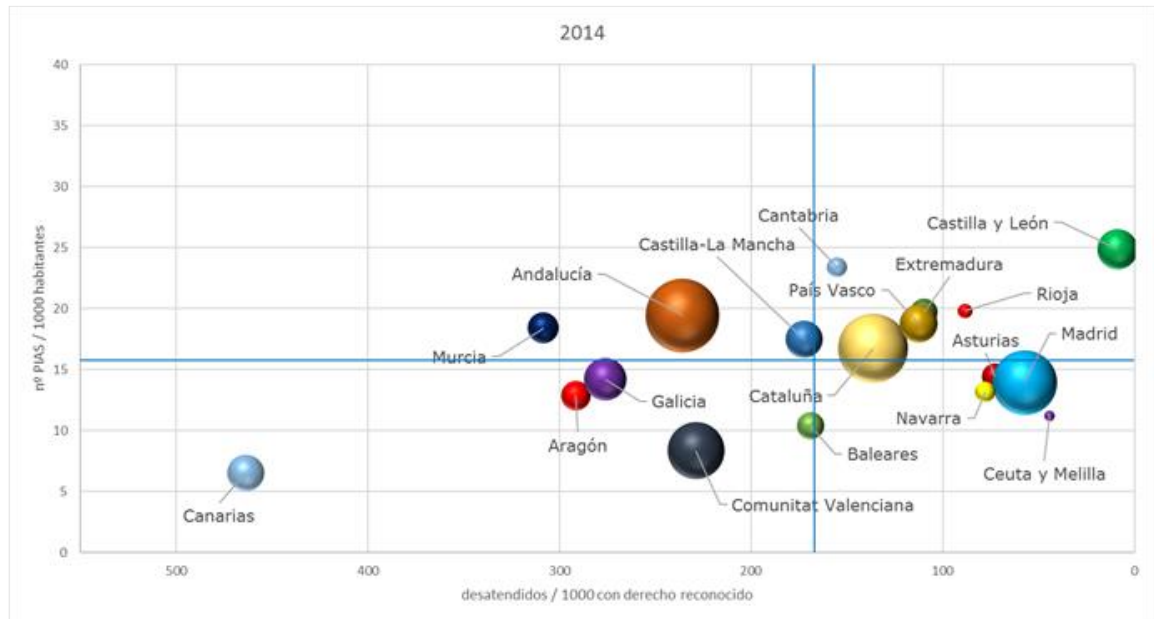


FIGURA 13. ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2014. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

La reforma de 2012 fue presentada con la habitual sobrecarga de eufemismos de mejora de la eficiencia, racionalización del sistema y un largo etcétera, pero sus consecuencias en términos de infrafinanciación de las comunidades autónomas, de recortes en prestaciones y servicios, de colapso del sistema como para atender nuevos usuarios, de restricción de derechos, de coste de oportunidad y de enorme sufrimiento son una verdad incontrovertible.

4.1.4. ¿Recuperación? (julio 2015- diciembre 2018)

La demolición del sistema, reflejada en la tendencia negativa en incorporación de nuevos atendidos, se modifica en la segunda mitad 2015. En julio de 2015 se incorporaban al sistema con derecho reconocido todas las personas dependientes moderados —con Grado I— cuyos derechos de habían demorado hasta entonces.

Se revierten las tendencias y se produce una mejora en los datos de gestión debida seguramente a múltiples aspectos:

- Los empujes propios de periodos electorales que han vivido las comunidades autónomas.
- El acceso a atenciones por parte las personas con Grado I, cuyos servicios y prestaciones son menos costosos —menor importe en cuantías económicas de las prestaciones y más servicios *low-cost*—.
- El efecto inducido de la atención que ya se prestaba a personas con Grado I desde los servicios sociales —muchas veces municipales— con teleasistencia o ayuda a domicilio, lo que facilita un mero trasvase de dichas personas al SAAD, impulsando el procedimiento de valoración y dictamen, pero sin necesidad de poner en marcha nuevos servicios o sin consumir recursos financieros *ex novo*.

En la siguiente figura se muestra el estado del SAAD por comunidades autónomas a 31 de diciembre de 2015 en función de la desatención —en el eje x— y de la cobertura —en el eje y—. La desatención se representa mediante el número de personas sin PIA programa individual de atención (PIA) por cada mil personas con derecho reconocido. La cobertura se calcula mediante el número de programas individuales de atención por cada mil habitantes de la comunidad autónoma. El tamaño de la esfera representa el de la comunidad autónoma en habitantes y las líneas representan el promedio para todo el Estado.

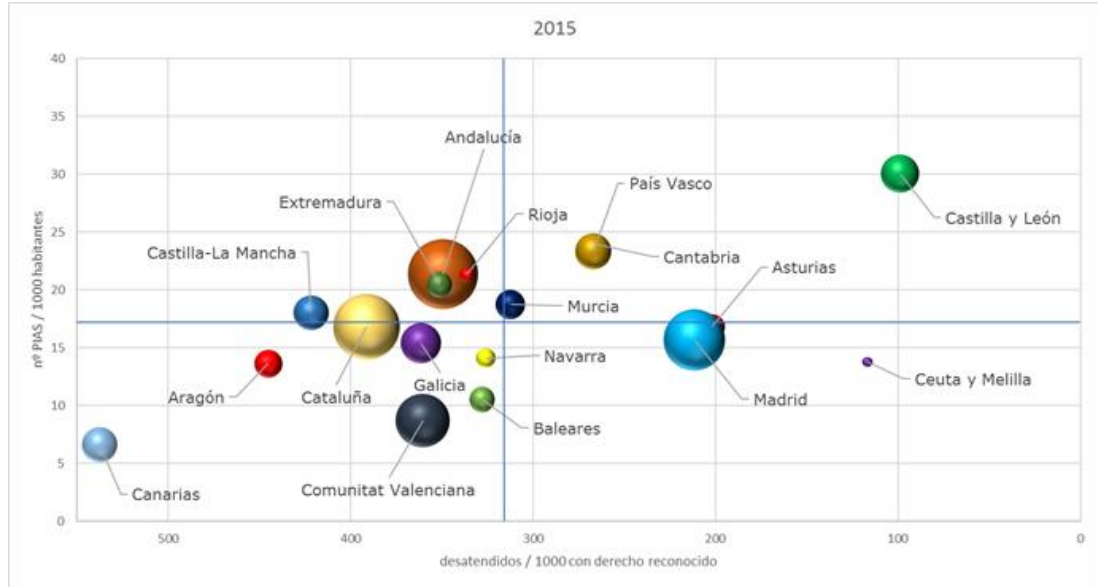


FIGURA 14. ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2015. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

Esta tendencia de recuperación se mantiene en el año 2016, en un escenario sin muchas variaciones, pero que carece de suficiente ritmo como para dar cobertura en un plazo razonable a las 355 596 personas que están al finalizar el año en espera.

En la siguiente figura se muestra el estado del SAAD por comunidades autónomas a 31 de diciembre de 2016 en función de la desatención (eje x) y de la cobertura (eje y). La desatención se representa mediante el número de personas sin PIA —Programa individual de atención— por cada mil personas con derecho reconocido. La cobertura se calcula mediante el número de programas individuales de atención por cada mil habitantes de la comunidad autónoma. El tamaño de la esfera representa el de la comunidad autónoma en habitantes y las líneas representa el promedio para todo el Estado.

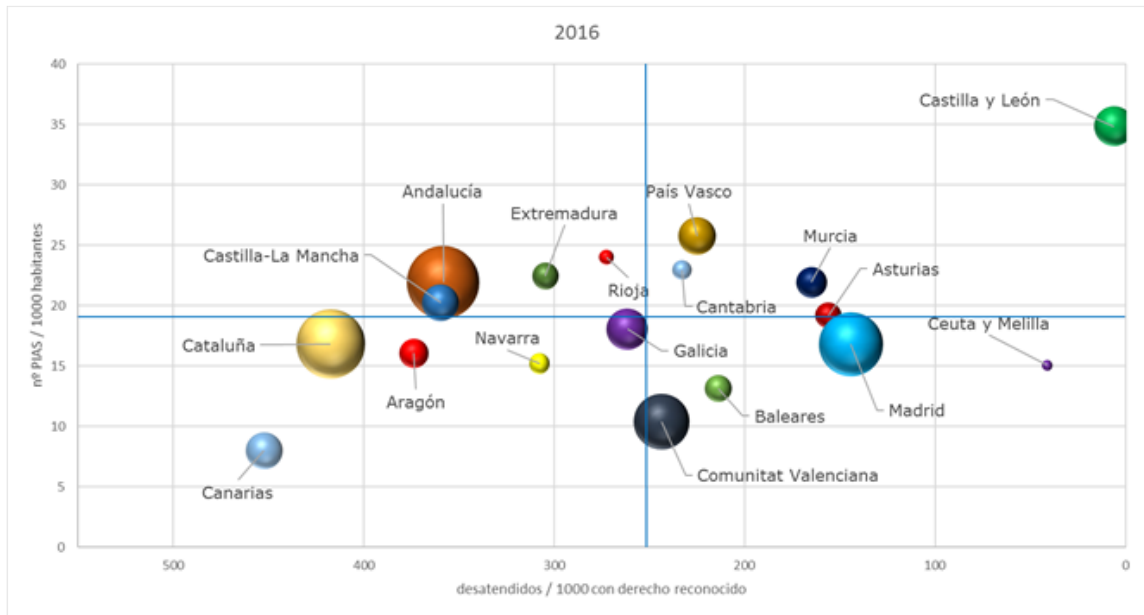


FIGURA 15. ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2016. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

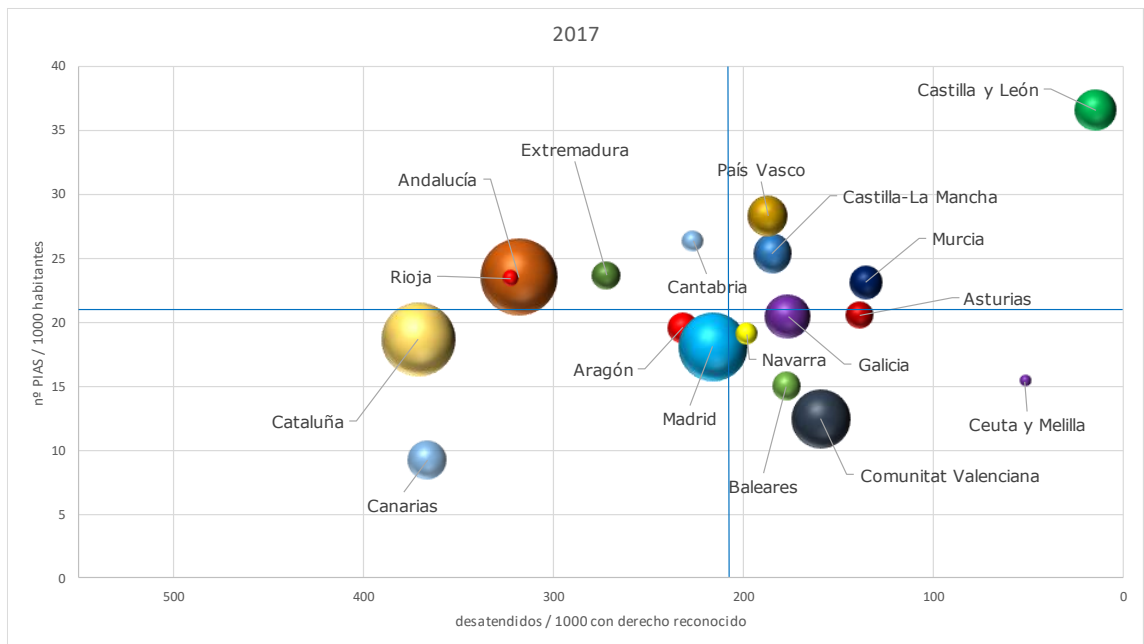


FIGURA 16. ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2017. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

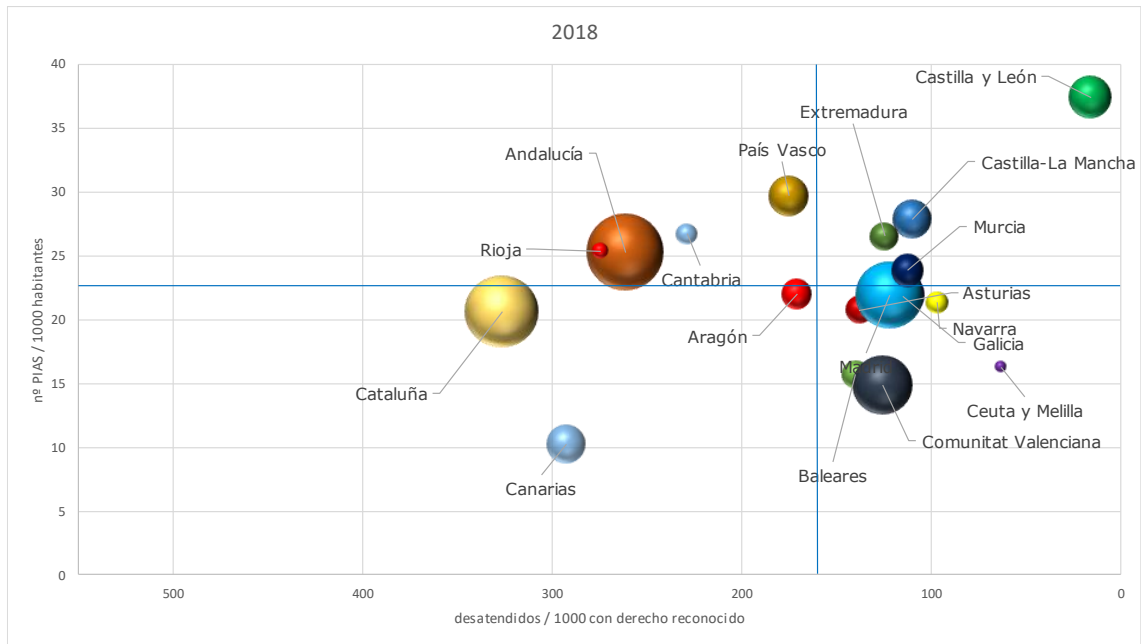


FIGURA 17. ESTADO DEL SAAD POR COMUNIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Con la entrada al sistema de las personas con Grado I la aplicación y desarrollo de la LAPAD volvía a retomar cierto ritmo en cuanto al incremento de las personas atendidas. Los recortes seguían —y siguen— ahí, pero se da la circunstancia de que muchas de las personas con Grado I ya estaban siendo de alguna forma atendidas por los servicios sociales y además las intensidades y las cuantías económicas de las prestaciones para este grado son sensiblemente respecto a las correspondientes a los Grados III y Grado II, de forma que el sistema parece haber retomado —a pulso de los gobiernos autonómicos— cierta velocidad de recuperación.

No obstante, aún hay pendiente mucha tarea. Tras las ampliaciones de calendario de despliegue, el año 2018 debía presentar una implantación total de la LAPAD y todo apunta a que la mayoría de las comunidades autónomas, al ritmo actual, no estarán en una cobertura total —superior al 95%— hasta dentro de dos años o más.

Sin embargo, el ritmo de avance desigual hace que territorios como Andalucía, Cantabria, Cataluña o La Rioja tengan una previsión de más de seis

años para la plena atención —hasta 2024— si mantienen el ritmo de crecimiento de los tres últimos años.

Aún hay 250.000 personas con derecho reconocido en espera de atención y hemos de considerar como un factor relevante que el 60% de estas se concentran en tan solo a dos territorios autonómicos: Andalucía y Cataluña.

Es cierto que la presión de demanda en ambas comunidades ha sido muy elevada, especialmente en Andalucía con el 22% de los dependientes toda España y con un número solicitantes muy superior al de la media de nacional.

En Andalucía es solicitante de valoración de dependencia el 4,64% del total de la población y en Cataluña el 4,19%. Para el resto de España este porcentaje es sensiblemente inferior, con un 3,45%.

Ambas comunidades han incrementado las atenciones en estos años, pero el ritmo no está siendo suficiente y mucho menos lo será si, no se da un impulso decidido al desarrollo del sistema desde la Administración General del Estado.

En cualquier caso, ha sido palmario el fracaso de la administración central en asegurar el equilibrio interterritorial en el ejercicio de derechos como mandato específico del artículo 9 de la ley.

Esos desequilibrios, se manifiestan gravemente en algunas de las claves de desarrollo de la LAPAD, acceso muy desigual al SAAD por comunidad autónoma y listas de espera (250 000 personas dependientes reconocidas y esperando atenciones a 31 de diciembre de 2018). Esta lista de espera supone un 19,2% para todo el estado.

Por lo tanto, no solo no se atiende a todas personas con derecho cuando ya ha finalizado la aplicación progresiva de la ley, sino que el acceso y el contenido real de las atenciones y los plazos está fuertemente determinado por la comunidad autónoma de residencia de la persona dependiente, generándose así graves desigualdades.

Dicho esto, no es menos cierto que se ha de valorar el esfuerzo de estos años en su justa medida. Los datos acumulados sin detraer las bajas datos disponibles solo hasta 2016 mostraban una voluminosa gestión consistente en la tramitación de más de 3,2 millones de expedientes; en la realización de 2,9 millones de dictámenes de valoración del grado de dependencia y finalmente en 1,8 millones de personas que en algún momento habían recibido prestación o servicio. Por lo tanto, a pesar de todos los problemas surgidos, el SAAD parece estar implantado y en disposición de ser mejorado.

La mejora puede contar, sin duda, con el punto de inflexión en que se configuró el informe de la Comisión de Análisis de la Situación de la Dependencia que se elaboró por encargo de la Conferencia de Presidentes de 17 de enero de 2017. Este informe fue aprobado en octubre de 2017 y contiene importantes consensos respecto a las principales dificultades en la gestión del sistema y respecto a sus problemas de financiación. Este consenso interterritorial debe ser un asunto que se debe mantener y aprovechar, aunque cambien las configuraciones políticas y los titulares de las carteras ministeriales y autonómicas.

A este consenso interterritorial debemos añadir el propiciado por el Observatorio Estatal en diciembre de 2016 —en conmemoración del décimo aniversario de la LAPAD— que llevó al todo el arco parlamentario, a excepción del Partido Popular, a suscribir el Pacto de Estado por la dependencia que se ha ido renovando y que supone el acuerdo de una amplísima mayoría respecto a la recuperación de derechos y aseguramiento de la financiación (al menos la que fue recortada en 2012).

Lamentablemente, a pesar de las buenas perspectivas que ofrecían estos dos acuerdos, las turbulencias de la política española han dado como resultado que nada concreto haya podido modificarse aún y la que situación de recorte siga siendo prácticamente la misma que en 2012.

El reto de llegar a la plena atención —atender a 250 000 personas más— y mantener únicamente la espera para las personas en proceso de valoración y de

los programas individuales de atención —que está limitado legalmente a seis meses— se antoja imposible en las actuales circunstancias, si se considera que la desinversión acumulada por parte de la Administración General del Estado en la financiación que en 2018 ha superado con creces los 5 000 millones de euros.

Para finalizar este recorrido, se incorporan algunas figuras de evolución de diversos parámetros en los que se aprecian las mencionadas etapas de expansión, freno y lenta recuperación:

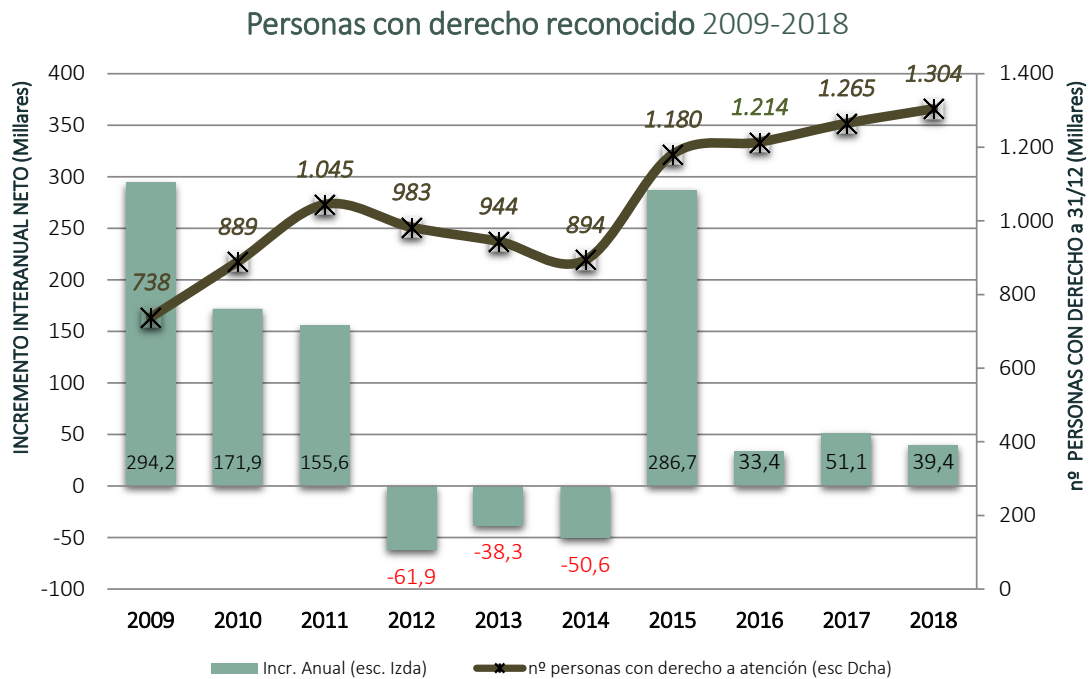


FIGURA 18. PERSONAS CON DERECHO RECONOCIDO 2009-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

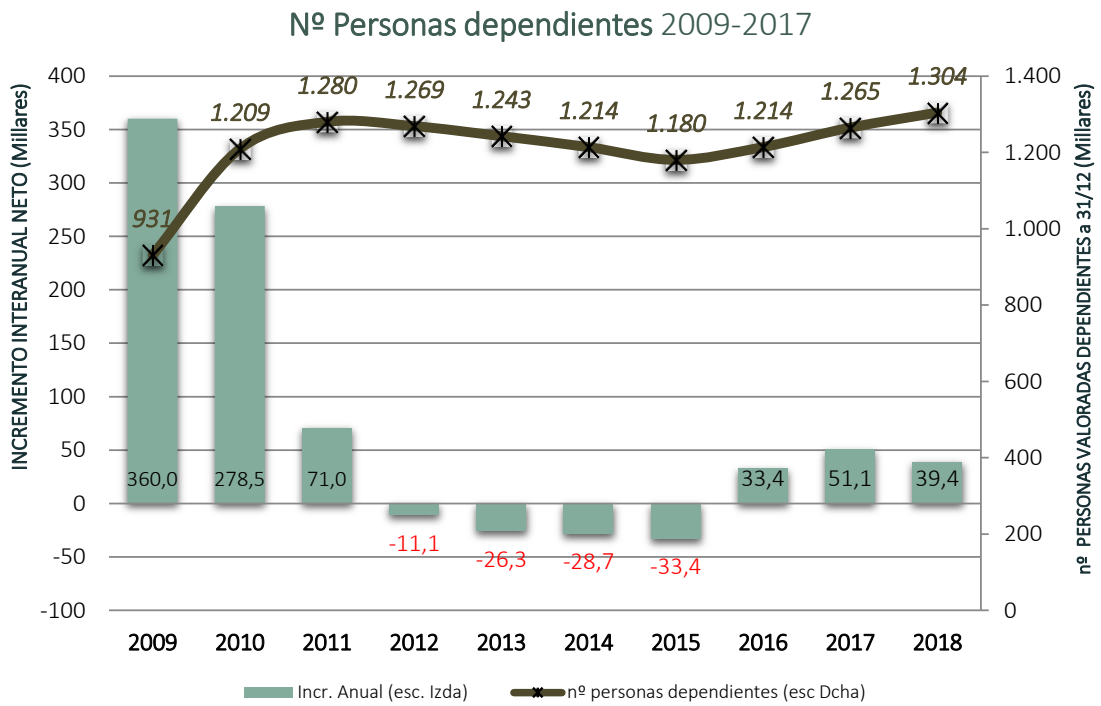


FIGURA 19. PERSONAS DEPENDIENTES 2009-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

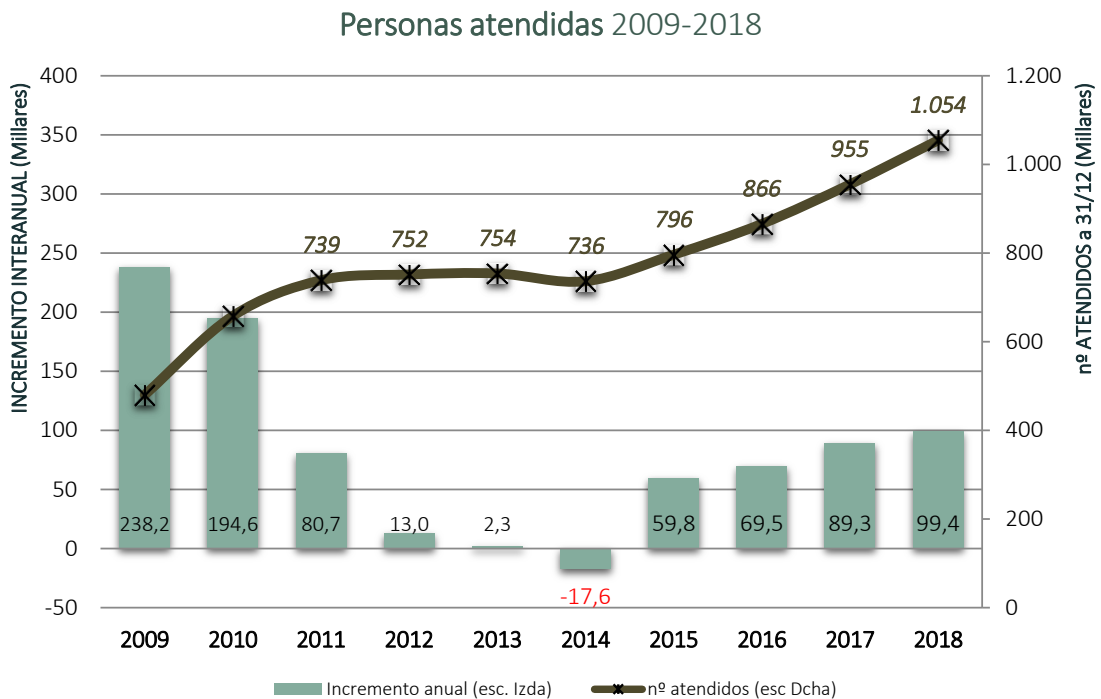


FIGURA 20. PERSONAS ATENDIDAS 2009-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

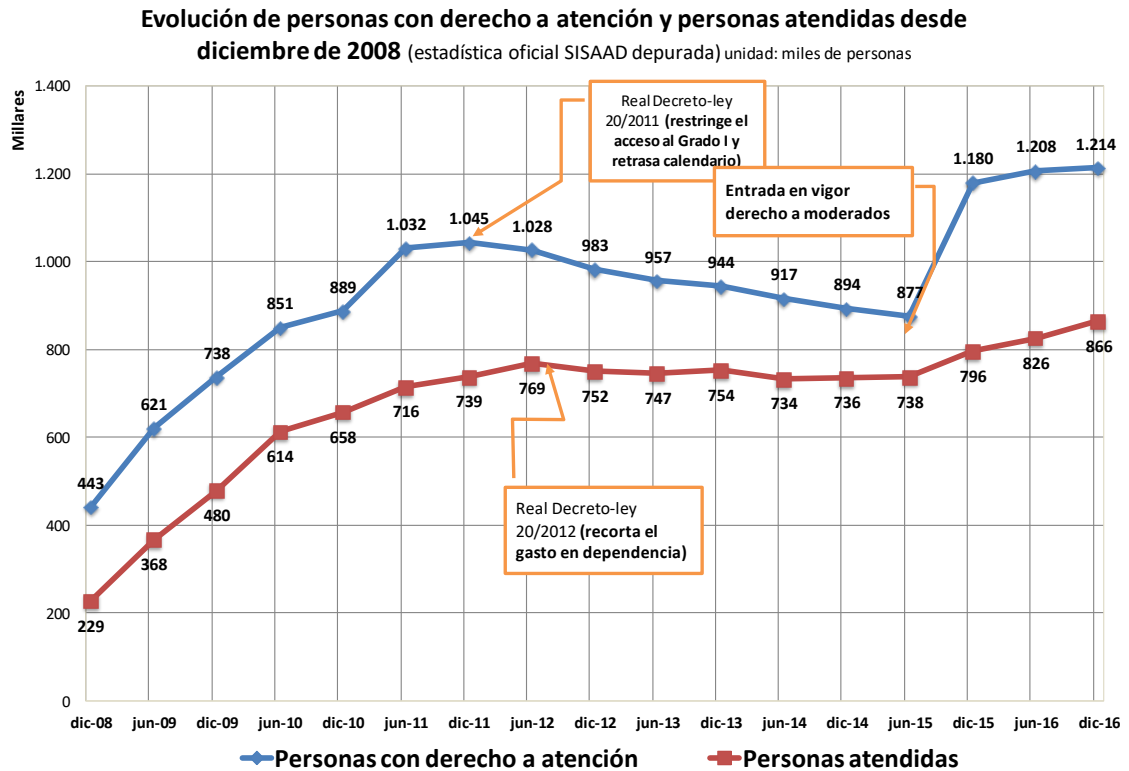


FIGURA 21. EVOLUCIÓN DE PERSONAS CON DERECHO Y ATENDIDAS. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Es preciso llamar la atención sobre que los datos presentados hasta ahora reflejan la situación global del sistema en todo el estado. Habrá un apartado más adelante a la presentación de estos datos por territorios autonómicos dada la enorme variabilidad y los desequilibrios que presenta la gestión.

4.2 Situación real después de doce años de aplicación de la LAPAD

Como ya se ha dicho, el 1 de julio de 2015 se completó el calendario progresivo de implantación de la LAPAD tras las dilaciones materializadas en sucesivas reformas de su disposición final 1ª, la última de la cuales vino dada por el Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio de 2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

El calendario inicial de la LAPAD establecía que la atención a la totalidad de las personas dependientes —culminando con el reconocimiento de derecho para la todas las personas con dependencia moderada, es decir, con Grado I— se alcanzaría en enero de 2013. Esta fecha ha sufrido así un retraso de dos años y medio.

Los datos sobre desatención —personas con derecho reconocido que aún no reciben prestación o servicios— se han de analizar a la luz de esto último, puesto que el 1 de julio de 2015 se incorporaron al sistema con derecho nada menos que 310 000 personas valoradas con Grado I lo que incrementó sensiblemente la lista de espera.

A continuación, se presentan los datos globales de evolución y de situación con datos hasta 31 de diciembre de 2018.

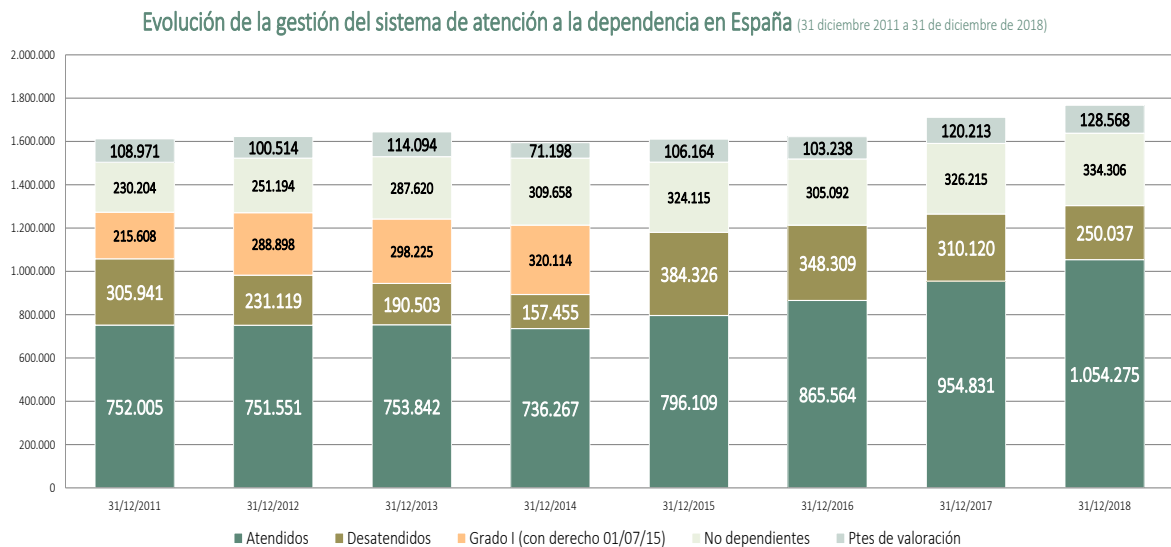


FIGURA 22. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL SAAD EN ESPAÑA. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

NOTA: EL DATO DE ATENDIDOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2014 SE PRESENTA CORREGIDO CONFORME A LA MODIFICACIÓN DE DATOS DE PERSONAS ATENDIDAS EN CANARIAS, SEGÚN INFORMACIÓN QUE CONSTA EN ACTAS DE LA COMISIÓN DELEGADA DEL CONSEJO TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES Y DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

La figura anterior muestra un incremento neto de 99 444 personas atendidas en el último año. La lista de espera — el «limbo» de la dependencia— ha pasado de 310 120 a 250 037, confirmándose así un incremento en la

atención, con 60 083 personas menos en espera de recibir la prestación o servicio a la que tiene derecho respecto en el último año.

La absorción de la lista de espera es evidente, pero sigue siendo lenta. Con el ritmo del último año se tardarían más de 3 años en atender a la totalidad de personas con derecho, si bien este dato difiere ampliamente en función de los territorios como ya se ha indicado.

La distribución actual de las personas dependientes por grados es la siguiente:

1.304.312 personas valoradas como dependientes
que precisan de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), o de otros apoyos para su autonomía personal...

... al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal	... 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	... 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
GRADO I	GRADO II	GRADO III
429.437 (32,9%)	490.680 (37,6%)	384.195 (29,5%)

FIGURA 23. DISTRIBUCIÓN DE GRADOS A 31 DICIEMBRE DE 2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSESO

Del total de personas valoradas como dependientes, el sistema atiende con alguna de las prestaciones o servicios indicados en la ley al 80,8% —un total de 1 054 275 personas—. El 19,2% restante —250 037 personas— está aún a la espera de recibir las atenciones a las que tienen derecho.

Situación de 1.304.275 dependientes reconocidos en España a 31 de diciembre de 2018

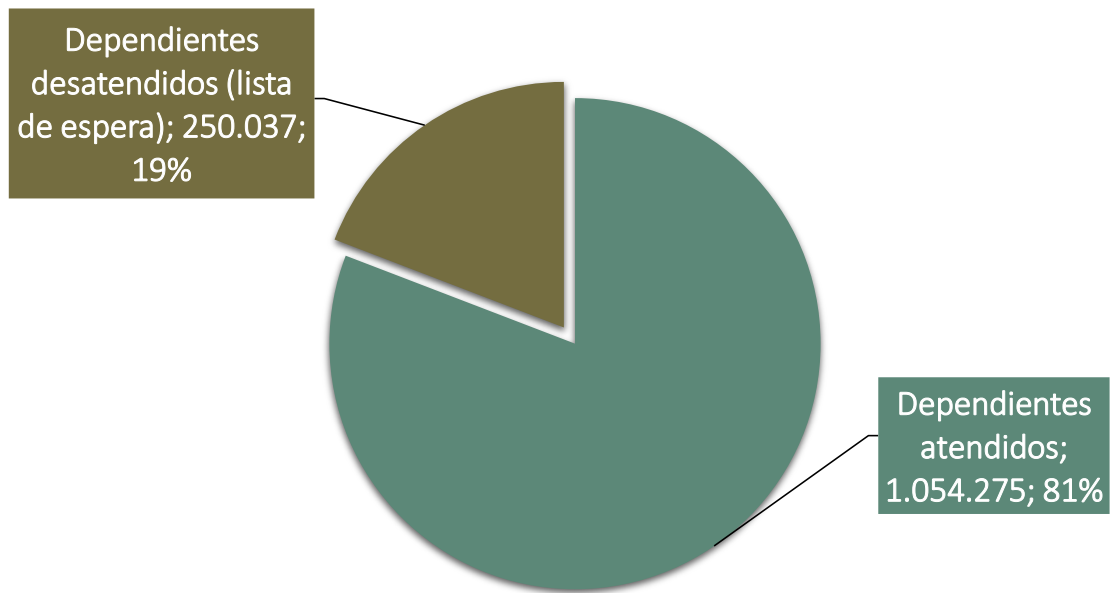


FIGURA 24. SITUACIÓN DE DEPENDIENTES A 31 DE DICIEMBRE DE 2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

Por otra parte, dada la aplicación gradual del calendario de implantación, lo lógico sería que la mayoría de las personas que se encuentran a la espera de recibir servicio o prestación tuviesen dependencia moderada —valoración de Grado I—, pero lamentablemente esto no es así.

Según los datos de cierre de 2018, son 98 236 personas reconocidas con Grado II o Grado III que no recibían ningún tipo de prestación o servicio, lo que supone un 39,3% del total de desatendidos.

ATENDIDOS/DESATENDIDOS POR GRADO DE DEPENDENCIA A 31/12/18

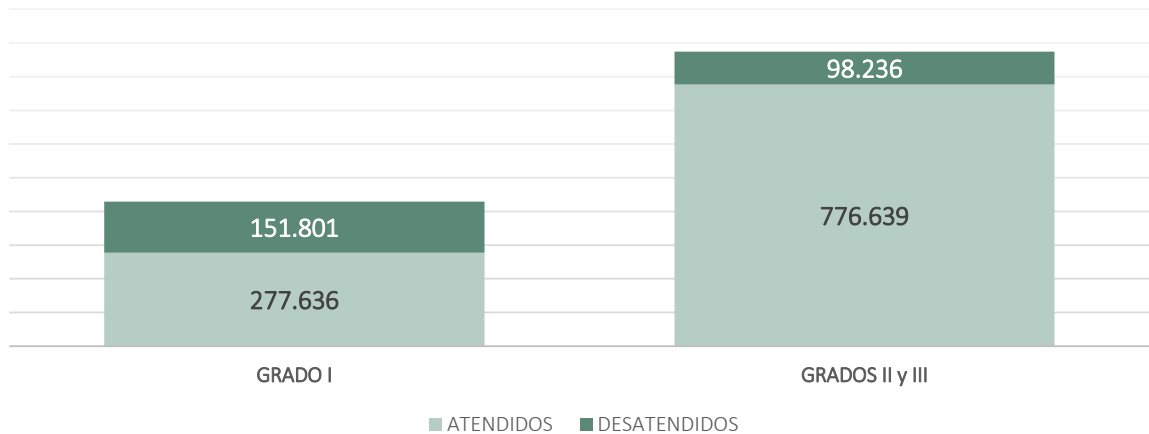


FIGURA 25. ATENDIDOS Y DESATENDIDOS POR GRADO DE DEPENDENCIA. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Lo preocupante es que, en el año 2018, la lista de espera se redujo en casi 40 000 personas para los Grado I mientras que para los Grados II y Grado III se redujo tan solo en unas 20 000 personas. Esto quiere decir que de ninguna forma se prioriza el acceso a prestaciones y servicios para las personas con mayor dependencia.

Lo que estas estadísticas esconden es una enorme dilación en valorar, resolver y proporcionar las atenciones diseñadas, muy por encima de los plazos legales —que se establece en 6 meses para todo el proceso—.

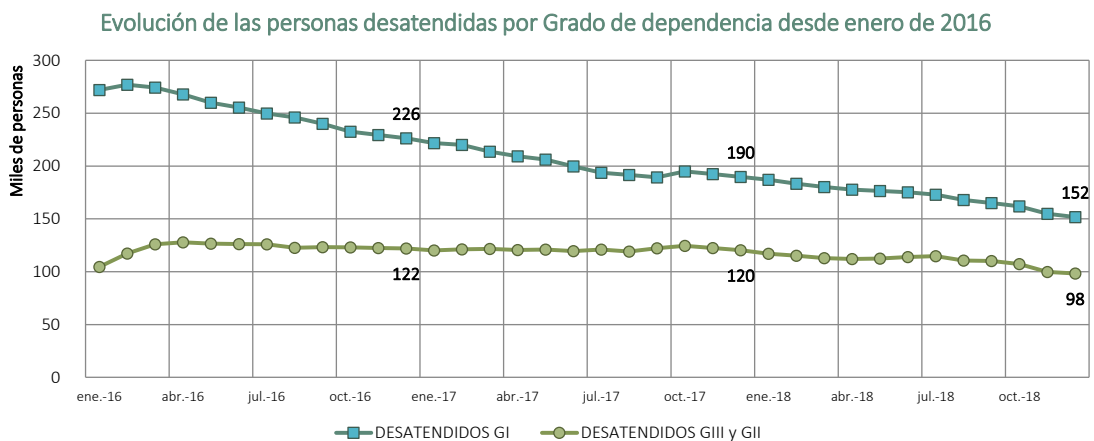


FIGURA 26. EVOLUCIÓN DE LAS PERSONAS DESATENDIDAS POR GRADOS. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Resulta inadmisibles que 98 000 personas con Grado III y Grado II estén aún sin Programa Individual de Atención (PIA) dadas sus necesidades de cuidados y apoyos generalizados que son imprescindibles para el disfrute de una vida digna de ser vivida; tanto para ellos como para sus familias.

Es evidente que las atenciones para estos grupos tienen más coste por su mayor intensidad, de la misma forma que las prestaciones económicas son, previsiblemente, de mayor cuantía.

Se consolida por tanto la peligrosa tendencia a ofrecer programas individuales de atención menos costosos —Grado I—, sin priorizar a los grandes dependientes que parecen seguir bloqueados.

Muchos de los parámetros básicos de la gestión del sistema evolucionaron favorablemente en el último año. Así apreciamos el notable incremento de solicitudes, el incremento del número de personas valoradas y también el de personas con derecho reconocido, que se confirma la reactivación del sistema que ya se apuntaba en 2017.

El incremento de solicitudes activas viene dado seguramente por factores como la expectativa abierta con la incorporación de las personas con dependencia moderada y la recepción de servicios cada vez más conocidos.

EVOLUCIÓN ANUAL DEL SAAD 31/12/17- 31/12/18		
SOLICITUDES activas	Solicitudes a 31/12/2017	1.771.379
	Solicitudes a 31/12/2018	1.767.186
	Diferencia anual (en número)	55.807
	Diferencia anual (en porcentaje)	3,3%
PERSONAS VALORADAS con exp. activo	Personas valoradas a 31/12/2017	1.591.166
	Personas valoradas a 31/12/2018	1.638.618
	Diferencia anual (en número)	47.452
	Diferencia anual (en porcentaje)	3,0%
PERSONAS CON DERECHO	Personas con derecho a prestación a 31/12/2017	1.264.951
	Personas con derecho a prestación a 31/12/2018	1.304.312
	Diferencia anual (en número)	39.361
	Diferencia anual (en porcentaje)	3,1%
ATENDIDOS	Personas atendidas a 31/12/2017	954.831
	Personas atendidas a 31/12/2018	1.054.275
	Diferencia anual (en número)	99.444
	Diferencia anual (en porcentaje)	10,4%
SERVICIOS ENTREGADOS (sin PAP ni teleasistencia)	Servicios a 31/12/2017	560.181
	Servicios a 31/12/2018	636.822
	Diferencia anual (en número)	76.641
	Diferencia anual (en porcentaje)	13,7%
P.E. CUIDADOS FAMILIARES	Reciben P.E. por cuidado familiar a 31/12/2017	385.476
	Reciben P.E. por cuidado familiar a 31/12/2018	406.849
	Diferencia anual (en número)	21.373
	Diferencia anual (en porcentaje)	5,5%

TABLA 1. EVOLUCIÓN ANUAL DEL SAAD 2017-2018 ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Para el año 2018 se incrementa el número de personas atendidas en un 10,4%, con casi 100 000 personas más que en diciembre de 2017. Crecen también los servicios entregados —con un incremento del 13,7%— en mayor medida que las prestaciones económicas por cuidados familiares —incrementan un 5,5%—.

Este último dato será determinante para el incremento del empleo neto creado por el sistema y de los retornos económicos de la inversión pública como se verá en el apartado económico del dictamen.

4.3.- Solicitudes, Valoraciones y Grados

4.3.1.- Solicitudes

Después de doce años de implantación, la población española debería identificar perfectamente las necesidades de apoyo y conocer las ventajas que el reconocimiento de la situación de dependencia puede darle para facilitar la consecución de una vida más digna. No obstante, la irregularidad de entrada de nuevas solicitudes que se reflejan no resulta del todo explicable a no ser que las administraciones gestoras —esto es, las comunidades autónomas— hubieran regulado dicho flujo para —entre otras cosas— ocultar la lentitud al valorar o la desatención.

Hasta el año 2010, los cuatro primeros años tras la entrada en vigor de la ley, el saldo neto anual de incremento de solicitantes promedió unas 400 000 personas cada año de forma regular. En 2011 se produce una disminución sustancial y los cinco años siguientes los promedios parecían dar a entender que el flujo de solicitantes se había completado y estabilizado en incrementos anuales medios de 14 000 personas —salvo en 2014; epicentro de los recortes, con una sustancial minoración de solicitantes activos—.

Incremento anual (saldo neto: altas-bajas) de solicitudes activas

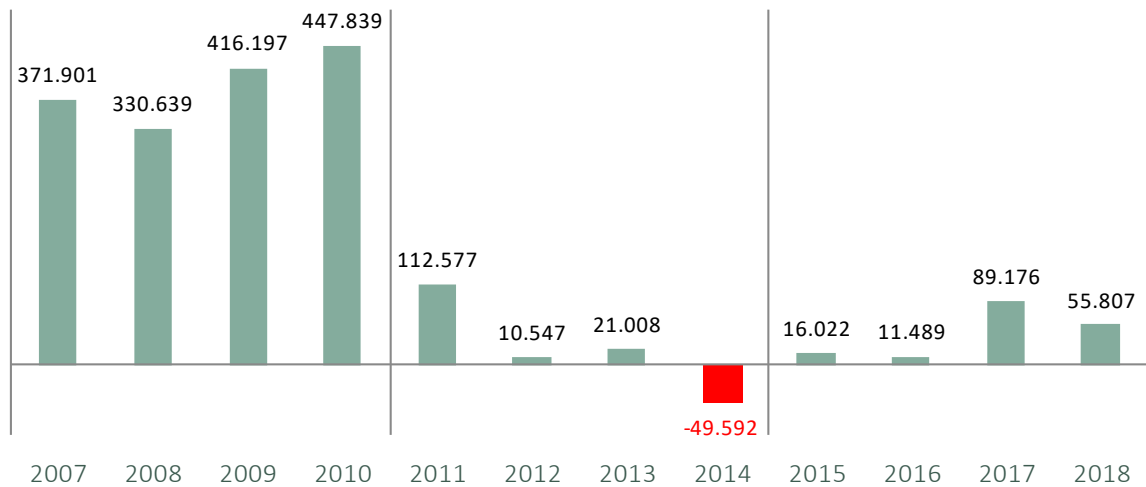


FIGURA 27. INCREMENTO ANUAL SOLICITUDES. DATOS DEL SISAAD-IMSESO: SOLICITANTES ACTIVOS TRAS DEPURARSE LAS BAJAS

Lo difícilmente explicable es que en 2017 y 2018 el número de solicitudes activas se ha incrementado de forma que en dos años se acumula un incremento de solicitantes superior que en los seis años anteriores.

El incremento del saldo de nuevas solicitudes en los dos últimos años es evidente. Durante 2018, el saldo promedio de nuevos solicitantes cada mes es de más de 4 600 personas. Probablemente se deba a diversos factores: una cierta mejora de las expectativas de recibir algo por parte del sistema junto a una apertura —desbloqueo— por parte de las administraciones gestoras que nos indica que en los tiempos de recorte, desde mediados del 2012 a mediados del 2015, se reguló el flujo de solicitudes más allá de lo razonable, ocultando solicitantes para así enmascarar casos de desatenciones.

También se puede añadir como un posible factor la necesidad de reactivar expedientes que habían sido demorados hasta la caducidad en las fases anteriores de implantación.

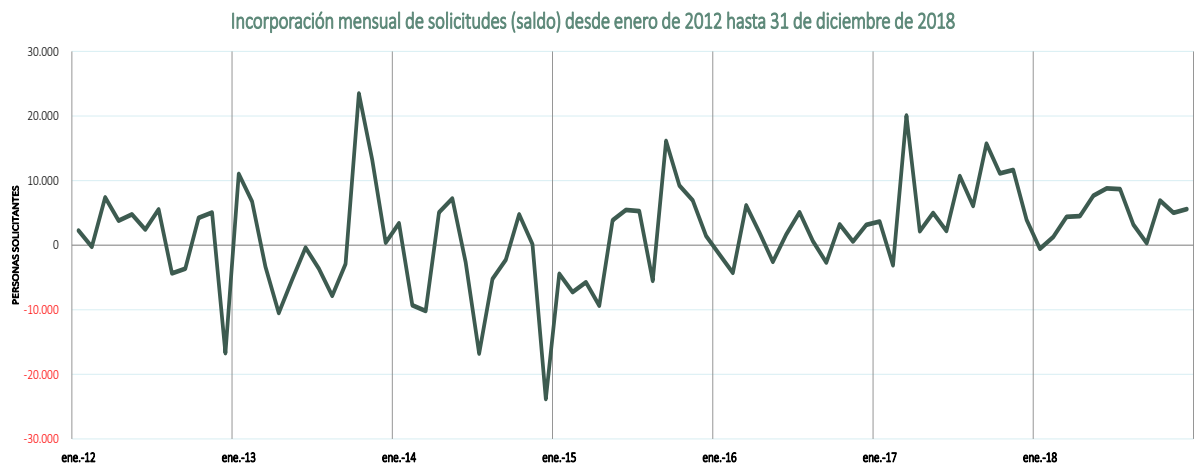


FIGURA 28. INCORPORACIÓN MENSUAL SOLICITUDES DE 2012 A 2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Los repuntes de nuevas solicitudes iniciadas en el año 2017 y consolidado en este nos hacen prever que se estabilizará el saldo de solicitantes viendo la tendencia del último semestre. Al tratarse de un sistema en evolución constante, llegará un momento en que, una vez implantado, las nuevas solicitudes se producirán únicamente en la medida en que aparezca nueva población susceptible de ser considerada dependiente a un ritmo más o menos sostenido y, posiblemente, con un leve crecimiento neto fruto de la evolución demográfica de la población española.

El IMSERSO no ofrece actualmente información mensual acumulada — aunque está previsto que así sea— pero el borrador del nuevo modelo de informe mensual remitido a las comunidades autónomas para su revisión, construido con datos de hasta 31 de diciembre de 2015, reconocía que el sistema habría tramitado desde el inicio hasta ese momento más de tres millones de solicitudes.

4.3.2.- Valoraciones

Entre los años 2011 hasta mediados de 2014 la cifra de personas pendientes de valoración en cada mes se ajustó a una media cercana a las 100 000 personas. El abrupto descenso de personas pendientes de valoración a partir de abril de 2014 hizo que se llegara a 72 000 personas pendientes de valoración en diciembre de 2014. No obstante, a partir de la entrada en vigor del

derecho —julio de 2015— la cifra de personas con Grado I a repuntar hasta las 120 000 personas pendientes de valoración.

Si se considera el resultado de la aplicación del BVD —el denominado Baremo de Valoración de la Dependencia— en los últimos meses, aproximadamente el 20% de quienes están pendientes de valoración no alcanzará el Grado I, mientras que el 80% restante será dictaminado como dependiente con su correspondiente grado, lo que supondrá la entrada de 100 000 personas dependientes al derecho a las atenciones.

También este apartado de las estadísticas oficiales del sistema hace sospechar que no todo lo que sucede se refleja en las mismas. Hay territorios autonómicos en los que se acumula un elevado número de personas solicitantes en espera de valoración mientras que en otros prácticamente coinciden solicitantes y valorados. ¿Es esto reflejo de la realidad o se *regulan* los datos en función de la gestión?

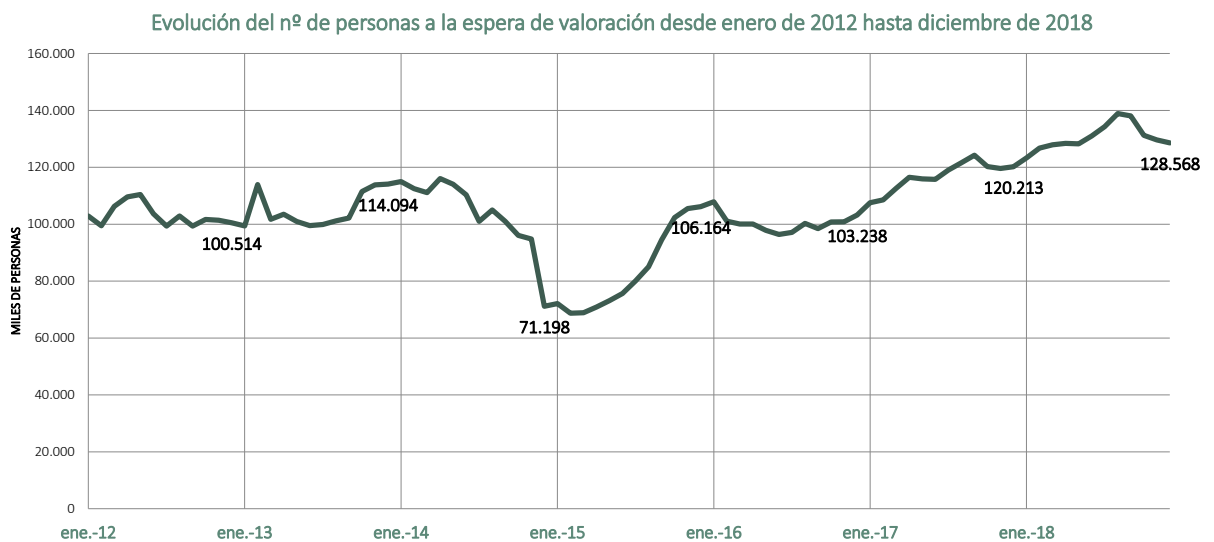


FIGURA29. EVOLUCIÓN DE PERSONAS A LA ESPERA DE VALORACIÓN. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

4.3.3.- Grados de dependencia

Si se consideran los expedientes activos, a finales de 2018 había un total de 1 638 618 personas valoradas de las cuales 334 306 —el 20,4%— fueron dictaminadas como no dependientes.

Se acumulan 1 304 312 las personas con expediente activo las que sí fueron valoradas con algún grado de dependencia. Las personas con Grado I y Grado II suman el 70,5% del total, mientras que las personas con Grado III suponen actualmente el 29,5%.

Distribución valoraciones grado y nivel de dependencia a 31 de diciembre de 2018 (expedientes activos)

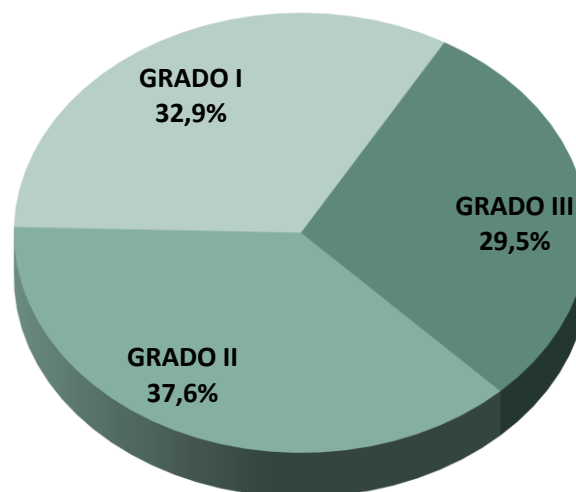


FIGURA 30. VALORACIONES SEGÚN GRADO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Si volvemos a la proyección por grados de dependencia del *Libro blanco*, se habría acertado respecto a las personas con dependencia severa —Grado II— mientras que habría una sobredimensión de los grandes dependientes —Grado III— y una muy estimable representación a la baja para la dependencia moderada de las personas con Grado I, si bien es razonable pensar que su proporción aumentará en los dos próximos años.

En todo caso, parece que se ha estabilizado el número de personas dependientes valoradas con Grado III con un ligero incremento anual. Con datos recogidos el día 31 de diciembre de cada año, en 2011 había 431811 expedientes activos de personas con Grado III mientras que en diciembre de 2015 descendía hasta las 349 795 personas. En 2016 aumentan 67 891

personas situándose en 363 920, al finalizar 2017 contábamos con 374 010 personas y ya en 2018 se contabilizan un total de 384 195 personas.

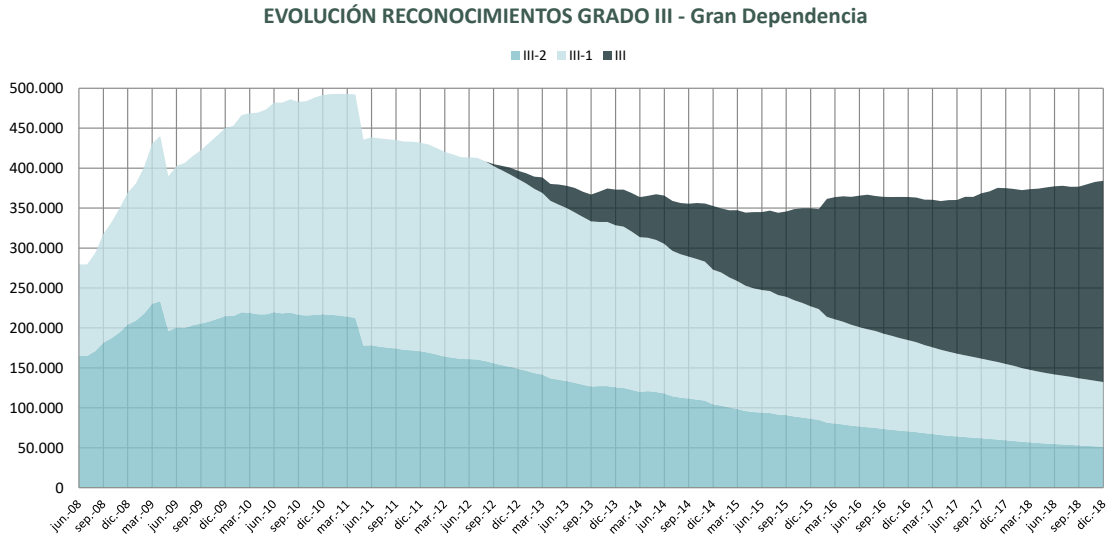


FIGURA 31. EVOLUCIÓN GRADO III ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMRSO

El rápido ritmo de las bajas —200 000 personas en cuatro años— que se producen entre quienes tenían una valoración de Grado III con alguno de los dos niveles que había antes de que se unificaran —julio de 2012—, nos da la idea de la fragilidad de mucha de la población dependiente y de su mortalidad. Si bien esto ocurre también ha ocurrido con los Grados II y Grado I:

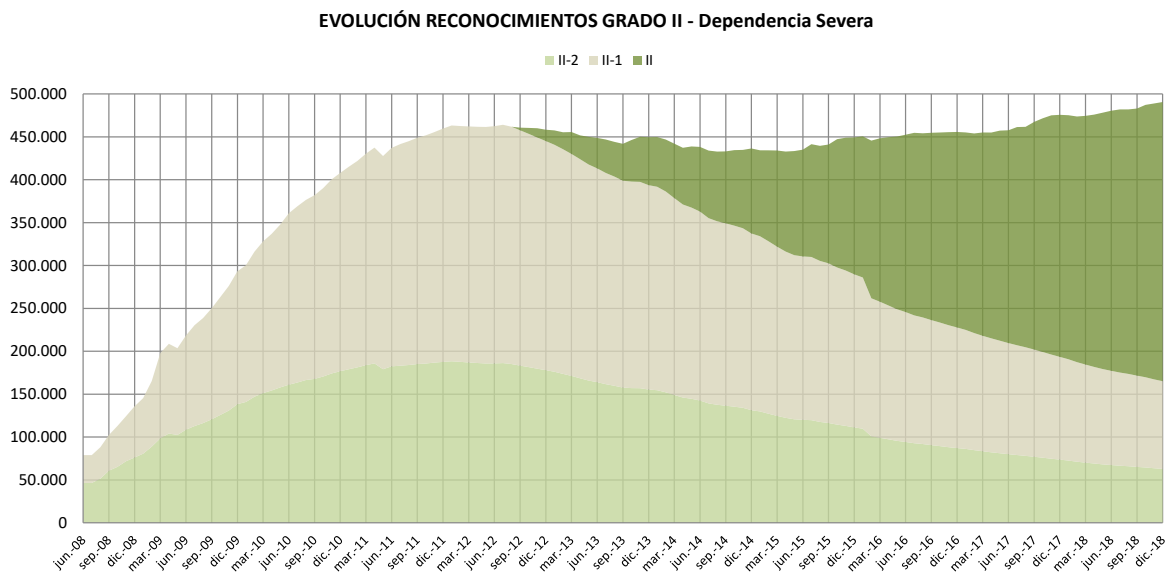


FIGURA 32. EVOLUCIÓN GRADO II ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMRSO

En cuanto al descenso de los Grado I, muy posiblemente la activación de derecho a atención para expedientes que fueron valorados hace años dio lugar a revisiones de grado y a bajas por desistimiento o caducidad del expediente de manera que se depuran los datos para adecuarlos a las situaciones reales actuales.

Desde 2016 se incrementan las personas con valoración de Grado I de manera más o menos constante hasta llegar a 429 437 personas en diciembre de 2018:

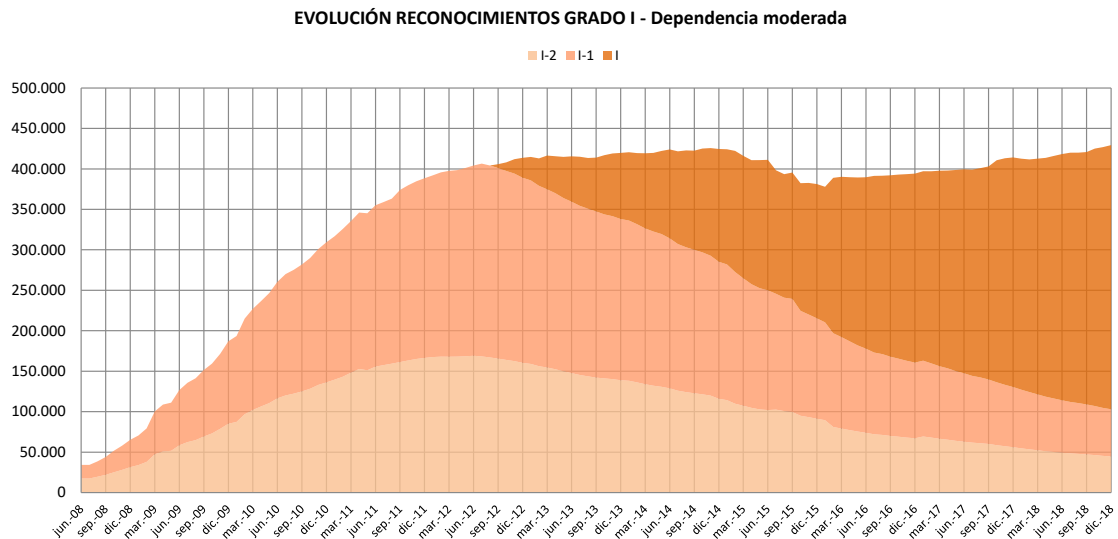


FIGURA 33. EVOLUCIÓN GRADO I ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMRSO

El dinamismo de altas y bajas de personas valoradas como dependientes se observa en la siguiente figura:

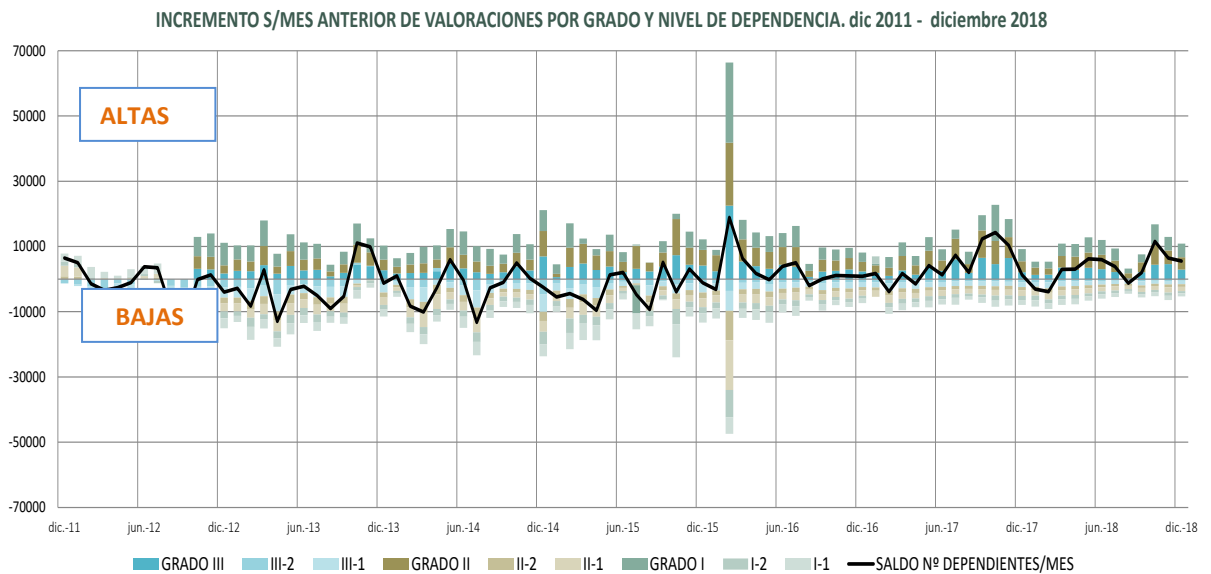


FIGURA 34. INCREMENTO VALORACIONES DE GRADO 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

Como se ha indicado hay un claro retroceso de los dependientes grado I, muy posiblemente la activación de derecho a atención para expedientes que fueron valorados hace años dio lugar a revisiones de grado y a bajas por desistimiento o caducidad del expediente de manera que se depuran los datos para adecuarlos a las situaciones reales actuales.

Hay que insistir en que lo esperable sería un incremento más abultado de personas con dictamen de valoración de dependencia moderada –Grado I— y, sin embargo, se sigue creciendo en todos los grados simultáneamente.

4.3.4- Prestaciones y Servicios

El resultado del saldo de PIA de atenciones en cada año muestra cómo, tras dos años incluso de minoración en atenciones prestadas —2013 y 2014—, por fin se apreció una cierta recuperación iniciada en 2015 que ha despegado considerablemente en 2017 y 2018. Sin contabilizar las atenciones correspondientes a teleasistencia y prevención y promoción de la autonomía, el crecimiento neto anual en 2018 ha llegado a 98.014 servicios y prestaciones, lo que supera el incremento que se producía en 2011.

Crecimiento neto anual en nº de servicios/prestaciones (sin PAP ni Teleasistencia)

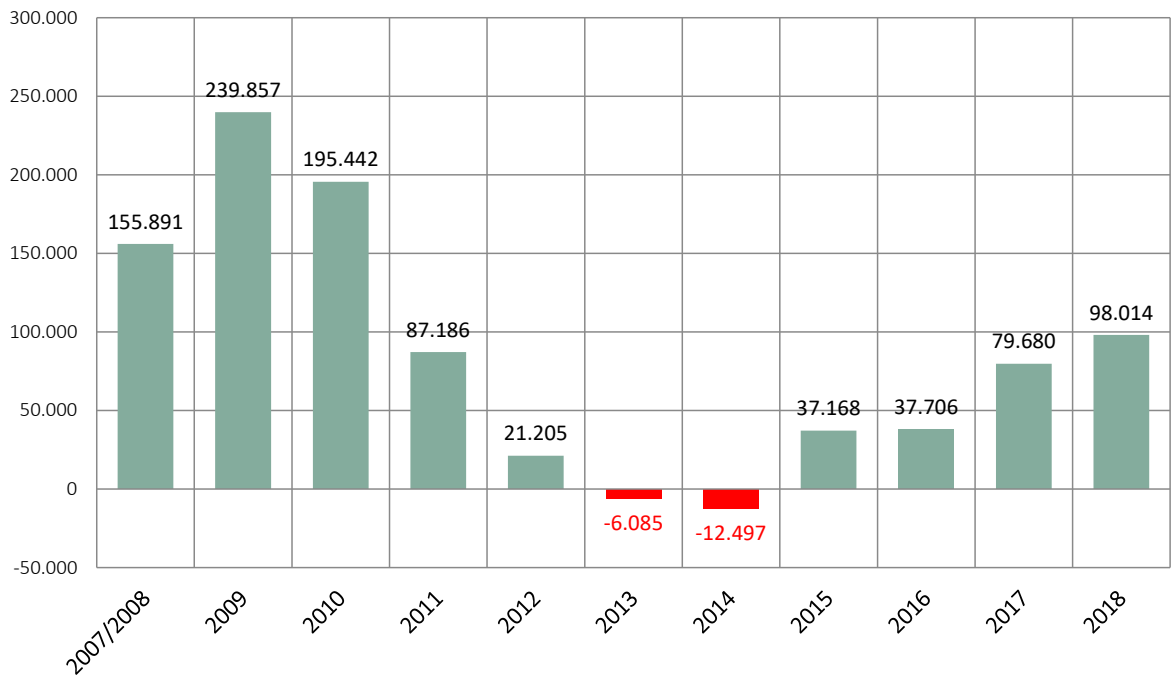


FIGURA 35. CRECIMIENTO ANUAL SIN PAP NI TELEASISTENCIA. (2008-2018) ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Si se incorporan toda la cartera de servicios: teleasistencia y prevención, así como la promoción de la autonomía personal, el saldo refleja igualmente una clara recuperación del ritmo en la entrega de atenciones:

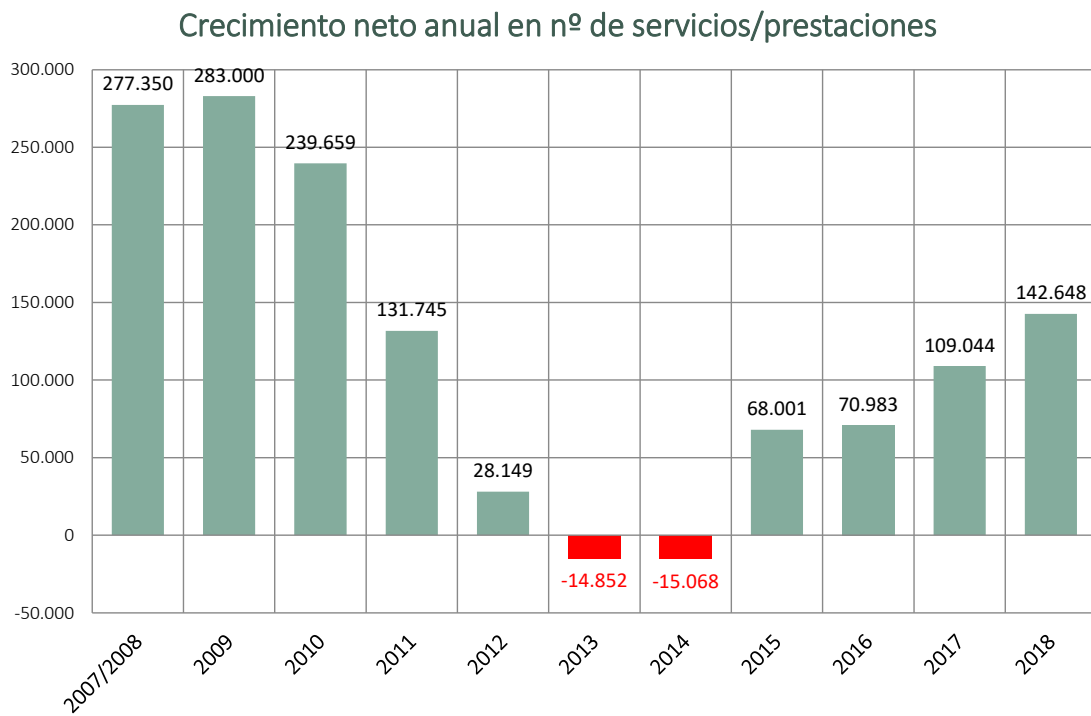


FIGURA 36. CRECIMIENTO ANUAL SERVICIO Y PRESTACIONES. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

Si realizamos el análisis por servicios y prestaciones en el último año 2018, con teleasistencia y prevención, el saldo neto anual se eleva a 142 648 prestaciones más que en el ejercicio anterior. En servicios vemos como el mayor incremento se ha producido en la teleasistencia domiciliaria y en ayuda a domicilio.

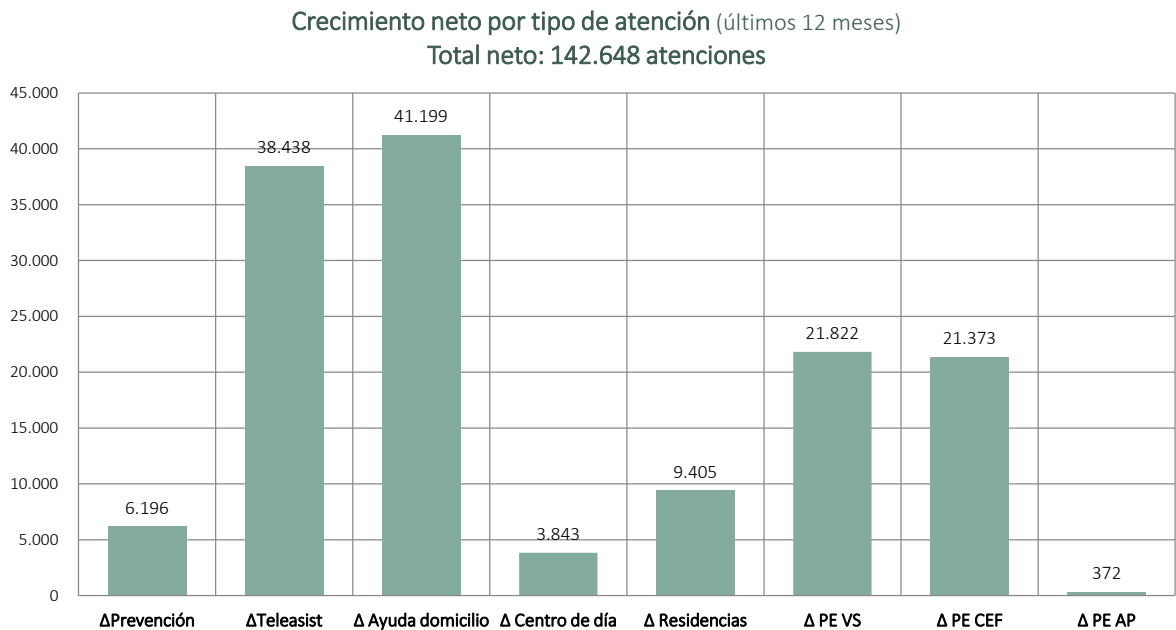


FIGURA 37. CRECIMIENTO NETO POR TIPO DE ATENCIÓN EN 2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

Las prestaciones económicas también presentan en 2018 elevados crecimientos, tanto las de cuidados familiares como las vinculadas a servicios.

La prestación económica por cuidados en el entorno familiar tuvo una disminución progresiva desde la implantación del Real Decreto-Ley 20/2012 de julio de 2012 que provocó la reducción de las cuantías que se percibían — inicialmente en una media del 15%—. Este factor junto a la modificación del sistema de reparto del denominado Nivel Mínimo que incentiva el incremento de los servicios en detrimento de la prestación por cuidados familiares y a la retirada de la financiación de las cotizaciones a la seguridad social de las cuidadoras fueron los responsables de la reducción paulatina de los programas individuales de atención de esta prestación económica. No obstante, en junio de 2016 se inició de nuevo una incipiente tendencia al aumento de estas prestaciones y actualmente ya se aprecia esta progresión constante. Así es, con perspectiva temporal:

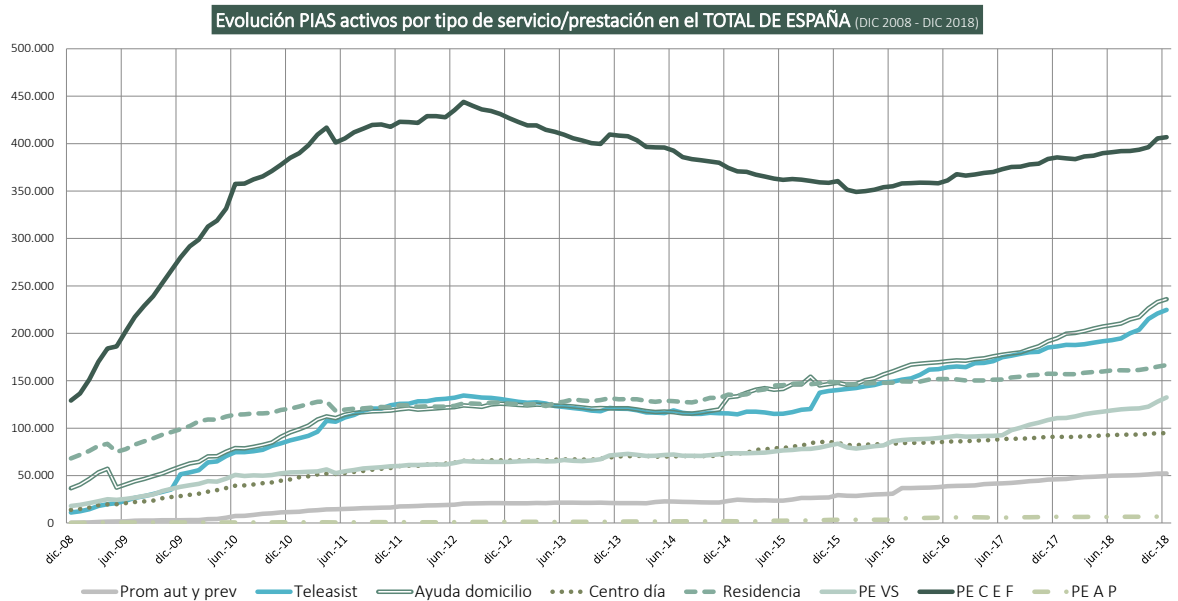


FIGURA 278. EVOLUCIÓN PIAS POR TIPO PRESTACIÓN (2008-2018). ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

El resto de servicios y prestaciones se han ido incrementando, especialmente los de teleasistencia y ayuda a domicilio, todos ellos susceptibles de utilización por parte de las personas reconocidas con Grado I.

Hay que señalar el incremento en las prestaciones vinculadas al servicio en el último semestre del año, manteniendo un crecimiento menor y más estable los servicios de residencia y centros de día.

Si se atiende a la evolución global de la distribución del tipo de atenciones que presta el SAAD en los últimos doce años, suprimiendo los servicios que pueden ser considerados complementarios, como es la teleasistencia, la tendencia general ha sido la disminución de las prestaciones por cuidados familiares a favor de servicios de proximidad —ayuda a domicilio fundamentalmente— mientras que la atención residencial se mantiene estable en torno al 17% que habría que incrementar con las vinculadas para adquirir este tipo de servicio.

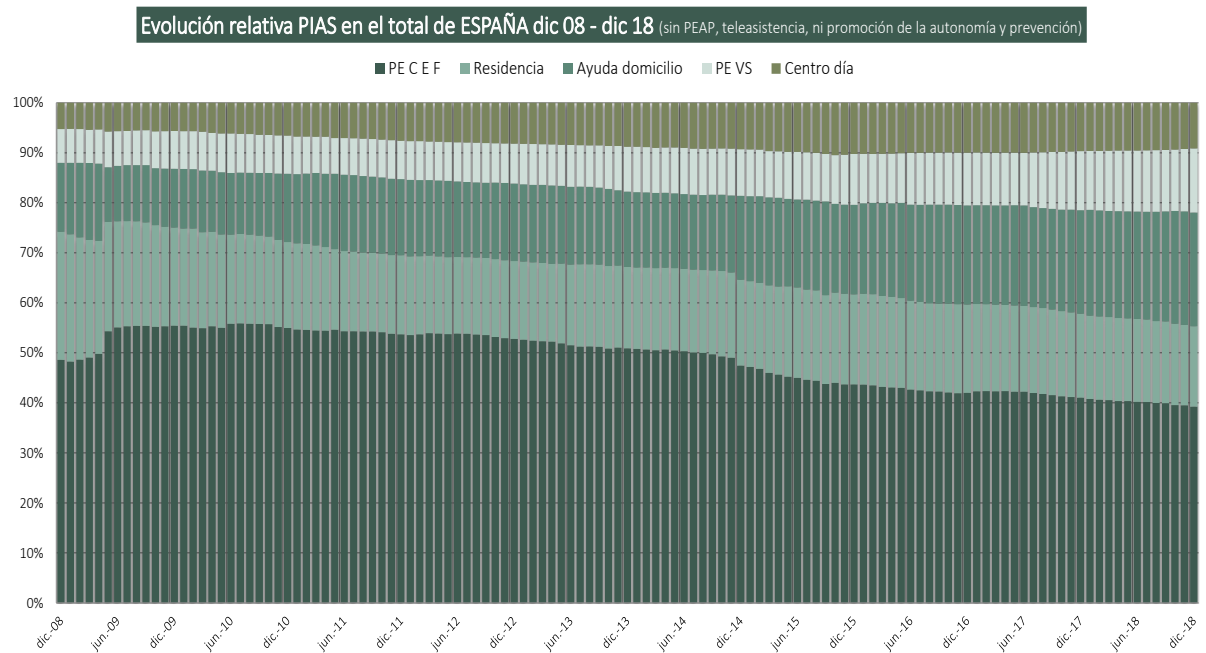


FIGURA 39. EVOLUCIÓN RELATIVA PIAS (2008-2018). ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

El tipo de atención prestada evidentemente tiene también una repercusión económica en cuanto al gasto público, la generación de retornos y la creación de empleos como analizaremos más adelante.

No se puede olvidar que la prestación económica por cuidados en el entorno familiar se concebía como excepción y rápidamente se expandió como la regla.

Hay que destacar como sintomática e interesante la ratio existente entre el coste de las atenciones y la cobertura ofrecida:

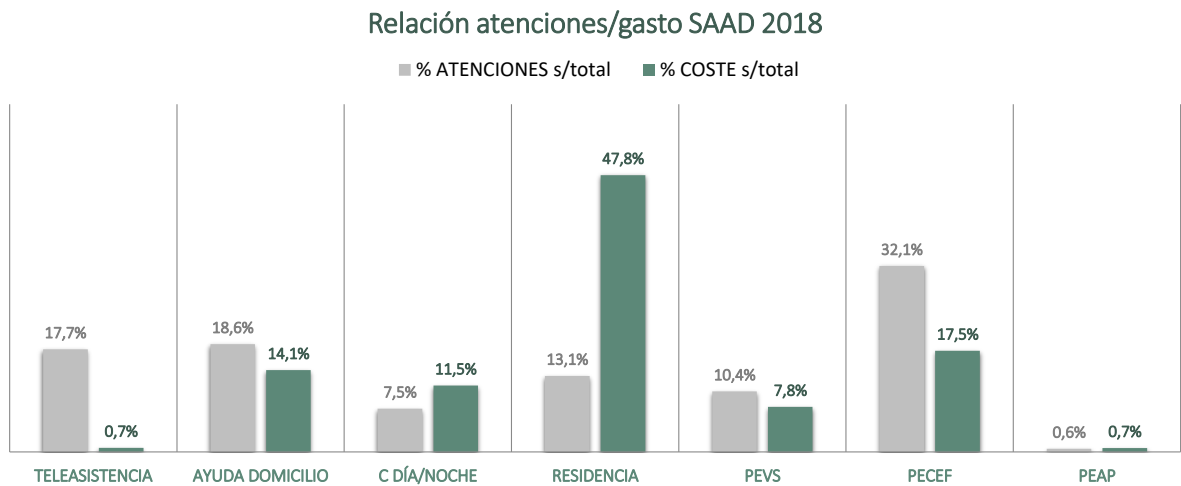


FIGURA 40. RELACIÓN ATENCIONES /GASTO 2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO Y EL MODELO DE ESTIMACIÓN ECONÓMICA DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA

El coste de la atención residencial supone el 48% del gasto total del sistema y da cobertura al 16% de las personas atendidas. Por el contrario, el 39% de las personas son atendidas con una prestación económica por cuidados familiares con un gasto estimado del 17,6% de los recursos.

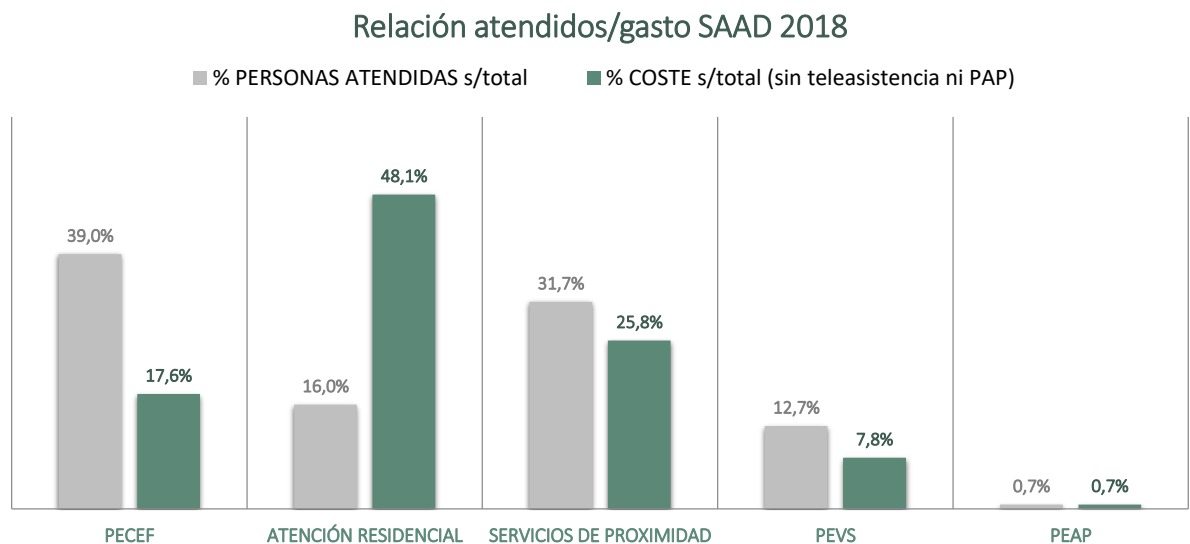


FIGURA 41. RELACIÓN ATENDIDOS /GASTO 2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO Y EL MODELO DE ESTIMACIÓN ECONÓMICA DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA

Cuando una de las conclusiones de la comisión de estudio indicaba que se debe caminar hacia un sistema de financiación basado en el tipo de servicio prestado y no solo en el número de atendidos, está basándose en esta evidencia.

También en la ayuda a domicilio hay una ligera descompensación entre el coste y la cobertura lo que ha evolucionado así debido a la disminución de intensidades de la época de los recortes y a la paulatina menor intensidad, y por tanto menor coste, de este servicio cuando se dirige a personas con Grado I.

También se aprecia que la otra prestación económica, la vinculada a servicios, ofrece ventajas al gestor en el sentido de dar alta cobertura en relación con su coste real.

En el análisis por comunidades autónomas en 2018 se ve como los territorios que han optado por favorecer la prestación económica vinculada están obteniendo aparentemente mejores ratios de cobertura, de creación y mantenimiento del empleo y de generación de retornos, si bien es cierto que en la actualidad los datos ofrecidos por el SISAAD sobre esta prestación son una caja negra ya que no se ofrece el dato concreto de qué servicio está vinculado —véase Extremadura, donde la prestación vinculada ya representa el 45% del total o Castilla y León donde supera el 25%—.

Se puede intuir que mayoritariamente se trata de residencia, entre el 70% y el 80%, pero no se conoce el dato exacto y ello sería muy conveniente realizar los cálculos de estimación de empleo, retornos y copagos (descuentos y abonos del resto del importe de los precios de mercado por parte del usuario).

Para terminar este apartado dedicado a los servicios, cabe decir que la prestación económica por asistente personal sigue sin despegar —un 0,5% del total de atenciones desplegadas— aun cuando se puede pensar que es uno de los servicios que debería recibir una mayor apuesta ya que —aun siendo minoritaria su elección— se configura como imprescindible para el mantenimiento de unos mínimos niveles de autonomía, especialmente en el sector de la discapacidad.

Es también inaplazable clarificar y regular las figuras profesionales para este tipo de atención, que deben ser especializados y encajan muy bien con la generación de empleo a jóvenes, establecer las condiciones laborales y los regímenes especiales que sean precisos para posibilitar el empleo autónomo de estos cuidadores/as.

4.3.5.- Listas de espera

Pero lo más grave es el denominado «limbo de la dependencia». La interminable espera tiene como consecuencia el que muchas personas salen de la lista de espera por causa de fallecimiento sin haber recibido las prestaciones o servicios a que tenían derecho.

El número de fallecidos sin atención estaba siendo calculado por el Observatorio Estatal para la Dependencia a base de estimaciones con los escasos datos disponibles para ello y se cifraba en unos 30 000 al año. Más recientemente, el informe de la Comisión de Análisis del SADD impulsada por la Conferencia de Presidentes ha reconocido una realidad que estaba siendo aún más cruda.

La mayor causa de baja en el sistema es el fallecimiento de los beneficiarios, motivada por el perfil de edad del beneficiario, por lo que en la siguiente tabla se detallan las personas fallecidas mensualmente en 2016, según los cruces realizados con los ficheros proporcionados por el INE y por el Ministerio de Justicia. Estos ficheros están a disposición de las comunidades autónomas. Estos son los últimos datos oficiales publicados.

EVOLUCIÓN DE PERSONAS FALLECIDAS RELACIONADAS CON LAS DISTINTAS FASES DEL PROCESO DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA - ENERO A DICIEMBRE 2016												
AÑO 2016	(1) TOTAL SOLICITUDES	(2) SOLICITUDES SIN VALORAR	(3) PERSONAS CON RESOLUCIÓN DE GRADO Y NIVEL (DICTÁMENES)	(4) PERSONAS VALORADAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA						(5) RESOLUCIONES DE PERSONAS VALORADAS SIN GRADO (GRADO 0) NO DEPENDIENTES		(6) Nº PRESTACIONES ASOCIADAS A BENEFICIARIOS FALLECIDOS
				RESOLUCIONES PERSONAS VALORADAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA		PERSONAS CON PRESTACIÓN RECONOCIDA		PERSONAS PENDIENTES DE RECIBIR PRESTACIÓN		Nº	%(sobre 3)	
				Nº	%(sobre 3)	Nº	%	Nº	%			
ENERO	16.151	491	15.660	13.984	89,30%	12.145	86,85%	1.839	13,15%	1.676	10,70%	14.058
FEBRERO	21.037	5.672	15.365	13.893	90,42%	11.869	85,43%	2.024	14,57%	1.472	9,58%	15.107
MARZO	13.504	1.293	12.211	10.994	90,03%	8.075	73,45%	2.919	26,55%	1.217	9,97%	10.288
ABRIL	16.242	1.632	14.610	13.270	90,83%	8.888	66,98%	4.382	33,02%	1.340	9,17%	10.815
MAYO	19.787	1.979	17.808	16.138	90,62%	11.245	69,68%	4.893	30,32%	1.670	9,38%	13.748
JUNIO	16.156	1.666	14.490	13.094	90,37%	9.306	71,07%	3.788	28,93%	1.396	9,63%	11.408
JULIO	14.791	1.564	13.227	12.055	91,14%	8.499	70,50%	3.556	29,50%	1.172	8,86%	10.323
AGOSTO	13.681	1.277	12.404	11.259	90,77%	8.101	71,95%	3.158	28,05%	1.145	9,23%	9.909
SEPTIEMBRE	16.093	1.584	14.509	13.210	91,05%	9.486	71,81%	3.724	28,19%	1.299	8,95%	11.572
OCTUBRE	14.312	1.346	12.966	11.755	90,66%	8.445	71,84%	3.310	28,16%	1.211	9,34%	10.271
NOVIEMBRE	14.422	1.520	12.902	11.719	90,83%	8.327	71,06%	3.392	28,94%	1.200	9,30%	10.155
DICIEMBRE	16.041	1.505	14.536	13.138	90,38%	9.476	72,13%	3.662	27,87%	1.398	9,62%	10.172
TOTAL	192.217	21.529	170.688	154.509	90,52%	113.862	73,69%	40.647	26,31%	16.196	9,49%	137.826

Las "Personas con resolución de grado y nivel " vienen referidas a todas las personas sobre las que se ha emitido una resolución de valoración, con independencia de su resultado

* A partir del 1 de Julio de 2015 todos los dependientes tienen derecho a prestación

Las "Personas con resolución de reconocimiento de la prestación" se relacionan con las personas que ya tienen reconocida una prestación de manera efectiva.

TABLA 2. INFORME DE LA COMISIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA, 06/17/2017. PÁG.40

Como puede verse en la tabla, respecto a las personas valoradas como dependientes y pendientes de recibir prestación en 2016, se reconocen 40 647 bajas por fallecimiento.

La lista de espera se ha reducido paulatinamente desde el cenit que supuso la entrada en el sistema de las personas dependientes con Grado I en julio de 2015. En aquel momento la lista de espera, personas con derecho pendientes de recibir servicio o prestación, se elevó a 442 000 personas.

Desde entonces se ha ido reduciendo paulatinamente, si bien esto ha afectado esencialmente a las personas con Grado I mientras que las personas con Grado III y Grado II pendientes de prestación apenas disminuyen.

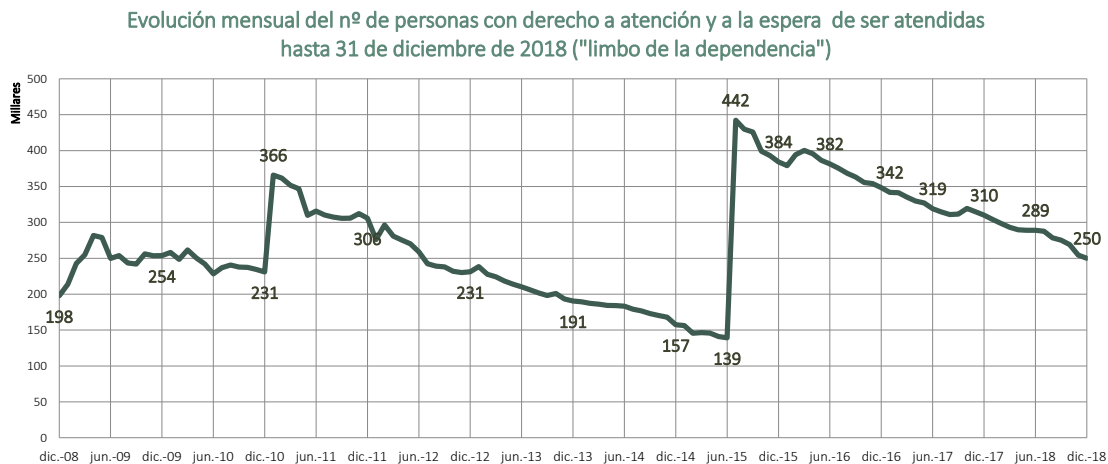


FIGURA42. EVOLUCIÓN MENSUAL LISTA DE ESPERA 2008-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS SISAAD-IMSERO

Ojalá que la tendencia disminuir la lista de espera se mantenga o mejore, pero no se puede abandonar el reto fundamental de superar la acumulación excesiva de casos con Grado III y Grado II, algo que también presenta importantes diferencias entre autonomías:

La interminable dilación de muchos procedimientos tiene como consecuencia el que muchas personas salen de la lista de espera por causa de fallecimiento sin haber recibido las prestaciones o servicios a los que tenían derecho.

Esto significa, con un cálculo muy conservador, que cada mes fallece al menos el 1% de las personas que están en espera, lo que nos llevaría a 30 409 bajas por fallecimiento durante 2018 estando en lista de espera. Es decir, cada día fallecieron más de ochenta personas dependientes sin haber accedido a la atención del SAAD a la que tenían derecho.

5.- COSTES Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Muchos de los datos que se ofrecen en este apartado tienen un valor estimativo y se han construido basándose en:

- Los escasos datos oficiales ofrecidos y que solo alcanzan a la Administración General del Estado —Presupuestos Generales del Estado en los que se contiene el Nivel Mínimo que se transfiere a las

comunidades autónomas—. Para 2016 se ha tomado el mínimo devengado por las comunidades autónomas hasta el mes de noviembre remitido por el IMSERSO a las comunidades en el borrador de evaluación de 2016. La nómina de diciembre se ha construido mediante prorrateo entre las comunidades autónomas de la cuantía restante hasta el gasto previsto por el Nivel Mínimo.

- El modelo de costes de las atenciones del Observatorio Estatal de la Dependencia que otorga unos valores de coste medio de los diferentes servicios y prestaciones entregados (PIA) diferenciado por comunidades autónomas. Dicho modelo de costes se ha ido perfeccionando desde 2008 y se nutre de informaciones oficiales de los organismos autonómicos y de los informes de las entidades empresariales del sector de los cuidados. Este modelo se ha contrastado además para su validación con los certificados de gasto emitidos por las comunidades autónomas —en el ejercicio 2015— en el que apreció una desviación del 3,4% entre estos y las estimaciones publicadas por el observatorio para ese ejercicio. Por territorios, dicha desviación puede acentuarse o reducirse.
- Para los copagos se han tenido en cuenta otros informes emitidos por expertos y las normativas autonómicas que los regulan. Hemos de reconocer que este es un elemento que puede tener cierta fiabilidad en el cómputo estatal pero que es muy difícil afinar cuando se desciende a los ámbitos autonómicos.
- Las estimaciones referidas a retornos se construyen promediando los resultados ofrecidos por algunos estudios publicados a nivel provincial basados en cálculos de tasas de recuperación por servicios sociales mediante tablas *input-output* y por el análisis HERMIN España que auspició el propio Ministerio en la memoria del SAAD de 2010. Se trata de retornos directos e indirectos que contendrían IRPF, cotizaciones a la Seguridad Social, IVA de servicios, Impuesto de sociedades, etc.

- Finalmente, las estimaciones referidas a los empleos directos mantenidos por el SAAD se basan en las ratios oficiales medias de personal asignado a los distintos servicios contenidas en el Acuerdo aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el 27 de noviembre de 2008, publicado mediante Resolución Ministerial en el BOE nº 303, de 17 de diciembre de 2008. Las ratios contempladas han sido: Teleasistencia = 0,01; Ayuda a domicilio = 0,33; Centro de Día = 0,25; Residencia = 0,50; Prestación económica Vinculada = 0,4; Prestación económica para Asistente Personal = 1.

5.1. Cuánto cuesta y quién lo paga

La vía de las certificaciones de gasto por parte de las comunidades autónomas ofrece un gasto global en 2017 —última certificación de la que se dispone— de 7 458 millones de euros.

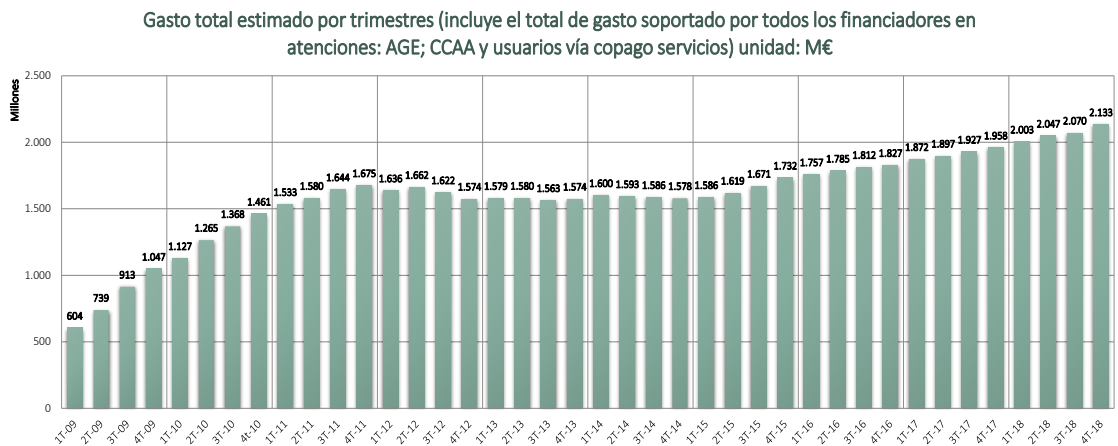


FIGURA 43. GASTO TOTAL POR TRIMESTRES 2009-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO Y EL MODELO DE COTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA

Analizando esta evolución trimestral del gasto estimado, se evidencia la fase de incremento acelerado del gasto —puesta en marcha del sistema— que se frena en el último trimestre de 2011. Se inicia ahí una etapa de restricción del

20 Acuerdo aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el 27 de noviembre de 2008, publicado mediante Resolución Ministerial en el BOE nº 303, de 17 de diciembre de 2008

gasto en el sistema con la consiguiente parálisis del mismo hasta iniciarse 2015. A partir del segundo trimestre de 2015 se reinicia el incremento del gasto en SAAD de una forma menos acelerada que en la primera etapa, pero sostenida en el tiempo hasta finalizar 2018.

La LAPAD considera tres financiadores:

- La Administración General del Estado a través de:

-Un Nivel Mínimo —como financiación finalista a las comunidades autónomas— que debería servir para garantizar la atención a todas las personas en situación de dependencia. Estas cuantías se redujeron en julio de 2012 mediante real decreto por parte del Gobierno y se mantuvieron congeladas hasta la finalización del ejercicio 2017. Para 2018 se aprobaron nuevas cuantías con un pequeño incremento que pretendía ser progresivo. Las cuantías del nivel mínimo son capitativas, es decir, por persona atendida considerando su grado de dependencia y calculadas finalmente en base a un coeficiente que penaliza a la comunidad si prevalecen las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar sobre los servicios.

-Un Nivel Acordado con cada comunidad autónoma y que se suprimió en 2012 y que se ha seguido eliminando en los siguientes ejercicios — incluido 2018— a través de las sucesivas leyes de los presupuestos generales del Estado.

- Las aportaciones de la administración autonómica que deben igualar cada año, al menos, a la aportación estatal por el Nivel Mínimo. A su vez, cada comunidad autónoma puede establecer otra financiación que incremente las atenciones contenidas en la LAPAD, lo que se consideraría un nivel adicional de financiación.

- Las aportaciones de los usuarios —copago en los servicios—.

En la actualidad la distribución estimada de los costes, en términos absolutos, por financiadores es la siguiente:

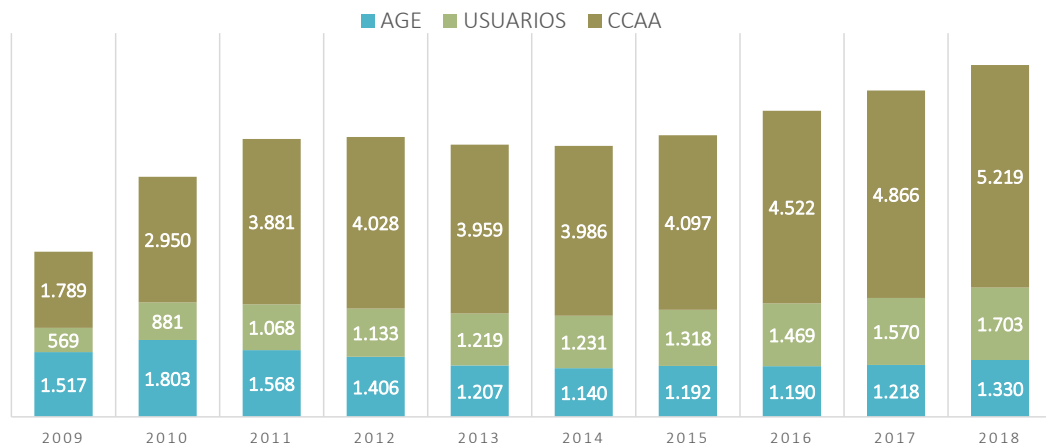


FIGURA 44. DISTRIBUCIÓN DE COSTES EN MILLONES DE EUROS. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO Y EL MODELO DE COTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA

Es evidente el desigual reparto de los esfuerzos en el crecimiento de gasto del sistema. Mientras comunidades autónomas y usuarios asumen el esfuerzo de crecimiento, en términos absolutos, la financiación estatal recortada desde 2011 no se ha recuperado aún. Respecto a 2010, la Administración General del Estado aporta 473 millones de euros menos a año mientras que actualmente se atiende a 385 000 personas más que en aquel momento.

En términos relativos, la Administración General del Estado soportó el 16,1% del coste global, los usuarios un 20,6% y las administraciones autonómicas el restante 63,3%.

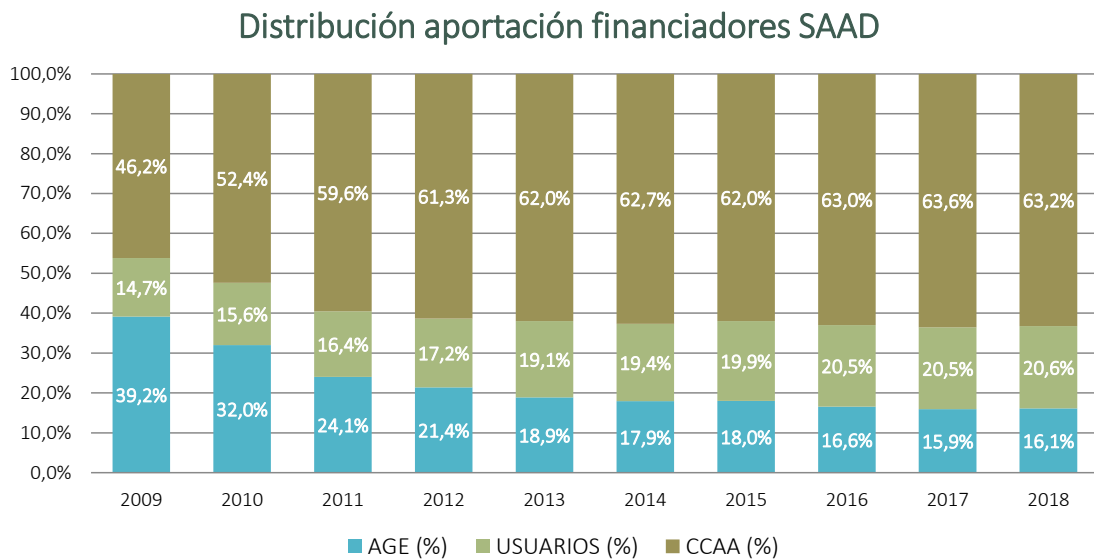


FIGURA 45. DISTRIBUCIÓN APORTACIÓN SAAD. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD. PGE Y EL MODELO DE COSTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA.

El informe de la comisión de estudio de 2017 establecía en una de sus conclusiones que la vía financiera del copago de los usuarios ha tocado techo, lo que es lógico considerando que muchas de las rentas de las personas mayores en España son bajas.

Lo preocupante entonces es la paulatina retirada de la Administración General del Estado. La mejora en los datos de gestión —reactivación del SAAD en los dos últimos años— se ha producido únicamente por el incremento de los esfuerzos autonómicos que entre el año 2014 y el año 2017 habrían inyectado 1 000 millones más al sistema con unas transferencias estatales congeladas.

Considerando únicamente el gasto público, el reparto de la carga debería ser similar para ambos niveles de la administración según las previsiones iniciales. Lejos de suceder así, el esfuerzo relativo por gestores, una vez finalizado 2018, es de un 79,7% para las comunidades autónomas y de un 20,3% para la Administración General del Estado:

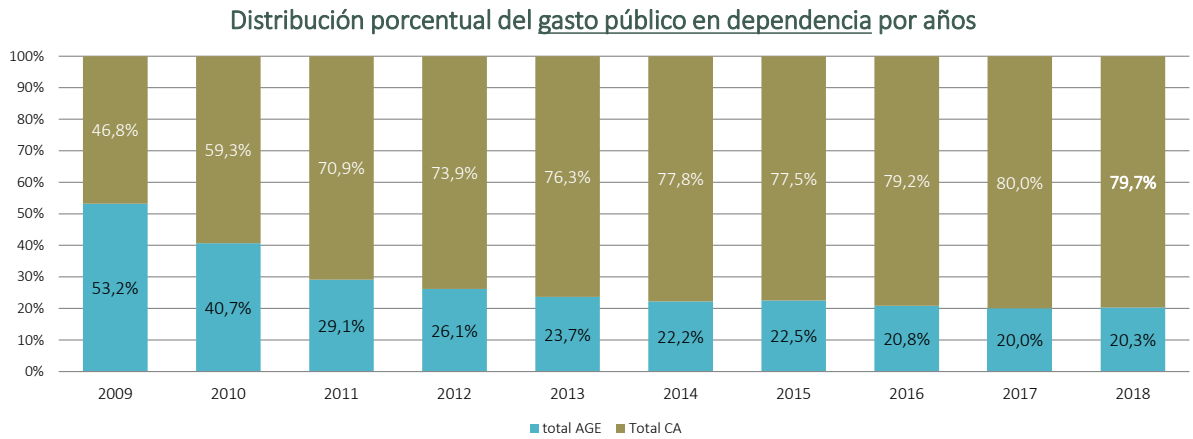


FIGURA 46. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD, LOS PGE Y EL MODELO DE COSTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA

5.2. Gasto público por habitante y gasto por dependiente

Se puede estimar, el gasto público anual promedio por habitante en todo el estado llegó en 2018 a los 140 euros y el gasto público anual promedio por dependiente atendido se situó en los 6 580 euros.

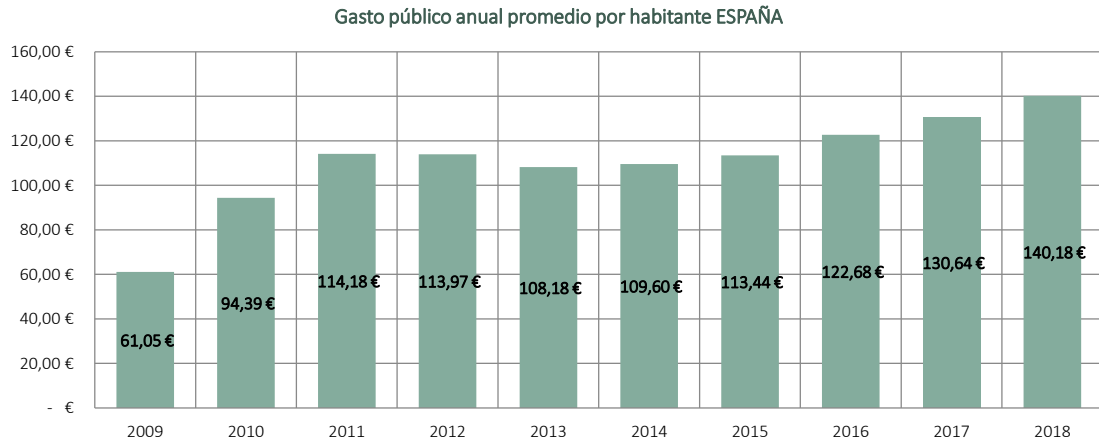


FIGURA 47. GASTO PÚBLICO ANUAL POR HABITANTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD Y LOS MODELOS DE COSTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA

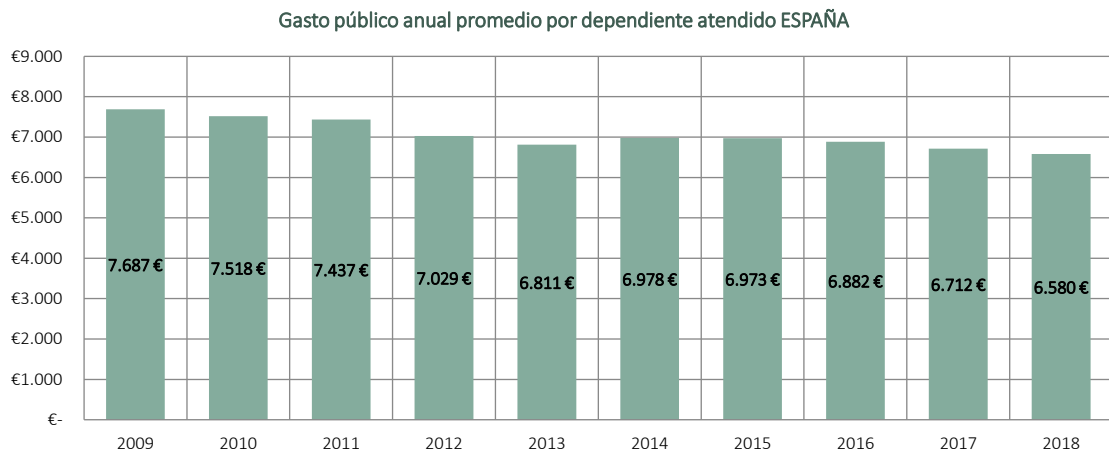


FIGURA 48. GASTO PÚBLICO POR DEPENDIENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD Y LOS MODELOS DE COSTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA

La tendencia a la baja del gasto por dependiente atendido tiene seguramente su explicación en la incorporación paulatina de los Grado I a los que se les supone necesidad de servicios de menor intensidad que para los Grado III además de que las cuantías de sus prestaciones económicas son inferiores. La subida del gasto por habitante se explica por el incremento de personas atendidas (la disminución de la población apenas tiene impacto en ese dato).

En todo caso, los datos anteriores permiten proyectar que con el actual parámetro de gasto público por dependiente atendido, es decir, sin considerar el copago, dar cobertura a la totalidad de personas dependientes —1 400 000— significaría una entrega de prestaciones y servicios por importe de 9 100 millones de euros. Esto implica unas necesidades de incremento en la financiación pública actual de más 2 500 millones de euros al año. Con el copago y los sistemas de valoración y gestión el conjunto se acercaría a los 12 000 millones al año— lo que supone un 1,2% del PIB—.

Para determinar la comparación del gasto por unidad de consumo entre territorios, parece más conveniente considerar la población potencialmente dependiente. Hemos tomado como población potencialmente dependiente a los mayores de 65 años y a menores de 65 años con discapacidad, evitando el efecto de que un territorio con menos población susceptible de ser atendida —

por mayor juventud de su población o menor número de personas con discapacidad— resulte descompensado.

Así considerado, el gasto medio anual por persona potencialmente dependiente en España se situaría en 625,63 € al año. Sin embargo, como es lamentablemente habitual en materia de dependencia, los parámetros de gasto en 2018 por comunidades autónomas presentan severas diferencias:

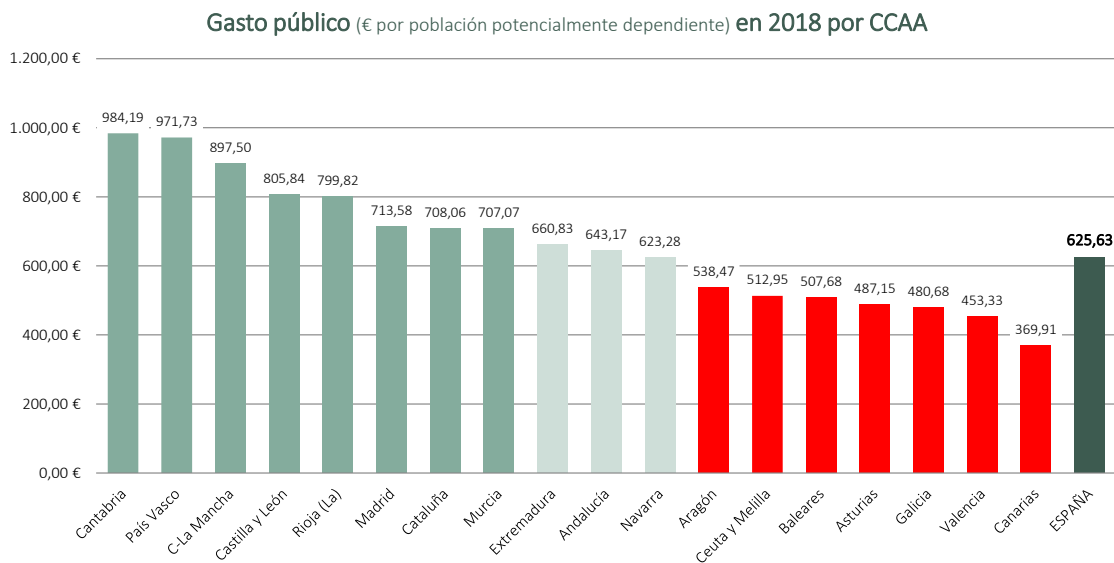


FIGURA 49. GASTO PÚBLICO 2018 POR CC.AA. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD Y LOS MODELOS DE COSTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA Y EL INE

Es obvio que un sistema que debe incrementar el número de personas atendidas en 348 000 no se verá necesariamente obligado a incrementar el gasto de forma notable.

Para comparar el esfuerzo inversor por comunidades, este es el dato más ajustado y no tanto el referido a población total. Así lo estimó también la Comisión de Análisis del SAAD.

En todo caso, siempre hay que tener en consideración la obviedad de que un mayor volumen de gasto público no implica necesariamente hacerlo mejor. Denota sí voluntad política e inversora, pero la eficiencia del gasto público es otro factor que requeriría mediciones más allá de la mera agregación de euros.

No vendría más que alguien acometiese este tipo de análisis relacionado con la efectividad y con el impacto real para las personas dependientes y sus familias.

5.3. El recorte acumulado 2012-2018

El impacto de las medidas de recorte adoptadas en el Real Decreto-Ley 20/2012 de julio de 2012 es cuantificable en forma de recorte acumulado para las arcas autonómicas unido al ahorro por la supresión de las cotizaciones a la seguridad social de las cuidadoras familiares.

La supresión del Nivel Acordado y la minoración del Nivel Mínimo (13% inicial; ahora mayor para los Grado I) han supuesto un quebranto acumulado para las arcas autonómicas cercano a los 3 154 millones de euros. A esta cifra habría que agregar el ahorro para el Estado de la supresión de las cotizaciones a la seguridad social de cuidadoras no profesionales de seis ejercicios completos —entre 2013 y 2018— equivalente a 2 252 millones de euros acumulados para el supuesto de que no se hubieran incorporado nuevos cotizantes ni modificado las cuantías. Se especifica en la siguiente tabla número 52.

RECORTE ACUMULADO 2012-2017 EN DEPENDENCIA POR LA AGE: (millones de euros)					
Ejercicio	NIVEL ACORDADO (suprimido)	NIVEL MÍNIMO (recortado)	QUEBRANTO TOTAL A LAS CC.AA. POR REDUCCIÓN DE LA FINANCIACIÓN	SEGURIDAD SOCIAL CUIDADORAS (suprimido) cálculo sobre gasto real 2011 y 2012 sin incremento	Total recorte estatal acumulado desde 2012
2012	283,2 M€	99,4 M€	382,6 M€	110,0 M€	492,6 M€
2013	283,2 M€	183,5 M€	466,7 M€	357,0 M€	823,7 M€
2014	283,2 M€	173,4 M€	456,6 M€	357,0 M€	813,6 M€
2015	283,2 M€	181,3 M€	464,5 M€	357,0 M€	821,5 M€
2016	283,2 M€	181,0 M€	464,2 M€	357,0 M€	821,2 M€
2017	283,2 M€	185,2 M€	468,4 M€	357,0 M€	825,4 M€
2018	283,2 M€	167,8 M€	451,0 M€	357,0 M€	808,0 M€
Totales	1.982,4 M€	1.171,6 M€	3.154,0 M€	2.252,0 M€	5.406,0 M€

TABLA 3. RECORTE ACUMULADO 2012-2017 POR LA AGE. ELABORACIÓN PROPIA.

La minoración del nivel mínimo a percibir por las comunidades autónomas se calcula con el 13% de promedio de reducción por este concepto contenido en el Real Decreto-Ley 20/2012. Las cotizaciones a la seguridad social se han tomado del análisis de gasto por este concepto que figura en el Informe Memoria 2012 del SAAD, publicada en el BOE nº 184 de 2 de agosto de 2013 (página 56 485) tomando el importe de 2011 como referencia.

Sin entrar en otros aspectos, el impacto acumulado para el gasto público estatal de las medidas de recorte del Real Decreto-Ley 20/2012, hasta diciembre del 2018, ha sido de 5 406 millones de euros. Los importes de nivel acordado se refieren al importe anclado en 2011.

Los recortes que han afectado directamente a las arcas autonómicas pretendían ser compensados con la aprobación en la misma norma de la reducción en las prestaciones económicas por cuidados familiares en unos promedios del 15%. Es decir, las comunidades recibirían menos financiación, pero se ahorrarían importantes cantidades por la reducción —al menos— del 15% en las cuantías a abonar a las personas con PECEF. Así que el *ahorro* autonómico por disminución de las prestaciones económicas se elevó a 1 635 millones de euros entre 2012 y 2018.

5.4. Empleo, retornos en el Sistema de Atención a la Dependencia

a) Empleo

A pesar del escenario de penuria en materia de financiación, este es sin duda uno de los sectores de actividad económica y de generación de empleo potencialmente más interesante de los existentes en todo el sector servicios.

En 2018, con datos a 31 de diciembre, estimamos que había más de 247 000 empleos directos asociados a las atenciones de la LAPAD en España. Estos son tan solo los empleos directos del sector de los cuidados sin considerar los empleos surgidos en las administraciones públicas a los efectos de valorar, hacer seguimientos o soportar la gestión administrativa y contable de los expedientes de dependencia.

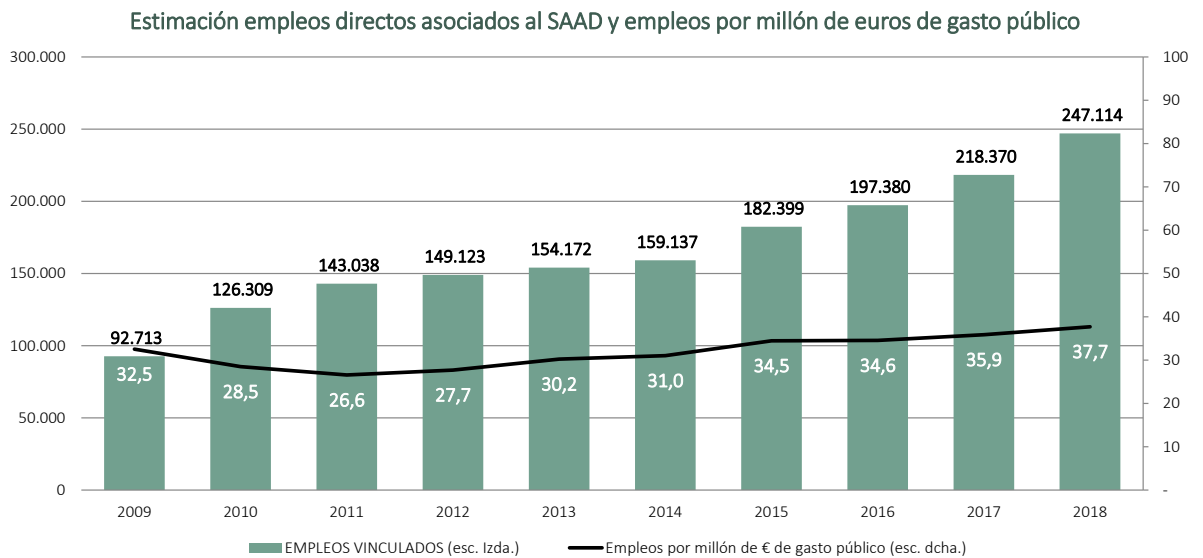


FIGURA 50. EMPLEOS DIRECTOS ASOCIADOS AL SAAD. ELABORACIÓN PROPIA.

Estimación basada en datos SISAAD y en las ratios oficiales medias de personal asignado a los distintos servicios (Resolución Ministerial en BOE nº 303, de 17 de diciembre de 2008). Las ratios contempladas han sido: Teleasistencia = 0,01; Ayuda a domicilio = 0,33; Centro de Día = 0,25; Residencia = 0,50; Prestación económica Vinculada = 0,4; Prestación económica para Asistente Personal = 1

Incluso en los momentos de recorte, esta tendencia de crecimiento en el empleo directamente asociado a la LAPAD no ha podido ser frenada o invertida.

Como se observaba en la anterior, este es un sector que está generando un total de treinta empleos directos, estables y no deslocalizables por cada millón de euros de gasto público, cifra muy mejorada sobre la de 2011 que estaba en veintisiete empleos estimados por millón de gasto.

En este parámetro es importantísima la diferencia entre los modelos de gestión de las diferentes comunidades autónomas que ofrecen un amplio arco que va desde los dieciocho empleos por millón —Baleares— hasta superar los 50 empleos por millón —Castilla y León y Extremadura—.

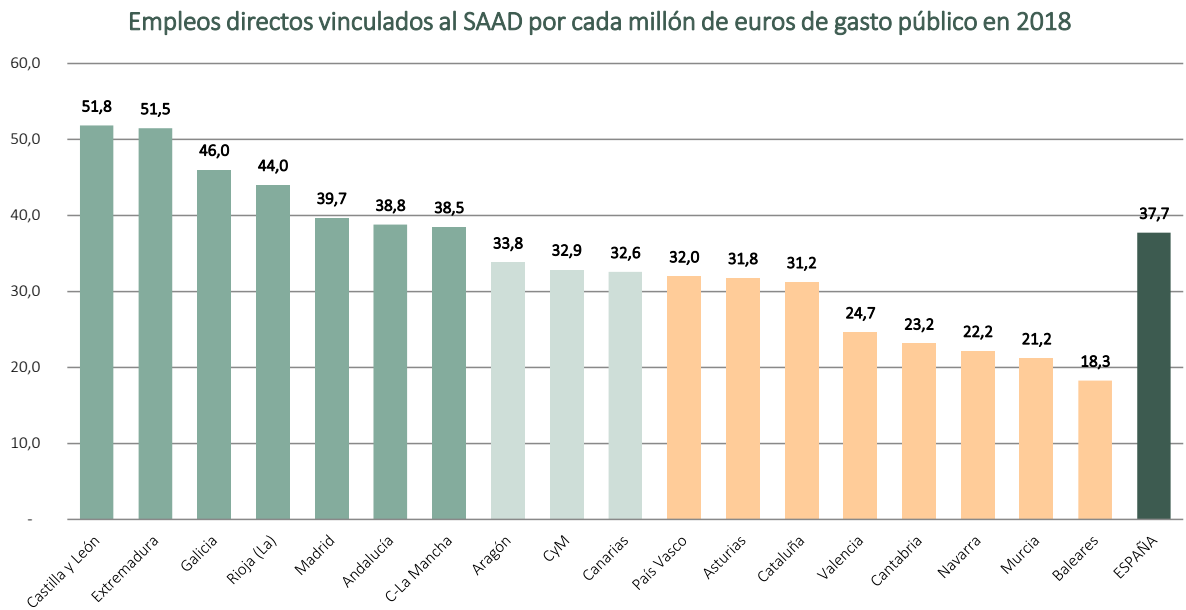


FIGURA 51. EMPLEOS SAAD POR COMUNIDADES. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LA ESTIMACIÓN BASADA EN DATOS SISAAD POR COMUNIDADES AUTONÓMICAS Y EN LAS RATIOS OFICIALES MEDIAS DE PERSONAL ASIGNADO A LOS DISTINTOS SERVICIOS (RESOLUCIÓN MINISTERIAL EN BOE Nº 303, DE 17 DE DICIEMBRE DE 2008)

La diferencia clave está, por lo tanto, en el modelo de prestaciones y servicios adoptado y en la optimización del gasto público.

b) Retornos

Por último, nos referiremos a la estimación de los retornos a las arcas públicas de la inversión en materia de atención a la dependencia.

Tras la compilación y análisis de diferentes estudios sobre las tasas de recuperación en el sector de los servicios sociales —generalmente elaborados mediante tablas *input-output* en relación con otros sectores productivos— y cotejándolos con la evaluación HERMIN España, que utilizaba la vía de medir el impacto de la ausencia de la Ley 39/2006, se ha llegado a la hipótesis de que la tasa media de recuperación del gasto público en 2018 está en torno al 0,404%.

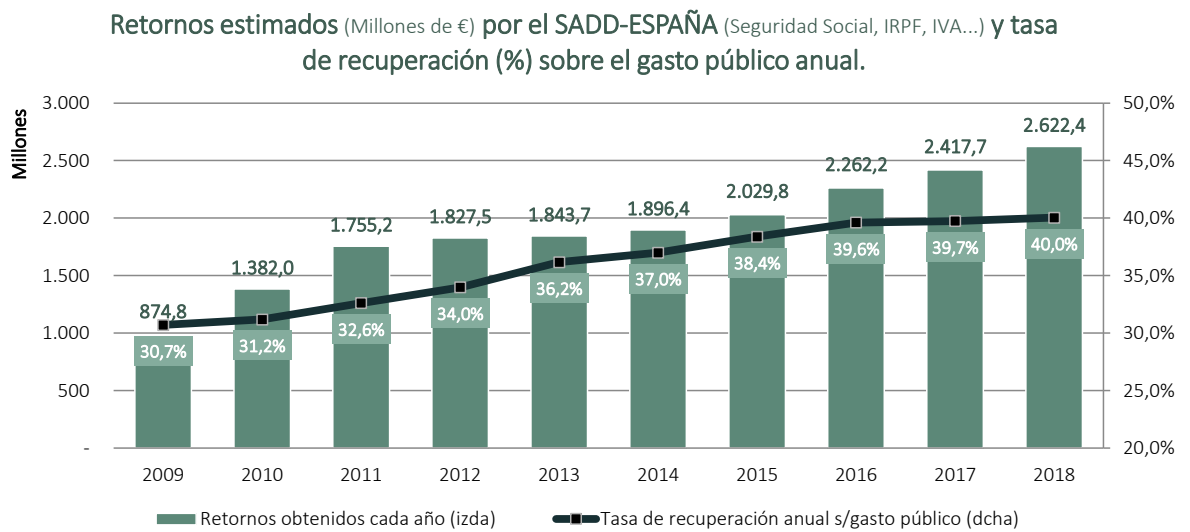


FIGURA 52. RETORNOS ESTIMADOS POR EL SAAD EVOLUCIÓN ESPAÑA. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL MODELO DE COSTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA

En 2018, por cada 100 euros de gasto público en dependencia se recuperaron directamente alrededor de 40 euros. El global recuperado en 2018 asciende así a 2 622 millones de euros sobre un total de gasto público de 6 550 millones.

Por supuesto, de nuevo se aprecian diferentes situaciones según territorios en lo referido la tasa de recuperación. Madrid tendría la más alta proporción de retornos sobre el gasto —con un 44,2%— y Navarra la peor —con un 26,9%— de recuperación.

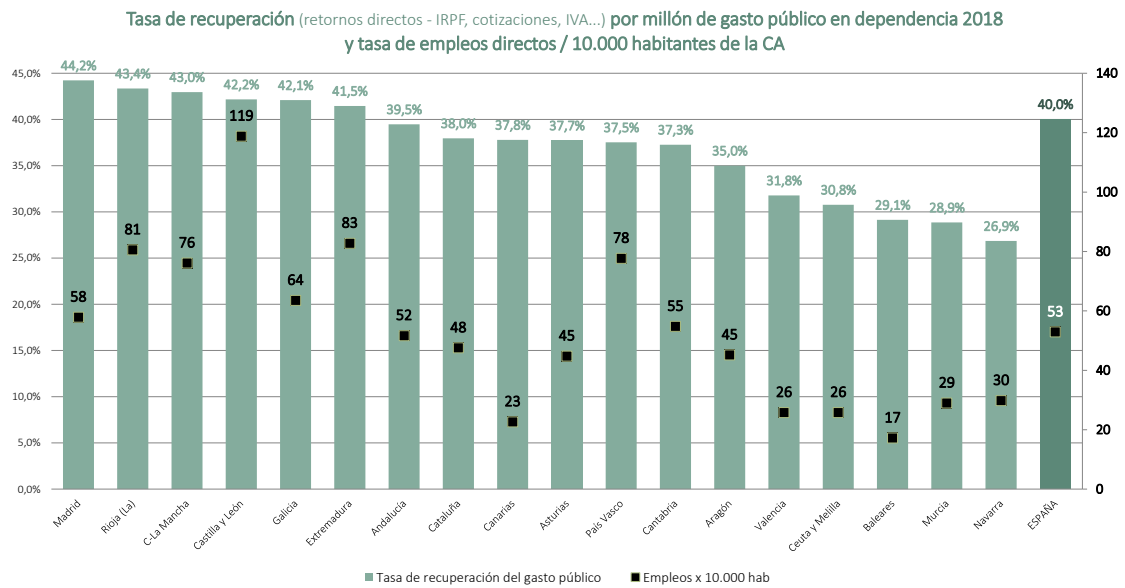


FIGURA 53. RETORNOS ESTIMADOS POR EL SAAD POR COMUNIDADES AUTONÓMICAS. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL MODELO DE COSTES DEL OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA Y DIVERSOS ESTUDIOS DE RETORNOS

De la misma forma que ocurría con el empleo generado, el modelo de atenciones de cada territorio y sobre todo el mayor o menor gasto en prestaciones por cuidados familiares —que no generaría más retorno que el derivado del consumo ligado a dicha prestación— o en servicios es lo que determina la tasa de recuperación.

Otro elemento que mejora esos datos es la compatibilidad de servicios que permitiría mayores generaciones de empleo y mayores tasas de recuperación.

Colocando los retornos directos al lado de los esfuerzos de los financiadores del SAAD, resulta significativo que los importes recuperados prácticamente doblan en cuantía a la aportación estatal. Para calcular los retornos directos estimados derivados de la actividad de servicios no se considera la PECEF.

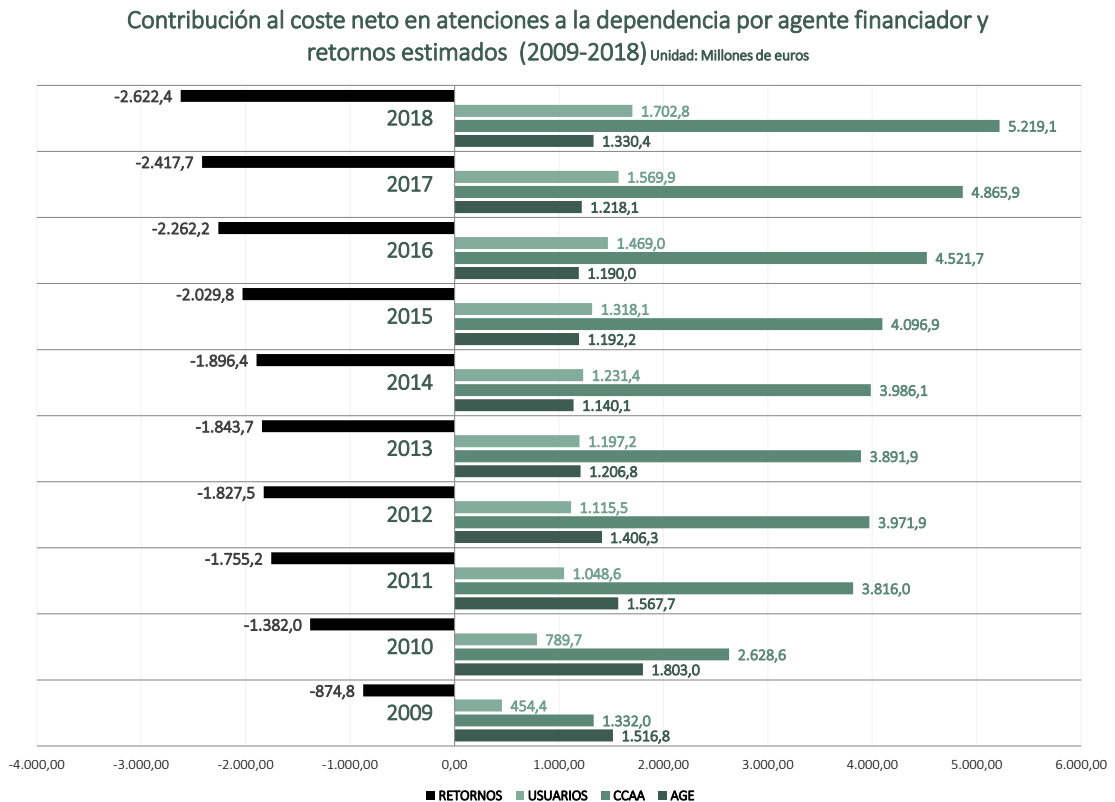


FIGURA 54. CONTRIBUCIÓN FINANCIADORES AL COSTE NETO. ELABORACIÓN PROPIA.

6.- DESIGUALDADES ENTRE TERRITORIOS

No se puede dejar de dedicar un capítulo a este apartado porque la evolución general y los datos actuales presentados hasta ahora como un todo en el territorio del Estado, poseen importantísimas diferencias entre comunidades autónomas que conviene reseñar aquí porque el problema de las diferentes velocidades en asumir la lista de espera, los problemas acumulados, la cobertura diferenciada, etc. suponen, finalmente, que las personas dependientes ejercen o no sus derechos en función del territorio de residencia.

La disparidad entre territorios en cuanto al desarrollo del SAAD desgraciadamente sigue siendo uno de los elementos más definitorios del sistema. Todo ello supone que, en definitiva, las personas dependientes pueden ejercer o no sus derechos dependiendo del lugar de residencia y no del reconocimiento legal y de su situación de su necesidad de apoyos.

Se agrupan aquí las comunidades autónomas en los cuatro bloques que actualmente establecen las diferencias en la gestión centrándolo en el incremento de las atenciones y en la reducción de la lista de espera:

- a) Comunidades con atención plena.
- b) Comunidades que han progresado en los dos últimos años.
- c) Comunidades en cierto estancamiento.
- d) Comunidades en situación preocupante.

a) Comunidades cercanas a la plena atención —inferior al 10% de lista de espera—:

Castilla y León, junto a Ceuta, Melilla y Navarra, son los territorios que han logrado con su avance que la lista de espera esté ya reducida prácticamente a la gestión normal de altas y bajas sin acumulados.

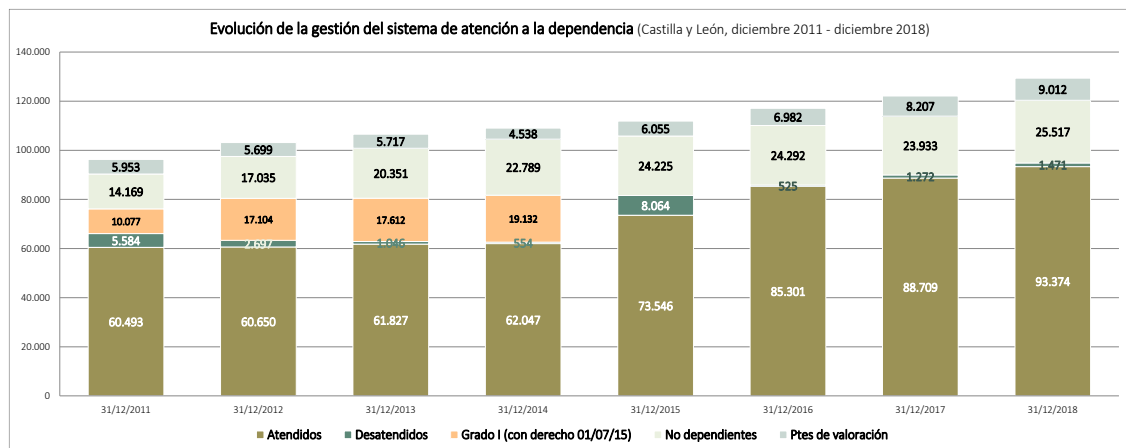


FIGURA 55. EVOLUCIÓN SAAD CASTILLA Y LEÓN 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

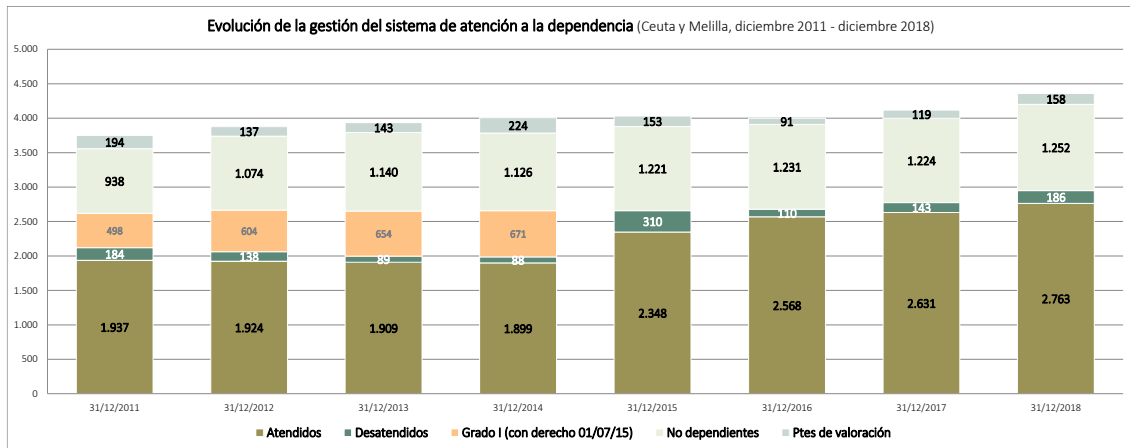


FIGURA 56. EVOLUCIÓN SAAD CEUTA Y MELILLA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

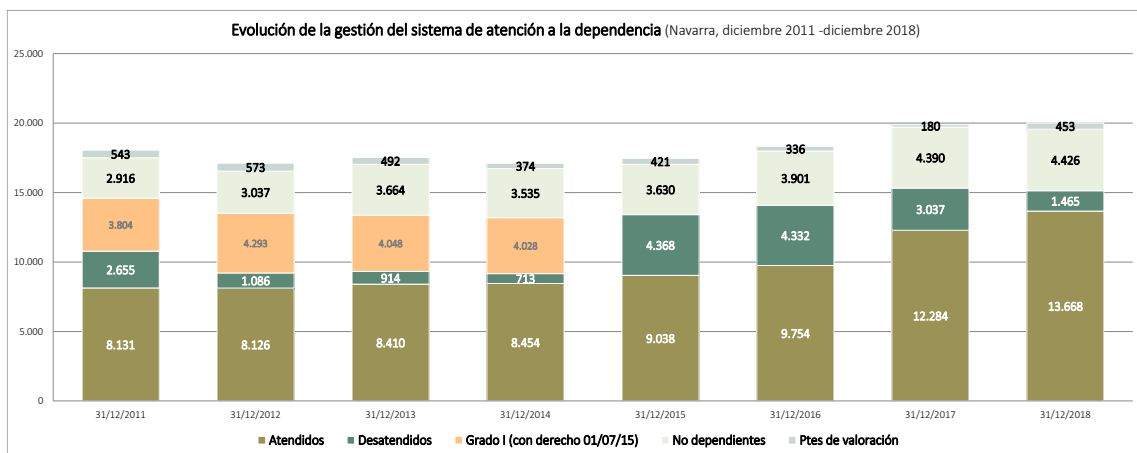


FIGURA 57. EVOLUCIÓN SAAD NAVARRA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

b) Comunidades que han avanzado muy positivamente, aunque aún mantengan cierta lista de espera.

Son la mayoría. Aún tienen listas de espera abultadas pero la tendencia es muy positiva de forma que a este ritmo entrarían en plena atención en menos de dos años. Se trata de Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid y Murcia.

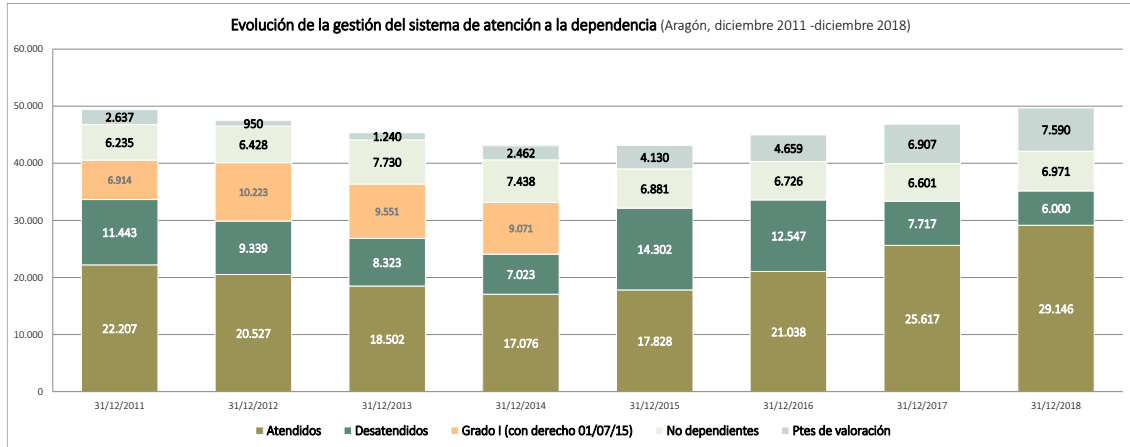


FIGURA 58. EVOLUCIÓN SAAD ARAGÓN 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

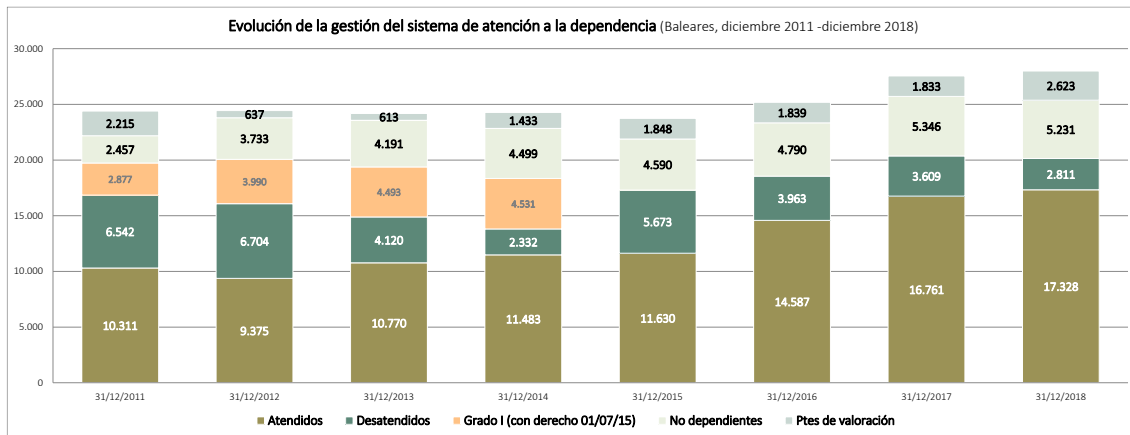


FIGURA 59. EVOLUCIÓN SAAD BALEARES 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

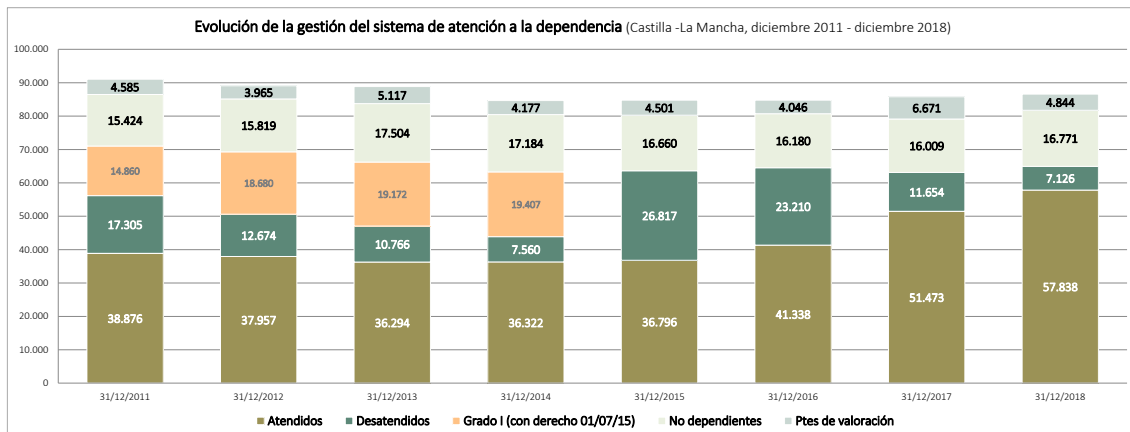


FIGURA 60. EVOLUCIÓN SAAD CASTILLA LA MANCHA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

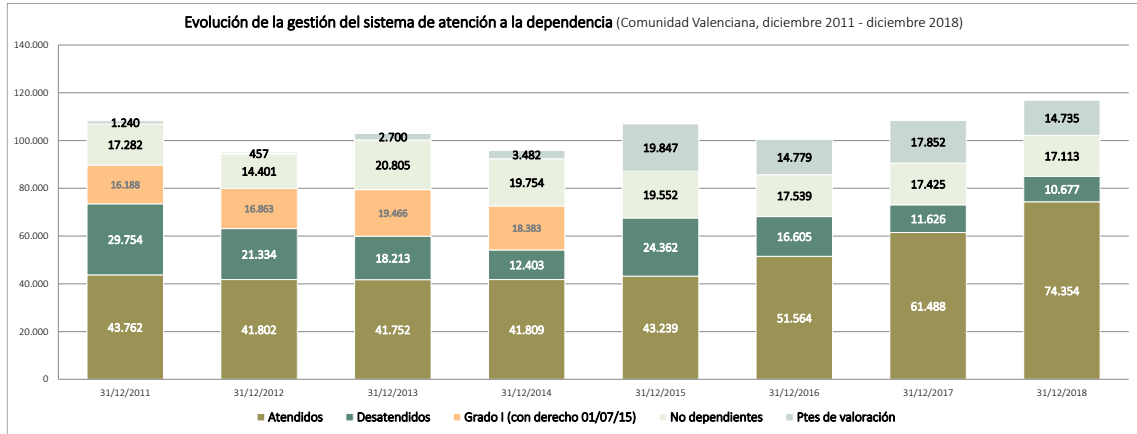


FIGURA 61. EVOLUCIÓN SAAD C. VALENCIANA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

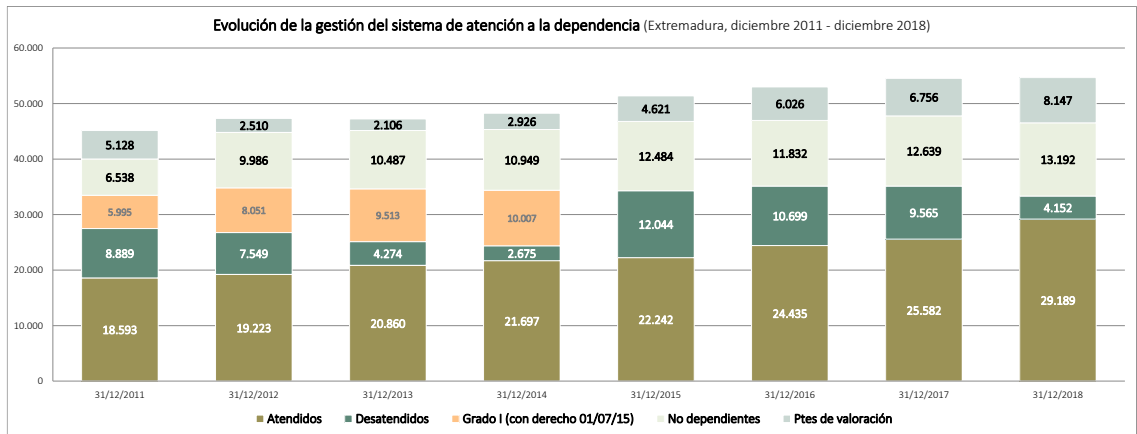


FIGURA 62. EVOLUCIÓN SAAD EXTREMADURA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

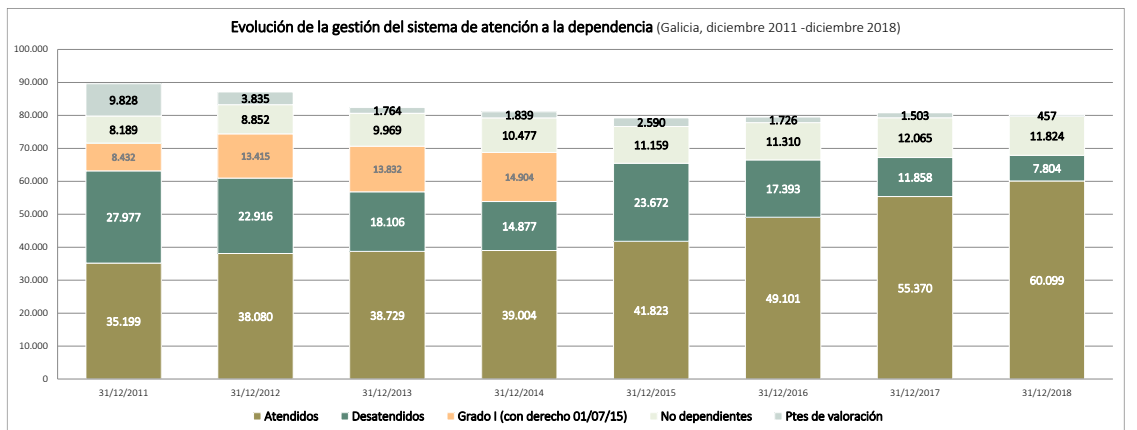


FIGURA 63. EVOLUCIÓN SAAD GALICIA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

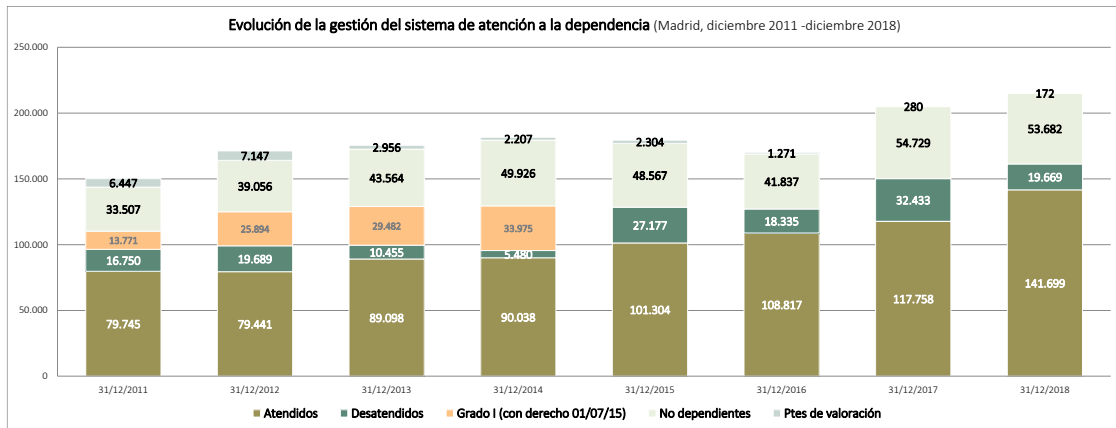


FIGURA 64. EVOLUCIÓN SAAD C. DE MADRID 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

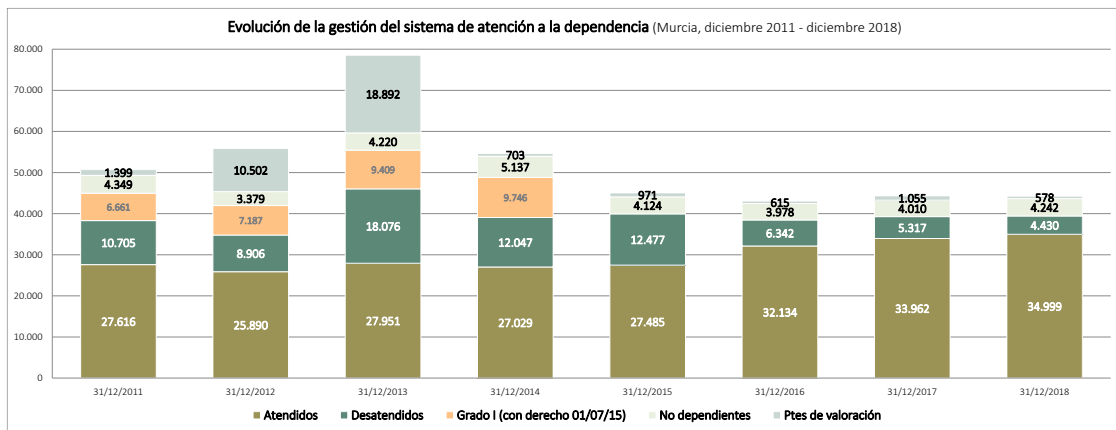


FIGURA 65 EVOLUCIÓN SAAD MURCIA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERSO

c) Comunidades que se estancan o que tienen una absorción muy lenta.

Parecen haber llegado a un punto en el que no pueden absorber la lista de espera a base de incrementar atenciones al ritmo necesario, considerando el camino que les queda por recorrer. Hablamos de Asturias, Canarias, Cantabria y País Vasco.

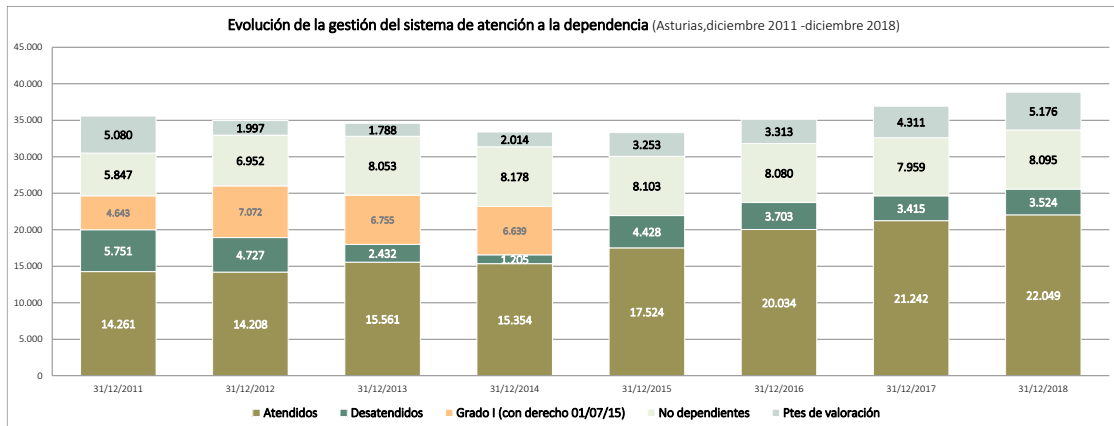


FIGURA 66. EVOLUCIÓN SAAD ASTURIAS 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

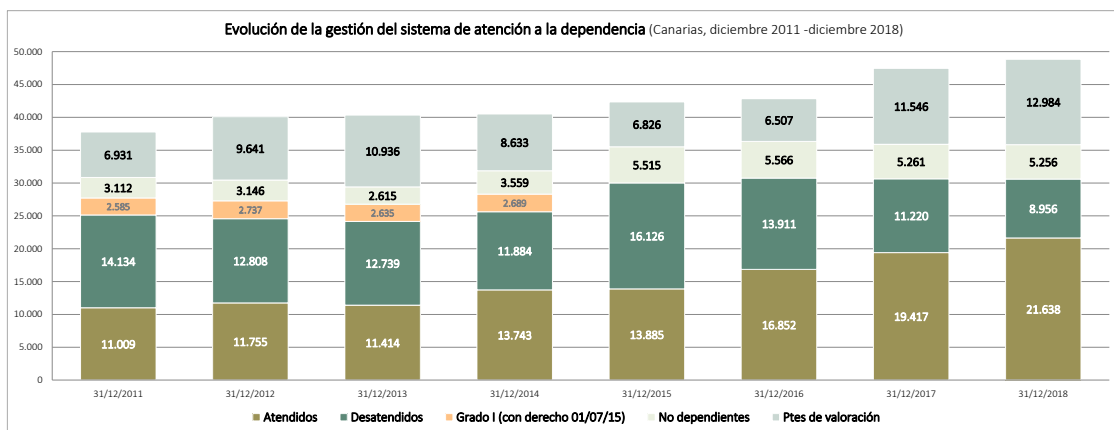


FIGURA 67. EVOLUCIÓN SAAD CANARIAS 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

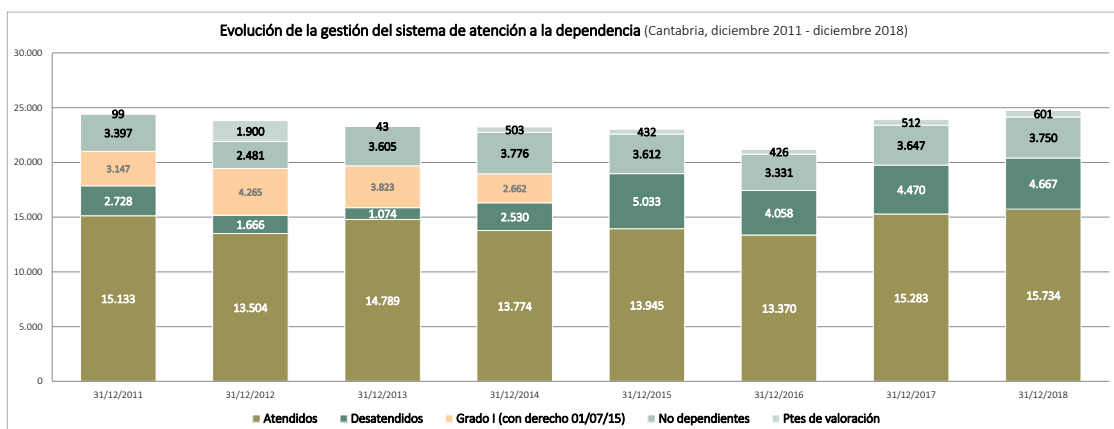


FIGURA 68. EVOLUCIÓN SAAD CANTABRIA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

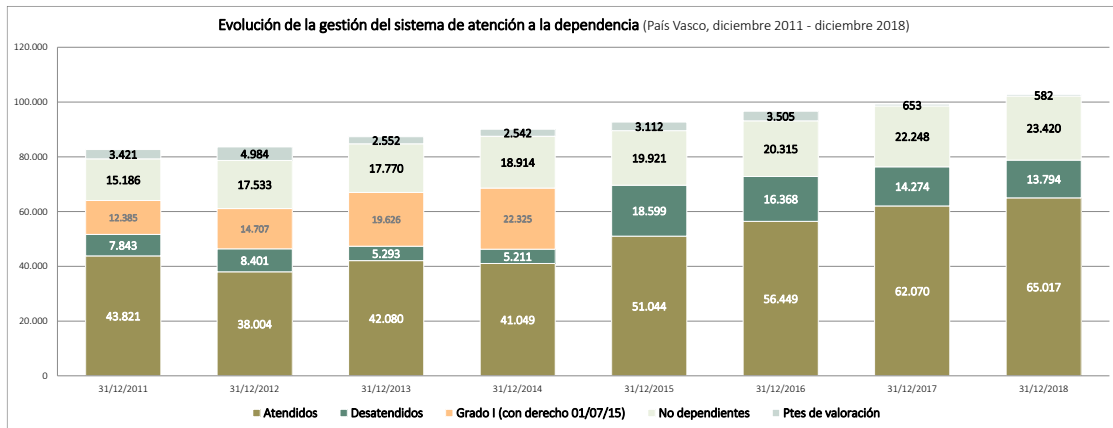


FIGURA 69. EVOLUCIÓN SAAD PAÍS VASCO 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

d) Comunidades en situación preocupante.

Por comunidades autónomas vuelve a demostrar palmariamente esta característica. Finalmente, se trata de territorios donde el actual ritmo de incremento de atendidos es claramente insuficiente como para absorber el «limbo» de la dependencia que tienen por delante. Así ocurre en Andalucía, Cataluña y La Rioja.

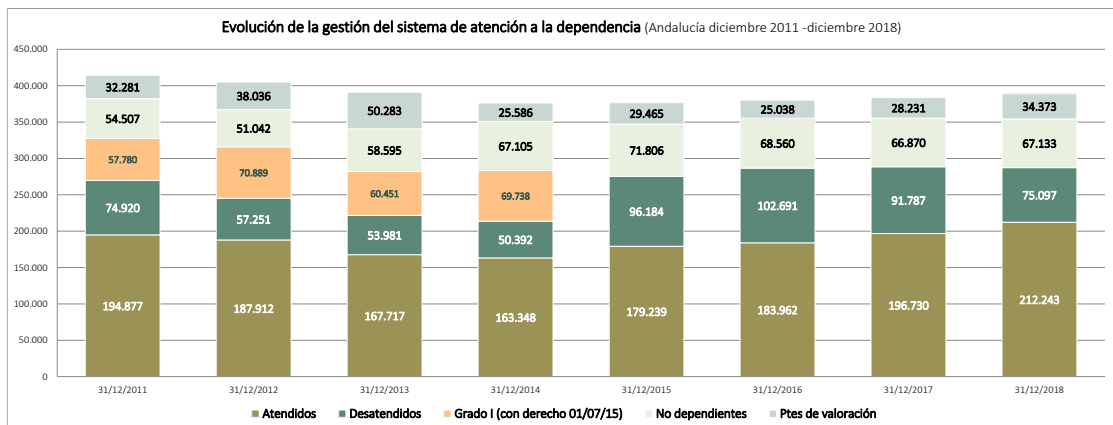


FIGURA 70. EVOLUCIÓN SAAD ANDALUCÍA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

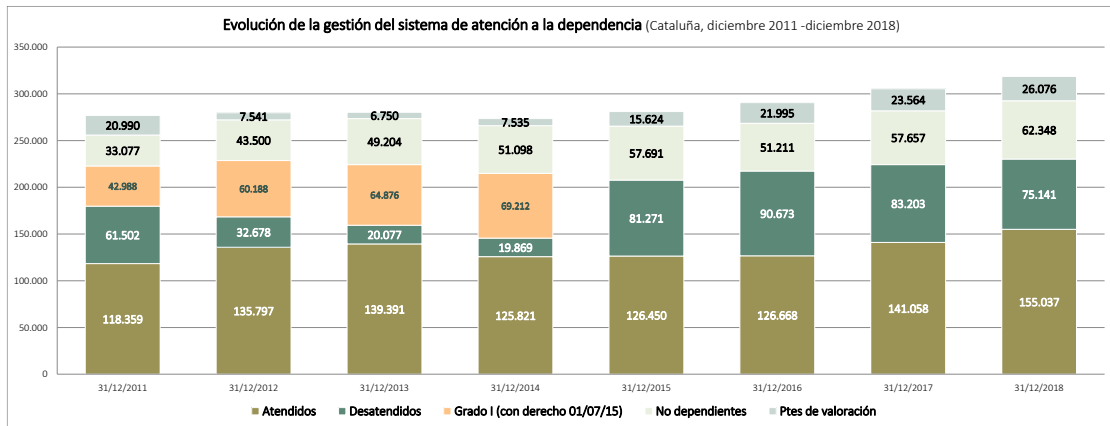


FIGURA 71. EVOLUCIÓN SAAD CATALUÑA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

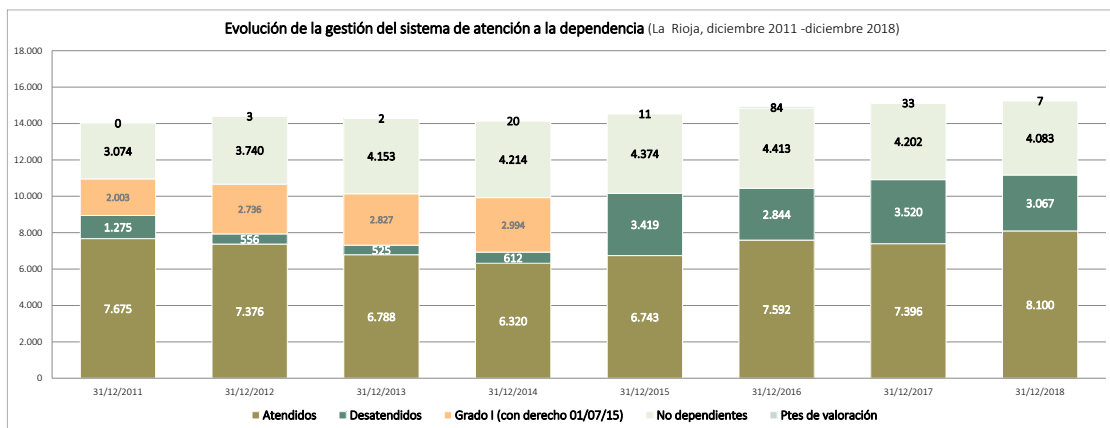


FIGURA 72. EVOLUCIÓN SAAD LA RIOJA 2011-2018. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL SISAAD-IMSERO

Por comunidades autónomas vuelve a demostrar palmariamente esta característica. Finalmente, se trata de territorios donde el actual ritmo de incremento de atendidos es claramente insuficiente como para absorber el «limbo» de la dependencia que tienen por delante. Así ocurre en Andalucía, Cataluña y La Rioja.

7. SÍNTESIS DEL ANÁLISIS SINCRÓNICO Y DIACRÓNICO

1. A fecha 31 de diciembre de 2018 había en España 1 304 312 personas en situación de dependencia reconocida y otras 128 568 pendientes de valoración. Esto significa que el 3% de la población española necesita

apoyos de mayor o menor intensidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

2. De todas las personas con dependencia reconocida, dos tercios son hombres (65%) y un tercio (35%) son mujeres. El 72,5% de los dependientes reconocidos tiene más de 65 años y los mayores de 80 son el 54,5% del total.
3. Durante 2018 han mejorado la mayoría de los parámetros de gestión del SAAD —El número de personas atendidas, reducción de lista de espera, incremento de solicitudes, valoraciones y de servicios y prestaciones entregados...—. El sistema lleva dos años consecutivos de cierta reactivación y la lista de espera se ha reducido en 60 000 personas en el último año. Bien es cierto que las incorporaciones son mayoritariamente de personas con dependencia moderada (Grado I).
4. El 19,2% de las personas dependientes no recibe ninguna prestación o servicio del sistema de atención a la dependencia, aun cuando tiene pleno derecho a las mismas. Esto afecta a 250 000 personas y a sus familias.
5. El 39% de las personas desatendidas (98 000), son dependientes con Grados III o Grado II, es decir, tienen necesidades de apoyo extenso y en ocasiones continuado.
6. Durante 2018 fallecieron, sin haber podido ejercer sus derechos derivados de la condición de persona en situación de dependencia, 30 400 personas. Por supuesto que no fallecieron por esa causa, pero sí lo hicieron con la expectativa incumplida de ejercer sus derechos y recibir atenciones. Esto supone que diariamente fallecen más de 80 personas dependientes sin haber llegado a recibir prestaciones o servicios.
7. El recorte acumulado de la AGE en dependencia, tras el Real Decreto-Ley 20/2012, asciende ya a 5 406 millones de euros considerando la supresión del nivel acordado, la reducción del nivel mínimo y la supresión de las cotizaciones de cuidadoras familiares.

8. La disminución de la financiación a las Comunidades desde julio de 2012 hasta diciembre de 2018 —reducción del nivel mínimo y supresión del nivel acordado—, supone ya una cifra acumulada de 3 154 millones de euros de quebranto para las arcas autonómicas.
9. La reducción acumulada de las cuantías de las prestaciones por cuidados familiares desde 2012 asciende a 1 635 millones de euros dirigidos a ayudas económicas que estas han dejado de percibir.
10. Los recortes supusieron una fase de la parálisis y retroceso generalizado del sistema en el intervalo de junio 2012 a junio 2015 (fase de demolición del SAAD). Desde junio de 2015 el sistema inicia una recuperación que parece consolidarse en 2018. Esta recuperación es a costa de las comunidades autónomas y de los copagos familiares.
11. El coste directo de las prestaciones y servicios entregados durante 2018 asciende a 8 252 millones de euros, de los cuales las administraciones públicas aportaron 6 922 millones. El resto —1 330 millones— lo aportan los usuarios en forma de copago regulado, lo que supone un 20,6%.
12. Existe un copago añadido soportado por muchos ciudadanos que deben asumir la diferencia entre la cuantía percibida y el coste real de los servicios adquiridos mediante prestación vinculada al servicio. Se requiere la regulación de mercado en los servicios de cuidados, de normas que aseguren el acceso a los servicios mediante libre elección por parte del usuario y de tanto inspección como del control público adecuado. Es preciso mantener ciertas cautelas con este tipo de prestación. Es preciso además dar transparencia a los contenidos concretos de esta prestación en los datos del SISAAD.
13. Del gasto público directo en dependencia en 2018, la Administración General del Estado soportó el 20 % y las comunidades autónomas el 80% restante. Muy lejos de la pretendida aportación al 50%.

14. Se mantienen las gravísimas desigualdades entre territorios tanto en cobertura como en modelos de gestión. Es previsible que haya algunas comunidades autónomas que no puedan recorrer el camino que les queda sin un cambio drástico de modelo de atenciones y/o una inyección financiera específica. Solo dos comunidades autónomas aglutinan el 60% de la lista de espera de todo el Estado.
15. Sigue sin evaluarse el impacto negativo de género que puede estar teniendo la feminización de los cuidados en la medida en que estos no son resultado de una libre elección y que las cuidadoras familiares han perdido el apoyo que conllevaban las cotizaciones a la Seguridad Social. No obstante, de cara a un futuro inmediato, se están produciendo cambios sociales en materia de género y en las funciones familiares, que denotan una clara fragilidad de este modelo de familias. (Rondón, Aguirre y García, 2018).
16. Con todo, el SAAD muestra una sorprendente capacidad para la generación de empleo y para la obtención de retornos. En 2018, hay una ratio de treinta y ocho empleos directos por millón de euros de gasto público, y la tasa de retorno ya asciende al 40%.

8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Una vez analizados los datos descriptivos, en esta discusión analizamos los relatos de los sujetos participantes con respecto al tercer objetivo, para conocer en que medida las prestaciones y servicios responden a sus necesidades.

Atendiendo al objetivo de investigación y al tipo de diseño, el procedimiento de recogida de información sobre los aspectos relativos a la autonomía y valoración de las situaciones de dependencia ha sido en la primera parte de la entrevista de preguntas cerradas relativas a la información básica categorizada: edad, género, grado de dependencia, etc. Posteriormente, una vez registrada esta información inicial con preguntas cerradas, se procedió a realizar las

preguntas abiertas en entrevistas semiestructuradas a los sujetos participantes destinatarios de estos servicios. De forma previa para validar estas competencias y habilidades se consultó con los expertos de los Servicios Sociales y los profesionales en ejercicio, la adecuación de los ítems y preguntas a las exigencias de la práctica en los Servicios Sociales, en cuanto a la valoración social y dictamen de estos servicios se refiere. De esta forma, se realizaron pretest a modo de ensayo para comprobar la adecuación en la formulación de las preguntas y las impresiones iniciales de los profesionales del Trabajo Social

A continuación, desde el paradigma cualitativo nos adentramos en conocer el significado de estos datos y su aplicación en los destinatarios o sujetos participantes que son las personas mayores dependientes. Para ello se ha utilizado toda la información recibida, a través de las entrevistas en profundidad realizadas. Las opiniones y las expresiones que a lo largo del trabajo de campo se fueron recogiendo, es el material más valioso y original que hemos utilizado para dar respuestas a los objetivos e hipótesis planteadas en la investigación.

8.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS VARIABLES ESPECÍFICAS

8.1.1. Situación social

Objetivo 3. SOPORTE SOCIAL. Conocer el tipo de soporte social que tienen las personas dependientes mayores, para la gestión de la situación de autonomía personal, como aspectos clave en su bienestar social

Se refiere al apoyo percibido familiar y de redes sociales para poder llevar a cabo una vida autónoma y con calidad de vida por parte de las personas con dificultades de autonomía personal y/o dependencia. El soporte social es un intenso tema de estudio en el área de gerontología y de geriatría de los últimos decenios. Esta línea de investigación correlaciona los factores sociales con la calidad de vida; en el caso de nuestro estudio —con las personas en situación de dependencia— siendo la totalidad, personas vulnerables.

Los beneficios de una adecuada gestión del apoyo social son múltiples para el bienestar social de estas personas. El apoyo social con la red familiar —o los

grupos primarios— resulta beneficioso para la atención a las enfermedades o las limitaciones en la autonomía personal que puede derivarse en los supuestos de personas con diversidad funcional. Nos referimos al acompañamiento a las revisiones médicas, seguimiento farmacológico, gestiones sociales y sanitarias, así como de atención a las cuestiones de la vida cotidiana. La familia sigue siendo el principal vector principal del soporte, por la tradición familista o residual de nuestra estructura social, que heredamos de los procesos de socialización precedentes. No obstante, de cara a un futuro inmediato, se están produciendo cambios sociales en materia de género y en las funciones familiares que denotan una clara fragilidad de este modelo de familias. (Rondón, Aguirre y García, 2018).

Cada uno de los componentes de los grupos primarios de la familia desarrolla diversas funciones, pero sobre todo una añadida que no puede ser sustituida por las prestaciones en especie de la ley. Nos referimos a los vínculos afectivos, emocionales, tan necesarios para afrontar situaciones relacionadas con la pérdida de autonomía personal. Por esta razón, en adelante apuntamos los aspectos de la red microsocial —familia y personas cercanas— que proporcionan relaciones íntimas, como estímulos específicos para sentirse bien y tener una buena percepción de bienestar. Pero, claro está, estos incentivos pueden tener un efecto distinto en función de la proximidad, del número de miembros, de la unidad de convivencia o de otras circunstancias. No podemos pasar por alto, que con los años, la familia se reduce, con tendencia a la nuclearización.

En suma, para analizar esta categoría hemos indagado sobre el soporte social, como factor explicativo del bienestar social, en sintonía con nuestras variables dependientes. Las respuestas de los participantes, en términos generales, valoran la familia como un agente principal para el soporte social y gestión de la situación de dependencia y autonomía personal. Sobre todo, en las personas con un mayor grado de dependencia y, en consecuencia, con mayores necesidades de autonomía personal subyacentes.

En términos generales, las personas entrevistadas están satisfechas con el soporte familiar. Si atendemos a las diferencias en función de edad, en términos

generales, los de cuarta edad están más satisfechos con el apoyo de sus familias. En cambio, en el sector de las personas de tercera edad, las contestaciones son algo menores. Pero, en general, la valoración familiar es alta en ambos grupos.

Si analizamos la satisfacción con el grupo primario o de convivencia — discriminando a los participantes en cuanto al grado de dependencia— no apreciamos diferencias. Estas son las evidencias que se concluyen con las trayectorias discursivas y los relatos de las entrevistas realizadas en relación con esta variable; para una mejor comprensión de los significados y una explicación más exhaustiva en torno a la importancia del soporte social y como lo perciben en la atención a cada situación social. Los relatos extraídos de las entrevistas en profundidad coinciden en la línea discursiva anterior, reforzando el papel de las funciones de las familias y su importancia en el soporte social. Como decimos, el papel familiar es bien valorado en los discursos. Cuando existe, está fundamentado en esencia en familiares de primer grado, como cónyuge, hijas, hijas, etc. sin distinciones de género, lo cual evidencia los cambios de género en el modelo de cuidado. Podemos apreciarlo en estos relatos:

«Mi marido me apoya. Además, él llama enseguida corriendo a las niñas para que le ayuden» (p.3).

«Mi hijo, él me llama siempre todos los días por la mañana por la tarde cuando sale, incluso cuando ha estado dos años en México me ha llamado todos los días» (p.9).

«Pues mi hijo me ayuda [recibe una prestación económica como cuidador familiar]» (p.10).

«Yo tengo a mi nuera que no me llevo muy bien con ella y otra que está aquí. Mi sobrina, ella viene, pero mi sobrina viene a las tres y media y se va. Ella no para» (p.12).

«Mi sobrina es la que me lo hace todo y siempre está dispuesta es muy buena. Y sus hijos también son muy buenos conmigo vienen a verme y lo que tengan que hacer, me lo hacen» (p.16).

«Mis hijos están pendiente a cuando una está seria, triste y te preguntan estas bien, cuando la cabeza no para de dar vueltas» (p. 17).

Los miembros de segundo grado también cumplen importantes funciones de apoyo en el cuidado cuando no tienen cerca por razones geográficas a los de primer grado o ya no existen:

«Mi nieto, claro. A ese niño lo he criado yo. Lo parieron y lo abandonaron, a la madre de ese niño la críe como una señorita y cuando tuvo los dieciocho años se echó un novio y se fue, no se acordó de nosotros y a los años nació el niño» (p.19).

«Pues mi hija es la que se preocupa y viene a desayunar y eso. Ella viene todos los días porque está a un paso» (p.24).

«Mi ahijada y el amigo este que ha estado trece años viviendo en su casa y no me aportaban nada, hasta que ya me vi en el carrito, porque yo no pongo una persona a que me ponga en el carrito y me suba a cuestras». (p.25).

«Yo tengo sobrinos míos que vienen aquí a verme, me llaman, amigos que no me toquen nada también ha venido uno de Colmenar y han venido a verme alguna vez» (p.28).

«Están atentos todos. En cualquier caso, que tuviera la necesidad mis hijas. Cuando se van de viaje yo los echo de menos y estoy deseando que vuelvan» (p.30).

«Ahora mismo, mi hijo, que es quien está en mi casa. Hombre, los otros dos también, mi hija que está enfrente también tiene que venir a arreglarme la ropa y comprarme lo que sea. Mi hijo el primero» (p.37).

8.1.1.1. Disponer de apoyo social en caso de necesidad

Una cuestión esencial en estas situaciones de vulnerabilidad social y sanitaria que se derivan de los procesos de dependencia es el apoyo social inmediato en muchas circunstancias vitales, teniendo en cuenta que, en ocasiones, los servicios de ayuda a domicilio acuden horas puntuales al día, aunque cuenten con dispositivos de refuerzo. Así, como hemos indicado en el marco teórico, las necesidades de estos mayores longevos con limitaciones en la autonomía personal precisan un apoyo para que puedan gestionar situaciones de crisis que puedan producirse en su vida cotidiana, por gestiones sociales y sanitarias para el funcionamiento diario o porque son requeridas por la situación de salud. Nos referimos a gestionar recursos como una ayuda técnica, una visita al especialista adecuado, tomar decisiones vitales para su vida y a un largo etcétera.

Los datos sobre estos aspectos son reveladores. La inmensa mayoría afirma que tiene apoyo social disponible en caso de necesitar ayuda en las vicisitudes que se produzcan. Quizá lo significativo aquí es que la ayuda social aumenta casi a la totalidad en las personas mayores de cuarta edad. Esto implica que las personas han generado sinergias o gestionados recursos de apoyo familiares, de voluntariado u otros, por razones de supervivencia propia, conforme avanza la edad. En muchos de estos casos, en la situación de dependencia, con el tiempo se van generando reservas cognitivas, al tomar conciencia de que conforme avanzan los años, también aumentan las

necesidades y disminuye la capacidad propia para dar respuesta o afrontarlas por ellos mismos dada la pérdida de autonomía personal.

Si profundizamos en la razón de género se aprecian divergencias en el soporte social. El número de mujeres que manifiestan que cuentan con personas para recibir ayuda es mayor que el número de hombres. Como exponen las prácticas discursivas que investigan sobre esta temática, existe una tendencia relativa asumir trabajo de ayuda por parte de la mujer, se reproducen los roles de género en el cuidado a la persona dependiente, también en los profesionales.

Sin embargo, al cruzar estas variables con el grado de dependencia, la lógica de la dialéctica anterior se invierte. El mayor número de los dependientes que manifiestan que si disponen de ayuda se da en el grado 2. Paradójicamente a mayor grado —al llegar al grado 3— disminuye el número de personas en situación de dependencia que dice recibir ayuda. Es posible que los participantes aquí señalen como ayuda las personas cercanas y no los recursos institucionales y, de ahí, la bajada en la puntuación. Por otra parte, es destacable que los de grado 3 y mayores, en buena parte de ellos, están institucionalizados y no necesitan de apoyo externo para gestionar situaciones de ayuda.

En este apartado, además de los grupos primarios cabe también destacar la trascendencia de los grupos secundarios, sobre todo en el medio rural, donde los vecinos, amigos complementan el apoyo de la familia o el institucional. Sistematizamos los relatos más elocuentes a continuación:

«Tengo nada más que un amigo, Pepe, que es amigo mío desde el primer día que lo vi, es un hombre formal. Los otros no son conocidos y no siempre puedo contar con ellos, sobre todo con los hombres que es más complicado» (p.11).

«Cuando necesito algo llamo a mi vecino y me lo trae» (p.21).

«Las amigas que tengo que me llaman y cuando pueden me ayudan» (p. 36).

Por último, hacemos referencia a la cruda realidad que pone en evidencia estos relatos. Hemos encontrado casos de mayores dependientes sin ningún tipo de soporte social y que viven con resignación no tener personas con las que contar —en situación en soledad— y que dependen a su vez del apoyo institucional. En estos casos, a la situación de malestar por la limitada autonomía personal se une el plus específico que agrava la situación al carecer de apoyo social y familiar.

Destacamos estos hechos en adelante:

«Se me ha muerto el familiar que me ayudaba. Era mi sobrino. Desde entonces estoy más dejadilla. Por razones de que mi hijo está malo, era el que estaba más cerca de nosotros y el que venía cuando me caí; y ahora lleva ya más tiempo que no viene» (p.23).

«No tengo nada de apoyo ni de fuera ni de dentro. Una vecina me llamaba, pero en realidad, quería que vendiera el piso y lo hacía por interés» (p.27).

«Los hijos te meten en una residencia porque la vida es así, los hijos no se hacen cargo de los padres eso es así. Eso está más que visto» (p.40).

Quienes no lo hacen de forma autónoma se apoyan en los familiares, y en otros cuidadores o servicios profesionales. En este punto, hay un ligero aumento de la atención de los cuidadores profesionales en la cuarta edad frente al de los de tercera. Además, se refuerza la tendencia apuntada en otras evidencias expuestas y es que, conforme avanzan los años, disminuye el apoyo familiar y aumenta la provisión de recursos institucionales o profesionales.

En función de género, las mujeres solicitan más ayuda para tomar la medicación que los hombres.

8.1.2. Situación de salud

El objetivo es averiguar el estado de salud de las personas mayores usuarias del sistema, desde una perspectiva integral; un aspecto clave en su calidad de vida.

Entendida, más allá de la ausencia de enfermedad. Las personas en situación de dependencia necesitan cuidados de salud específicos. En esta variable nos interesa conocer la salud percibida con atención, con recursos específicos o con ausencia de atención.

El abordaje de la salud se determinó desde una perspectiva integral y relacionada con la autonomía personal, teniendo en cuenta las enfermedades crónicas y la salud mental. Los resultados de salud se valoran desde una perspectiva integral, social.

La mayoría de las personas entrevistadas son enfermas crónicas. Predominan las enfermedades traumatológicas, enfermedades cardiorrespiratorias y alguna enfermedad cardiovascular. La mayoría tiene problemas de salud, tanto física, como psíquica que, a su vez, es un importante factor asociado al bienestar y la calidad de vida.

Si analizamos la situación de la salud discriminando a los participantes en cuanto al grado de dependencia, apreciamos diferencias que podrían resumirse que hay una relación directa de mayores problemas de salud cuanto mayor grado de dependencia ha obtenido en la valoración de situación de dependencia. De la misma manera que sus necesidades de atención y cuidados en la inmensa mayoría se hacen a diario y en aquellos de menor grado de dependencia se hacen al menos tres veces a la semana, si bien plantean mayores recursos para sus necesidades de autonomía personal.

También podemos observar que hay una relación directa entre la situación de dependencia valoradas como grandes dependientes que presentan una mayor incidencia en las enfermedades cardiovasculares y traumatológicas.

Los problemas de salud psíquica y de memoria limitan su calidad de vida. En sintonía con lo que se describe en el marco teórico, la calidad de vida y la satisfacción con la vida son dos conceptos distintos.

8.1.2.1. Atenciones recibidas y riesgos percibidos

Otro de los apartados que se han analizado en las entrevistas han sido los aspectos relacionados con la salud y las atenciones para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y los riesgos percibidos por las personas entrevistadas.

Los relatos extraídos de las entrevistas en profundidad coinciden en la línea discursiva anterior, reforzando la situación de salud como una variable independiente que influye de manera determinante en las situaciones de dependencia y autonomía personal. Podemos apreciarlo en estos relatos:

«Yo te digo que, para mí de momento hasta ahora, me han atendido. A veces, para tomarme la tensión, a veces me tengo que tirar ahí una hora, porque aquí no hay mucha vigilancia. Una hora ahí, que a mí me dicen ya mismo vengo, y que pase una hora, y que pase hora y media y que tú no vengas a tomarme la tensión... Pues dime que vas a tardar una hora y entonces estoy yo ahí más tranquilo y voy cuando yo vea que va a pasar la hora. Eso sí me pasa a mí. Aquí estos ven que me estoy muriendo, y capaz de morir y huele cuando van a darse cuenta (risas irónicas)» (p.1).

«Yo creo que no hay riesgos y la atención es la adecuada» (p.4).

«Si hay riesgos porque muchas veces necesito la ayuda de alguien y no la tengo» (p.7).

«No hacía mí no porque yo cualquier cosa que he necesitado pañales y eso yo se lo digo a la chica mira que esto... de seguida» (p.8).

«No, no hay riesgo Si me caigo llamo a mi vecina o a mi sobrina que está aquí todo el día» (p.14).

*«No, está atendido todo por lo menos la señora que viene sí, ya cuando estamos solos ya viene el problema, pero yo estoy muy contenta con la ayuda»
(p.16).*

«Hombre yo creo que no, yo lo único que le temo es que cualquier día me dé algo. Es que me dan reacciones muy malas yo ya lo he dicho» (p.17).

«No sé qué decirte. ¿Qué no soy atendida? No viene nadie y debería venir alguien. Solo el botón que son fenomenales. Siempre vienen. (se refiere a la teleasistencia)» (p.18).

«Hombre si la prestación fuese mejor le dijese yo a alguien que se viniese dos horas y me hace compañía, eso puede ser que sí. Si en vez de tener a esta persona aquí por sesenta euros y hacer un poco de limpieza y si mi sobrina pudiese estar dos horas en lugar de una hora sería mucho mejor. Si por la mañana tengo que ir al médico la tengo que llamar y ella llamar a otra persona, siempre tiene que estar buscando quien me lleve» (p19)

«Sí, claro más dinero y más tiempo para poder comprar más cosas. Eso, la verdad, decir que por la tarde llamar a alguien que se venga aquí porque las tardes se me hacen muy largas yo lo llevo muy mal tantas horas aquí por la tarde, yo me voy a la cama a las diez y media y me levanto tres o cuatro veces en la noche con mucho cuidado porque con los dolores no me dejan dormir y ya no me puedo acostar. Las orejas me duelen ya desde hace varios años (cuenta su enfermedad con las orejas, la columna)» (p.20).

«Yo atendida estoy, pero lo que yo digo que tengo poco dinero para darle a mi hijo, es que es un hombre lo que hay conmigo. No es una mujer que venga a

echarme dos horas y es un hombre que, si no trabaja y no tiene paga ninguna, porque el sí está aquí todo el día de día y de noche, pero no es lo mismo» (p.21).

«Yo creo que a ellas les meten tanto miedo allí que.... Yo creo que según la persona y los inconvenientes las circunstancias del enfermo/a que este cuidando, lo hacen todas muy bien salvo la que no tienen ni idea» (p.22).

«Yo estoy atendida por esa muchacha. No porque ella ha venido siempre si un día no se hace una cosa se hace otro día... no tengo yo quejas. La muchacha tiene agrado y respeta. Si necesito cualquier cosa ella acude» (p.24).

«No, no yo no pienso esas cosas. Yo vengo aquí y hablo con el personal; y estoy contenta, estoy bien» (p.25).

«No, no todo está bien» (p.29).

«Yo en mi casa estoy bien con mi hijo, pero hay que venir. Yo vengo porque me pertenece venir» (p.31).

«Yo por ahora lo voy teniendo todo igual. Conmigo no se mete nadie» (p.34).

«No, yo por la mañana vengo dos días nada más, pero bien con personas que alegran la cosa. Yo los días que vengo lo veo bien, hago gimnasia que eso me viene muy bien. Yo no me meto con nadie y ya está. En mi casa, igual mis hijas, se quedan conmigo cada una noche» (p.38).

*«No, yo no tengo problema, que no me gusten algunas cosas, pero bueno»
(p.39).*

«No a mí no me atiende nadie, menos mal que tengo a mi marido y a mis hijos porque por la ley de dependencia no tengo nada. Yo me he tenido que buscar una mujer porque yo no podía seguir así. Por parte de mi gente, no estoy desatendida yo quiero volver a andar y no puedo» (p.40).

8.1.2.2. Incidentes sobre la vulnerabilidad social y sanitaria

Otra cuestión esencial en estas situaciones de vulnerabilidad social y sanitaria que se derivan de los procesos de dependencia es lo que hemos denominado incidentes: episodios fortuitos en la vida de estas personas que repercuten en su estado de salud física o psíquica, que alteran o interrumpen un nivel óptimo de calidad de vida.

La mayoría no presentan incidentes relevantes que le hayan perjudicado para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Pero aquellos que los han padecido sí que expresan que han sido determinantes e incluso les han hecho retroceder en su situación general de su salud. Y casi todas las personas entrevistadas manifiestan su temor de lo que puede suponer un incidente para su calidad de vida y la manera que les puede afectar negativamente.

Si valoramos en la razón de género, se aprecian divergencias en el miedo a los incidentes. El número de mujeres que manifiestan que tienen más incidentes y mayor preocupación por ellos es mayor que el número de hombres. Como exponen las prácticas discursivas que investigan sobre esta temática, las mujeres suelen ser más precavidas y prudentes que los hombres en la realización de actividades que puedan entrever riesgos.

Sin embargo, al cruzar estas variables con el grado de dependencia hay un mayor número de los dependientes que manifiestan que han tenido incidentes o caídas que tienen grado 3 y disminuye el número de personas en situación de dependencia grave o moderada que dice no haber tenido incidentes. Es posible

que los incluso la caída o el incidente que se haya producido haya limitado la autonomía personal y elevado el grado de dependencia en algunos casos.

Por otra parte, es destacable que una buena parte de las personas con grado 3 y mayores están institucionalizadas y tienen más posibilidades de sufrir un incidente, pero a la vez, tienen una mayor cobertura de apoyos continuados e interprofesionales que ayuden afrontar las consecuencias y efectos del incidente. Estas ideas se hacen plausibles en los siguientes relatos de los participantes:

«Yo no me he caído, he estado dos o tres veces aquí para caerme porque me dan mareos y tenía yo aquí dos enfermeras muy buenas, pero se han ido de aquí las dos» (p.2).

«No, no, yo aquí no me he puesto malo ni quiero ponerme. Ya te digo que si yo me pongo aquí malo que yo vea que... llamo a mi gente y vienen por mí y me llevan, llamo a un taxi y me lleva donde yo le diga» (p.6).

«Bueno una vez sí, al principio tuve una caída... Yo tuve la culpa por agacharme a abrocharme un zapato en el carrito y me caí... Pero corriendo llamé y vinieron y me lo hicieron todo muy bien» (p.7).

«Sí, he tenido con estas tres caídas, pero las otras dos no cuentan porque no me han afectado tanto como esta» (p.8).

«Nada nada. Ningún incidente. Sí, yo desayuno muy bien. La comida muy bien. En el aspecto de la limpieza es diaria. Diaria las camas bien, yo me ducho y luego vienen las auxiliares y se llevan la ropa y me traen muda nueva» (p.9).

«No, no, incidentes graves no nada. En mi casa sí me, caí aquí no. Aquí me caigo yo y me rompo algo. Las escaleras tienen muchos escalones... Aquí

tenía que dar más dinero yo que son doscientos y pico euros eso te costaría una pensión y no te llega pero...» (p.10).

«La caída que tuve fue cuando me caí y me rompí la cadera» (p.11).

«No, no, mi sobrina ha estado conmigo cuatro años durmiendo ahí en el sofá» (p.14).

«Yo salía temprano de andar y me caí. Me fui poquito a poco y viniendo por ahí, cogí unos chinillos por ahí por la acera y me resbalé de lado. Vaya dos porrazos que me llevé y ya me puse yo malo» (p.17).

«Ah yo sí, al principio tenía caídas, me caí, pero siempre me cogía mi hijo» (pág.18).

«Si suelo tener muchos, hace ya tres o cuatro semanas que me caí ahí de rodillas que fue cuando he tenido en las rodillas mucho dolor. A veces tengo que llamar porque me he caído. Cuando me caí en el lavadero todavía no sé cómo llegue arrastrándome por el suelo que era donde tenía lo de la teleasistencia» (p.20).

«Si yo riesgo tengo, yo es que no puedo estar aquí sola. Yo de aquí no me puedo mover, él tiene que venir ponerme los pies en el suelo, ponerme las zapatillas y ayudarme a salir fuera. Desde que estoy mala me he caído dos o tres veces sí» (p.26).

«No, no he tenido incidentes graves en casa. (p.27).

«No, me he caído poco, una o dos veces, no porque me haya mareado sino porque me he resbalado» (p.29).

«La caída que yo tuve, ya hace por lo menos más de dos años. Eso fue antes de entrar aquí» (p.31).

«No, yo no recuerdo ninguna caída» (p.32).

«No, no, aquí no» (p.34).

“Ahora poco me he caído de la cama y he tenido el brazo mal. En las escaleras me he caído también, me he caído mucho porque como las piernas no me responden bien...” (p.38).

«Muchísimas, he estado más tiempo en el hospital Carlos Haya que en mi casa» (p.40).

8.1.2.3. Cuidados especiales

Por último, hacemos referencia al capítulo analítico referido a los cuidados especiales, uno de los temas que genera más angustia y desasosiego en las personas mayores vulnerables. Los relatos ponen en evidencia la cruda realidad y manifiestan la preocupación sobre los cuidados que deben recibir. Hemos encontrado casos de mayores dependientes sin apoyos profesionalizados para la realización de tareas relacionadas con los cuidados especiales, generalmente asociadas con actividades sanitarias —toma de tensión, medicación, etc.—. En estos casos, a la situación de malestar por la limitada autonomía personal, se une este plus específico que agrava la situación al carecer de estos apoyos profesionalizados y el riesgo de empeoramiento que puede afectar a su situación de dependencia.

En los centros residenciales y centros de día se cubren esas necesidades con profesionales sanitarios integrados en los equipos de intervención:

fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, profesionales de la enfermería y de la medicina... En los servicios de ayuda a domicilio es el auxiliar de hogar quien suele ocuparse de estas tareas y, en el caso de los cuidadores familiares no hay profesionales especializados que se ocupen a diario de los cuidados especiales. En cualquier caso, debemos afirmar categóricamente que los cuidados especiales relacionados con la salud deben ser desarrollados por el sistema sanitario público como lo hace con cualquier persona y serán los médicos de los centros de salud quien deban atender esas necesidades básicas relacionados con los cuidados y la asistencia sanitaria. Incluso en las personas que viven en un centro residencial, aun cuando este centro de servicios sociales disponga de médico en la plantilla.

No puede haber una discriminación por edad y por lugar de residencia. No se puede entender la medicalización de los centros residenciales del sistema de servicios sociales porque volveríamos a retroceder más de un siglo volviendo a reivindicar la institución total.

Una vez que contamos con el individuo como sujeto de derechos, que deben ser ejercidos en la comunidad, deberíamos empezar a desterrar la discriminación asignada al código postal, de tal modo que en estos momentos según dónde se viva (en la propia vivienda o en un centro residencial) se tiene unos derechos como ciudadanos, en general para todos los sistemas de protección públicos y en especial para el acceso a los servicios sanitarios.

Esta discriminación en el acceso en virtud de su lugar de residencia habitual en centros de carácter social no acabaría ahí, sino que se les obligaría a las personas a *copagar* unos servicios sanitarios privados a los que por ciudadanía les corresponde disfrutar de forma gratuita de los servicios sanitarios públicos como el resto de la población.

En algunos casos, en todo momento se perciben a sí mismos como personas autónomas y autosuficientes. Por otra parte, se aprecia una disociación entre la salud subjetiva y la objetiva, en el sentido de expresar necesidades de tipo social en las demandas, pero no siempre señalan estas carencias como un problema de salud.

La mayoría de las personas entrevistadas son autónomas en la gestión de su situación de salud, bien porque tiene capacidad de autonomía para ello al estar familiarizados a realizarlo, o simplemente por no disponer de refuerzos. El dato es llamativo porque es muy importante para el bienestar y la salud, que la toma de medicamentos se haga de forma correcta, con las precauciones y cuidados oportunos. Lo mismo decimos en todo lo relativo al seguimiento médico.

Quienes no lo hacen de forma autónoma, se apoyan en los familiares o en los cuidadores o servicios profesionales. En este punto, hay un ligero aumento de la atención de los cuidadores profesionales en la cuarta edad frente al de los de tercera.

En función de género, las mujeres solicitan más cuidados especiales y participan más colaboración en los cuidados especializados por profesionales. Hay una percepción de mayores cuidados, de mayor intensidad y más profesionalizados en los centros y servicios que cuentan con profesionales. Así lo manifiestan las personas entrevistadas, exponemos las citas referenciadas:

«Mis pastillas... Bueno las cosas del día a día. Me han tenido que arreglar el baño [explica que nunca puede estar sola y sus caídas]». (p.4).

«Sí, me toman la tensión con frecuencia (...) El médico, ahora por ejemplo que tengo este resfriado tan malo con aerosoles y eso. El médico me ve todas las semanas Me ve una vez a la semana y si hiciera falta dos pues dos, las que hagan falta» (p.7).

«Voy tomando lo que me dan y voy tirando» (p.8).

«Las pastillas, si me pongo mala acudo al médico el que me hizo la analítica» (p.9).

«Bueno, no cuidados, eso que estoy en cama y no me puedo mover. No, no, así, solo cuando me cambian las sábanas que me tengo que ir para un lado y luego para el otro para poder poner las sábanas como en los hospitales igual» (p.10).

«Sí, sí, medicamentos y me puedo mover más o menos, pero lo que es va todo regular. [Enseña sus heridas] No te atienden bien porque somos mucha gente y también el problema que no vas a estar todo el día» (p.11).

«Me lo hacen mis hijos, me suben me bajan me ponen las máquinas [de respirar]». (p12).

«La medicación que tengo y ya está porque yo necesitaría que viniesen a darme un poco de rehabilitación. Una doctora que yo tenía que me mandó quince días y me mejoró mucho, sobre todo el cuello y las piernas, pero ya no puedo ir... Ella me lo dijo, no te puedo meter en una ambulancia por la mañana y que llegues a tu casa a las cuatro de la tarde» (p.15).

«Si hombre yo no voy a pedir que haya una muchacha aquí ocho horas, pero al menos las pastillas de los nervios para yo no molestar a mi hija que ella tiene sus hijos, su marido y su trabajo en la calle y es ella quien me da las pastillas... y llevarme a los médicos. La muchacha me lleva al médico si le entra dentro de su hora (...) estaría bien que me dieran masaje aquí en los músculos, porque cuando me dan los ataques se me ponen muy tensos» (p.17).

«Yo no tengo a nadie nada más lo tengo a él [su hijo] o mi marido. No tengo a nadie» (p.18).

«—Piensa usted que necesitaría de algún cuidado especial como el de un fisioterapeuta o algo?

—¿Y de dónde va a venir esa persona? Si por eso me dan el dinero, porque ¿quién va a venir aquí? Porque para que venga una persona y me lave... lavarme, me lava mi hijo y ¿para qué va a venir para estar tres horas ahí sentada? Para eso que se lo den a mi hijo.

—¿Y cuáles son esos cuidados especiales?». (p.23).

«Lo que más falta nos hace es el ascensor [interviene el marido] porque cada vez que tenemos que salir al médico tiene que venir una ambulancia con dos personas para ayudar a bajarla y ella está un poquito gruesa» (p.26).

«No, no, yo no tengo nada» (p.28).

«Ninguno, yo de salud estoy perfecta hasta el día de hoy. A lo mejor, ya mañana, no es igual» (p.29).

«No. Yo si me duele la cabeza me tomo media pastilla. Hombre, yo ya estoy chirobailla [risas]» (p.30).

«No, yo estoy perfectamente, solo me tomo la pastilla de la tensión que muchas veces se me olvida ([Explica su hijo en Carlos Haya] » (p.32).

«Yo los medicamentos, yo como muy bien pero ya no puedo ponerme la dentadura

Las gotas en los ojos, unos parches... [...] muchos todo el día» (p.33).

«Pues me toman la tensión de vez en cuando. Yo les traigo las pastillas que me piden, las mismas que me tomo en la casa» (p.34).

En definitiva, podemos afirmar que los cuidados y el apoyo social y familiar representan un elemento esencial para las personas en situación de dependencia y, por ende, un factor determinante a la hora de decidir la prestación o el servicio que eligen para su bienestar. En el próximo capítulo analítico analizaremos las características y la capacidad de respuesta a las necesidades y demandas de las personas usuarias de las prestaciones y servicios que reciben.

8.1.3. Servicios y prestaciones

El Objetivo 3 relacionado con Servicios y Prestaciones. El objetivo es analizar la idoneidad de los servicios y prestaciones que reciben las personas beneficiarias de la ley 39/2006, en relación con las necesidades personales, sociales y de autonomía que demandan, e identificar los recursos que se aplican a las personas beneficiarias de la ley y si han permitido cubrir las necesidades que poseen, si se entienden los servicios sociales en el sentido específico, sin perder de vista y teniendo siempre en cuenta los catálogos que definen las leyes autonómicas del sector, así como el Catálogo del Sistema de Atención a la Dependencia.

En esta variable hemos indagado sobre las respuestas y las atenciones que reciben las personas usuarias en relación con las demandas y expectativas que tenían cuando optaron por la prestación o por el servicio que se les asignó. En consecuencia —y además del presente análisis—, las valoraciones están conectadas con el resto de variables como la salud, las relaciones sociales y la soledad; todas ellas son dimensiones que componen el constructo definido como bienestar social.

En las preguntas sobre las necesidades sociales que tienen de forma inmediata, las demandas se plasman en servicios concretos, sobre todo los relacionados con necesidades básicas y de autonomía personal. Destaca de forma predominante la necesidad de una mejor limpieza y acondicionamiento del

hogar, mayores cuidados personales, una mayor compañía, atención social en la comida y otras necesidades sociales de carácter general.

Es elocuente la opinión de los mayores al respecto, en general expresan su satisfacción con la situación y las prestaciones, además de los servicios que reciben, si bien manifiestan para todas las prestaciones y servicios determinadas dificultades y lagunas que hacen que la atención y los cuidados no se perciban con una satisfacción plena. La mayoría expresa su queja al considerar que la Administración no garantiza bien sus derechos, en cuanto a la escasez de los recursos y la tardanza en llegar la provisión del servicio.

Se centra también la cuestión en otras necesidades vitales, como la autodeterminación o el derecho a elegir libremente sobre nuestro proyecto de vida cuando somos mayores —salvo en caso de incapacitación o circunstancias adversas diagnosticadas en orden a criterios profesionales o legales—. En este sentido, el hecho de estar en casa en el medio connatural es una necesidad que parece vital para la mayoría. Es el lugar donde se siente más libertad y bienestar social, al compartir los recuerdos, decidir horarios, preferencias y sobre todo vivir con más tranquilidad, mientras su estado de salud lo permita. En general, las personas entrevistadas prefieren vivir en casa siempre que puedan, frente a un pequeño porcentaje que prefiere vivir en la residencia. Todas las personas entrevistadas que vivían en sus hogares muestran su deseo de permanecer en su casa con los apoyos domiciliarios suficientes siempre que puedan. Incluso algunas de los usuarios que viven en residencias manifiestan su deseo de que les gusta vivir en su casa.

Nos llama la atención, que en la entrevista se daban opciones además de la casa y la residencia como vivir con los hijos, familiares, etc. Nuestros mayores parecen tener muy asumida la dicotomía casa/residencia y tener cierta resignación respecto al papel que puedan ejercer los hijos u otros familiares como cuidadores. Una vez más se refleja la escasa afiliación familiar. Como dimensión de esta variable —en coherencia con lo expuesto en apartados anteriores— la autonomía personal es una necesidad social crucial en esta etapa de la vida, que tiene interacciones el bienestar social, por las limitaciones que

puede implicar a la hora de salir, realizar actividades sociales o relacionarse. En este punto, los entrevistados se consideran a sí mismos poco autónomos. Si analizamos un poco más de cerca, podemos darnos cuenta de que la autonomía no es sólo que algo que aprecian mucho, sino que además la tratan de proteger lo máximo posible.

Aunque es un colectivo con poca autonomía, es crucial conocer cómo influye en esa autonomía los servicios y prestaciones que reciben del Sistema de Atención a la Dependencia.

«El me lo dijo tu nunca te verás en un centro porque tú tienes tu casa y lo primero que ha hecho es traerme» (p.1).

«Yo es que no quiero estar aquí. Él me dijo que nunca estaría aquí y mira. Porque yo tengo dinero para vivir sola y estar en mi casa» (p.6).

«Esta es mi casa, aquí están mis recuerdos y aquí es donde quiero morir» (p17).

«No porque yo estoy bien en mi casa» (p.24).

8.1.3.1. Servicios que cubren las necesidades y el apoyo especial

Sustancialmente, se está en condiciones de afirmar en virtud de los datos obtenidos y las respuestas recogidas, que están satisfechos con las prestaciones y servicios que reciben, pero en muchos casos manifiestan que son insuficientes para atender sus necesidades básicas para la realización de las actividades de la vida diaria y de carácter social. Hay un pequeño grupo que valora en negativo la prestación o el servicio que recibe y está disconforme con la atención que prestada.

En los próximos párrafos se indica de forma concreta las evidencias concretas que han conducido a esta conclusión, desglosando los aspectos señalados sobre las prestaciones y los servicios concretos que reciben.

Se puede ver en las siguientes frases extractadas de las entrevistas que realizamos, que la mayoría reclaman más atención de los servicios que reciben y que una parte de las personas que viven en residencias de personas mayores no están a gusto con el recurso asignado y manifiestan que les gustaría vivir en su casa. Otras personas entrevistadas se resignan a estar en las residencias por entender que no pueden vivir en sus casas debido a la limitación de su autonomía personal. Estas son algunas de sus reflexiones literales:

«Yo creo que sí, que las necesidades están cubiertas (...) ya te digo que yo soy optimista pero no, yo no echo en falta ningún servicio que no presten»
(p.2).

«Aquí la comida y las camas todo muy bien» (p.4).

«Mitad y mitad (...) a mí me tienen puesto en un sitio que por las mañanas vienen a levantar a los que desayunan arriba y a mí me dejan casi para el último. Luego tengo que venir corriendo, tirando del carro, y llego al comedor sobre las diez menos cuarto o así cuando debería de estar a las y media. Pero yo lo que no entiendo es que, si tu estas aquí y desayunas aquí arriba que desayunas más tarde que yo, como te levantan a ti antes y a mí me dejan para después, si contigo echan más tiempo que conmigo» (p.8).

«Yo me encuentro bien así en este estado» (p.9).

«No. A mí no me hace falta yo me las apaño solo o llamar a alguien pero que no es necesario, está la cosa bien» (p.10).

«Hombre cubre las horas que está aquí pero después claro es una hora por la mañana y después ya hasta las 5.30 no viene a darnos la cena, cubrir, cubrir, no todo pero claro hay que conformarse. (...) Si por lo menos que vinieran dos horillas más y que por lo menos pudiera hacer un poquillo más porque muchas veces los dos no podemos» (p.11).

«Hombre viene a hacerme a mí lo mío nada más pero claro que haría falta al menos una hora más» (p.17).

«Hombre alguien que me ayudara a las piernas, las piernas no las puedo doblar yo bien, me cuesta mucho trabajo andar» (p.18).

«Si la ley de la dependencia pudiese darme más porque yo sé que tengo un buen sueldo, pero es que lo pago todo y no puedo pagarlo todo y necesitaría más horas» (p.20).

«Claro que voy bien. Me siento desayuno, nos llevan para abajo, lo que pasa que yo no hago mucho porque no veo bien, a la escuela como yo digo. La gimnasia que no puedo mucho» (p.34).

8.1.3.2. Actividades básicas de la vida diaria que no puede realizar incluso con la prestación o servicio que reciben

De las contestaciones se deduce que los que viven en residencias cuentan con los apoyos para realizar las actividades básicas de la vida diaria, a pesar de que su vulnerabilidad y su grado de dependencia sea mayor. Pero echan de menos otras cosas como por ejemplo la relación con personas con las que han convivido toda la vida, las actividades de ocio que realizaban y, que ahora, es imposible realizarlas en la residencia y también por sus patologías.

En cuanto a los que viven en sus domicilios y acuden a los centros de día requieren una mayor atención en dichos centros y demandan a los familiares una labor extraordinaria para que puedan realizar las actividades básicas de la vida diaria (en adelante ABVD) durante el tiempo que no están en el centro de día. Los que reciben el servicio de ayuda a domicilio se quejan de las atenciones y, sobre todo, de la intensidad del servicio. Son escasas horas que además deben ser también complementadas por los familiares o convivientes.

Las personas usuarias que tienen asignada la prestación de cuidadoras no profesionales reclaman apoyos para estos cuidadoras familiares y atenciones especializadas que realicen profesionales. Estas son algunas de las frases que expresaban las personas entrevistadas:

*«No, aquí me hacen todo lo que yo no me puedo hacer, que es bastante»
(p.7).*

«No, porque aquí no encuentro nada que yo no pueda hacer. Si tengo ganas de irme de la habitación, me voy. Si me quiero sentar, me siento. No necesito apoyo de ninguna clase» (p.9).

«Pues claro, hay muchas cosas que quiero hacer y no las hago porque no puedo, como lavar, tender los trapos... Cocinar, cocina él. Nos arreglamos como podemos para no molestar a nadie tampoco» (p.18).

«No, yo las realizo. Ir el comprar, eso es lo que me falta...» (p.22).

«Si no viene la chica, se quedan las cosas sin hacer. La comida, que algunas veces viene mi sobrina y me trae cualquier cosa para que tenga, otras veces le digo a la muchacha: “hazme esto”, porque yo es que no me puedo poner de pie y algunas veces me levanto...» (p.28).

«No me lavo, no ando, no me puedo acostar yo sola. Dar un paseo como antes íbamos, tener vida social. Ahora son mis amigas quienes me visitan. Ya no puedo ir a misa ni ayudar a mi hija. Lo que más echo de menos es andar, porque él me ayudaba y yo con el andador, pero visto lo que me pasó tengo que ir con la silla. Y con mi hija también lo intentamos, pero nada. No pude ni moverme» (p.35).

«Yo sigo igual, mis hijas me ayudan y ahora una muchacha de aquí va y me lava y me arregla. Mi hijo me lo arregló, porque soy una persona mayor y vaya que me caiga» (p.37).

8.1.3.3. Valoración de la prestación

Por servicios y prestaciones, se observa que la queja principal de las personas usuarias del servicio de ayuda a domicilio se centra en la inmensa mayoría, de la poca intensidad y la necesidad de que sean más horas y más tareas las que realicen las auxiliares del hogar.

En las personas usuarias de las residencias, se observa que son las que mayor grado de dependencia presentan y quienes reclaman más cuidados y actividades en el centro. Además, una gran parte, añora poder vivir en su casa y tener el contacto con su entorno, aunque se resigna a vivir en el centro residencial porque entiende su falta de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Las personas usuarias de los centros de día reclaman una mayor atención en las horas que están en el centro, aunque valoran positivamente el recurso asignado. Si bien, tanto ellos como sus familiares proponen que este recurso sea compatible con la ayuda a domicilio o la prestación del cuidador familiar.

Y, por último, las personas que reciben la prestación económica de cuidadoras no profesionales advierten del trabajo tan intenso y cautivo que significa atender a una persona en situación de dependencia las veinticuatro horas al día durante todo el año. Todas las personas entrevistadas coinciden en

reclamar una mayor prestación económica y compatibilidad con otros servicios profesionales. Además de periodos de descanso y formación para las cuidadoras no profesionales.

Estos son algunos testimonios que reflejan algunas conclusiones redactadas en este apartado:

«Yo la valoro bien. Yo pienso que estoy bien» (p.6).

«Bien, podría ser mejor pero bien... [...] pues mira que me ayudaran a ducharme diariamente. Con eso tendría bastante» (p.8).

«La verdad es que no. Que yo no mejoraría nada y creo que estoy atendida en mis necesidades [...] Bueno, sí. Algunas veces la misma persona es más amable que otra, de auxiliares digo» (p.7).

«Está bien, para qué vamos a decir que esta malamente» (p.10).

«Hombre, los servicios son muy buenos. Mejor no podían ser. Las señoras todas muy buenas, yo le doy el máximo de puntuación. Ahora, si me mandaran un par de horitas, como estamos aquí los dos metidos en cama... Si yo me pudiera mover, aunque sea con el andador (y eso sería suficiente), pero como no tengo a nadie, ni una hija, ni un familiar... pero es que no tengo a nadie y él tampoco porque su familia está en Italia. Entonces estamos los dos solos» (p.16).

«Lo que necesitaría es que subiera más el dinero para ella (se hace referencia a la cuidadora no profesional)» (p.19).

«¿Más ayuda? Sí necesitaría de otra. Que le deberían de dar un poquito más, la Junta de Andalucía debería saber que eso no son dineros suficientes para un hombre estar cuidando todo el día a una mujer» (p.21).

«Pues, alguien por las tardes, alguien que me ponga la cena... Porque yo no puedo estar todo el día en el carrito...» (p.27).

«Eso es lo que yo digo, que necesitaría más horas de las que tengo, eso sí se lo he dicho» (p.28).

«Muy bien, se está bien» (p.29).

«Aquí son regular, porque no se está bien. Yo no estoy bien. Yo lo que quiero es estar en mi casa» (p.31).

«Bueno, bueno... Que una me haya resultado mejor que otras, pero no voy a estar diciéndole. Pero, generalmente, muy bien» (p.33).

«No, yo no estoy contenta con la ley de la dependencia, pero no estoy contenta porque para mí no es suficiente el dinero. Porque yo lo que quiero es andar. También me gustaría que no tuviesen mis hijas que estar viniendo. Yo necesitaría una ayuda para ella porque ella se está volcando conmigo» (p.35).

«De momento, todo me va muy bien. Las señoritas muy pendientes a nosotros y todo muy limpito. Estamos tres horas haciendo gimnasia, que me tienen mataita» (p.37).

8.1.3.4. Influencia servicio en la necesidad de relacionarse con otras personas

Durante la entrevista, se pretendía conocer la existencia de relaciones significativas entre la soledad de los mayores atendidos y los factores psicológicos, sociales, que actúan como protectores de la soledad en la población estudiada.

Pero es evidente, que genera cierta frustración y un sentimiento negativo que se acaba extendiendo a otras áreas de la vida de la persona. Bien es verdad, que una persona puede decidir aislarse voluntariamente del resto de la sociedad, pero —a diferencia de la soledad no deseada— en estos casos se busca activamente este aislamiento, que no genera malestar, y en consecuencia no son objeto ni de atención social, ni de intervención, e incluso de reflexión o enjuiciamiento ajeno. Cada persona es libre de ejercer su autodeterminación y elegir su futuro de vida —siempre y cuando tenga una cierta madurez psicológica para poder elegir—; en definitiva, de coger decidir el timón de su vida.

La mayoría de las entrevistas que se han realizado a personas que viven en residencias o acuden a los centros de día, señalan que dichos usuarios utilizan las actividades diarias como un refugio contra la soledad. Una amplia mayoría afirma que no se siente sola, frente a un pequeño grupo que sí se siente solo, en términos generales. Estas referencias no compadecen con los que viven en sus casas y reciben el servicio de ayuda a domicilio o la prestación económica de cuidadora familiar. Es decir, la incidencia de la soledad no deseada es mínima según la percepción de los participantes en residencias y centros de día; y es mayor en los que reciben servicio de ayuda a domicilio.

Muchas autoras y autores coinciden en señalar que la soledad no elegida es negativa en las personas mayores. Suele comenzar tras un acontecimiento de crisis, ante un acontecimiento no esperado o un acontecimiento nuevo que rompa de forma taxativa con la vida anterior. En el caso de nuestros participantes, encontramos un paralelismo con esta línea discursiva, porque han sufrido la evolución de la pérdida de autonomía y el proceso de situación de dependencia. Además, algunos han respondido que tras la pérdida del cónyuge o al comienzo de padecer una enfermedad cambia la vida de las personas y se inicia un período de crisis:

Los participantes perciben bastantes situaciones de soledad no elegida. Se resumen los argumentos expuestos por las personas entrevistadas:

«Hombre, claro. Yo me siento aquí más solo que cuando estaba yo en mi piso» (p.1).

«No, nunca he tenido ese sentimiento. Yo me siento bien Yo me encuentro bien aquí la verdad» (p.7).

«Desde que estoy en la residencia tengo más conversación con la gente» (p.8).

«No me encuentro tan sola porque como la familia vienen, me ven, me llaman... los amigos, las amigas... Cuando ha sido un cumpleaños, mi nieto me llama que está en el extranjero. En fin, [momentos] que te hacen recordar y te alegran un poco» (p.9).

«Hombre, pues claro me da compañía. Hay diferencia de que me cuide a que no me cuide. Me siento menos sola, claro» (p.18).

«No, yo estoy igual. Nunca me he sentido sola» (p.19).

«Bien, me siento menos sola cuando está aquí. Es lógico» (p.22).

«Hombre yo me siento más acompañada, yo veo venir a uno de ellos y quiero que me den compañía» (p.26).

«Cuando ella viene me alegro de que veo a alguien y hablo, pero cuando se va me quedo pensando y cavilando. Pero cuando ella está estoy contenta. Yo

*siempre he estado contenta con el servicio. Unas lo hacen mejor y otras peor»
(p.28).*

«Yo estoy bien Yo estaba bien antes y ahora» (p.29).

«Claro, yo estoy más contenta porque estoy con gente y [por] poder hablar y salir» (p.30).

«Claro, me dan compañía. Yo me siento divinamente. Me gusta estar acompañada. Yo es que ya necesito tener a gente pendiente de mí» (p.33).

«Hombre, al principio me costó trabajo, porque yo decía se está muy bien y me acordaba mucho de mi casa, pero luego decía: «bueno, ¿y en mi casa que hago yo?». Si yo me levantaba, hacia las dos camas y quitaba cuatro cosas, ante no estaba yo tan mal como ahora» (p.39).

8.1.3.5. Respeto a la intimidad

La intimidad es vivencia, sentimiento, es subjetividad y percepción; de ahí las dificultades de objetivar el fenómeno de la intimidad. Puede existir, y existe, la intimidad viviendo en compañía: hogares de más de una persona mayor. O la dificultad en centros residenciales, aunque estén bien atendidos y con cariño, a veces faltan espacios para la intimidad. La mayoría de residencias tienen habitaciones compartidas.

La falta de intimidad es un fenómeno invisible, no inquieta a la sociedad porque no afecta al resto de personas ni genera inseguridad. Es importante que profesionales como familiares se conciencien sobre la necesidad de preservar la intimidad de las personas en situación de dependencia y favorecer momentos y espacios que permitan garantizar este derecho que debemos tener todas las

personas. Sin concienciar al entorno próximo y hacerle sensible y cooperador, las demás actuaciones adolecerán de base sólida y estable.

Toda actuación con personas mayores en relación con la intimidad tiene que ser sensible, respetuosa y no invasiva. Las personas mayores no pierden su derecho a la intimidad ni su libertad para decidir sobre su vida, incluso a vivir en soledad. Nadie puede decidir sobre la vida de las personas. No se puede diseñar ningún plan de intervención que no sea, en esencia, un plan de apoyo a las decisiones que la propia persona mayor tome sobre su vida. La excepción a este principio solo puede ser en el caso de personas con grave deterioro cognitivo que les impida cuidar de sí mismas al nivel más básico, o que suponga un riesgo para sí o para los demás. Pero en estos casos, sólo la fiscalía puede tomar decisiones fundamentadas para decidir intervenciones no voluntarias. Y, si hay motivos para decidir una intervención no voluntaria, lo más probable es que esa persona no pueda seguir viviendo de manera autónoma -sola- en su domicilio.

Se constata que la intimidad como variable independiente se relaciona con el grado de dependencia en tanto en cuanto que se va menoscabando cuanto mayor grado de dependencia se adquiere. Ya que los cuidados que se deben prestar para mantener las actividades básicas de la vida diaria son más frecuentes y constantes. Exponemos los principales relatos de los participantes a continuación:

«Yo creo que sí. La mía y la de todo el mundo creo» (p.7).

*«No, siempre me respetan mi intimidad, aunque ya no hay intimidad (risas)»
(p.12).*

«No él nada, el me respeta y lo lleva todo muy bien» (p.13).

*«Sí, si no la respeta yo le digo que se calle. Ella es muy curiosa, pero yo le digo: “mira no pases por ahí” (se ríe). Pero conmigo la respeta la verdad»
(p.15).*

«Si... aunque depende de la educación que tenga. Depende de la chica, pero esta es que no aprende porque yo creo que lo que tiene es prepotencia» (p.22).

«No, siempre me han respetado. No han sido groseras ni nada, cuando les he dicho algo a alguna y les ha sentado mal se han subido, pero luego han bajado y no pasa nada» (p.27).

«Si Claro que me respetan» (p.30).

«No, son muy buenos. Con mucha educación y me respetan en todo momento» (p.32).

8.1.4. Evaluación del servicio: Calidad y hábitat

Relacionado con el objetivo de analizar la efectividad de las actuaciones sociales, para mejorar la calidad de vida, en aras al bienestar social de los destinatarios. Identificar la eficacia de las prestaciones llevadas a cabo por el Sistema de Atención a la Dependencia, para mejorar la autonomía personal y la situación social de los destinatarios.

El concepto de calidad en los Servicios Sociales es reciente y en este sentido con un escaso desarrollo, si bien con interesantes perspectivas. La calidad no se puede apreciar—y consiguientemente ser medida—de manera directa; porque, ¿qué es la calidad...? Sería difícil encontrar referencias similares y operativas del tema que fueran coincidentes entre unos y otros evaluadores o responsables. Se trata por consiguiente de operativizar el concepto de calidad aplicado a los Servicios Sociales; estas tres dimensiones de la calidad son: calidad de las instalaciones, calidad científico-técnica y calidad relacional.

Calidad de las instalaciones y adaptación de la vivienda: se refiere a aspectos tales como la imagen de los edificios y de sus equipamientos, facilidad para identificarlos y para acceder a los mismos (ubicación, barreras arquitectónicas...), comodidad de los lugares de espera, intimidad... aspectos de especial trascendencia para la imagen y la calidad que los Servicios Sociales deben proyectar hacia la población y hacia sus usuarios o destinatarios.

Calidad científico-técnica: trata de definir, para una determinada intervención, qué proceso es el más oportuno, de acuerdo con las teorías y prácticas en vigor y el desarrollo de las diferentes técnicas de intervención. El olvido o fallo, en algunos de los «pasos» previstos en el proceso, determinaría una quiebra o déficit de esta dimensión científico-técnica de la calidad.

Calidad relacional: este tercer aspecto o dimensión de la calidad tiene una especial trascendencia en el caso de los servicios sociales, donde la comunicación, la interrelación profesional-usuario, tiene una marcada significación para el logro del resultado que la intervención social se propone lograr. Contempla aspectos tan interesantes como conocer la valoración subjetiva que los usuarios hacen respecto a si han podido expresar todo lo que pretendían, si se han sentido escuchados y comprendidos, si ellos a su vez han «entendido» lo que el profesional les ha transmitido, si sienten que «se preocupan» o si «se hace todo lo que se puede» por resolver su situación...

Determinar los parámetros operativos para medir cada una de estas dimensiones es un proceso complejo; como lo es la forma de obtenerlos como han puesto de manifiesto las investigaciones realizadas. Queda mucho camino por recorrer, pero la mejora constante de la Calidad es un objetivo que puede dignificar los Servicios Sociales y justificar su existencia.

8.1.4.1. Que cambiaría del servicio. Preferencia de la vivienda

Sustancialmente, estamos en condiciones de afirmar en virtud de las respuestas obtenidas, que el Sistema de Atención a la Dependencia presta unos servicios valorados positivamente, pero reconocidos como insuficientes por parte de las personas usuarias. En los próximos párrafos, se indican de forma

pormenorizada las evidencias concretas que han conducido a esta conclusión, desglosando los aspectos y servicios que se prestan. En consecuencia, en líneas generales, la inmensa mayoría de los entrevistados consideran que tanto los servicios como las prestaciones impactan de manera positiva en sus vidas. Sienten que aportan seguridad y bienestar social a sus vidas. Es también un modo de afrontar los temores que tienen por sus limitaciones o posibles episodios de salud.

No obstante, la mayoría considera que los cuidadores que tiene actualmente no son suficientes para cubrir sus necesidades. Es decir, existe una necesidad latente de ayuda a domicilio y es imperioso reforzar este servicio, además de mejorar los servicios de centro de día y residenciales. Dentro de las preguntas referidas a las áreas de oportunidad a mejorar, se puede apreciar mucho mejor las propuestas en el siguiente análisis cualitativo del contenido de las entrevistas.

Se aprecian diferencias en función del hábitat, ya que son distintas las percepciones de su bienestar en función del núcleo de convivencia o centro residencial. En primer lugar, la inmensa mayoría de las personas entrevistadas desean vivir en sus domicilios y en su entorno, y muchas consideran que las residencias son el último recurso que se puede adoptar y únicamente en el caso en que su situación sea insostenible por la falta de autonomía de vivir en sus casas.

Las personas que viven en residencias solicitan un trato más cercano y continuado y, a la vez, mayores atenciones y posibilidades de tener más actividades acordes con sus preferencias e intereses. También la necesidad de contar con espacios que les permitan disponer de una mayor intimidad.

Las personas usuarias que residen en sus hogares solicitan mayor intensidad y compatibilidad en los servicios. Se solicitan —por norma general— más horas de ayuda a domicilio, más horas de centros de día y una mayor cuantía económica de las prestaciones que reciben las cuidadoras familiares. En las siguientes citas se observan al detalle estas valoraciones de las personas entrevistadas.

«Ahora van cambiando. Las enfermeras y las auxiliares de la cuarta planta [son] todas conmigo estupendamente y ahora la están cambiando, caras nuevas. A ver como se portan» (p.1).

«En mi casa, [...] porque si estuviera en mi casa tendría la libertad, aunque no mucha como antes. De salir a la calle y ver a la gente pasar y cruzar. Aquí no» (p.3).

«Hombre yo en mi casa. Como la casa de uno... Por muy bien que se estuviera... pero la casa de uno de toda la vida... Pero cuando no se puede, esto es lo mejor. Esta residencia, desde luego, es extraordinaria, por lo menos aquí hay un servicio estupendo. Yo lo encuentro muy bien» (p.5).

«Lo decidí yo y mi sobrina me estuvo ayudando en los papeles y en todo. Yo ya sabía que tenía que venir a una residencia porque los cuidados que yo necesito no me lo pueden hacer en la casa. Porque, aunque tengas una persona que te lo hagan, no te lo hacen bien» (p.7).

«Pues yo lo decidí por mi parte, yo por mi parte. Cuando no podía manejarme en la casa y había dos tramos de escaleras y no me podían sacar, subir y bajar todos los días y decidí, porque no quería tener a nadie colgado a mi espalda, irme a una residencia» (p.8).

«¡Ah! Pues eso no lo sé yo... Puede ser porque se encuentre muy sola o porque no se encuentre capacitada para hacer ciertas cosas y [ella] diga: "Pues yo me voy a una residencia, que allí me lo hacen todo". Es lo único [a lo] que yo [le] encuentro [sentido], que una persona estando en su casa decida meterse en una residencia. Encontrarse sola completamente y sin ayuda de nadie» (p.9).

«Pues no cambiaría nada. Bueno, sí, que hubiese una sala para manualidades y para buscar y eso... porque aquí echamos las tardes y ahora en invierno fatal. (p.10).

«Yo nada, porque yo estoy muy contenta, no cambiaría nada. Eso sí un poco de más ayuda. Pero de cambiar nada, son todas muy buenas personas» (p.11).

«Que distribuyeran bien las horas, porque tampoco veo bien que se tiren horas sentadas o hablando por teléfono y a mí luego me falten cosas como tirar la basura. Los pequeños detalles, que no tengo toallas en el baño, yo que sé, mil cosas... Que por otro lado esas horas se están desperdiciando» (p.15).

«No, no, yo aquí en mi casa, no puedo decir nada de una residencia, porque nadie de mi familia ha estado allí, pero yo estoy aquí mejor en mi casa, porque, gracias a dios, tengo bien la cabeza. Ahora si me meto en un sitio que creo que me pondría peor» (p.18).

«Yo no sé. Darle más horas a ella para que estuviera conmigo» (p.19).

«En mi casa, porque me encuentro a gusto. Su casa es lo que mejor tiene una, como en su casa, no hay nada» (p.20).

«¡Ah, no! No, yo no quiero. Mientras yo tenga mi cabeza bien, no. Yo quiero estar aquí, en mi casa. Ahora si no la tengo bien que hagan lo que quieran (...) Yo me encuentro muy a gusto en mi casa. Que llegue usted a esta edad y tenga la cabeza bien (risas). La casa de uno es la casa de uno, porque si yo tengo ganas de acostarme o de comer hago lo que yo quiera» (p.23).

«No, yo no cambio nada, porque para mí es bueno todo» (p.24).

«Hombre, siempre en la casa de uno se está mejor que en cualquier lado. Aunque aquí estoy bien de comida y de todo, pero estoy mejor en mi casa. Yo estoy aquí muy bien lo mismo que en mi casa, pero cuando una llega a su casa...» (p.29).

«Yo que voy a cambiar si todo está muy bien» (p.30).

«Hombre, él es quien me cuida, qué le voy a pedir más [...] hombre que me dieran más tiempo para que me cuidara mejor» (p.31).

«Hombre, yo pienso que... No sé... Saber que tenga hijos y diga: “Antes de ser una carga para ellos, yo me voy”. ¿No? Yo creo que, por ti sola, no.... Yo no soporto la soledad, pero la aguanto como yo digo, pero yo teniendo mi casa... Como muchos dejan su casa y sus hijos, que quiere que le diga... Aunque yo los admiro porque allí están muy bien y todo, pero yo no...» (p.32).

«Yo en mi casa. Porque yo en mi casa estaba muy bien, con los vecinos me llevaba muy bien. Cuando terminaba de hacer las cosas, yo me iba a pasear con mi hermana. Hombre, cuando una persona que este mala y no sirva para nada está mejor en una residencia, pero pudiendo moverse y hacerlo todo ¿para qué va a estar en una residencia?» (p.34).

«Alguna ayuda para darles un respiro a ellos también» (p.35).

«No, yo prefiero esto, antes de estar encerrada en una residencia» (p.37).

«Yo creo que el nivel de enfermedad que tengo no es para 260 €, no 240 €, pero claro yo no me puedo pasar de ese dinero, que me paso porque son 60 € a la semana y como ya le dije siempre hay algunas cosas extraordinarias y se las tengo que pagar a parte» (p.39).

«Yo de las residencias no tengo muy buenos escuchamientos. Yo prefiero estar aquí, porque mis hijas me dicen que eso sería una vergüenza que yo me fuese a una residencia, pero no es una vergüenza para que ellas estuvieran aquí» (p.40).

8.1.4.2. Cómo ha cambiado su vida tras recibir las prestaciones

Una vez identificados los recursos y sus formas de aplicación es preciso indagar en qué medida se han cubierto las necesidades diagnosticadas y cómo ha cambiado la vida de la persona usuaria de esos servicios y prestaciones.

La combinación de las variables analizadas conduce a plantear futuras líneas de trabajo e intervenciones sociales desde una perspectiva integral, tanto por parte de las instituciones como por los actores que trabajan en el SAAD. En las entrevistas se reflejan esta multidimensionalidad y las interacciones de todos los factores descritos en torno a los cuidados como un todo que oriente una intervención efectiva y de calidad. En la construcción de estos argumentos es oportuno explicar que el ciclo vital de adulto mayor en situación de dependencia trae muchos cambios difíciles que producen crisis y situaciones complejas.

Uno de los mayores problemas para estas personas mayores es que sus círculos sociales comienzan a reducirse a medida que pasan los años. Los amigos, las personas importantes y los miembros de la familia se mudan o fallecen. Incluso aquellos que aún viven cerca pueden ser inaccesibles debido a la movilidad limitada, especialmente una vez que un adulto mayor tiene mermada su salud o autonomía personal. Por esta razón, los cambios relacionados con la edad en las condiciones de salud —tanto física como psíquica— pueden dificultar aún más la comunicación y sobre todo los apoyos para garantizar las

actividades básicas de la vida diaria. Los servicios y prestaciones de la LAPAD están permitiendo con estas personas beneficiarias de una prestación o servicio, cambios en sus vidas que faciliten una convivencia positiva y la integración social.

Pero es un reto muy complicado que requiere un abordaje integral y más recursos institucionales cuando este colectivo experimenta una combinación tan compleja de estos factores. Este proceso, puede ser más difícil aún si no existe conciencia o motivación familiar para apoyar en los cuidados de las personas en situación de dependencia.

«Como yo estaba en la calle, aquí hay una gran diferencia. En mi casa yo antes hacía lo que me daba la gana, estaba a gusto y ahora aquí hago lo que tengo que hacer, no me salgo de las reglas establecidas» (p. 7).

«Pues ha cambiado un 90%, porque yo cuando me acuesto y empiezo a pensar y pensar, con todo lo que he sido yo y he trajinado, ahora aquí sentado en un carrito sin poder decidir nada de nada... no poder ir a un cine o a un teatro o a un concierto... Eso sí lo hecho mucho de menos. [...] Si estás mejor atendido, pero echo de menos tener un poco más de espacio. También [lo] echo de menos, que ahora no está, pero nos íbamos a la cafetería e íbamos a jugar al dominó, al parchís y eso lo echo de menos...» (p. 8).

«Estoy mejor la verdad, aunque con las reacciones estas que me dan estoy y no estoy mejor» (p. 17).

«Hombre, para mejor, porque antes... Es que antes estaba completamente... Mi hijo me puso una señora que venía pagándola con su dinero, pero me robó, me quitó el oro, me quitó... Mucho mejor, claro. Hombre, es que yo antes no me podía lavar bien y ahora ellas me bañan, por lo menos me da el desayuno. Algunas veces también limpian...» (p. 18).

«Hombre, desde que está ella, estoy mejor. Tengo compañía y tengo quien me haga las cosas. Cuando la veo venir me da alegría, porque no es lo mismo hablar con alguien que con el techo. Porque si no viene ella —el sábado ni el domingo no está ella y son tres días que no las tengo— esos días estoy más triste y estoy loca por que venga ella y poder hablar» (p. 19).

«Pues lavarme, que yo no podía, no me va a lavar ella que está peor (señala a su mujer)» (p. 20).

«Pues cuando me levanto digo: “¡uy! que me tengo que poner guapa por si alguien me quiera”. Yo estoy aquí muy a gusto y no encerrada allí en la casa» (p. 24).

«Un alivio, claro» (p. 27).

«Ahora que me cuida, mucho mejor» (p. 28).

«Lo mismo, estoy bien no me ha cambiado nada estoy bien» (p. 32).

«Hombre mucho, porque yo antes tenía que hacerlo, aunque no pudiera y si terminaba a la una ya no tenía ni ganas de comer. Yo todavía la ayuda un poco, pero eso en lo que mis manos y mis pies me deja, porque entiendo que ella no lo podía hacer todo» (p.36).

«No estar tan agobiada y cansada como antes» (p. 39).

«Yo no he notado en mi vida nada, como todo lo tiene él para mi sigue igual que antes. Yo para estar igual que estoy sentada aquí. Pero si necesito algo

me lo trae él. Lo que no hemos conseguido es ampliar el horario de esta chica (interviene el marido), ahora tenemos que pagarlo nosotros si echa más horas»
(p. 40).

Como hemos evidenciado, muchas personas mayores experimentan una disminución en el número y la calidad de su autonomía personal y sus relaciones a medida que envejecen, ya sea de forma autoimpuesta o debido a fuerzas externas. Podemos concluir, incluso, que cuando las personas mayores están siendo atendidas por cuidadores familiares se presta poca atención a la comunicación con el resto de la familia y se centra sobre todo la actuación en los cuidados más básicos. Los hallazgos enumerados anteriormente son factores explicativos, pero los cuidadores, bien por sus responsabilidades cotidianas o por otras circunstancias, no siempre pueden satisfacer realmente las necesidades emocionales y sociales de estas personas.

8.1.4.3. ¿Qué prima? ¿Su decisión o la organización servicio?

Las hipótesis etiológicas sobre la falta de autonomía personal y las situaciones de dependencia, tiene importantes repercusiones sobre las prestaciones o servicios que se ofertan. La consideración de la falta de autonomía como una enfermedad de sustrato orgánico —según el modelo médico— postula la existencia de factores de orden diverso que determinan una vulnerabilidad de base biológica y que limitan tanto el proyecto vital como la convivencia positiva. Estas teorías conceden escaso margen de elección al sujeto, y recomiendan prestaciones y servicios que se definen y se prestan de acuerdo con planteamientos que priman las atenciones sanitarias e sobre las decisiones personales, infravalorándolas.

Por el contrario, las posturas que sostienen la responsabilidad plena del sujeto en el desarrollo de su proyecto vital han abogado tradicionalmente por prestaciones o servicios que primen la convivencia positiva, la integración social y la libertad de decisión de las personas.

Frente a diversos planteamientos surgen cuestiones contrapuestas, como el valor que se le da a la libertad de la persona y la influencia de la familia, e incluso de la prescripción social del profesional de referencia. Se llega a afirmar que la libertad del individuo está ligada a su salud. Hay, por otro lado, quien opina que la libertad del individuo se fundamenta, por un lado, en factores de determinación biológica (no controlables por él), y, por otro, en factores no biológicos (culturales, sociales, morales, etc.). Sirvan estas citas textuales que expresan las personas entrevistadas como reflejo según lo analizado:

«Claro, que allí iría mi gente, mis hijos irían allí a verme más veces. Por ahí es mejor, si yo estuviera más cerca de mi casa, estaría mejor. Pero yo, para estar solo, lo mismo me da estar aquí que allí» (p.1).

«No, yo lo que yo quiera no lo puedo yo hacer, no es mi casa (...) yo todo lo que yo pido aquí me lo dan. Yo sé que yo pido permiso aquí para ir a mi casa y demás y sé que no hay problema. Yo estoy contento vaya, estoy contento» (p.6).

«Yo, vivir. Para mí lo más importante es vivir, más bien o más mal, [pero] vivir. Lo más importante es lo que yo quiera porque la residencia me puede marcar unas pautas y yo estaré conforme sí o no, pero, aunque no me guste, me las tengo que tragar. Y ya está» (p.8).

«Sí, mucho. A veces hemos estado en la casa de mi hermana unos días y ya quería yo venirme a mi casa. Si yo entré aquí con tres días» (p.9).

«Sí, claro es en el mejor sitio donde yo he estado ha sido en la Misericordia (historia de donde ha vivido)» (p.10).

«Hombre, yo creo que es más importante lo que ellos digan porque yo cómo le voy a organizar lo que tienen que hacer» (p.13).

«Pues sí, porque yo tengo a toda la familia aquí, yo antes vivía por Carlos de Haya y me cogía muy cerca del trabajo. Y cuando ya me jubilaron me dijo mi sobrina: “Tita, ¿por qué no te compras un piso por aquí por El Palo, vendes ese y te vienes aquí que estas más cerca?» (p.15).

«Hombre, eso es así, ellas me lo han dicho muchas veces. Yo hago lo que ellos me dicen (se refiere a las auxiliares)» (p.17).

«Yo creo que lo que digan ellas (se refiere a las trabajadoras sociales)» (p.18).

«Hombre, como estar en la casa con su gente... No es lo mismo» (p.23).

«Sí, yo creo que igual. Ellos respetan lo que yo diga... No puedo quejarme la verdad...» (p.24).

«Yo no estoy disgustá, porque esta zona es muy buena yo me he criado aquí. Este sitio es muy tranquilo. (p.26)

«Pues porque no tiene una ayuda, no tienen una familia y no tiene posibilidades de manejarse sola, pero por voluntad personal yo creo que nadie. Yo tengo la experiencia de una vecina de enfrente y fatal» (p.27).

«En absoluto me importa porque este barrio es muy solitario no hay personas agradables. Ahí al lado una mujer sola que cuando vienen sus hijas me pitan y todo, pero no han venido ni a visitarme, no hay ninguna relación...» (p.28).

*«Pues lo mío, mis decisiones claro. Yo es que aquí como tengo poco trato...»
(p.29).*

«Claro, porque yo estoy acostumbrada a El Palo y conozco a muchas amistades. Somos una familia muy grande y siempre he estado por aquí. Nos hemos criado siempre aquí» (p.31).

«No, ellos me dejan que yo decida. Ella me respeta, ella sabe lo que me gusta y ella me lo compra todo lo del mes. Si yo le digo me gustaría esto y se hace lo que yo diga» (p.32).

«Hombre, ¿yo a dónde me voy a ir si yo me he criado aquí?» (p.33).

«Hombre, es que esto yo no lo conocía, El Palo. Pues ya ve... Ya hace un siglo que yo no veo Málaga. Yo ya no me voy de ahí» (p.34).

«Claro porque yo estoy acostumbrada a [vivir en] El Palo y conozco a muchas amistades. Somos una familia (p.35)

«Yo que sé, que hagan lo que quieran. Lo más importante tiene que ser para mí que soy quien lo pido, pero si no me lo dan que voy a hacer» (p.36).

«Hombre cuando una persona que este mala y no sirva para nada está mejor en una residencia, pero pudiendo moverse y hacerlo todo ¿para qué va a estar en una residencia?» (p.37).

«No, aquí no te mandan que tengas que hacer otra cosa. Lo que ellas digan es lo que hay que hacer. Si me dieran cualquier cosa que no me guste ya... Yo lo que ellas hacen lo veo bien, pero si veo que me tratan mal o me hablan mal ya sería cosa de pararle los pies, pero como no me pasa a mí, ni veo que le pase a nadie más» (p.38).

«Fatal, si no hay más remedio, mira, pero me sentaría fatal. Si me llevan, que me lleven inconsciente, porque por mi propio pie y ganas, de aquí no me muevo» (p.39).

«O porque están solas y no tienen un entorno familiar. ¿Cómo es posible que las criaturas estén solitas? A lo mejor la han dejado sola su familia» (p.40).

Creemos después de analizar las contestaciones a las preguntas de la entrevista sobre estos aspectos, que se debe aplicar el principio ético de autonomía —capacidad y competencia de las personas dependientes— y el principio de beneficencia: proponer la prescripción del recurso pensando en lo mejor para la persona solicitante. Y advertimos que a la inmensa mayoría los que más valora es que los servicios tengan proximidad con sus entornos.

8.1.4.4. Lo que más y menos gusta de las prestaciones o servicios

En las siguientes frases se recogen de manera literal lo que más valoran y lo que menos les gusta de la prestación o el servicio del que son beneficiarios. Son contestaciones espontaneas y tan heterogéneas que transcribimos literalmente una representación y las tendremos en cuenta a la hora de pensar en las conclusiones. Las principales ideas que se reflejan por parte de las personas entrevistadas es por una parte la sensibilidad social y el trato humano de las personas que les cuidan, y por otra evitar la monotonía y hay una tónica dominante que se quejan más las personas con mayor grado de dependencia y aquellas que viven en las residencias.

Lo que más les gusta:

«Aquí me gusta todo. Yo lo que no estoy a gusto es con algunos tíos de esos... Ese tío que es muy sin vergüenza, que lo veo que se pelea con todos» (p.1).

«Lo que menos les gusta tiene que ver con la soledad, la falta de actividades, el poco tiempo que le dedican y a veces el control excesivo de sus comportamientos y actuaciones. A algunos de ellas les gusta todo y no tienen ninguna queja» (p.3)

«Que me gustaría estar en mi casa, pero luego ya comprendo yo lo que dice mi hija» (p.5).

«Pues lo que más me gusta es el compañerismo con las auxiliares y con el personal de comedor» (p.6).

«Pues, si le digo la verdad, la terapia. Eso es lo que más me gusta, porque estoy distraída, cuando me canso lo dejo, cuando no sigo. Pero, lo demás, estar todo el día ahí sentada sin hacer nada... Porque si yo viera, estaría encantada, porque hacer el punto para mí era genial, pero como no veo... No puedo ni leer, ni escuchar casi... solo puedo hacer la gimnasia y eso...» (p.7).

«No sé lo que decirte... pues eso que no hay actividades...» (p.8).

«Estar tantas horas sin hacer nada, monótonas. Debería de haber más actividades durante el día, diferentes. Es que, la verdad, termina la tarde y estas sin hacer nada... [...] Claro, por las tardes hacer alguna actividad, porque desde que se da el almuerzo hasta las ocho y cuarto que se da la comida son seis horas que no vea... A ver qué haces durante esas seis horas» (p.9).

«Hombre, pues salir a la calle, que me haga la cama y que me lave que yo no puedo. Pues depende, a veces una hora y media, otras dos horas. Eso está muy bien, porque si no me quedo en la cama invalido ya del todo» (p.12).

«Pues no sé qué decirle. Supongo que me haría falta que me dieran más horas, con eso es con lo que no estoy conforme. Yo necesito más ayuda, eso sí» (p.18).

«La ayuda que me da, la compañía de ella que esté aquí si tengo que decirle algo ella habla y contesta. Si necesito que vaya a abrir la puerta y ella va corriendo, el teléfono muchas veces... Hay muchas cosas que yo no entiendo y ella me lo soluciona» (p.23).

«Pues los compañeros que son muy buenos y hablan muy bien y dan consejo, esas cosas así» (p.26).

«Pues eso que le estoy contando... Los pequeños detalles, que son muy importantes, de la vida. Si esto está así y sabes que no es así que trabajo cuesta. Yo lo digo que no es por quejarme, es consejo, por instinto, porque como he estado tantos años en ello es lo que soy ¿me explico?, pero no lo recibo y, sobre todo, esta que es muy nerviosa, pero ya está mayor y lo quiere superar me da mucha pena, pero ella lo hace de buena fe» (p.27).

«A mí, que nos llevamos muy bien las que somos, las amistades» (p.29).

«Que es un protestón... No me deja comer dulces por lo del azúcar. Todo lo que hace me gusta, porque no tengo a nadie» (p.30).

*«Yo no he encontrado nada malo. Soy una persona que voy a lo mío y basta.
Si hay algo que no me gusta, yo lo digo» (p.32),*

*«A mi gustar, me gusta todo. Si salimos ahí al jardín nos distraemos mucho,
porque una habla, una cosa otra, otra y estamos allí tomando el solecito y
estamos a gusto» (p.34).*

*«Yo no tengo nada que decir malo de él. Yo [lo] quiero a él, [a] mis hijas y [a] la
chica que me ayuda, no quiero a nadie más» (p.36).*

*«A mí me gusta mucho que me cuide mi sobrina. Lo que más me gusta es que
me echen crema, que me cambien el pañal, que me cuiden» (p.39).*

*«El estar con él es lo más imprescindible para mí. Que lo tenga yo delante y
verlo donde está. Él tampoco se puede mover de aquí de la casa por mi culpa y
me gustaría que el pudiera hacer sus cosas y moverse» (p.40).*

En líneas generales, todas las personas entrevistadas manifiestan estar satisfechas con la prestación o servicio que ha determinado su plan individual de atención, no en vano, dicho plan debe contar con el consentimiento de la persona en situación de dependencia. Por otra parte, algunas personas se quejan de la intensidad del servicio y la compatibilidad entre prestaciones y servicios.

Con el análisis de estos capítulos analíticos que recogen la información de las entrevistas en profundidad realizadas a personas usuarias de Servicio de Ayuda a Domicilio, Centros de Día, Residencias y Prestación Económica de Cuidador Familiar tenemos la información suficiente, que, complementándola con la información de las fuentes secundarias y el estudio del marco teórico, para afrontar las conclusiones definitivas.

9. DISCUSIÓN GLOBAL SOBRE LOS RESULTADOS

Dada la gran cantidad de información en este apartado se procede al análisis de los datos cualitativos que han anidado el diseño mixto empleado, para finalmente realizar la discusión e integración de los hallazgos en torno en las variables específicas independientes y dependientes; esta integración se aglutina en función de los objetivos e hipótesis de investigación establecidos y como respuesta a las averiguaciones obtenidas a partir de los mismos.

Comenzamos con la primera hipótesis que se confirma. Ya que todas las personas que son usuarias de una prestación o servicio, no lo son con carácter graciable o sujeto a disponibilidad presupuestaria, sino que la reciben como derecho subjetivo de ciudadanía y eso supone que la LAPAPD ha supuesto el mayor avance en protección social en los últimos tres lustros, si bien se manifiestan quejas sobre intensidad y compatibilidad que demuestran que ha tenido un desarrollo desigual y un complejo procedimiento que junto con un modelo de financiación deficiente ha provocado desequilibrios territoriales en su aplicación y gran vulnerabilidad ante decisiones que pretenden el desmantelamiento del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Se ha demostrado que la ley reconoce derechos subjetivos de ciudadanía pero que ha estado sujeta a decisiones institucionales que ha dificultado en muchos aspectos el desarrollo eficaz y desde la equidad que debe de garantizar un derecho universal.

También, nos ha aproximado a un mejor conocimiento del bienestar social y las necesidades de estos mayores. Hasta el momento, con una emergente producción científica, la mayoría de los estudios indagan en los cuidados de las personas en situación de dependencia, sus características, la provisión de los servicios, los factores internos y externos que influyen en el bienestar. Consideramos que en realidad la falta de autonomía personal es un problema de la estructura social, que afecta a toda la sociedad a su conjunto, aun reconociendo que tiene una especificidad o un plus de prevalencia adicional en el adulto mayor. En cambio, pocos estudios han analizado la autonomía personal

como una cuestión de salud, apoyo familiar, bienestar y calidad de vida, definiendo estos factores como preventivos y multidimensionales. La complejidad de esta multivariable dificulta el análisis de los resultados y el orden lógico de la exposición de los resultados.

La situación de dependencia está relacionada directamente con distintas dimensiones como con el apoyo familiar y social, la autodeterminación o toma de decisiones y el bienestar social. La confirmación de la segunda hipótesis es notoria, ya que las intervenciones sociales de calidad, prestaciones y servicios, como los provistos por el Sistema de Atención a la Dependencia, han demostrado distintos ritmos en la aplicación, su eficacia y a la vez deficiencias palmarias, como vectores que pueden ayudar a la autonomía personal.

Se confirma la tercera hipótesis que planteaba que los servicios y prestaciones que se desarrollan en el entorno familiar de la persona en situación de dependencia son los más demandados. Los servicios de proximidad deben ser complementados por apoyos de familiares cuando se aplican a personas con valoración de Grado II y Grado III.

Existe una relación directa entre el grado de dependencia y las prestaciones y servicios que se reciben por parte de los beneficiarios del sistema. También existe una falta de flexibilidad de los servicios para adaptarse a las situaciones de las personas dependientes y de sus cuidadores principales como una de las causas de la escasa elección de determinados servicios. Por otro lado, Los servicios residenciales se aplican fundamentalmente para grandes dependientes.

Hay falta de flexibilidad de los servicios para adaptarse a las situaciones de las personas dependientes y de sus cuidadores principales como una de las causas de la escasa elección de determinados servicios de proximidad.

En la construcción de estos argumentos es oportuno explicar que el ciclo vital de adulto mayor trae muchos cambios difíciles que producen crisis y sufrimiento ante la pérdida de la autonomía. Los cambios relacionados con la edad en las condiciones de salud —tanto física como psíquica— pueden dificultar aún más la comunicación. Los servicios y prestaciones, con su atención

periódica, están trabajando con estas personas dependientes, para que mantengan unas mejores relaciones sociales, mayor bienestar social y calidad de vida a pesar de estos desafíos.

Pero es un reto muy complicado que requiere un abordaje integral, más recursos institucionales, cuando este colectivo experimenta una combinación tan compleja de estos factores. Podemos concluir incluso, que cuando las personas mayores están siendo atendidas por cuidadores familiares, se presta poca atención a la comunicación con el resto de la familia y se centra sobre todo la actuación en los cuidados más básicos.

Los hallazgos enumerados anteriormente, son factores explicativos, pero los cuidadores o bien por sus responsabilidades cotidianas, o por otras circunstancias, no siempre pueden satisfacer realmente las necesidades emocionales y sociales de estas personas.

Los servicios que se desarrollan en el entorno familiar de la persona en situación de dependencia son los más demandados y valorados, aunque se exige que sean complementados por prestaciones de cuidadores familiares cuando se aplican a personas con valoración de Grado II y Grado III.

Existe una relación directa entre el grado de dependencia y las prestaciones con los servicios que se reciben por parte de los beneficiarios del sistema. Los servicios residenciales se aplican fundamentalmente para grandes dependientes. Hay falta de flexibilidad de los servicios para adaptarse a las situaciones de las personas dependientes y de sus cuidadores principales como una de las causas de la escasa elección de determinados servicios.

En cuanto a la cuarta hipótesis planteada, se comprueba que hay razones económicas, jurídicas, sociodemográficas y de justicia social para garantizar la viabilidad y la sostenibilidad del Sistema de Atención a la Dependencia y es necesario un cambio de paradigma para justificar la necesidad de mantenerlo.

La inversión pública en servicios profesionales —prestados mayoritariamente por operadores privados— es una fuente de generación de empleo muy importante, además de una vía de obtención de retornos a las arcas públicas con tasas superiores a las de muchos sectores productivos.

Se comprueba por la información recogida en los resultados de las entrevistas que el empleo generado por los servicios del SAAD es similar a los que se definen en virtud del acuerdo publicado por resolución de 2 de diciembre de 2008 del MEPSYD —BOE 17/12/2008—. La ponderación media estimada y aplicada en cuanto al ratio de trabajadores por personas en situación es atendida según tipología de centros o servicios, sin tener en cuenta los trabajadores contratados por las propias entidades que deben desarrollar el proceso de la ley en las comunidades autónomas y entidades locales.

De acuerdo con los estudios referidos del Observatorio Estatal de la Dependencia se comprueba que la ratio de trabajadores por persona atendida es de 0,3 en el servicio de ayuda a domicilio, 0,25 en los centros de día y 0,5 en centros residenciales. Así que se constata que por cada millón de euros invertidos desde las administraciones públicas se generan treinta y siete puestos de trabajo directos estables y no deslocalizables. Haciendo de este sector el único que en tiempos de crisis no se haya destruido empleo, sino que se ha generado y estabilizado nuevos empleos.

En cuanto a los cuidadores no profesionales y teniendo en cuenta que no se pueden contabilizar como empleados, pero sí que podemos contabilizar con estadísticas fiables que publica mensualmente la Tesorería General de la Seguridad Social aquellos que cotizan a través del Convenio Especial de Cuidadores no Profesionales de personas en situación de dependencia.

De las entrevistas realizadas se deduce que se debe implementar fórmulas de apoyo profesional a los cuidadores familiares que redunden en beneficio de las familias, prestando —de forma mixta— apoyos profesionales preventivos, formadores y de respiro.

Es preciso vislumbrar el futuro de la ley desde los argumentos de justicia social, pero también de viabilidad económica y sostenibilidad para mantener el SAAD.

10. CONCLUSIONES

Las conclusiones que vienen a continuación son fruto de la reflexión, el análisis y el estudio de varios años sobre la implantación y desarrollo de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Este intenso trabajo se ha materializado en el análisis de una densa bibliografía, el estudio de la información oficial publicada por el Estado y la comprensión de los testimonios expresados en las muchas horas de entrevista de personas en situación de dependencia. A la investigación empírica hay que unir el compromiso profesional y ciudadano que, como presidente de la asociación estatal de directoras y gerentes, he liderado en los dictámenes del Observatorio Estatal de la Dependencia.

A lo largo de todo este tiempo de reflexión y estudio hemos intentado escudriñar la dirección que tomaban los acontecimientos con relación a la implantación del llamado Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En nuestro punto de partida para la reflexión se anclan algunos principios irrenunciables, uno de los cuales es la creencia firme en que el cuarto pilar del Estado del bienestar es el constituido por el Sistema Público de Servicios Sociales y la pretensión de la necesidad de avanzar mucho más en el reconocimiento de los derechos subjetivos de la ciudadanía en materia de autonomía personal y atención a la dependencia.

Las conclusiones y propuestas son emitidas desde la evidencia científica, la responsabilidad y el deber ético de quienes creemos en los Servicios Sociales y desde la más amplia voluntad de seguir debatiendo y aprendiendo en un espacio académico y profesional.

De manera general, podemos afirmar que el SAAD ha supuesto en España el mayor avance en la protección social en los últimos tres lustros y ha generado un derecho subjetivo de ciudadanía en el sistema de protección social de los servicios sociales que lo consolida como el cuarto pilar del Estado del bienestar. Ha permitido la creación de un nuevo espacio de libertades, especialmente a las mujeres, y ha dado carta de normalidad a los servicios sociales.

Por otra parte, analizaremos también a partir de las series de datos oficiales publicados por el ministerio y los testimonios de las personas en situación de dependencia entrevistadas los factores críticos en el desarrollo del SAAD; las conclusiones que se derivan de la evolución y de su desarrollo y, sobre todo, lo que piensan y expresan las personas mayores en situación de dependencia usuarias del sistema.

10.1. CONCLUSIONES SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA EN CUANTO A LA EXIGENCIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

Las estadísticas mensuales de gestión del SADD disponibles en estos diez años de desarrollo de la ley permiten contrastar los principales indicadores de evolución y las evidencias en la gestión relacionadas con la gestión e implementación del sistema. Los datos demuestran cómo el desarrollo del SAAD ha estado relacionado con las decisiones institucionales de la Administración General del Estado y de los gobiernos autonómicos.

La principal norma que aprueba el Gobierno de España y que afecta de manera negativa en el desarrollo del SAAD es el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad; permitió que se adoptaran una serie de medidas de naturaleza económica que se tradujeron en ahorros inmediatos en el gasto de las administraciones públicas y de manera muy significativa en el SADD bajo el argumento de la sostenibilidad económica del sistema en un contexto de crisis económica y la exigencia de cumplimiento de los objetivos de déficit público.

La modificación de varios artículos generó un recorte en los derechos de las personas en situación de dependencia —recorte de al menos el 15% en la prestación del cuidador familiar y se deja de cotizar a la seguridad social en el convenio de los cuidadores no profesionales— además de unos recortes económicos —se redujeron en un 13% el nivel mínimo de financiación y suprime el nivel acordado— que produjeron una asfixia financiera a los gobiernos autonómicos generando una fase de parálisis y retroceso generalizado del sistema en el intervalo de junio 2012 a junio 2015 —fase de

demolición del SAAD—. Desde junio del año 2015 el sistema inicia una recuperación que parece consolidarse en 2018. Esta recuperación es a costa de las comunidades autónomas y de los copagos familiares.

El recorte de la AGE en dependencia tras el Real Decreto-Ley 20/2012 supone que cada año se dejen de invertir unos quinientos millones de euros, considerando la supresión del nivel acordado, la reducción del nivel mínimo y la supresión de las cotizaciones de cuidadoras familiares.

Tras analizar la evolución de la demanda de las prestaciones por dependencia, a través de un análisis longitudinal en España y por comunidades autónomas, podemos concluir que a fecha 31 de diciembre de 2018 había en España 1 304 312 personas en situación de dependencia reconocida y otras 128 568 pendientes de valoración. Esto significa que el 3% de la población española necesita apoyos de mayor o menor intensidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Y este dato se mantiene estable en los últimos años por lo que se puede concluir que supone la demanda actual en el SAAD.

El estudio se ha centrado en las personas mayores en situación de dependencia ya que de todas las personas con dependencia reconocida el 72,5% de los dependientes reconocidos tiene más de 65 años y los mayores de 80 representan el 54,5% del total.

Para conocer la situación en la que se encuentran aquellas personas en situación de dependencia podemos afirmar que en los últimos años han mejorado la mayoría de los parámetros de gestión del SAAD —el número de personas atendidas, la reducción de lista de espera, el incremento de las valoraciones y de los servicios, así como las prestaciones entregados, entre muchas otras—. El sistema lleva dos años consecutivos en una aparente reactivación y la lista de espera se ha reducido en 60 000 personas en el último año. Bien es cierto que las incorporaciones son mayoritariamente de personas con dependencia moderada —en el denominado Grado I—.

Si bien es cierto que, a finales de 2018, el 19,2% de las personas dependientes no recibe ninguna prestación ni servicio del sistema de atención

a la dependencia, aun cuando tiene pleno derecho a las mismas. Esto afecta a 250 000 personas y a sus familias. El 39% de las personas desatendidas — alrededor de 98 000 sujetos— son dependientes con Grados III o Grado II, es decir, tienen necesidades de apoyo extenso y en ocasiones continuado.

Durante 2018 fallecieron 30 400 personas sin haber podido ejercer sus derechos derivados de la condición de persona en situación de dependencia. No fallecieron por esa causa, por supuesto, pero sí lo hicieron con la expectativa incumplida de ejercer sus derechos y recibir atenciones. Esto supone que fallecen diariamente más de 80 personas dependientes sin haber llegado a recibir prestaciones o servicios.

Sobre la gestión del SAAD a lo largo del 2018 se puede afirmar que el coste directo de las prestaciones y servicios entregados asciende a 8 252 millones de euros, de los cuales las administraciones públicas aportaron 6 922 millones. El resto, 1 330 millones de euros, lo aportan los usuarios en forma de copago regulado, lo que supone un 20,6% del total.

Existe un copago añadido que soportan muchos ciudadanos ya que deben asumir la diferencia entre la cuantía percibida y el coste real de los servicios adquiridos mediante prestación vinculada al servicio. Se requiere la regulación de mercado en los servicios de cuidados, de la normativa que asegure el acceso a los servicios mediante libre elección por parte del usuario y de tanto la inspección como del control público adecuado. Es preciso mantener ciertas cautelas con este tipo de prestación y dar transparencia a los contenidos concretos de esta prestación en los datos del SISAAD.

Del gasto público directo en dependencia en 2018, la Administración General del Estado soportó el 20 % y las comunidades autónomas el 80% restante, unos datos que quedan muy lejos de la pretendida aportación al 50%.

Se mantienen las gravísimas desigualdades entre territorios tanto en cobertura como en modelos de gestión. Es previsible que haya algunas comunidades autónomas que no puedan recorrer el camino que les queda sin un cambio drástico de modelo de atenciones o una inyección financiera

específica. Solo dos comunidades autónomas aglutinan el 60% de la lista de espera de todo el Estado.

Sigue sin evaluarse el impacto de género negativo que puede estar teniendo la feminización de los cuidados a las personas en situación de dependencia en la medida en que estos no son el resultado de una libre elección personal y sin perder de vista que las cuidadoras familiares han perdido el apoyo que conllevaban las cotizaciones a la Seguridad Social. No obstante, de cara a un futuro inmediato, se están produciendo cambios sociales en materia de género y en las funciones familiares que denotan una clara fragilidad de este modelo de familias. (Rondón, Aguirre y García, 2018).

Con todo, el SAAD muestra una sorprendente capacidad para la generación de empleo y para la obtención de retornos. En 2018 hay una ratio de treinta y ocho empleos directos por millón de euros de gasto público y la tasa de retorno ya asciende al 40%.

Por otra parte, cabe resaltar la falta de transparencia informativa, un aspecto transcendental que debería investigarse. Son evidentes las deficiencias del sistema de información oficial del SAAD, así como el incumplimiento de los acuerdos en esta materia por el Consejo Territorial. Una situación que sería impensable en otros ámbitos de la protección social, como en materia de desempleo, de pensiones, de salud o de educación, y que evidencia un gravísimo déficit democrático que debe ser corregido de manera inmediata.

En definitiva, en este apartado podemos indicar algunos de los factores críticos y que se vislumbran a la luz de los datos oficiales, como es el funcionamiento muy defectuoso de algunas comunidades autónomas en lo relativo a la correcta aplicación de la ley lo que supone un peligro de inequidad en la aplicación entre los diferentes territorios del Estado.

También es palmaria la debilidad del instrumento para adopción de acuerdos territoriales —en los consejos territoriales— que establecía la ley, que eran francamente novedoso como órgano político de decisión participada sobre el sistema, y los graves problemas de sostenibilidad económica del Sistema,

como la sobrecarga de las arcas autonómicas y el copago de las personas beneficiarias dentro del propio Sistema.

Se puede concluir que son necesarias algunas reformas instrumentales —como pueden ser los baremos de valoración de la dependencia, la regulación de los copagos y un sistema de información claro que sea compartido entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado— y un nuevo modelo de financiación que resuelva los graves problemas de sostenibilidad económica del Sistema y, dentro de ello, de la sobrecarga de las arcas autonómicas.

10.2. CONCLUSIONES SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SERVICIOS ADJUDICADOS EN EL SAAD, EN UN ANÁLISIS LONGITUDINAL EN ESPAÑA Y POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

El artículo 15 de la ley establece un catálogo de prestaciones y servicios que garantiza el SAAD. La evolución de los programas individuales de atención por tipo de prestación o servicio sobre el total de España y por comunidades autónomas ha sido muy desigual, si bien se aprecian algunas tendencias predominantes que dan lugar a constatar las siguientes conclusiones.

La principal alternativa para las personas en situación de dependencia —o al menos la más elegida— está relacionada con residir en su domicilio lo que nos lleva a concluir que los cuidados y atenciones prestados por las redes primarias —familiares y vecinales— son actualmente las mayoritarias.

Queda en evidencia el sobredimensionamiento de las prestaciones económicas especialmente las relativas a los cuidadores no profesionales. Desde hace un tiempo se observa la tendencia a incrementar la prestación económica vinculada al servicio y, de la misma manera, no se ha observado un desarrollo de manera significativa de la prestación de los asistentes personales. Por tanto, se deduce que, por razones económicas y de gestión, la prestación de la figura del cuidador familiar ha sido la mayoritaria durante todos los años de desarrollo e implementación del Sistema, a pesar de representar un gasto

improductivo, de no generar retornos económicos ni puestos de trabajo, de potenciar los servicios del SAAD y de que la propia ley los definía como excepcionales.

Las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar han invadido el sistema de atención a la dependencia y se han convertido en la prestación por antonomasia, a pesar de su carácter legal de prescripción excepcional y subsidiaria de los servicios profesionales. Estas prestaciones siguen extraordinariamente sobredimensionada, lo que ha podido suponer el abuso de las prestaciones económicas por los cuidados en el entorno familiar —que constituyen más de la mitad de las respuestas a las personas dependientes en todo el Estado—.

En cuanto a la prevalencia de las PECEF, compadece con el razonamiento sociológico de que se trata de un reflejo de nuestra cultura del cuidado de familiares, pero además existen un complejo entramado de factores que generan un fenómeno multicausal sobre el que podemos señalar algunas líneas complementarias que habrán de tenerse en cuenta sobre el futuro modelo prestacional. Por una parte, el ahorro que supone a las arcas del Sistema; por otra, la información inicial que se planteó desde el Estado que generó una expectativa basada en subsidios y que también, permite la permanencia de la persona en el medio habitual.

El escaso desarrollo de los servicios profesionalizados —la denominada Ayuda a Domicilio o los centros de día y las residencias— frente a las prestaciones económicas impide que el Sistema consiga explotar todo su potencial de creación de empleo y de retornos económicos en un momento tan necesario como el actual.

Las personas cuidadoras de familiares —fundamentalmente mujeres— están sometidas a grandes sobrecargas y no tienen apoyos suficientes —de formación, de respiro o de apoyo profesional— de lo que se deduce un impacto negativo de género, ya que se podría estar perpetuando la función cuidadora de la mujer a costa de su vida social y laboral. Los hombres —salvo honrosas

excepciones— no asumen las tareas de cuidados a las personas en el hogar. Se frena la actividad empresarial del sector de los cuidados a las personas.

Los Servicios de Proximidad tienen un escaso desarrollo, aunque presentan una tendencia creciente en los últimos años, especialmente el Servicio de Ayuda a Domicilio, sobre todo unido a la teleasistencia. Aparte del abuso de las PECEF, confluye el hecho de que son generalmente servicios en manos de las entidades locales y que algunas comunidades autónomas no han sido capaces de articular aún estas atenciones con el nivel municipal.

La atención residencial —la más profesionalizada y costosa— fue de fácil implantación desde el inicio debido a que las plazas residenciales, tanto públicas, como y concertadas, se encontraban mayoritariamente en manos de la gestión autonómica. En realidad, no se trató de nuevos ingresos en residencia, sino mayoritariamente de casos de personas ya ingresadas que fueron valoradas como dependientes. No obstante, la prescripción de residencia parece haber tocado techo y se percibe la horizontalidad de la línea de los últimos años y se mantiene estable en torno al 17%, porcentaje que habría que incrementar con las prescripciones vinculadas para adquirir este tipo de servicio, lo que tiene cierta lógica si pensamos en la graduación del calendario de la ley empezando por las situaciones de dependencia más grave y que, en muchos casos, ya estaban siendo atendidos por comunidades autónomas y por entidades locales.

Hay que destacar como sintomática e interesante la ratio existente entre el coste de las atenciones y la cobertura ofrecida. El coste de la atención residencial supone el 48% del gasto total del Sistema y da cobertura al 17% de las personas atendidas. Por el contrario, el 39% de las personas son atendidas con una prestación económica por cuidados familiares con un gasto estimado del 17,6% de los recursos en diciembre de 2018.

También, en la ayuda a domicilio, hay una ligera descompensación entre el coste y la cobertura, que ha evolucionado así debido a la disminución de intensidades de la época de los recortes y a la paulatina menor intensidad, y

por tanto menor coste, de este servicio cuando se dirige a personas con Grado I.

Una de las conclusiones en este capítulo analítico es que se debe caminar hacia un sistema de financiación basado en el tipo de servicio prestado y no solo en el número de atendidos, flexibilizando los servicios de proximidad e incrementando la intensidad y la adaptabilidad.

Es preciso buscar fórmulas flexibles que garanticen la viabilidad del actual modelo de apoyos a domicilio proponiendo una mezcla de atenciones mucho más adaptadas a las necesidades reales de las personas en situación de fragilidad y que considere la importancia de sus cuidadores principales. Los grandes dependientes y dependientes severos pueden encontrar en el servicio de ayuda a domicilio un recurso eficaz si estas personas cuentan con un adecuado apoyo familiar. Si es así, el servicio de ayuda a domicilio puede apoyar y reforzar los cuidados familiares, pero nunca puede ser una alternativa a los mismos, por lo que habría que hacerlos compatibles.

La misma conclusión para los servicios de los centros de día, en los que hay que adaptarse a normas horarias que no siempre satisfacen las necesidades de la persona o de su entorno. De hecho, el problema no radica tanto en tener que elegir entre cuidados familiares y cuidados profesionales como en buscar fórmulas flexibles que consigan que los cuidados profesionales apoyen y complementen suficientemente a los primeros. En este asunto, hay que añadir el controvertido copago que puede desincentivar la elección de servicios, y mucho más en un contexto de crisis económica, en el que se ha reforzado en muchas familias la tendencia a obtener algunos ingresos antes que asumir el coste de un copago por servicios prestados.

10.3. CONCLUSIONES SOBRE LA EFICACIA E IDONEIDAD DE LAS PRESTACIONES, DE LOS SERVICIOS, LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUE RECIBEN Y EN QUÉ MEDIDA RESPONDEN A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O A LOS PROPÓSITOS DE LA LEY

Todas las personas mayores en situación de dependencia entrevistadas han elegido libremente la prestación y el servicio que actualmente se les presta. Esta afirmación coincide con el procedimiento de elaboración del plan individual de atención que establece la normativa vigente.

Aquellas personas mayores en situación de dependencia que cuentan con algún tipo de soporte social, especialmente familiares con apoyo de vecinos y amigos eligen una prestación o servicio que les permite estar en su entorno habitual, para mantener las relaciones sociales y familiares desde el hogar familiar. Aun cuando las prestaciones y servicios de atención que reciben presentan déficit en cuanto a las necesidades de la persona — fundamentalmente en cuanto a intensidad y compatibilidad— el grado de satisfacción es muy alto, dado que su prioridad es vivir en su propia casa. Es necesario repensar algunos paradigmas sobre los que se habían construido los distintos modelos de atención a personas mayores en situación de dependencia.

La inmensa mayoría de las personas mayores quieren permanecer en su casa hasta el final de su vida. Los modelos de referencia que debemos seguir deben tener en cuenta las reivindicaciones reiteradas de las personas mayores y dejar que intereses económicos, gremialistas, o políticos definan el modelo que más les convenga. Esta es la primera conclusión en este capítulo analítico: «como en casa, en ningún sitio». Los Servicios Sociales tienen el reto de facilitar la permanencia en el hogar a las personas cuando se enfrentan a situaciones de dependencia por su edad o por sus circunstancias físicas, psíquicas o sensoriales. Esta debe ser una prioridad absoluta del Sistema: lograr la atención integral en el hogar con las siguientes referencias:

1.- Servicio de Ayuda a Domicilio. Con cuidados personales y servicios domésticos: Con mayor intensidad y compatibilidad con todas las prestaciones y servicios del Catálogo de los Servicios Sociales.

2.- Teleasistencia Avanzada. Para mayor seguridad y con todos los avances de la robótica y la domótica.

3.- Servicios Sanitarios en el Hogar. Desde el Sistema Público de Salud. La Atención primaria de los centros de salud debe garantizar la atención sanitaria de las personas vulnerables.

4.- Acciones desde Vivienda y Urbanismo. Las Instituciones públicas deben promover la accesibilidad del entorno.

5.- El voluntariado y la buena vecindad. La necesidad de la compañía para evitar la soledad no deseada.

Aquellas personas mayores en situación de dependencia que viven en residencias son las que tienen falta de apoyos sociales y su grado de dependencia es mayor, agravado con enfermedades pluripatológicas. Si bien su grado de satisfacción es alto, su decisión ha sido condicionada por sus circunstancias personales, familiares o de salud.

Cuando la permanencia en el hogar no sea posible, los centros residenciales tienen que ofrecer entornos lo más parecidos a un hogar, superando la sobreprotección y la masificación de los actuales modelos residenciales. Es preciso humanizar la vida residencial. Para ello, se proponen las siguientes medidas:

1.- La individualidad. Respeto al proyecto vital de cada individuo.

El valor a la individualidad de cada persona y su aportación como ciudadano con derecho a participar de forma significativa en la sociedad. Debe ser por tanto la identidad del individuo —única e irrepetible— sobre la que debe pivotar el modelo de atención centrado en lo importante para la persona. Es preciso que cobren relevancia los planes de apoyo al proyecto de vida dirigidos por la propia persona y orientados a su

participación en la sociedad que haga posible una convivencia más humana y gratificante, además de una atención integral centrada en la persona que respete su proyecto vital.

Un modelo respetuoso con los propios valores del individuo que sea una continuidad del hogar y de la vida cotidiana de las personas sobre la base de su historia de vida y de sus costumbres que deben ser respetadas hasta el límite de los derechos de terceros. Debe favorecerse que el proyecto de vida de la persona en el centro residencial tenga todos los componentes de una vida que valga la pena ser vivida y que la salud o la carencia en parte de ella tenga la relevancia que tiene para el resto de personas que permanecen en su casa.

2.- Modelos de atención centrados en la persona

En estos planes de apoyo al proyecto de vida, el personal técnico de los centros —con formación suficiente para desplegar el modelo de atención centrado en lo importante de la persona— tendrá un rol de programación, de apoyo a los profesionales de atención directa y, en ocasiones, realizará una intervención profesional directa con el usuario para abordar la complejidad que se pueda presentar en el refuerzo y la activación de una vida con propósito y sentido para la persona.

3.- Profesional de referencia

No puede haber un sistema de atención que no defina como se prestan los apoyos. Si se quiere respetar la identidad del individuo, apoyándose en su historia de vida, resulta inviable con un modelo de asignación de personal «a la sanitaria», con continuas rotaciones por zonas o plantas de los centros con el único objetivo de equilibrar la carga de trabajo —se identifica a los usuarios según cargas de trabajo—, sino con asignaciones de equipos de profesionales de atención directa estables en los diferentes hogares, que consigan que los profesionales conozcan hasta dónde las personas quieran mostrar facetas de su identidad y se asigne a un valedor dentro de ese equipo que se interese especialmente por la persona o personas asignadas. Esta figura será el

profesional de referencia, es decir, el interlocutor cercano con el que el usuario —en coordinación con el personal técnico del centro—, que debe generar un vínculo afectivo y de respeto hacia el usuario, sin él, este plan de apoyos será imposible.

4.- Estrategias contra la soledad

Los centros residenciales de personas mayores constituyen uno de los escenarios donde se puede dar —y se dan con frecuencia— situaciones de soledad en compañía. Por ese motivo, las residencias de mayores no pueden estar al margen de una estrategia en materia de soledad de las personas mayores, y se debe considerar un entorno con características específicas. Existe la evidencia de que el modelo tradicional de centro residencial de mayores —masificado y ultraprotector— agudiza los sentimientos de soledad de las personas mayores.

5.- La investigación e innovación al servicio de las personas.

Desde los sistemas de información para evaluar y planificar hasta la aplicación práctica de los nuevos avances tecnológicos al bienestar de las personas. La investigación aplicada y la innovación para mejorar las intervenciones y conseguir mayores cuotas de dignidad y felicidad.

Al analizar la variable independiente relacionada con el estado de salud de las personas mayores usuarias del sistema, desde una perspectiva integral, se advierte una relación directa con su calidad de vida y las necesidades que atienden las prestaciones o servicios que reciben del SAAD. De tal manera que aquellas personas mayores con enfermedades crónicas y grados de dependencia más altos se atienden en centros residenciales y aquellas personas de dependencia moderada y con estado de salud que les permite mayor autonomía reciben prestaciones en sus entornos domiciliarios.

Para aquellas personas que se encuentran con estado de salud frágil —inicio de enfermedades crónicas— y dependencia severa la opción del catálogo de prestaciones y servicios, es mayoritariamente el centro de día.

En todos los casos reclaman la coordinación entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios. Se debe articular la colaboración entre los sistemas de salud y de servicios sociales, para dar respuesta a necesidades interrelacionadas, que ninguno de los dos sistemas puede dar eficazmente en solitario, desde el momento en el que se detectan las necesidades de las personas en situación de dependencia.

Es necesario que la atención primaria de salud —como la de servicios sociales— prioricen el trabajo en los entornos de cada persona con ellas —familiar, grupal y comunitario—, que facilitan o entorpecen las mejoras en la salud y en la calidad de vida, además de constituirlos factores clave en la prevención. Estas son las estructuras próximas —identificadas y reconocidas por la ciudadanía como puertas de acceso a los servicios y prestaciones de ambos sistemas— que cuentan con la mayor capacidad para trabajar conjuntamente en los entornos vitales de cada persona con necesidad de prestación integrada de servicios sociales y sanitarios e implican a su vez a las entidades locales.

También es precisa la coordinación interna —con algunas dificultades en la continuidad de cuidados sanitarios— tras el ingreso hospitalario o la intervención especializada, que son más graves ante la compleja situación de los servicios sociales, no solo —pero sí muy especialmente— por las carencias en la cobertura y en los tiempos de tramitación para el acceso a una parte importante de los servicios especializados.

Sería conveniente que los sistemas de información permitan compartir los datos significativos para la coordinación sociosanitaria y que faciliten la comunicación entre los actores que intervienen en el proceso de la prestación integrada de los servicios sanitarios y sociales. Los indudables avances en el uso de tecnologías de información y comunicación en las organizaciones sanitarias y sociales aún no han llegado a una parte importante de los territorios y de los servicios.

De la misma manera, resulta vital deshacer las ataduras competenciales, terminológicas y profesionales. La coordinación sociosanitaria implica un

cambio cultural, tanto como un cambio de paradigma y de conductas que — como cualquier cambio— lleva consigo un esfuerzo: un horizonte político, una estrategia y unos objetivos claros y verificables, constituyen un factor crucial para alentar el esfuerzo de planificadores, de gestores y de profesionales de los dos sistemas.

En todo caso, el mandato legal, aunque sea genérico, es claro y lo es más aún el mandato social, por mucho que existan incumplimientos o lagunas en otros niveles de las organizaciones. Por otra parte, si bien los sistemas de salud y de servicios sociales están claramente jerarquizados, no bastan una normativa, una orden o un protocolo, si no se sitúan en una estrategia favorecedora de la implicación profesional, liderada por las estructuras de dirección y apoyadas por las estructuras de gestión. El obstáculo, progresivamente más real y verificable, o la percepción, de no disponer de tiempo para la coordinación por la carga de trabajo, o por el exceso de tiempo dedicado a tareas burocráticas, lleva directamente a la pérdida de eficacia de las intervenciones sanitarias y sociales aisladas. Paradójicamente, es imprescindible invertir tiempo en la valoración conjunta, acordar el plan de cuidados sanitarios y sociales, y articular su desarrollo, para ganar tiempo y calidad en la intervención.

Y además es imprescindible superar algunos desencuentros que a veces dificultan las atenciones integrales perjudicando la salud y el bienestar de las personas mayores en situación de dependencia, independientemente de la prestación o servicio que están recibiendo. En el desarrollo e implementación del Sistema de Atención a la Dependencia es transcendental la Coordinación entre los Servicios Sociales —donde se integra el Sistema de Atención a la Dependencia— y los Servicios Sanitarios que deben complementar una atención integral a las personas en situación de dependencia. Si bien es verdad que existen grandes dificultades para esta coordinación que afectan de manera directa a la atención integral de las personas más vulnerables.

La efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales debe establecerse sobre la base de un marco de derechos garantizados en ambas

materias. Debe producirse un avance en la mejora de la protección social y de los derechos de la ciudadanía, sin perder de vista la creación de una estrategia de mejora en el abordaje de las situaciones de necesidad en las que ambos sistemas tienen que intervenir.

Precisamente esta falta de coordinación es uno de los motivos recurrentes por las personas entrevistadas que influye negativamente en la valoración de la idoneidad de los servicios y prestaciones que reciben en relación con las necesidades personales, sociales y de autonomía que demandan.

Del análisis de los resultados se deducen cuatro factores que determinan la percepción y la satisfacción de las personas beneficiarias en relación con las prestaciones o los servicios que reciben del SAAD, además de su capacidad para atender y apoyar la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

- a) La compatibilidad. El servicio de ayuda a domicilio y los centros de día deben ser complemento de los cuidados en el entorno familiar. Para personas en situación de dependencia, estos servicios no pueden concebirse sino como servicios complementarios de los cuidados en el entorno familiar. De ahí que su prescripción sólo deba hacerse cuando se constate que existe voluntad y capacidad de cuidados en el propio domicilio por quienes conviven en él con la persona en situación de dependencia. Por lo que debería ser compatible con la prestación económica de cuidadores no profesionales.

Además, permite por una parte el asesoramiento profesional en los cuidados que realizan los familiares y permite contemplar periodos de descanso para el cuidador habitual no profesional, así como el resto de apoyos que se establezcan para estos cuidadores.

Si el servicio de ayuda a domicilio se concibe como un servicio que apoya los cuidados en el entorno familiar, su eficacia residirá en su capacidad para adaptarse a las diversas circunstancias de cada familia, permitiendo que sea

compatible con el uso de otros servicios del Catálogo del Sistema, en particular los centros de día y el servicio residencial no permanente.

En consecuencia, proponemos que al elaborar un PIA pueda configurarse un cóctel completo de prestaciones y servicios que puedan incidir en el domicilio, un auténtico traje a medida, limitado exclusivamente por la cuantía económica global que a tales efectos se determine, y cuya referencia sea el coste de concertación de una plaza residencial permanente para el grado y nivel que corresponda, y con similares condiciones de copago.

- b) La intensidad. La reducción de horas en el servicio de ayuda a domicilio —que se produjo a través de normativa nacional— ha profundizado en el desasosiego y la valoración negativa en cuanto al tiempo en que se realizan las atenciones a las personas beneficiarias de esta prestación. De la misma manera que las personas beneficiarias del centro de día y sus familiares manifiestan el exiguo horario de estos centros.

Es imprescindible la reconstrucción de la intervención domiciliaria y ello conlleva el aumento de la intensidad en el número de horas y el incremento de contenidos relacionados con el apoyo psicosocial a domicilio, las ayudas técnicas a domicilio y de adaptaciones constructivas a domicilio.

Las atenciones en el entorno familiar tienen que generar la integración de las intervenciones conjuntas de al menos tres de los pilares del bienestar social y partiendo de diagnósticos conjuntos y compartidos entre los sistemas públicos correspondientes a esos cuatro pilares.

- c) La flexibilidad. Se constata que la flexibilidad en el curso de las intervenciones es prácticamente nula; con lo cual, encontramos que cada vez que se produce una modificación en las condiciones del caso, que modificarán la cantidad de la prestación que recibe el

usuario; hay que iniciar el proceso desde el principio, consultando también con los órganos gestores en la mayoría de los casos.

Las consecuencias directas es la dificultad que presente tanto este sistema, como este modelo de gestión, para adaptarse a las necesidades y características vitales y siempre cambiantes del individuo. Además, cuanto más avance el grado de dependencia, más se producen variaciones en las necesidades inmediatas de las prestaciones que se realizan en el hogar habitual.

En cuanto a los centros de día, hay que adaptar su funcionamiento —manteniendo su funcionalidad— a las características y necesidades de las personas beneficiarias. En algunas ocasiones, esa adaptación de los centros de día debe pasar por modelos descentralizados. Es decir, en lugar de centros a los que debe acudir la persona afectada para recibir en ellos los servicios que prestan, se deben diseñar centros de proximidad, con servicios «satélite» que puedan prestarse en el propio domicilio de la persona afectada y que ampliarían así los servicios tradicionales de la denominada Ayuda a Domicilio.

Se debe de modificar la ley para permitir la compatibilidad de las prestaciones e incrementar las intensidades.

- d) La complejidad de los procedimientos. Se evidencian las dificultades administrativas —e incluso imponderables legales— para integrar la organización y gestión de las prestaciones y servicios en la red de Servicios Sociales más próximos a la ciudadanía.

Por otra parte, todas las personas beneficiarias advierten sobre la lentitud, la complejidad, y la complicación de los procesos y documentos que se deben realizar hasta acceder al recurso.

Hay que acometer reformas necesarias que agilicen los trámites. Es necesario simplificar los procedimientos, unificar en una resolución administrativa la valoración y el PIA, además de aplicar medidas de

suspensión y flexibilidad del servicio o prestación sin necesidad de resolución de un nuevo procedimiento. Hay que avanzar hacia la prescripción social del profesional de referencia como único requisito para la ejecutividad y puesta en marcha de las prestaciones.

Las necesidades que demandan las personas beneficiarias establecen como prioridad que las atenciones se realicen en su entorno habitual y a ser posible en el hogar familiar. En el futuro, las ayudas técnicas y las nuevas tecnologías pueden cobrar una especial importancia para lograr este objetivo, y pueden ser un complemento imprescindible para que las prestaciones o los servicios domiciliarios resulten suficientes. En algunos casos, permitirán que las personas en situación de dependencia puedan permanecer en sus casas, al menos mientras ello sea posible, con el apoyo de quienes convivan con ellos, de su familia extensa o del apoyo vecinal.

Finalmente, lo esencial es que el sistema sea capaz de garantizar que las personas en situación de dependencia y sus familiares puedan elegir entre un abanico de opciones lo más amplio posible, dependiendo de sus circunstancias y de sus necesidades reales.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. (2009). *La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a situaciones de Dependencia*. Madrid. Ministerio de Presidencia. Recuperado de: <http://aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/E13.pdf>.
- Alemán, C. y García, M. (2009). *Los Servicios Sociales Especializados en España*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Alonso, J. M. y Alemán, C. (2017). *Las prestaciones de atención a la dependencia y su consideración como derechos sociales*. *Revista de Derecho Político* (100), 987-1025.
- Alonso, L.E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1948): Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948. Resolución 217 A. Oficina de Información de NNUU.
- Recuperado de: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Barbieri, N. y Gallego R. (2012). El despliegue de la Ley de Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid (2007-2012): el margen de la autonomía política. *Zerbitzuan* (1), 93-111.
- Barriga Martín, L. A. (2015). La financiación pública de la dependencia en el marco del objetivo de reducción del déficit. Una aproximación al coste de oportunidad. *Revista Documentación Laboral* (102), 195-212.
- Barriga, L. A., García, G. y Ramírez, J. M. (2005). *Ideas, argumentos y propuestas sobre los Servicios Sociales, la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Ayuntamiento de Alcorcón (Madrid).
- Barriga, L. A., García, G. y Ramírez, J. M. (2006). *Reflexiones sobre la futura Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Ciudad Real: Ayuntamiento de Alcázar de San Juan.

- Barriga, L. A., García, G. y Ramírez, J. M. (2007). *Comentarios y valoraciones sobre la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia –con especial referencia a su aplicación en los medios rurales*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2008). *I Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Ciudad Real: Diputación Provincial de Ciudad Real.
- Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2008). *II Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid: Ayuntamiento de Alcorcón
- Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2009). *III Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Valladolid: Consejo de Colegios de Trabajadores Sociales de Castilla y León.
- Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2010). *IV Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Ciudad Real: Diputación Provincial de Ciudad Real.
- Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2010). *V Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid: Ayuntamiento de Alcorcón.
- Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2011). *VI Dictamen del Observatorio de La Dependencia. Informe de evolución de la ley cuatro años después*. La Coruña: Colegio Oficial de Trabajo Social de Galicia.
- Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2011). *VII Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Segovia: Diputación Provincial de Segovia.
- Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2012). *VIII Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:
<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2012). *IX Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2013). *X Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2013). *XI Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2014). *XII Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2014). *XIII Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2015). *XIV Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2015). *XV Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2016). *XVI Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2017). *XVII Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2018). *XVIII Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2019). *XIX Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Barriga Martín, L. A., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2020). *XX Dictamen del Observatorio de La Dependencia*. Madrid. Recuperado de:

<https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>

Burgos, N. (2011). *Investigación Cualitativa. Miradas desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.

Camacho J. A., Ruiz, S. y Minguela, M. A. (2015). La atención a las personas en situación de dependencia como yacimiento de empleo en tiempos de crisis: el caso español. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 33 (1), 169-188.

Canga, A., Vivar, C. G. y Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 34, 463-469.

Comisión de la Comunidades Europeas (2005). *Trabajar juntos, trabajar mejor: Un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea*. COM (2005). Bruselas.

Recuperado de:

<https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0706:fin:es:pdf>

Comité Europeo de Protección Social (2005). Método Abierto de Coordinación.

Recuperado de:

http://ec.europa.eu.int/employment_social/social_inclusion/index_en.htm.

Consejo de la Unión Europea (2007). Informe Conjunto sobre protección social e inclusión social 2007 y Anexo al Informe conjunto sobre Protección Social e Inclusión Social. Perfiles de los Países: ESPAÑA. Doc. 6694/07. Bruselas.

Recuperado de:

http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/index_en.htm

Consejo General de Trabajo Social. (2009). *XI Congreso Nacional*. Recuperado de: <https://www.cgtrabajosocial.es/congresos estatales>

Corral Ruiz, L. (1988). *Seguimiento de la gestión de los servicios sociales comunitarios*. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Siglo XXI.

Cruz Lendínez, A. J. y Rodríguez González, A. (2017). *La atención social y sanitaria a las personas en situación de dependencia. Costes económicos, sanitarios y sociales del sistema*. *Index de Enfermería* 26 (3). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200018

De Robertis, C. (1988). *Metodología de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires: El Ateneo.

De Robertis y Pascal, H. (1994). *La intervención colectiva en Trabajo Social*. Buenos Aires: El Ateneo.

Del Pino, E. y Catalá-Pérez, D. (2016). El welfare-mix español durante la crisis y la privatización del riesgo social: los casos de la sanidad, los servicios sociales y la atención a la dependencia. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 66, 163-194.

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (1994) *Introduction: Entering the Field of Qualitative Research* en Denzin, N. K., Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage. p.20

Dirección General de Acción Social. (1989). *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Dirección General de Acción Social. (1989). *Servicios Sociales Leyes Autonómicas Presentación*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Dirección General de Acción Social, Menor y Familia (1998). *Catálogo de prestaciones de Servicios Sociales de Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Dizy Menéndez, D y De la Torre Prados, I. (2010). Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica. *Colección Estudios Serie Dependencia N.º 12013*. Madrid: IMSERSO.
- García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (1992). *Los Nuevos Servicios Sociales- Síntesis de Conceptos y Evolución*. Zaragoza: Certeza.
- García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (1996). *Diseño y evaluación de proyectos sociales*. Zaragoza: Certeza.
- García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2001). *Imagen y comunicación en temas sociales*. Zaragoza: Certeza.
- García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2006). *Manual Práctico para elaborar Proyectos Sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2008). *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia- Análisis y comentarios*. Zaragoza: Certeza.
- García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2012). *Manual práctico para hablar en público*. Málaga: Chispa.
- García-Longoria y Serrano, M.P. (2000). *Propuesta de un modelo evaluativo del servicio de ayuda a domicilio*. Murcia: Universidad de Murcia.
- García-Longoria y Serrano, M.P. Sánchez A., y Pastor E. (2002). *Introducción al trabajo social aplicado*. Murcia: Isabor.
- García-Longoria y Serrano, M.P. (2004). La mediación familiar como respuesta a los conflictos familiares. *Portularia*, 4, 261-268
- Herce, J. A., Labeaga, J. M^a, Sosvilla, S, y Ortega, C. (2006). *Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo*. Madrid: Colección Estudios Serie Dependencia. N.º 12004.IMSERSO.
- Hernández, R. (2006). *Metodología de investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hidalgo Lavié, A. (coord.) (2011). *Trabajo Social en el ámbito de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia (1)*. La Coruña: Netbiblo.

IMSERSO (2004). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Recuperado de:

https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libro_blanco.pdf

Jiménez, J. M. (2015). Gastos sanitarios y sociales asociados a la situación de gran dependencia. *Revista Medicina General y de Familia* 4, 76-80.

Las Heras, P (2002). El Sistema Público de Servicios Sociales: Contribución del Trabajo Social, desafíos, oportunidades y estrategias. *Revista Trabajo Social Hoy*. 202, pp. 8-80.

Las Heras, P. y Cortajarena, E. (1979). *Introducción al bienestar social*. Madrid: Siglo XXI.

Las Heras, P. (2019). *Trabajo social y servicios sociales. Conocimiento y Ética*. Madrid: Paraninfo.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2014). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, 2013-2016*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PlanNacionalAccionInclusionSocial_2013_2016.pdf

Moix Martínez, M. (2006). *Teoría del Trabajo Social*. Madrid: Síntesis.

Molero Marañón, M. L. (2017). *Bases, evolución y retos de la Ley de Dependencia a los diez años de su aplicación*. Albacete: Bormarzo.

Montserrat, J. (2016). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro. San Sebastián: *Zerbitzuan* vol 60, 9-30. doi: 10.5569/1134-7147

- Naciones Unidas (2009). Informes de Desarrollo Humano, 1999-2009, Centro de Información para España de las Naciones Unidas. Recuperado de: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2009_es_summary.pdf
- Parlamento Europeo y Consejo (2006). Decisión nº 1672/2006/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 2.006, por la que se establece un *Programa Comunitario para el Empleo y la Solidaridad Social PROGRESS*. Recuperado de: http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/index_en.htm
- Pinzón-Pulido, S., Garrido Peña, F., Reyes Alcázar, V., Lima-Rodríguez, J., Raposo Triano, M. F., Martínez Domene, M. y Alonso Trujillo, F. (2016). Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermería Clínica* 26 (1), 23-30.
- Ramírez Navarro, J.M. (2005). Comparecencia sobre la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia. *Revista Trabajo Social hoy*. 2, 85-114.
- Ramírez Navarro, J.M. (2011). Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: análisis y comentarios. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*. 40, 37-52.
- Ramírez Navarro, J.M. (2011). Impacto sobre el empleo del Sistema de la Dependencia. *CIRIEC. Revista de economía pública, social y cooperativa*, 71, 77-100.
- Ramírez Navarro, J.M. (2011). La evolución de la Ley 39/2006 cuatro años después. *Revista de derecho de Extremadura*, 9, 96-107.
- Ramírez Navarro, J.M. (2011). Impacto de la Ley de la Dependencia en los Servicios Sociales Generales. *Revista TS nova: trabajo social y servicios sociales*. 3, 21-38.
- Ramírez Navarro, J. M. (2012). Informe de evolución de la Ley de Dependencia. *AZARBE. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. 1, 97-109.
- Ramírez Navarro, J. M. (2013). *El Sistema de Atención a la Dependencia ¿Gasto o inversión social?*. *Revista de treball social RTS*. 194, 32-39.

- Ramírez Navarro, J. M. (2013). La demolición controlada del Sistema de Atención a la Dependencia. *Revista de treball social RTS*. 200, 84-91.
- Ramírez Navarro, J. M. (2013). El índice DEC (Derechos/Economía/Cobertura) de desarrollo de los Servicios Sociales. *AZARBE Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. 3, 87-99.
- Ramírez Navarro, J. M. (2013). Evolución y desarrollo de los Servicios Sociales en España. ¿Un viaje de ida y vuelta? *Tiempo de paz* 109, 49-56.
- Ramírez Navarro, J. M. (2020). A tiempo de parar la crisis social. *Tiempo de paz* 137, 75-85.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, por el que se regula el Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 22, 26 de enero de 2000, pp. 3317-3410.
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 96, 21 de abril de 2007, pp. 17646- 17685.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (sustituye al anterior Baremo, publicado por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril). Boletín Oficial del Estado, núm. 42, 18 de febrero de 2011, pp. 18567-18691.
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Boletín Oficial del Estado, núm. 168, 14 de julio de 2012, pp. 50428-50518.
- Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 62, 12 de marzo de 2010, pp. 24967-24973.

- Rodríguez Cabrero, G. (2011), *El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)*. Madrid: Instituto Nacional de Administraciones Públicas.
- Rodríguez Cabrero, G. (2016). La gran depresión y su impacto en las políticas sociales. *Revista Española del Tercer Sector*. 33, 17-46.
- Rodríguez Castedo, A. y Jiménez Lara, A. (2012). *La atención a la dependencia y el empleo Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Documento de trabajo 159/2012. Madrid: Fundación Alternativas
- Rodríguez, P. (1998). *El problema de la dependencia en las personas mayores*. *Documentación Social*, 112, 33-63.
- Rogero-García, J. (2009). *Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia*. *Revista Española de Salud Pública* 83 (3), 393-405.
- Rondón García L.M. (2017) La voz de la ética como bisagra hacia la profesionalización y el estatuto científico del Trabajo Social en tiempos trémulos. *Cuadernos de Trabajo Social*. 30, 23-36. doi.org/10.5209/cuts.52639.
- Rondón García, L.M. (2018). *Ética en trabajo social para el fortalecimiento del ejercicio profesional en la gestión de conflictos sociales*. En Iglesias Ortuño, E. *Intervención para la gestión positiva de conflictos desde el Trabajo Social*. México: Tirant lo Blanch.
- Rondón, L.M, Aguirre, B. y García, F.J. (2017). Support and Social Contact as a Decisive Meta-Variable in Morbidity and Social Welfare of the Older Person. *Current Aging Science*, 10 (4), 288-290.
- Rondón, L.M, Aguirre, B. y García, F.J. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53 (5), 23-30.

- Rondón, L.M. y Ramírez, J.M. (2018) The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. *Journal of aging research*, vol. 2018 Pp. 1-7.
- Rondón García, L.M. y Taboada González, M. (2013). *Voces para la ética del Trabajo Social en tiempos trémulos*. Madrid: Paraninfo.
- Rossell, T. (1990). *La entrevista en el Trabajo Social*. Barcelona: EUGE.
- Salcedo, D. (2000). La evolución de los principios del Trabajo Social. *Acciones e Investigaciones Sociales*. 11, 79-112.
- Salcedo, D. (2015). El buen profesional. *Cuadernos De Trabajo Social*, 28 (1), 19-26. doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n1.48583
- Ruiz, J. I. (2009). *Metodología de investigación cualitativa*. Bilbao: Deusto.
- Sánchez-Urán Azaña, Y. (2009). *La situación de dependencia. (Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo estatal y autonómico de la Ley de Dependencia)*. Valencia: Tirant lo Blanch
- Santos Martí, J. (2012). *El Cuarto Pilar: Nuevo relato para los Servicios Sociales*. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Paraninfo.
- Santos Martí, J. (2014). *El Síndrome Katrina. Por qué no sentimos la desigualdad como un problema*. Zaragoza: Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Aragón.
- Taboada, M. (2009). Los dilemas morales de los trabajadores sociales y la técnica de los grupos triangulares. *Documentos de Trabajo Social*. 46, 11-35.
- Terol Becerra, J., Jimena Quesada, L., Torres del Moral, A. (2014). *Tratado sobre Protección de Derechos Sociales*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Triguero Martínez, L. A. (2016). *Los derechos sociales fundamentales de los trabajadores inmigrantes* (Tesis doctoral). Universidad de Granada.

12.- ANEXOS.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Anexo 1.- Guion entrevista semiestructurada y abierta. Guía de la información de la entrevista cualitativa en función de los temas.

Anexo 2. RESUMEN DE LAS NORMAS DE ÁMBITO NACIONAL RELACIONADAS CON EL SAAD.

Anexo 3. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Anexo 4. Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Anexo 1.- Guion entrevista semiestructurada y abierta. Guía de la información de la entrevista cualitativa en función de los temas.

GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Y ABIERTA.

VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO Y RIESGOS

(1- ¿Existen riesgos o aspectos de su situación que no son atendidos?)

SALUD

(2- ¿Ha tenido incidentes (caídas, etc.?)

SALUD

(3- En qué medida los recursos que se aplican a la persona beneficiaria le ha permitido cubrir las necesidades que tiene. ¿Necesita algún tipo de apoyo especial? Por ej. Fisioterapia, podología, etc.)

SERVICIO Y PRESTACIONES

(4- ¿Tiene cuidados especiales para la atención a su salud? Puede indicar cuáles son)

SALUD

(5- ¿Hay alguna de las actividades básicas de la vida diaria que no puede realizar incluso con la prestación o servicio que recibe? Cuáles)

SERVICIO Y PRESTACIONES

(6- ¿Cómo valora las Prestaciones o Servicios que recibe? ¿Es suficiente? ¿Necesitaría más ayudas? ¿Qué echa de menos?)

SERVICIO Y PRESTACIONES

(7- ¿Qué cambiaría de los servicios o prestaciones que recibe?)

CALIDAD

(8- ¿Qué es lo que más le gusta y valora de la prestación o servicio que recibe?)

VALORACION

(9- ¿Qué es lo que menos le gusta y valora de la prestación o servicio que recibe?)

VALORACION

(10- ¿Cómo ha cambiado su vida con la prestación o servicio que recibe? ¿Qué puede hacer ahora que no podía hacer antes sin el servicio que recibe?)

CALIDAD

PERCEPCIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA SOBRE SU SITUACIÓN

11- ¿Cómo valora el papeleo –procedimientos- para acceder al Sistema?
¿Tardaron mucho en darle el servicio o prestación? ¿Cuánto?

GESTIÓN

12- ¿En qué momento del día se encuentra mejor atendida, y en qué momento peor?

GESTIÓN / SERVICIO

13- ¿Qué es lo que más le gusta y valora de la prestación o servicio que recibe?

14- ¿Qué es lo que menos le gusta y valora de la prestación o servicio que recibe?

15- Dónde prefiere que le atiendan en su domicilio en una residencia. Cuando cree que una persona decide ir a una residencia

HÁBITAT

16- Quién le cuida ¿Se preocupa por su atención, conversa con usted, le presta la suficiente atención, siente que es importante para el o ella? ¿Cuáles son las necesidades de respiro u otras vitales para apoyar la labor que desarrollan los cuidadores profesionales o familiares?

SOPORTE SOCIAL

17- ¿Cómo ha afectado las prestaciones o el servicio en cuanto a su sensación de soledad? ¿La prestación o servicio que recibe han favorecido las relaciones sociales?

SERVICIO

18- ¿Se rompe la intimidad con la prestación o servicio que recibe?

SERVICIO

19- ¿Echa en falta o en qué medida es prioritario para usted (según este en domicilio o residencia) la proximidad del sitio donde siempre ha vivido?

HÁBITAT

20- ¿Qué prima a la hora de recibir la atención, sus decisiones o la organización que presta el servicio?

CALIDAD

Observaciones: Algo más que añadir.

A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.- DE LA ENTREVISTA

<i>Fecha de la Entrevista</i>	
<i>Hora de comienzo</i>	
<i>Hora de Final</i>	
<i>Personas que asisten</i>	

2- TIPO DE PRESTACIÓN RECIBIDA

- 1- Centro de día
- 2- Residencia
- 3- En domicilio con cuidador profesional o ayuda a domicilio
- 4- En el domicilio con cuidador no profesional
- 5- Otras (indicar cuál)

3.- ¿CÓN CUÁNTAS PERSONAS CONVIVE?

Vive sólo..... Pasar a la pregunta 4.

Persona 1	
<i>Edad y sexo</i>	

<i>Parentesco</i>	1- Hermano/a 2- Hijo/a 3- Padre/madre 4- Familiares de segundo grado 5- Otros
<i>Dependencia</i>	1- Sí 2- No
<i>Discapacidad calificada</i>	1- Sí 2- No
Persona 2	
<i>Edad y sexo</i>	
<i>Parentesco</i>	1- Hijo/a 2- Hermano/hermana 3- Padre/madre 4- Yerno/nueva 5- Familiares de segundo grado 6- Otros
<i>Dependencia</i>	1- Sí 2- No
<i>Discapacidad calificada</i>	1- Sí 2- No
Persona 3	
<i>Edad y sexo</i>	
<i>Parentesco</i>	1- Hijo/a 2- Hermano/hermana 3- Padre/madre 4- Yerno/nueva 5- Familiares de segundo grado 6- Otros
<i>Dependencia</i>	1- Sí 2- No
<i>Discapacidad calificada</i>	1- Sí 2- No.
Persona 4	
<i>Edad y sexo</i>	
<i>Parentesco</i>	1- Hijo/a 2- Hermano/hermana 3- Padre/madre 4- Yerno/nueva 5- Familiares de segundo grado 6- Otros
<i>Dependencia</i>	3- Sí 4- No
<i>Discapacidad calificada</i>	3- Sí 4- No.

4- DATOS DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O DISCAPACIDAD

4. 1. *¿Qué grado de dependencia tiene reconocido?*
 - 1- *Grado I*
 - 2- *Grado II*
 - 3- *Grado III*
- 4.2. *Año de resolución.....*
- 4.3. *Servicios y/o prestaciones concedidos actualmente*
 - 1- *Servicio de Prevención y Promoción Autonomía Personal.*
 - 2- *Teleasistencia*
 - 3- *Servicio de Ayuda a Domicilio*
 - 4- *Centro de Día*
 - 5- *Atención Residencial*
 - 6- *Prestación Vinculada al Servicio*
 - 7- *Prestación Cuidadores Familiares*
- 4.4. *¿Desde cuándo recibe estos servicios o prestaciones?.....*
- 4.5. *¿Con qué frecuencia recibe estos servicios?*
 - 1- *Todos los días*
 - 2- *Cuatro o más veces en semana*
 - 3- *Dos o tres veces por semana*
 - 4- *Menos de dos veces por semana*

B- SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD/INCAPACITACIÓN.

5- ¿Tienes usted calificada o reconocida la situación de discapacidad o incapacitación? En caso de no tener reconocida esta situación o situaciones, pasar a la pregunta 6.

- 5.1. *Grado de discapacidad*
 - 1- *Entre 33% y 50%*
 - 2- *Entre 51% 65%*
 - 3- *Más del 65%*
- 5.2. *Año de resolución*
- 5.3. *Tipo de incapacitación*
 - 1- *Parcial*
 - 2- *Total*
- 5.4. *Año de resolución.....*
- 5.5. *¿Con qué institución tutelar cuenta para su protección?*
 - 1- *Tutela*
 - 2- *Curatela*
 - 3- *Defensor judicial*
 - 4- *Administrador patrimonial*
 - 5- *Guardador de hecho*
 - 6- *Otras.....*
- 5.6. *En caso de tener un tutor legal, indique el parentesco que tiene con usted.....*

Anexo 2. RESUMEN DE LAS NORMAS DE ÁMBITO NACIONAL RELACIONADAS CON EL SAAD.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (Vigente hasta el 04 de diciembre de 2013).

Real Decreto 397/1996, de 1 de marzo, por el que se regula el registro de prestaciones sociales públicas.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el Sistema de la Seguridad Social.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal.

Resolución de 9 de mayo de 2008, de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información, por la que se atribuyen recursos públicos de numeración al servicio de atención telefónica a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 29/05/2008.

Resolución de 18 de enero de 2008, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales y la Comunidad Autónoma de Andalucía, para la construcción de una residencia modelo en la atención de personas mayores en situación de dependencia y unidad de estancias diurnas en Almería Fecha de publicación: 05/02/2008.

Resolución de 20 de diciembre de 2007, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Generalitat de Cataluña para la evaluación del sistema de valoración de la Dependencia previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y para la financiación de los equipos de valoración de la Dependencia en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cataluña Fecha de publicación: 25/01/2008.

Orden TAS/2632/2007, de 7 de septiembre, por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social, (cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia) Fecha de publicación: 14/9/2007.

Resolución de 16 de julio de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, sobre el procedimiento a seguir para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia Fecha de publicación: 23/07/2007.

Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia Fecha de publicación: 7/06/2010.

Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia Fecha de publicación: 02/06/2007.

Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Fecha de publicación: 24/05/2010.

Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. Fecha de publicación: 12/03/2010.

Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Fecha de publicación: 12/03/2010.

Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales. ☑ Fecha de publicación: 27/11/2009 Resolución de 25 de marzo de 2009, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre la Administración General del Estado y la Comunitat Valenciana, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 16/04/2009.

Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia Fecha de publicación: 17/12/2008.

Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia Fecha de publicación: 17/12/2008.

Orden EHA/3566/2008, de 9 de diciembre, por la que se hace público el Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2008 por el que se aprueba el destino del fondo especial del Estado para el estímulo de la economía y el empleo, dotado por el Real Decreto-ley 9/2008, de 28 de noviembre, y su distribución por departamentos ministeriales Fecha de publicación: 10/12/2008.

Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre por el que se crean un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la dinamización de la Economía y el Empleo y se aprueban créditos extraordinarios para atender a su financiación Fecha de publicación: 02/12/2008.

Orden ESD/1984/2008, de 4 de julio, por la que se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia Fecha de publicación: 09/07/2008.

Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público. Fecha de publicación: 31/12/2011.

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 18/12/2011.

Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 18/12/2011.

Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas. Fecha de publicación: 15/12/2011.

Resolución de 30 de septiembre de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Resolución de 3 de agosto de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I. Fecha de publicación: 22/08/2011.

Resolución de 4 de noviembre de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de

dependencia en grado I. ☑ Fecha de publicación: 24/11/2010 Resolución de 15 de julio de 2010, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 9 de julio de 2010, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2010-2013 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 21/07/2010.

Resolución de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Fecha de publicación: 12/07/2010.

Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Fecha de publicación: 18/12/2013.

Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y evaluación anual correspondiente al ejercicio 2012 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 02/08/2013.

Real Decreto 536/2013, de 12 de julio, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones estatales destinadas a la realización de programas de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas en el ámbito de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Fecha de publicación: 13/07/2013.

Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la

autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales. Fecha de publicación: 16/05/2013.

Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Fecha de publicación: 11/10/2012.

Real Decreto-ley 23/2012, de 24 de agosto, por el que se prorroga el programa de recualificación profesional de las personas que agoten su protección por desempleo. Fecha de publicación: 25/08/2012.

Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Fecha de publicación: 03/08/2012.

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Fecha de publicación: 14/07/2012.

Orden ECD/340/2012, de 15 de febrero, por la que se establece el currículo del ciclo formativo de Grado Medio correspondiente al título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia. Fecha de publicación: 27/02/2012.

Real Decreto-ley 1/2013 de 29 noviembre, (aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social).

Resolución de 6 de mayo de 2014, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se desarrolla la clasificación de sillas de ruedas para el Sistema informatizado para la recepción de comunicaciones de productos ortoprotésicos al Sistema Nacional de Salud. Fecha de publicación: 13/05/2014.

Resolución de 8 de abril de 2014, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convoca la concesión de subvenciones en el área de atención a mayores, durante el año 2014. Fecha de publicación: 30/04/2014.

Resolución de 4 de febrero de 2014, de la Dirección General de Migraciones, por la que se convocan ayudas para 2014, del Programa de Mayores y Dependientes de la Orden ESS/1613/2012, de 19 de julio. Fecha de publicación: 17/04/2014.

Resolución de 25 de febrero de 2014, de la Dirección General de Empleo, por la que se registran y publican las tablas salariales para el año 2014 del VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Fecha de publicación: 08/03/2014.

Resolución de 16 de diciembre de 2013, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publican las subvenciones concedidas a residentes de Ceuta y de Melilla para facilitar la autonomía personal para la adquisición de ayudas técnicas y realización de obras de accesibilidad y adaptación del hogar, durante el año 2013. Fecha de publicación: 20/01/2014.

Resolución de 17 de diciembre de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publican las cuentas anuales del Fondo de apoyo para la promoción y desarrollo de infraestructuras y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, del ejercicio 2012 y el informe de auditoría. Fecha de publicación: 16/01/2014.

Resolución de 12 de diciembre de 2013, de la Subsecretaría, por la que se aprueba la actualización de las Cartas de servicios propuestas por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Fecha de publicación: 13/01/2014.

Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 31/12/2013.

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 31/12/2013.

Orden SSI/1190/2015, de 18 de junio, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal de Atención Sociosanitaria para Personas en Situación de Dependencia, en Soria. Fecha de publicación: 20/06/2015.

Resolución de 21 de mayo de 2015, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convocan subvenciones a personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia residentes en las

Ciudades de Ceuta y de Melilla, durante el año 2015. Fecha de publicación: 11/06/2015.

Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 01/05/2015.

Orden SSI/420/2015, de 9 de marzo, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia, dentro del ámbito de competencias del Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Fecha de publicación: 31/03/2015.

Real Decreto-ley 1/2015, de 27 de febrero, de mecanismo de segunda oportunidad, reducción de carga financiera y otras medidas de orden social. Fecha de publicación: 28/02/2015.

Orden SSI/2416/2014, de 17 de diciembre, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave, en Valencia. Fecha de publicación: 23/12/2014.

Resolución de 23 de septiembre de 2014, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publican las cuentas anuales del Fondo de apoyo para la promoción y desarrollo de infraestructuras y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia del ejercicio 2013 y el informe de auditoría. Fecha de publicación: 10/10/2014.

Resolución de 31 de julio de 2014, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre los criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado II y III, y la evaluación anual correspondiente al ejercicio 2013 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. Fecha de publicación: 14/08/2014.

Resolución de 16 de julio de 2014, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se desarrolla la

clasificación de ortesis para el Sistema informatizado para la recepción de comunicaciones de productos ortoprotésicos al Sistema Nacional de Salud, y se modifica la de 6 de mayo de 2014, por la que se desarrolla la clasificación de sillas de ruedas para el Sistema informatizado para la recepción de comunicaciones de productos ortoprotésicos al Sistema Nacional de Salud. Fecha de publicación: 22/07/2014.

Resolución de 14 de diciembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se determinan las Oficinas de Atención al Ciudadano que han de ajustarse a las condiciones de accesibilidad previstas en el Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado. Fecha de publicación: 19/12/2015.

Orden SSI/2696/2015, de 4 de diciembre, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones para personas beneficiarias de centros estatales para personas con discapacidad cuya titularidad corresponde al Instituto de Mayores y Servicios Sociales Fecha de publicación: 15/12/2015.

Resolución de 3 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre acreditación de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Fecha de publicación: 03/12/2015.

Resolución de 15 de julio de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publican las cuentas anuales del Fondo de apoyo para la promoción y desarrollo de infraestructuras y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, del ejercicio 2014 y el informe de auditoría. Fecha de publicación: 29/07/2015.

Orden SSI/1189/2015, de 18 de junio, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas en Situación de Dependencia, en León. Fecha de publicación: 20/06/2015.

Resolución de 22 de noviembre de 2016, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Cataluña para establecer y regular el procedimiento que posibilite la Interoperabilidad del Sistema de Información de la citada comunidad

autónoma con el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del IMSERSO. Fecha de publicación: 16/12/2016.

Resolución de 24 de octubre de 2016, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad de Castilla y León para establecer y regular el procedimiento que posibilite la interoperabilidad del Sistema de Información de la citada comunidad autónoma con el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del IMSERSO. Fecha de publicación: 17/11/2016.

Resolución de 26 de julio de 2016, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publican las cuentas anuales del Fondo de apoyo para la promoción y desarrollo de infraestructuras y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia del ejercicio 2015 y el informe de auditoría. Fecha de publicación: 13/08/2016.

Resolución de 22 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica la distribución territorial de los créditos destinados a las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y de Melilla para la realización de programas sociales en el año 2016, formalizada por Acuerdo del Consejo de Ministros de 17 de junio de 2016. Fecha de publicación: 18/07/2016.

Resolución de 30 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se establecen las oficinas de atención al ciudadano para las que se amplía el plazo de comunicación previsto en la Resolución de 14 de diciembre de 2015, por la que se determinan las oficinas de atención al ciudadano que han de ajustarse a las condiciones de accesibilidad previstas en el Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado. Fecha de publicación: 02/07/2016.

Sentencia 99/2016, de 25 de mayo de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 1743-2013. Interpuesto por el Gobierno de la Generalitat de Cataluña en relación con diversos preceptos de la Ley 2/2012, de 29 de junio, de presupuestos generales del Estado para el año 2012. Límites de las leyes de presupuestos; competencias en materia laboral, ordenación general de la economía y función pública; principio de autonomía financiera: constitucionalidad de los preceptos legales que suspenden y modifican diferentes previsiones de la Ley de

promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y establecen la jornada general de trabajo en el sector público. Fecha de publicación: 02/07/2016.

Extracto de la Resolución de 10 de mayo de 2016, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convoca la concesión de subvenciones a personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia residentes en las Ciudades de Ceuta y de Melilla, durante el año 2016. Fecha de publicación: 24/05/2016.

Resolución de 15 de enero de 2018, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación del contenido del servicio de teleasistencia básica y avanzada. Fecha de publicación: 15/02/2018.

Orden SSI/411/2018, de 23 de abril, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal para Personas con Discapacidades Neurológicas, en Langreo (Asturias). Fecha de publicación: 25/04/2018.

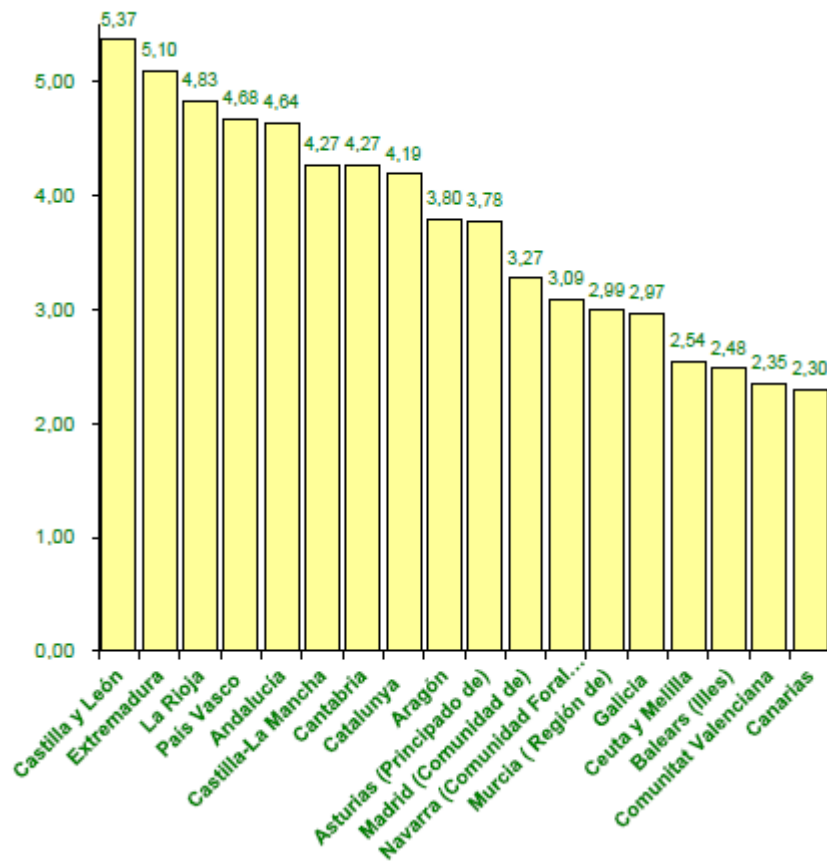
Resolución de 25 de febrero de 2019, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, por la que se publica el Reglamento interno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Fecha de publicación: 08/03/2019.

Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. Fecha de publicación: 07/03/2019.

Anexo 3. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018.
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

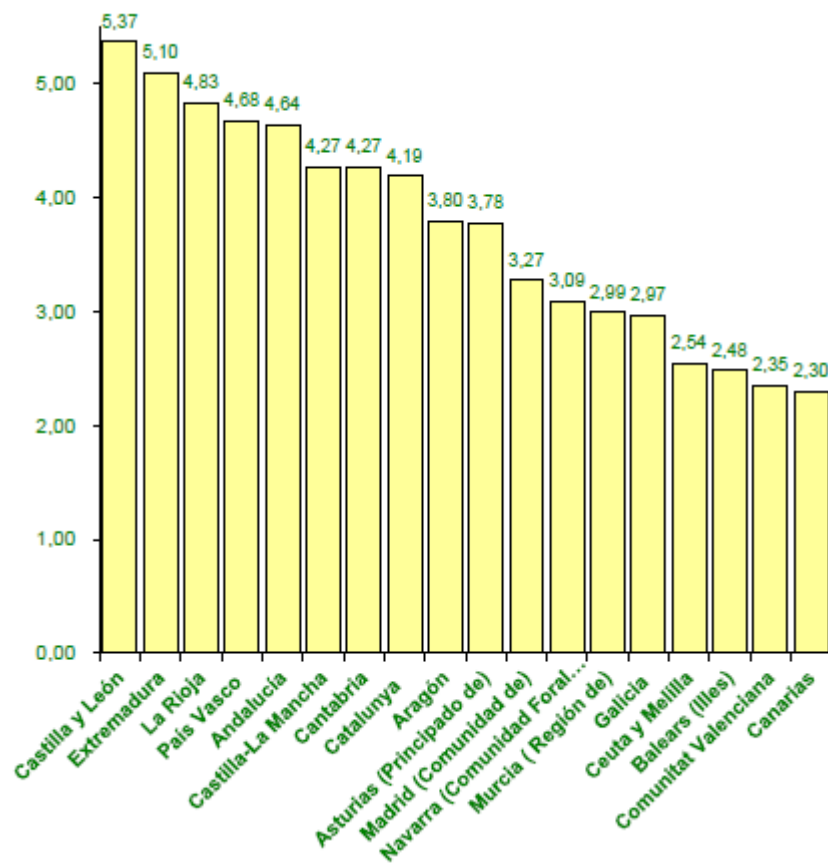
1.1. SOLICITUDES

ÁMBITO TERRITORIAL	Solicitudes Registradas	
	Nº	%
Andalucía	388.846	22,00
Aragón	49.707	2,81
Asturias (Principado de)	38.844	2,20
Balears (Illes)	27.993	1,58
Canarias	48.834	2,76
Cantabria	24.752	1,40
Castilla y León	129.374	7,32
Castilla-La Mancha	86.579	4,90
Catalunya	318.602	18,03
Comunitat Valenciana	116.879	6,61
Extremadura	54.680	3,09
Galicia	80.184	4,54
Madrid (Comunidad de)	215.222	12,18
Murcia (Región de)	44.249	2,50
Navarra (Comunidad Foral de)	20.012	1,13
País Vasco	102.813	5,82
Rioja (La)	15.257	0,86
Ceuta y Melilla	4.359	0,25
TOTAL	1.767.186	100,00



1.2. SOLICITUDES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

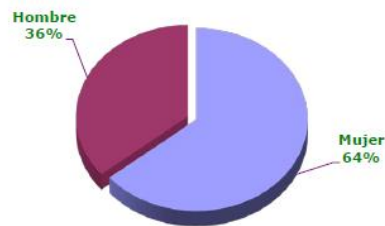
ÁMBITO TERRITORIAL	Población CCAA (1)		Solicitudes Registradas	
	Nº	%	Nº	% población CCAA
Andalucía	8.384.408	17,94	388.846	4,64
Aragón	1.308.728	2,80	49.707	3,80
Asturias (Principado de)	1.028.244	2,20	38.844	3,78
Balears (Illes)	1.128.908	2,42	27.993	2,48
Canarias	2.127.685	4,55	48.834	2,30
Cantabria	580.229	1,24	24.752	4,27
Castilla y León	2.409.164	5,16	129.374	5,37
Castilla-La Mancha	2.026.807	4,34	86.579	4,27
Catalunya	7.600.065	16,27	318.602	4,19
Comunitat Valenciana	4.963.703	10,62	116.879	2,35
Extremadura	1.072.863	2,30	54.680	5,10
Galicia	2.701.743	5,78	80.184	2,97
Madrid (Comunidad de)	6.578.079	14,08	215.222	3,27
Murcia (Región de)	1.478.509	3,16	44.249	2,99
Navarra (Comunidad Foral de)	647.554	1,39	20.012	3,09
País Vasco	2.199.088	4,71	102.813	4,68
La Rioja	315.675	0,68	15.257	4,83
Ceuta y Melilla	171.528	0,37	4.359	2,54
TOTAL	46.722.980	100,00	1.767.186	3,78



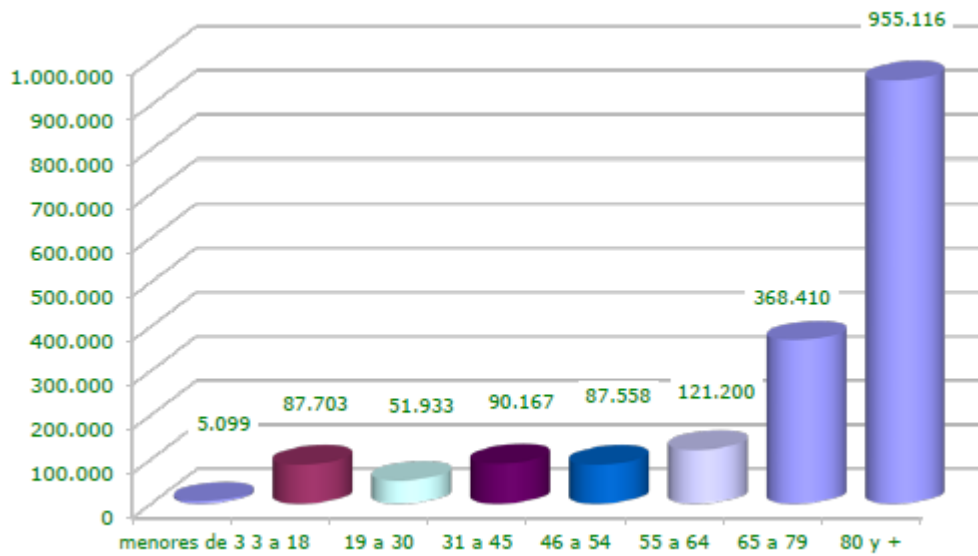
1.3. PERFIL DE LA PERSONA SOLICITANTE: SEXO Y EDAD

SEXO	TRAMO DE EDAD														TOTAL			
	menores de 3		3 a 18		19 a 30		31 a 45		46 a 54		55 a 64		65 a 79		80 y +		Nº	%¹
	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹				
Mujer	2.343	0,21	31.421	2,77	21.190	1,87	39.442	3,48	41.066	3,63	61.561	5,43	236.790	20,90	698.935	61,70	1.132.748	100,00
Hombre	2.756	0,43	56.282	8,87	30.743	4,85	50.725	8,00	46.492	7,33	59.639	9,40	131.820	20,75	256.181	40,38	634.438	100,00
TOTAL	5.099	0,29	87.703	4,96	51.933	2,94	90.167	5,10	87.558	4,95	121.200	6,86	368.410	20,85	955.116	54,05	1.767.186	100,00

Solicitantes por sexo



Solicitantes por tramo de edad



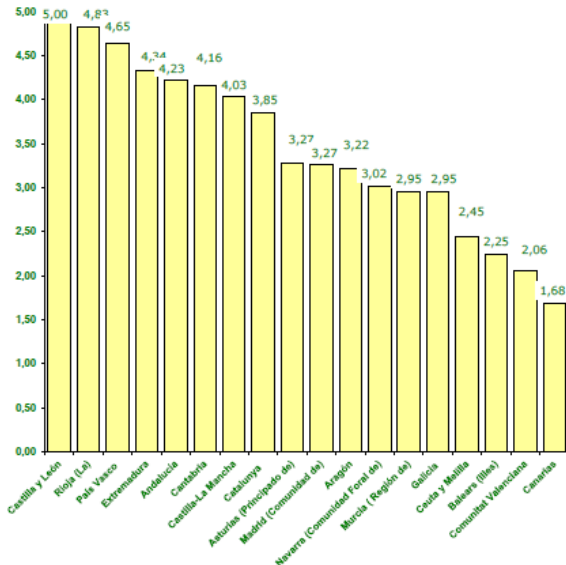
1.4. RESOLUCIONES.

1.4. RESOLUCIONES Situación a 31 de diciembre de 2018

ÁMBITO TERRITORIAL	Solicitudes		Resoluciones		Grado III		Grado II		Grado I		TOTAL PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN	
	Nº	%	Nº	% resoluciones	Nº	% resoluciones	Nº	% resoluciones	Nº	% resoluciones	Nº	% resoluciones
Andalucía	388.846	22,00	354.473	91,16	79.835	22,52	124.155	35,03	83.350	23,51	287.340	81,06
Aragón	49.707	2,81	42.117	84,73	11.512	27,33	13.712	32,56	9.922	23,56	35.146	83,45
Asturias (Principado de)	38.844	2,20	33.668	86,67	6.969	20,70	8.682	25,79	9.922	29,47	25.573	75,96
Balears (Illes)	27.993	1,58	25.370	90,63	5.369	21,16	7.911	31,18	6.859	27,04	20.139	79,38
Canarias	48.834	2,76	35.850	73,41	11.501	32,08	10.559	29,45	8.534	23,80	30.594	85,34
Cantabria	24.752	1,40	24.151	97,57	6.452	26,72	8.293	34,34	5.656	23,42	20.401	84,47
Castilla y León	129.374	7,32	120.362	93,03	31.587	26,24	31.863	26,47	31.395	26,08	94.845	78,80
Castilla-La Mancha	86.579	4,90	81.735	94,41	19.828	24,26	22.517	27,55	22.619	27,67	64.964	79,48
Catalunya	318.602	18,03	292.526	91,82	51.220	17,51	86.921	29,71	92.037	31,46	230.178	78,69
Comunitat Valenciana	118.879	6,81	102.144	87,39	27.082	26,51	32.045	31,37	25.904	25,36	85.031	83,25
Extremadura	54.680	3,09	46.533	85,10	10.749	23,10	11.142	23,94	11.450	24,61	33.341	71,65
Galicia	80.184	4,54	79.727	99,43	25.204	31,61	23.520	29,50	19.179	24,06	67.903	85,17
Madrid (Comunidad de)	215.222	12,18	215.050	99,92	54.790	25,48	56.107	26,09	50.471	23,47	161.368	75,04
Murcia (Región de)	44.249	2,50	43.671	98,69	14.081	32,24	16.439	37,04	8.909	20,40	39.429	90,29
Navarra (Comunidad Foral de)	20.012	1,13	19.559	97,74	3.209	16,41	5.796	29,63	6.128	31,33	15.133	77,37
País Vasco	102.813	5,82	102.231	99,43	20.784	20,33	25.808	25,24	32.219	31,52	78.811	77,09
Rioja (La)	15.257	0,86	15.250	99,95	3.063	20,09	4.052	26,57	4.052	26,57	11.167	73,23
Ceuta y Melilla	4.359	0,25	4.201	96,38	960	22,85	1.158	27,56	831	19,78	2.949	70,20
TOTAL	1.767.186	100,00	1.638.618	92,72	384.195	23,45	490.680	29,94	429.437	26,21	1.304.312	79,60

1.5. RESOLUCIONES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

ÁMBITO TERRITORIAL	Población CCAA (1)		Resoluciones	
	Nº	%	Nº	% población CCAA
Andalucía	8.384.408	17,94	354.473	4,23
Aragón	1.308.728	2,80	42.117	3,22
Asturias (Principado de)	1.028.244	2,20	33.668	3,27
Balears (Illes)	1.128.908	2,42	25.370	2,25
Canarias	2.127.685	4,55	35.850	1,68
Cantabria	580.229	1,24	24.151	4,16
Castilla y León	2.409.164	5,16	120.362	5,00
Castilla-La Mancha	2.026.807	4,34	81.735	4,03
Catalunya	7.600.065	16,27	292.526	3,85
Comunitat Valenciana	4.983.703	10,82	102.144	2,06
Extremadura	1.072.863	2,30	46.533	4,34
Galicia	2.701.743	5,78	79.727	2,95
Madrid (Comunidad de)	6.578.079	14,08	215.050	3,27
Murcia (Región de)	1.478.509	3,16	43.671	2,95
Navarra (Comunidad Foral de)	647.554	1,39	19.559	3,02
País Vasco	2.199.088	4,71	102.231	4,65
Rioja (La)	315.875	0,68	15.250	4,83
Ceuta y Melilla	171.528	0,37	4.201	2,45
TOTAL	46.722.980	100,00	1.638.618	3,51



(1) Cifras INE de población referidas al 01/01/2018. Real Decreto 1456/2018, de 14 de diciembre BOE 29.12.18.

1.6. GRADOS Y NIVELES.

ÁMBITO TERRITORIAL	RESOLUCIONES	GRADO III Nivel 2		GRADO III Nivel 1		GRADO III		GRADO II Nivel 2		GRADO II Nivel 1		GRADO II		GRADO I Nivel 2		GRADO I Nivel 1		GRADO I		SIN GRADO	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	354.473	14.763	4,16	21.598	6,09	43.474	12,26	18.145	5,12	30.789	8,69	75.221	21,22	10.659	3,01	15.792	4,46	56.899	16,05	67.133	18,94
Aragón	42.117	1.066	2,53	1.877	4,46	8.569	20,35	1.372	3,26	2.583	6,13	9.757	23,17	1.063	2,52	1.369	3,25	7.490	17,78	6.971	16,55
Asturias	33.668	949	2,82	1.161	3,45	4.859	14,43	953	2,83	1.624	4,82	6.105	18,13	1.055	3,13	1.253	3,72	7.614	22,61	8.095	24,04
Illes Balears	25.370	519	2,05	1.073	4,23	3.777	14,89	887	3,50	1.393	5,49	5.631	22,20	658	2,59	691	2,72	5.510	21,72	5.231	20,62
Canarias	35.850	2.157	6,02	3.136	8,75	6.208	17,32	2.023	5,64	2.702	7,54	5.834	16,27	1.263	3,52	1.223	3,41	6.048	16,87	5.256	14,66
Cantabria	24.151	712	2,95	1.351	5,59	4.389	18,17	1.022	4,23	1.696	7,02	5.575	23,08	782	3,24	808	3,35	4.066	16,84	3.750	15,53
Castilla y León	120.362	3.105	2,58	4.914	4,08	23.568	19,58	2.868	2,38	4.818	4,00	24.177	20,09	2.882	2,39	3.327	2,76	25.186	20,93	25.517	21,20
Castilla-La Mancha	81.735	1.965	2,40	3.725	4,56	14.138	17,30	2.621	3,21	4.349	5,32	15.547	19,02	1.669	2,04	2.801	3,43	18.149	22,20	16.771	20,52
Catalunya	292.526	6.617	2,26	13.714	4,69	30.889	10,56	10.861	3,71	18.821	6,43	57.239	19,57	7.852	2,68	11.042	3,77	73.143	25,00	62.348	21,31
Comunitat Valenciana	102.144	3.562	3,49	4.980	4,88	18.540	18,15	4.497	4,40	7.366	7,21	20.182	19,76	3.435	3,36	4.326	4,24	18.143	17,76	17.113	16,75
Extremadura	46.533	1.627	3,50	2.439	5,24	6.683	14,36	1.437	3,09	2.211	4,75	7.494	16,10	896	1,93	1.026	2,20	9.528	20,48	13.192	28,35
Galicia	79.727	3.053	3,83	4.632	5,81	17.519	21,97	3.361	4,22	4.863	6,10	15.296	19,19	2.498	3,13	2.827	3,55	13.854	17,38	11.824	14,83
Madrid	215.050	5.631	2,62	8.979	4,18	40.180	18,68	6.614	3,08	8.715	4,05	40.778	18,96	5.443	2,53	5.777	2,69	39.251	18,25	53.682	24,96
Madrid (Región de)	43.671	3.117	7,14	3.427	7,85	7.537	17,26	2.989	6,84	4.714	10,79	8.736	20,00	1.434	3,28	1.599	3,66	5.876	13,46	4.242	9,71
Navarra	19.559	400	2,05	320	1,64	2.489	12,73	403	2,06	690	3,53	4.703	24,05	385	1,97	679	3,47	5.064	25,89	4.426	22,63
País Vasco	102.231	1.438	1,41	2.960	2,90	16.386	16,03	2.370	2,32	4.088	4,00	19.350	18,93	2.393	2,34	3.193	3,12	26.633	26,05	23.420	22,91
La Rioja	15.250	471	3,09	582	3,82	2.010	13,18	374	2,45	773	5,07	2.905	19,05	220	1,44	529	3,47	3.303	21,66	4.083	26,77
Ceuta y Melilla	4.201	123	2,93	138	3,28	699	16,64	91	2,17	112	2,67	955	22,73	65	1,55	60	1,43	706	16,81	1.252	29,80
TOTAL	1.638.618	51.275	3,13	81.006	4,94	251.914	15,37	62.888	3,84	102.307	6,24	325.485	19,86	44.652	2,72	58.322	3,56	326.463	19,92	334.306	20,40

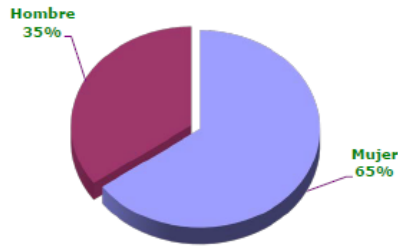
1.7. PERSONAS BENEFICIARIAS Y PRESTACIONES.

ÁMBITO TERRITORIAL	PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES	PRESTACIONES														RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA BENEFICIARIA						
		Prevención Dependencia y Promoción A.Personal		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/Noche		Atención Residencial		P.E Vinculada Servicio		P.E Cuidados Familiares			P.E Asist. Personal		TOTAL			
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Andalucía	212.243	1.836	0,86	87.995	31,51	75.732	27,12	14.015	5,02	24.718	8,85	3.930	1,41	71.038	25,44	10	0,00	279.274	100,00			1,32
Aragón	29.146	3.683	10,66	2.546	7,37	3.649	10,56	1.564	4,53	4.110	11,90	5.581	16,15	13.415	38,83	0	0,00	34.548	100,00			1,19
Asturias (Principado de)	22.049	6.434	22,64	1.215	4,28	4.232	14,89	2.352	8,28	3.220	11,33	2.491	8,77	8.468	29,80	1	0,00	28.413	100,00			1,29
Illes Balears	17.328	2.907	13,14	2.742	12,40	667	3,02	1.096	4,96	2.245	10,15	747	3,38	11.711	52,96	0	0,00	22.115	100,00			1,28
Canarias	21.638	93	0,41	968	4,30	5	0,02	4.705	20,88	3.892	17,27	4.217	18,72	8.652	38,40	0	0,00	22.532	100,00			1,04
Cantabria	15.734	0	0,00	1.875	10,41	1.227	6,81	1.938	10,76	4.538	25,19	0	0,00	8.438	46,84	0	0,00	18.016	100,00			1,15
Castilla y León	93.374	14.263	11,36	11.650	9,28	23.385	18,62	8.505	6,77	9.164	7,30	33.072	26,34	24.676	19,65	850	0,68	125.565	100,00			1,34
Castilla-La Mancha	57.838	5.928	8,53	11.256	16,20	16.223	23,35	3.418	4,92	12.476	17,95	7.095	10,21	13.071	18,81	23	0,03	69.490	100,00			1,20
Catalunya	155.037	740	0,38	20.528	10,64	30.464	15,78	12.848	6,66	33.727	17,48	14.329	7,42	80.288	41,60	71	0,04	192.995	100,00			1,24
Comunitat Valenciana	74.354	646	0,84	3.179	4,11	104	0,13	6.793	8,78	11.606	15,01	13.040	16,86	41.963	54,26	11	0,01	77.342	100,00			1,04
Extremadura	29.189	1.324	4,15	1.869	5,85	923	2,89	1.994	6,25	4.507	14,12	14.504	45,43	6.804	21,31	0	0,00	31.925	100,00			1,09
Galicia	60.099	4.758	6,78	5.268	7,50	23.309	33,19	7.173	10,22	8.516	12,13	8.132	11,58	12.953	18,45	111	0,16	70.220	100,00			1,17
Madrid (Comunidad de)	141.699	3.566	1,91	46.234	24,71	42.677	22,81	16.730	8,41	22.938	12,26	20.056	10,72	35.811	19,14	89	0,05	187.101	100,00			1,32
Murcia (Región de)	34.999	3.933	8,96	6.151	14,01	1.064	2,42	3.872	8,82	4.478	10,20	1.652	3,76	22.750	51,82	2	0,00	43.902	100,00			1,25
Navarra (Comunidad Foral de)	13.668	884	4,99	2.342	13,23	1.091	6,16	333	1,88	1.789	10,10	1.387	7,83	9.866	55,72	14	0,08	17.706	100,00			1,30
País Vasco	65.017	168	0,20	15.960	18,97	7.023	8,35	7.393	8,79	12.800	15,21	1.282	1,52	33.674	40,02	5.844	6,95	84.144	100,00			1,29
La Rioja	8.100	681	8,44	2.306	19,78	3.266	28,01	986	8,46	1.618	13,88	965	8,28	1.539	15,77	0	0,00	11.661	100,00			1,44
Ceuta y Melilla	2.763	430	11,59	630	16,98	883	23,80	87	2,35	237	6,39	11	0,30	1.432	38,60	0	0,00	3.710	100,00			1,34
TOTAL	1.854.275	52.274	3,36	224.714	17,02	235.924	17,86	94.802	7,18	166.579	12,61	132.491	10,03	406.849	30,81	7.026	0,53	1.320.659	100,00			1,25

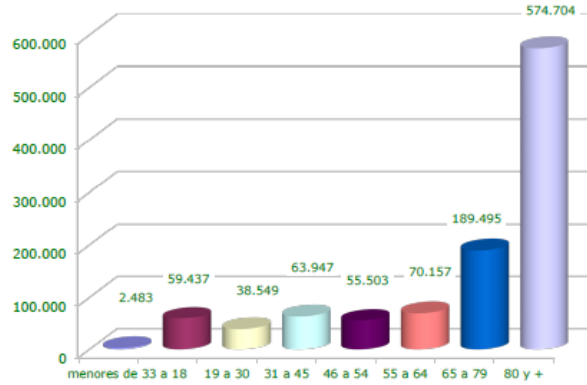
1.8. PERFIL DE LA PERSONA BENEFICIARIA CON PRESTACIÓN: SEXO Y EDAD.

SEXO	TRAMO DE EDAD														TOTAL			
	menores de 3		3 a 18		19 a 30		31 a 45		46 a 54		55 a 64		65 a 79		80 y +		Nº	%¹
	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹				
Mujer	1086	0,16	20.374	2,97	15.980	2,33	28.162	4,10	25.735	3,75	34.970	5,09	118.505	17,41	440.815	64,19	686.417	100,00
Hombre	1.387	0,38	39.083	10,62	22.589	6,14	35.785	9,73	29.768	8,09	35.187	9,57	60.990	19,03	134.089	36,45	367.858	100,00
TOTAL	2.483	0,24	59.437	5,64	38.549	3,66	63.947	6,07	55.503	5,26	70.157	6,65	189.495	17,97	574.704	54,51	1.054.275	100,00

Personas beneficiarias por sexo



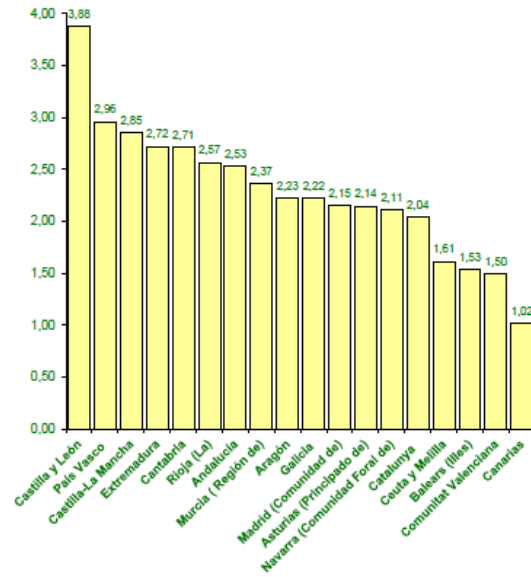
Personas beneficiarias por tramo de edad



¹ Calculado sobre el total de cada sexo

1.9. PERSONAS BENEFICIARIAS EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

ÁMBITO TERRITORIAL	Población CCAA (1)		Personas beneficiarias con prestaciones	
	Nº	%	Nº	% población CCAA
Andalucía	8.384.408	17,94	212.243	2,53
Aragón	1.308.728	2,80	29.146	2,23
Asturias (Principado de)	1.028.244	2,20	22.049	2,14
Baleares (Illes)	1.128.908	2,42	17.328	1,53
Canarias	2.127.685	4,55	21.638	1,02
Cantabria	580.229	1,24	15.734	2,71
Castilla y León	2.409.164	5,16	93.374	3,88
Castilla-La Mancha	2.026.807	4,34	57.838	2,85
Catalunya	7.600.065	16,27	165.037	2,04
Comunitat Valenciana	4.983.703	10,62	74.354	1,50
Extremadura	1.072.863	2,30	29.189	2,72
Galicia	2.701.743	5,78	60.099	2,22
Madrid (Comunidad de)	6.578.079	14,08	141.699	2,15
Murcia (Región de)	1.478.509	3,16	34.999	2,37
Navarra (Comunidad Foral de)	647.554	1,39	13.668	2,11
País Vasco	2.199.088	4,71	65.017	2,96
Rioja (La)	315.675	0,68	8.100	2,57
Ceuta y Melilla	171.528	0,37	2.763	1,61
TOTAL	46.722.980	100,00	1.054.275	2,26

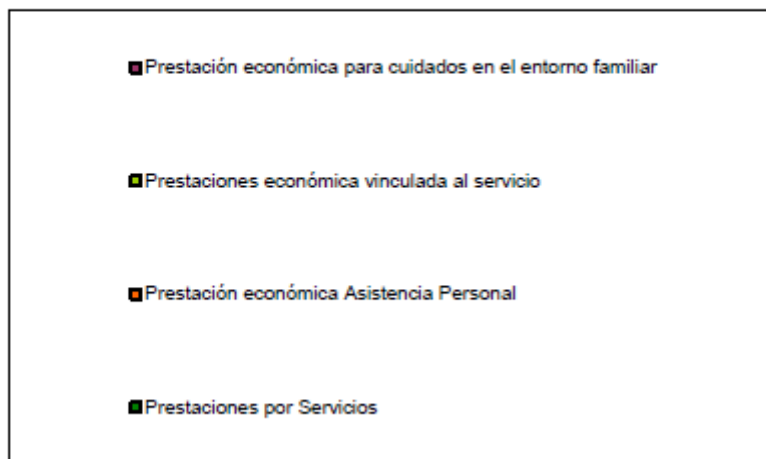
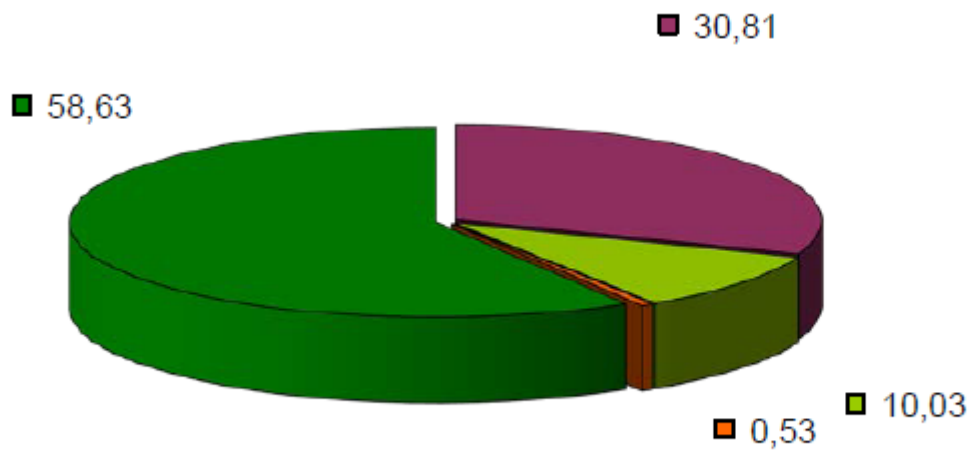


(1) Cifras INE de población referidas al 01/01/2018. Real Decreto 1456/2018, de 14 de diciembre BOE 29.12.18.

1.10. PERSONAS BENEFICIARIAS Y AGRUPACIÓN PRESTACIONES

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL PRESTACIONES POR SERVICIO (1)		PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	208.236	74,56%	71.038	25,44%	279.274	100,00%
Aragón	21.133	61,17%	13.415	38,83%	34.548	100,00%
Asturias (Principado de)	19.945	70,20%	8.488	29,80%	28.413	100,00%
Illes Balears	10.404	47,04%	11.711	52,96%	22.115	100,00%
Canarias	13.880	61,60%	8.652	38,40%	22.532	100,00%
Cantabria	9.578	53,16%	8.438	46,84%	18.016	100,00%
Castilla y León	100.889	80,35%	24.676	19,65%	125.565	100,00%
Castilla-La Mancha	56.419	81,19%	13.071	18,81%	69.490	100,00%
Catalunya	112.707	58,40%	80.288	41,60%	192.995	100,00%
Comunitat Valenciana	35.379	45,74%	41.963	54,26%	77.342	100,00%
Extremadura	25.121	78,69%	6.804	21,31%	31.925	100,00%
Galicia	57.267	81,55%	12.953	18,45%	70.220	100,00%
Madrid (Comunidad de)	151.290	80,86%	35.811	19,14%	187.101	100,00%
Murcia (Región de)	21.152	48,18%	22.750	51,82%	43.902	100,00%
Navarra (Comunidad Foral de)	7.840	44,28%	9.866	55,72%	17.706	100,00%
País Vasco	50.470	59,98%	33.674	40,02%	84.144	100,00%
La Rioja	9.822	84,23%	1.839	15,77%	11.661	100,00%
Ceuta y Melilla	2.278	61,40%	1.432	38,60%	3.710	100,00%
TOTAL	913.810	69,19%	406.849	30,81%	1.320.659	100,00%

(1) Las prestaciones por servicio incluyen: Prevención dependencia y promoción autonomía personal, Teleasistencia, Ayuda a domicilio, Centros de día/noche, Atención residencial. Además, se incluyen las prestaciones mediante servicios a través la prestación económica vinculada al servicio, y la prestación económica de asistencia personal.



Recuperado de:

Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) Recuperado de: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20181231.pdf>

Anexo 4. Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

I. INTRODUCCIÓN

Como se dispone con carácter general en el artículo 11 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (en adelante Ley de Dependencia), al referirse a las competencias de las Comunidades Autónomas, corresponde a las mismas *“gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia”*. Así, las Comunidades Autónomas son las administraciones competentes para recibir las solicitudes presentadas por los ciudadanos, valorar la situación en que se encuentren las personas solicitantes y dictar, en su caso, la correspondiente resolución en que se reconozca la situación de dependencia.

Las Comunidades Autónomas introducen sus datos en el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). Con ellos se confeccionan mensualmente las estadísticas sobre la gestión del Sistema de Dependencia y se realizan los cálculos correspondientes a la parte de la financiación aportada por la Administración General del Estado en concepto de nivel mínimo de protección.

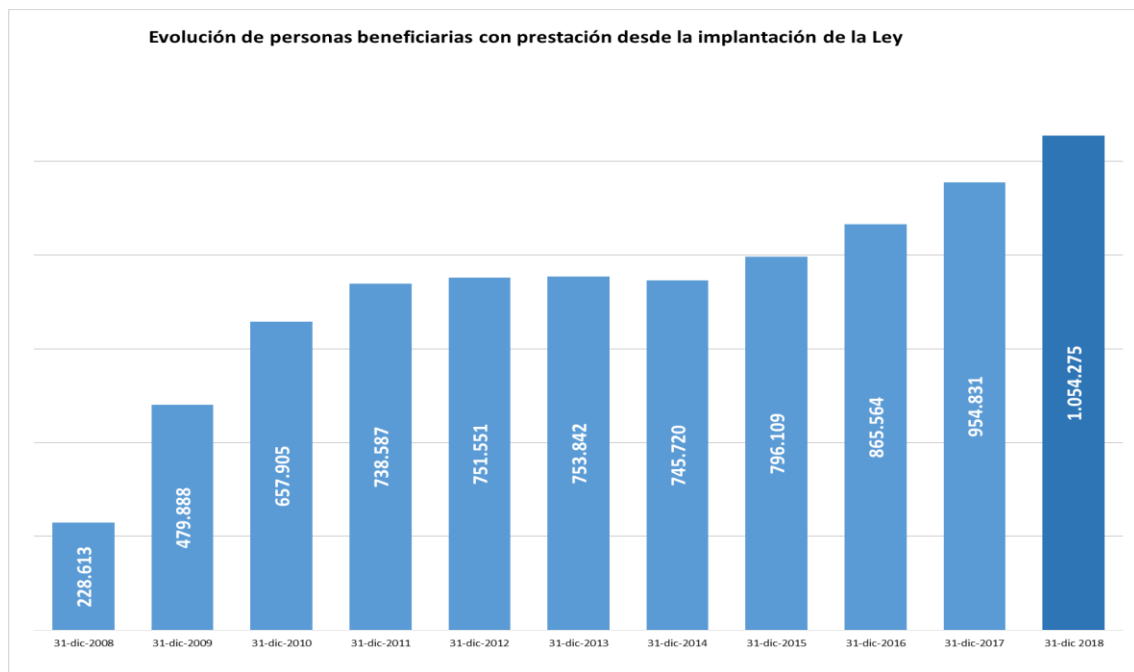
Las cifras incluidas en las estadísticas mensuales son un reflejo de la actividad de las Comunidades Autónomas y muestran el volumen de información que dichas Comunidades incorporan al Sistema. A partir del mes de enero de 2017 se publican las resoluciones de valoración de grado de dependencia, según lo acordado por los responsables de la gestión de la misma en las Comunidades Autónomas.

La normativa que regula el Sistema de Información recoge el carácter provisional de estas estadísticas mensuales. Así, en la Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el SISAAD, se dispone en su artículo 5 que *“teniendo en cuenta el proceso de actualización continua y constante de los datos incorporados en el SISAAD, las estadísticas mensuales tienen carácter provisional. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la*

Autonomía y Atención a la Dependencia, es el órgano encargado de realizar la evaluación anual de la gestión del SAAD, comparando los datos elevados a definitivos a 31 de diciembre de cada año y publicados en el SISSAD, con los datos de los ejercicios anteriores.”

II. PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIÓN

La cifra de personas beneficiarias con prestación es de 1.054.275, una vez realizado el cruce con los ficheros de fallecidos. Asimismo, se han tenido en cuenta otro tipo de bajas, siendo el fallecimiento la principal causa de baja en el Sistema. De este modo, el crecimiento neto de beneficiarios con prestación durante este mes ha sido de 10.037 personas.



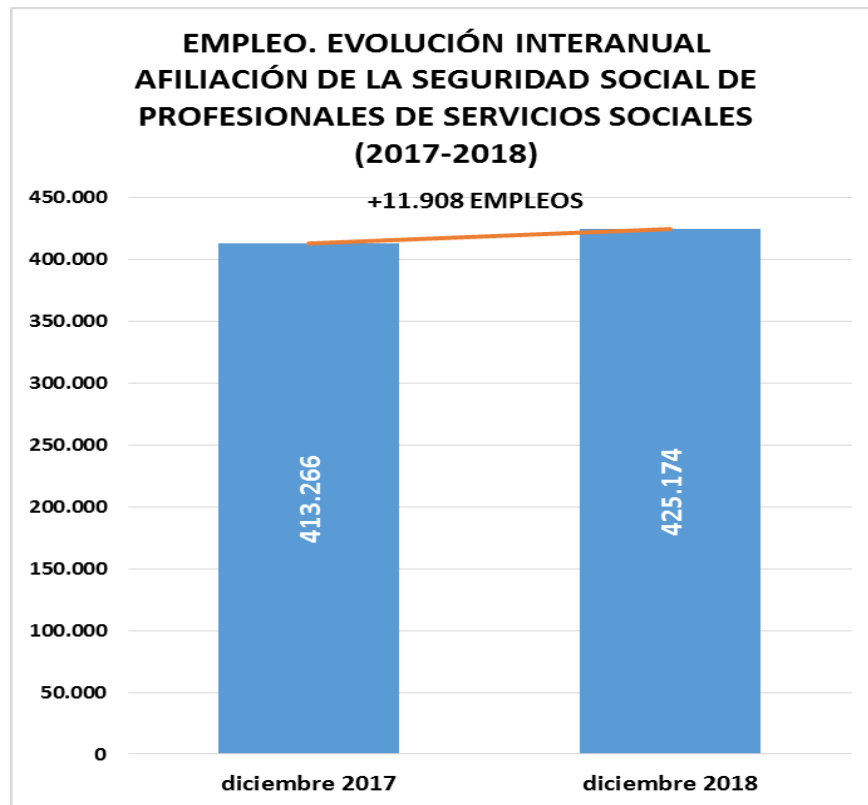
En cuanto al perfil por edad de los beneficiarios, **el 72,49% tienen más de 65 años**. En concreto un 17,97% tienen una edad comprendida entre los 65 y 79 años, mientras que un **54,51% tienen 80 o más años**.

En todo caso, el **78,79% de las personas con derecho a prestación que han causado baja en lo que va de año ya se encontraban recibiendo su correspondiente prestación**.

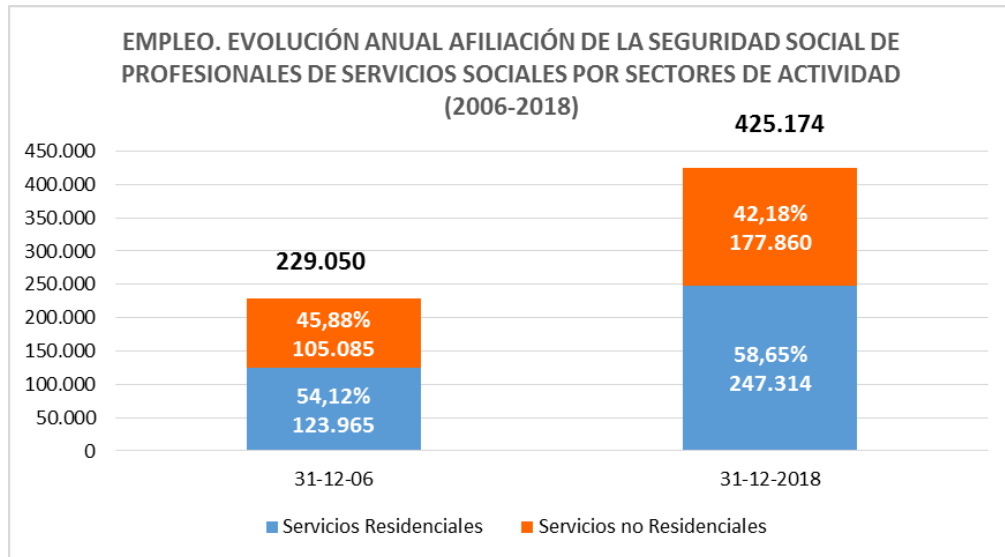
III. EMPLEO

Evolución interanual

La evolución interanual, comparada con el mismo mes del año anterior, diciembre 2017, presenta un aumento de **11.908 nuevas afiliaciones**, un **2,88%**.



Desde el año 2006 en la evolución de las afiliaciones a la Seguridad Social se ha producido un aumento de **192.647 nuevas afiliaciones** desde dicha fecha.

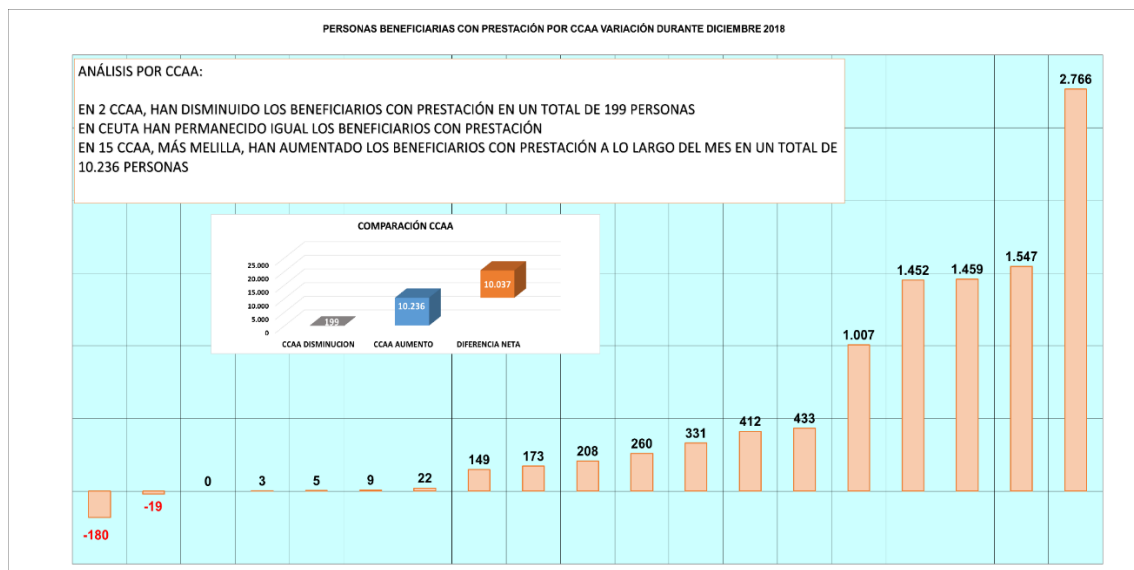


IV. DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS DE CUIDADOS FAMILIARES

El número de Servicios y Prestaciones Económicas es de 1.320.659 De esta cifra, dos terceras partes corresponden a Servicios, 913.810, con un 69,19% del total. Por otra parte, las Prestaciones Económicas de Cuidados en el Entorno Familiar son en la actualidad 406.849, un 30,81%.



V. PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



	BALEARES	LARROJA	CEUTA	ASTURIAS	CANTABRIA	MELILLA	GALICIA	NAVARRA	CASTILLA MARCHA	PRES VIECO	MURCIA	CATALUÑA	CANARIAS	ARAGÓN	ANDALUCÍA	CASTILLA LEÓN	EXTREMADURA	VALENCIA	MADRID	TOTALES
DIFERENCIA	-180	-19	0	3	5	9	22	149	173	208	260	331	412	433	1.007	1.452	1.459	1.547	2.766	10.037
30/11/2018	17.508	8.119	1.202	22.046	15.729	1.552	60.077	13.519	57.665	64.809	34.739	154.706	21.226	28.713	211.236	91.922	27.730	72.807	138.933	1.044.238
31/12/2018	17.328	8.100	1.202	22.049	15.734	1.561	60.099	13.668	57.838	65.017	34.999	155.037	21.638	29.146	212.243	93.374	29.189	74.354	141.699	1.054.275

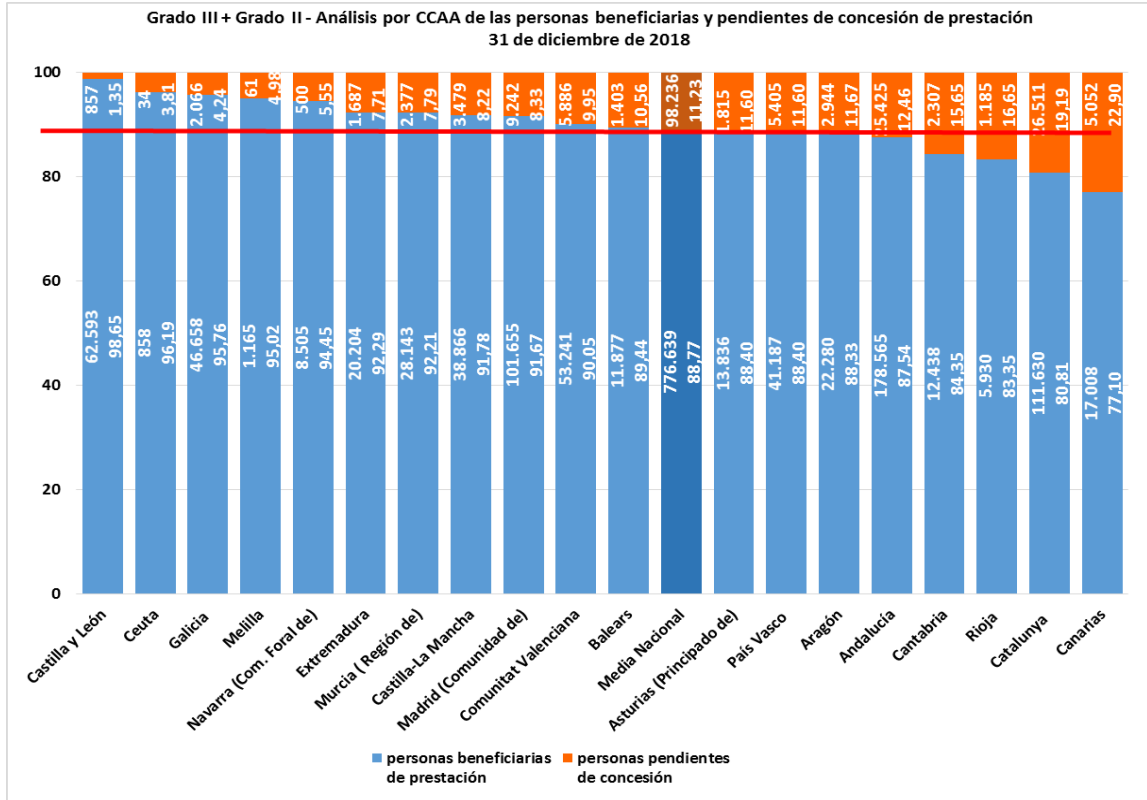
VI. ANÁLISIS DE PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIÓN Y PERSONAS PENDIENTES DE RECIBIR PRESTACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS²¹

1. PERSONAS BENEFICIARIAS Y PENDIENTES DE RECIBIR PRESTACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. GRADOS III Y II

A fecha 31 de diciembre de 2018 encontramos un total de **874.875 personas beneficiarias de Grados III y II (grandes y severos dependientes)**, cuya implantación se produjo entre los años 2007 y 2009, de las cuales **776.639 son personas beneficiarias con prestación reconocida**, lo que supone un 88,77% de cobertura media nacional, como se refleja en la gráfica de la página siguiente.

Por lo tanto, hay un total de 98.236 personas de los Grados III y II pendientes de recibir prestación, esto es un **11,23% de las personas, de estos Grados, que ya han sido declaradas con derecho a servicio o prestación.**

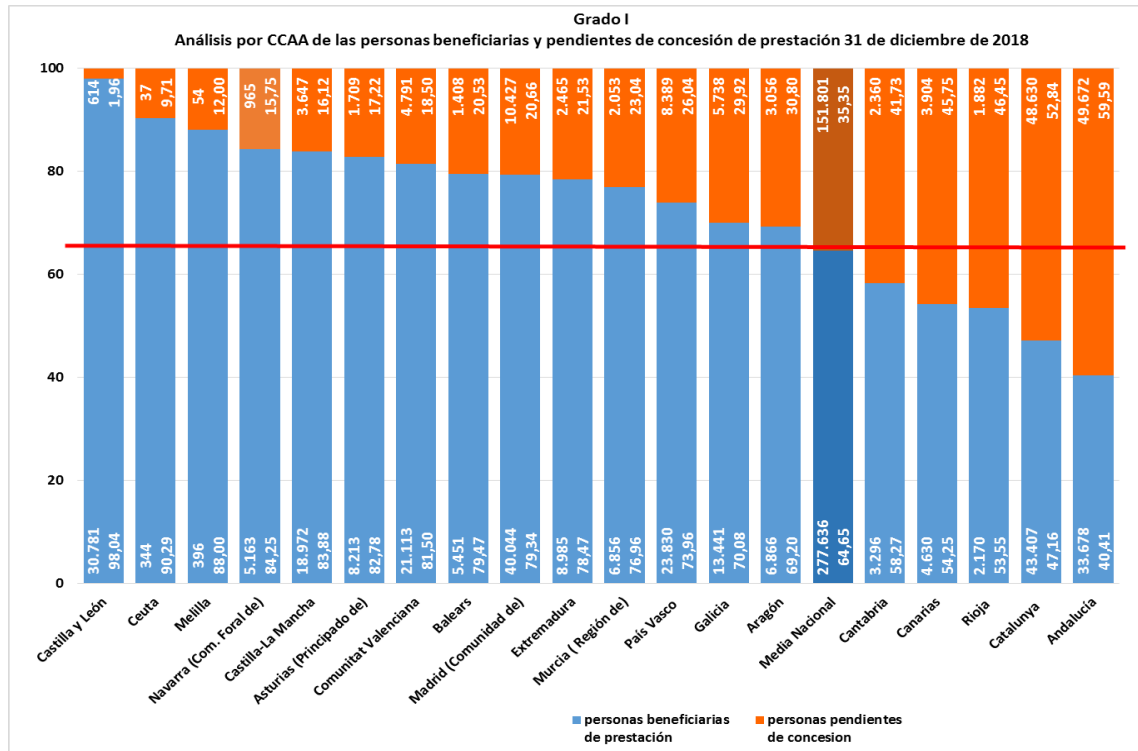
²¹ Entre las personas pendientes de recibir prestación se incluyen aquellas que han desistido o renunciado a la prestación.



2. PERSONAS BENEFICIARIAS Y PENDIENTES DE RECIBIR PRESTACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. GRADO I

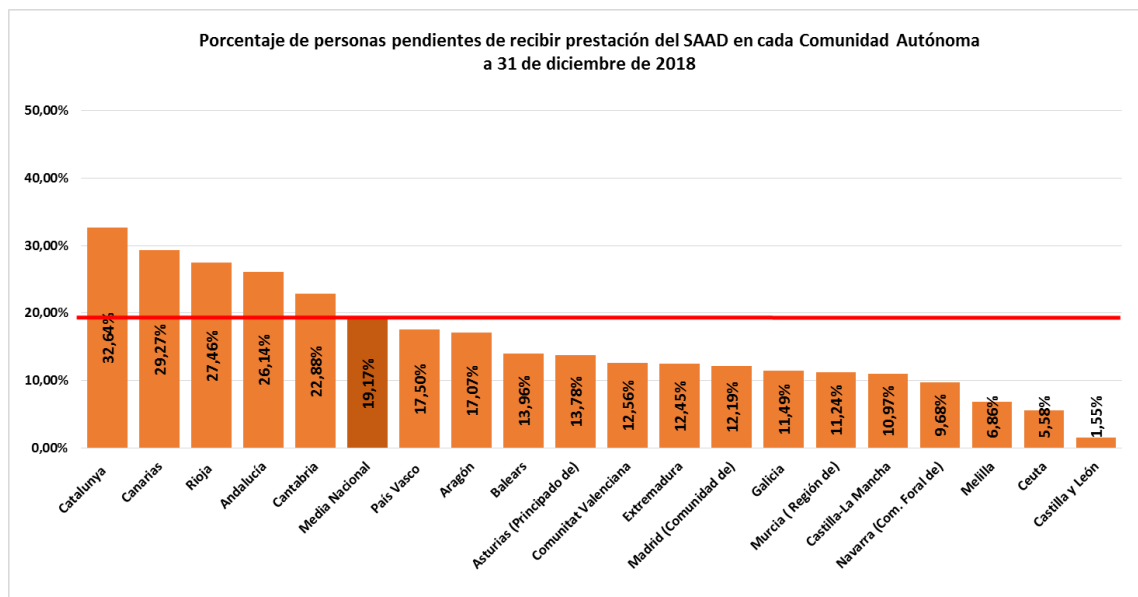
Respecto al **Grado I** (cuya plena implantación se produjo en julio de 2015), a fecha 31 de diciembre de 2018 nos encontramos con un total de **429.437 personas beneficiarias**, de las cuales hay **277.636** personas con prestación reconocida, lo que significa un **64,65% de cobertura media nacional**.

Por lo tanto, hay 151.801 personas pendientes de recibir prestación del Grado I, lo que supone un 35,35 % del total de las personas beneficiarias de Grado I.



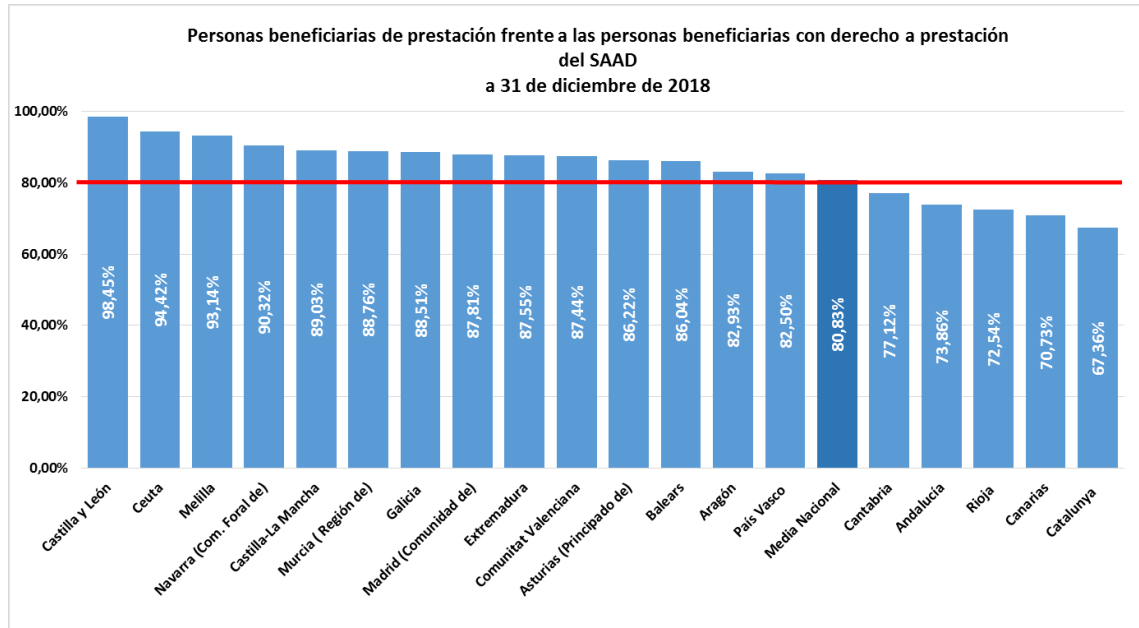
3. PERSONAS PENDIENTES DE RECIBIR PRESTACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Todos los Grados)

A continuación se expone el porcentaje de personas pendientes de recibir prestación, en relación al número total de personas beneficiarias con derecho a prestación, en cada Comunidad Autónoma.



4. PERSONAS BENEFICIARIAS SOBRE PERSONAS CON DERECHO (Todos los Grados)

Son **1.054.275 las personas beneficiarias con prestación reconocida**, lo que representa un **80,83% del total de las personas con derecho (1.304.312)**.



Extraído de:

Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). Recuperado de:

https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/estsisaad_compl2018_1231.pdf

JOSÉ MANUEL RAMIREZ NAVARRO

Málaga, 12 de octubre de 2020