

IMPLANTACIÓN Y APLICABILIDAD DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: UNA REFLEXIÓN SOBRE EL CONTEXTO DE ANDALUCÍA

IMPLEMENTATION AND APPLICATION OF THE LAW FOR THE PROMOTION OF PERSONAL AUTONOMY AND ASSISTANCE TO DEPENDENT PEOPLE: A REFLECTION ON THE ANDALUSIAN CONTEXT

YOLANDA DE LA FUENTE ROBLES

EVA SOTOMAYOR MORALES

Universidad de Jaén

esotoma@ujaen.es

ymfuente@ujaen.es

RESUMEN

La reciente aprobación de la *Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a la personas en situación de dependencia*, ha supuesto la oportunidad para completar el sistema de bienestar social generado para las personas dependientes y, para sólo en parte, permutar el sistema de redes sociales que ha significado, hasta ahora, su único soporte. En este trabajo se examina el contexto social e institucional del contexto andaluz en el que se implanta este instrumento jurídico novedoso, con una presencia destacada de sociedades rurales carentes de servicios y en las cuales opera con más fuerza el apoyo informal y con una estructura demográfica que pronostica en los próximos años un considerable índice de dependencia de personas ancianas y un crecimiento del tramo de edad de los “older old”.

ABSTRACT

The recent Law of *Promotion of personal autonomy and attention to dependent people* has meant the opportunity to complete the social welfare system generated for the dependent and, perhaps only partly, to change the system of social networks that has meant, until now, their only support.

In this article we examine the social and institutional Andalusian context in which the new juridical instrument is implemented, with the significant presence of rural societies lacking in services, in which informal support appears more strongly, and with a demographic structure that allows us to predict a considerable level of dependence of elders and a growth of the so-called “older old” in the next few years.

PALABRAS CLAVE: “Ley de dependencia”, Redes sociales, Política Social en Andalucía.

KEYWORDS: Law of *Promotion of personal autonomy and assistance to dependent people* Social networks, Social Policy in Andalusia

1. EL CONTEXTO ANDALUZ DE LA DEPENDENCIA

El fenómeno de la dependencia, se evidencia a través de la observación de la existencia de personas con discapacidad asociada a diversos factores, por un lado, y de las personas con discapacidad asociada a la vejez, por el otro. Realmente no existe disimilitud entre ambas, únicamente ocurre que la segunda dimensión es la que realmente está afectando al crecimiento del fenómeno de la dependencia como fenómeno social, por cuanto las sociedades modernas envejecen y la estructura demográfica presiona el contexto. Se hace necesario, por tanto, al objeto de describir la peculiaridad del contexto territorial andaluz en lo que respecta a la aplicación de la *Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a la personas en situación de dependencia*, comenzar nuestro trabajo aludiendo a ambas dimensiones de la dependencia y, por necesidad, exponiendo muchos aspectos de forma interrelacionada.

El proceso de discapacidad en España, al igual que en la mayoría de los países occidentales industrializados, experimenta una doble evolución del número de personas discapacitadas. A pesar de la carencia de datos homogéneos y comparables a lo largo de los años¹, existe la sospecha de que, por un lado, el tramo que va hasta la vejez, experimenta un decremento, a pesar de que exista todavía generación de discapacidades asociadas a accidentes de tráfico y accidentes de trabajo y, por el otro, en el grupo de edad anciana, la discapacidad se incrementa, sobre todo en las edades más avanzadas.

Prueba de ello es que, en España, más del 32% de las personas con 65 años y más, tiene alguna discapacidad, mientras que entre los españoles que tienen de 6 a 64 años, la proporción no llega al 5%². Lo que pone de manifiesto que las situaciones de discapacidad están claramente relacionada con la edad. Sin embargo, los datos arrojan evidencias de que la discapacidad afecta de forma desigual a unos territorios que a otros, dependiendo esto fundamentalmente de dos factores: la estructura demográfica (zonas más envejecidas) o las condiciones de salud de su población, reflejo esto a su vez de factores de tipo socioeconómico, sanitario y de la aplicación de las políticas públicas. Por ello, en primer lugar pretendemos elucidar aquellos aspectos contextuales y demográficos que otorgan diferencias territoriales a la hora de implantar la *Ley de Dependencia*, a pesar de que más adelante haremos una referencia al ámbito institucional de cada comunidad, segundo factor determinante de la aplicabilidad e implantación de este marco jurídico. Por ende, partimos de la hipótesis sistematizada de que cualquier política que afecte a todo el territorio español, en este caso la actuación en casos de dependencia, se desarrollará de forma diferente en cada territorio según los diferentes factores, y en su proceso de desarrollo y aplicación habrán de tenerse en cuenta las peculiaridades del contexto.

En primer lugar, existen diferencias en cuanto al montante de personas con algún tipo de discapacidad que serán usuarias de las prestaciones derivadas. Por Comunidades Autónomas, la discapacidad afecta a más del 100‰ de la población de seis y más años en Castilla y León, Murcia, Galicia y Andalucía, mientras que está por debajo del 80‰ en

¹ La primera gran encuesta sobre discapacidad se realizó en 1986 (INE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías). En 1999 se llevó a cabo la EDDES, otra gran operación estadística. A pesar de que ambas encuestas siguen un mismo marco teórico y similar metodología de campo, los resultados no son completamente comparables pues se modificaron algunas preguntas sobre tipos de discapacidad. Ello impide conocer si la discapacidad avanza al ritmo que lo hace la esperanza de vida, se estabiliza o bien se comprime en las edades superiores.

² Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 1999.

Navarra, Baleares, País Vasco, Madrid, Canarias y La Rioja, comunidad que ostenta la tasa más baja de España (56%). La tendencia observada en 1986 se mantiene en la actualidad, en el caso de Baleares, Navarra y La Rioja, con tasas más bajas que la media nacional, y Andalucía y Castilla la Mancha se mantienen en la parte alta de la lista de comunidades con mayores tasas.³

Estos datos, reflejan un papel determinante de la Comunidad Andaluza, estando, no obstante, este dato influenciado por la edad poblacional. Por ello, a pesar de la referencia reiterada de que la edad se asocia estrechamente a discapacidad, al objeto de eliminar sus efectos, hemos observado las tasas estandarizadas por lo que aparecen diferencias únicamente explicables por otros factores de riesgo o predisposición, como el nivel de ingresos o instrucción de la población, u otros factores de dotación, infraestructuras de servicios, etc.

Excluyendo, por tanto, las consecuencias de la estructura por edad, Murcia es la comunidad autónoma con tasa de discapacidad más alta, (120 ‰), lo que está indicando peores condiciones de salud o razones de otro tipo, Andalucía le sigue con 118 ‰ mostrando también una tasa no estandarizada alta (la tercera después de Castilla y León, Galicia y Murcia) Por lo que la alta situación de dependencia en Andalucía se debe tanto a factores demográficos como a aquellos derivados de las características sociales, educativa de la población, a las infraestructuras y a la presencia de zonas ruralizadas.

Una vez vista la discapacidad no asociada a la dependencia, continuamos describiendo el contexto de la ley, esta vez desde la importancia del avance sociodemográfico de la población.

En la actualidad, el envejecimiento de la población es uno de los procesos más preocupantes en las zonas más privilegiadas, alarma que contrasta paradójicamente con la generada por las altas tasas de natalidad de los países pobres y que provoca el pensamiento ilusorio de plantear un intercambio de problemas en el orden mundial, a causa de asistir impotentes al escenario global donde los problemas de unos serían las soluciones de otros. Las pirámides de población de los países europeos en pocos años evolucionan sus figuras hacia unas bases estrechas, de escasos jóvenes y estirando su pico, por la longevidad y ensanchándolo por la cantidad de ancianos.

No obstante, no podemos dejar a un lado la consideración del efecto en la natalidad que está teniendo la población inmigrante por las edades y la cantidad de personas de esta condición que acceden a España. Ello atenúa este índice de vejez por el efecto del rejuvenecimiento que están teniendo en la estructura demográfica. En España, las comunidades que presentan los índices de vejez más altos son Castilla y León (22,9%), Asturias (22,1%), Aragón (21,6%), Galicia (21,2%), y Castilla-La Mancha (20,0%). Por el contrario, las tasas más bajas se dan en Canarias (12,0%), Murcia (14,2%), Illes Balears (14,3%), Madrid (14,7%) y Andalucía (14,9%) (Informe Social de La Caixa, 2004). Esto indica, que la mayor presencia relativa en Andalucía de “ancianos jóvenes” augura una situación de alta dependencia en los próximos años, en los cuales, al haberse incrementado la esperanza de vida, se cubrir esta ayuda y apoyo, formal o informal, para un número no poco considerable de ancianos “viejos” ya que la edad se considera en sí mismo un factor directamente relacionada con la discapacidad y, por lo tanto, en gran medida, con la dependencia.

³ Ibidem.

La artritis, los accidentes cerebrovasculares, el alzheimer, el parkinson y la distrofia muscular, entre otros, son enfermedades comunes asociadas a la vejez. Estas a su vez provocan efectos en la pérdida de visión y del oído, las deficiencias osteoarticulares en las extremidades inferiores y la columna vertebral y múltiples deficiencias generadas por los procesos degenerativos que limitan diversos aspectos necesarios para la autonomía como es el pasear o caminar, la movilidad, el autocuidado personal, la alimentación, la gestión o la autodeterminación.

Precisamente, la definición de dependencia considera como determinante la pérdida de autonomía personal, sea física, psíquica o intelectual, que genera necesidades de ayuda y asistencia para desenvolverse con normalidad en la vida cotidiana, siendo esta situación la que usualmente se produce en las personas ancianas, sobre todo en aquellas que han alcanzado la edad octogenaria.

La situación de dependencia viene determinada por varios factores, además de los relacionados con la morbilidad, como son el sexo, la edad y el entorno en el que se vive. Según Otero *et al.* (2004), la clase social y el nivel de instrucción determinan el riesgo de padecer algún tipo de discapacidad. No obstante, diversos estudios apuntan que no son el sexo, el nivel de instrucción o el entorno factores de incidencia directa en la situación de dependencia humana, sino que estos a su vez están directamente relacionados con los hábitos de salud, el acceso a los recursos y la carga de trabajo o nivel de actividad que se produce a lo largo de toda la vida. Es por ello por lo que las zonas rurales andaluzas se ven expuestas a las carencias que provoca en las personas dependientes la carencia de recursos institucionales que prevé el entorno y una feminización de la vejez, característica propia de estos entornos, además del envejecimiento. De este modo, si el alejamiento de los centros urbanos provistos de servicios, la falta de comunicación, las bajas de tasas de instrucción y los anteriores factores operan en el ámbito rural andaluz, se generará una zona especialmente vulnerable a la dependencia que pretende apoyar la nueva *ley de dependencia*.

No obstante, Andalucía, siendo la primera comunidad autónoma española en cuanto a su población, que, en 2006, se situaba en 7.975.672 habitantes, concentra su volumen, sobre todo, en las capitales provinciales y en las áreas costeras, por lo que el nivel de urbanización de Andalucía es bastante alto y la mitad de la población andaluza se concentra en las veintiocho ciudades de más de cincuenta mil habitantes. Por lo que, evidenciando que el ámbito rural merece una especial atención en la aplicabilidad de la Ley de dependencia, no es Andalucía únicamente la comunidad que mayormente se ve afectada por este contexto, aunque, hemos de reconocer, que la ruralidad en este caso, no vendría definida por el tamaño del territorio, sino por el alejamiento de los centros urbanos, factor que generaría una carencia de servicios de cuidados y apoyo formales y un peso mayor de las personas(mujeres) cuidadoras.

Además de las características del proceso actual del envejecimiento de la población: *Envejecimiento del envejecimiento y feminización del envejecimiento*, (Amador y Crespo, 2006) existe un factor común a todo el fenómeno: la ayuda informal es femenina. En Andalucía, más del 70% de las personas que prestan ayuda básica a las personas dependientes son mujeres⁴. El cuidador principal de las personas de más de 80 años recae en el 40% en sus hijas⁵. A las conclusiones extraídas a través de la observación de las propias cifras se le une el esce-

⁴ Andalucía, dependencia y solidaridad en las redes sociales familiares. IEA. 2007.

⁵ Encuestas de discapacidades, deficiencias y estado de Salud (EDDES). 1999.

nario de debate social de los últimos años. La conciliación entre la vida laboral y familiar como realidad demandada por las sociedades actuales, abre una brecha en los pilares de la modernidad donde conviven formas arcaicas y progresistas sincrónicamente, enfrentadas y contradictorias y en las cuales se generan estilos de vida de mujeres atosigadas por la alternancia de los tiempos de dedicación al hogar, al trabajo y a las personas. La mujer ha conquistado en los últimos años los espacios sociales laborales extra domésticos sin haber abandonado otros que le han sido tradicionalmente otorgados, como el cuidado de los hijos e hijas, ancianos y parientes cercanos (Sotomayor, 2004).

Asimismo, considerando el tipo de hogar y de cargas familiares, es en los hogares extensos completos donde el reconocimiento de complicaciones es mayor. Son las mujeres de estos hogares quienes aprecian en mayor medida (casi en un 60%) dificultades para conciliar la vida familiar con la vida laboral. De hecho, el cuidado asistencial a personas mayores dependientes se reconoce con una elevada frecuencia (casi por tres cuartas partes de la población entrevistada) como una fuente de conflictos familiares. En estos hogares y en relación con este tipo de tareas de cuidado (no gratificantes) parece encontrarse uno de los puntos críticos del problema de la conciliación.

En general, el sexo incide en la apreciación de conflictos relacionados con la conciliación según una pauta que parece marcada por el estatus/rol socialmente establecido, lo que confirma de nuevo la persistencia de la división sexual del trabajo. Estos aspectos constituyen verdaderos puntos críticos para la conciliación de la vida familiar y la vida laboral. Es lógico que la concentración de las valoraciones sociales se comporte casi como un reflejo de la debilidad de la oferta pública de servicios de apoyo para personas en situación de dependencia.

En definitiva, además de los datos anteriormente revisados, creemos interesante añadir que, en cuanto a la longevidad, en la actualidad, con valores inferiores a la del conjunto de España, Andalucía presenta una media de la población muy similar a la de la Unión Europea. En el año 2000 era de 78,1 años y superaba los valores de muchos de los países europeos más desarrollados como Alemania (77,6), Reino Unido (77,8) o Dinamarca (76,5)⁶. No obstante, la peculiaridad de esta Comunidad como tal no evidencia una diferencia con el resto de comunidades ya que mantiene una desventaja en longevidad con respecto al resto de España, como consecuencia de la mayor mortalidad en los grupos de edad de los mayores de 60 años, mucho más en las mujeres. No obstante, la mortalidad del grupo de edad menor de cuarenta años es más baja que en el resto de España. Todo ello y lo anteriormente expuesto presenta un panorama que demanda más una actitud preventiva que de emergencia, a nivel comparativo con otras comunidades, porque Andalucía, si no presenta el panorama más envejecido, lo hace a pasos agigantados.

2. EL CONTEXTO INSTITUCIONAL DE LA DEPENDENCIA

2.1. LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA COMO PRESTADORA DE SERVICIOS SOCIALES VERSUS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

El desarrollo de los Servicios Sociales en Andalucía ha sido un proceso complejo; su desenvolvimiento ha estado vinculado al desarrollo de la Constitución y a la implantación de la propia Comunidad Autónoma. Pero lo que simbolizó el paso a una expan-

⁶ Fuente: Eurostat. NewCronos para los países Europeos.

sión sin precedentes en los Servicios Sociales disponibles en la sociedad andaluza fue la Ley de Servicios Sociales de Andalucía de 1988 (en lo sucesivo LSSA), que además ha realizado funciones de instrumento corrector de los defectos de los equipamientos hasta entonces implantados: reducida actuación preventiva, dispersión legislativa y de medios, falta de control y participación social de usuarios, descoordinación, ausencia de visión globalizadora de las necesidades sociales y, todo ello, a menudo, bajo un enfoque paternalista y benéfico.

La LSSA reconoce el derecho a los Servicios Sociales a todos los ciudadanos y efectúa su diseño organizativo en los Servicios Sociales Comunitarios y Especializados.

Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen la estructura básica del sistema público de Servicios Sociales. Su finalidad es: *“El logro de unas mejores condiciones de vida para el pleno desarrollo de los individuos y de los grupos en que se integran, mediante una acción integrada y polivalente”* (art.7 de la LSSA). Son sus objetivos la promoción y el desarrollo de los individuos, grupos y comunidades potenciando las vías de participación; el fomento del asociacionismo; y la coordinación entre organismos y profesionales que actúen en éste ámbito.

Los Servicios Sociales Especializados, son aquéllos que se dirigen hacia determinados sectores de la población que, por sus condiciones o circunstancias, necesitan una atención específica, y se estructuran territorialmente de acuerdo con las necesidades y características de cada uno de ellos (art. 11 de la LSSA).

La LSSA establece la implantación de servicios dirigidos específicamente a la familia, infancia, adolescencia y juventud, la tercera edad, las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales, los toxicómanos, las minorías étnicas, grupos con conductas disociales y otros colectivos. Dichos servicios se llevan a cabo a través de los siguientes tipos de centros: Centros de Servicios Sociales, Centros de Día, Centros de Acogida, Residencias, Centros Ocupacionales, Centros de Rehabilitación Social y otros Centros.

Lo señalado anteriormente forma parte de la modalidad actuaciones y el catálogo de prestaciones de la Comunidad Autónoma Andaluza con carácter general, pero es necesario analizar como se articulaba este, respecto a la atención a las situaciones de dependencia.

A priori, para la estimación de la población en situación de dependencia en Andalucía; la administración andaluza ha considerado las situaciones de dependencia severa y de dependencia total o gran dependencia. Estas aclaraciones metodológicas son previas a la presentación del número de personas situación de dependencia en Andalucía.

La base de datos más reciente para cuantificar en Andalucía el número de personas que puedan considerarse dependientes en la *“Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de la Salud de 1999”* (INE 2001).

De esta forma, advertimos que la cifra de personas en situación de dependencia (severa y total) no institucionalizadas en Andalucía alcanza las 523.376 personas, de las que 217.291 tienen entre 6 y 64 años y 306.085 tiene 65 y más años. Como podemos constatar, aunque la prevalencia es mayor entre las personas de 65 y más años, también es considerable entre los que tienen menor edad, lo que confirma la hipótesis de que las situaciones de dependencia recorren toda la estructura de edades de una población.

Al analizar las situaciones de dependencia por género advertimos que las mujeres son las que en mayor medida se encuentran en estas situaciones, especialmente a medida que avanzamos en la edad.

De hecho, de todas las personas en situación de dependencia en Andalucía un 58,4% son mujeres (305.549). Todavía es mayor ese porcentaje entre las personas de 65 y más años, al ser un 66% (200.767 mujeres).

Nos encontramos, por tanto, ante la feminización de las situaciones de “dependencia” lo que hace que las mujeres andaluzas sean las principales destinatarias de las prestaciones y servicios para la atención a las personas dependientes. Y en segundo lugar, el hecho de que le 80% de las personas cuidadoras son mujeres y convivientes en el mismo domicilio, lo que ha venido a denominarse el cuidado informal. Mujeres cuya actividad cuidadora de otros limita su independencia, su participación activa en la sociedad y su ocio. Además, esta actividad cuidadora de las mujeres genera, en muchos casos, patologías que a su vez pueden ocasionar una discapacidad.

Por lo tanto, la atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el “apoyo informal”. Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

Podríamos confirmar que las mujeres cuidan a sus mayores a pesar de todas las dificultades y el mayor sacrificio que realizan es consigo mismas porque supone un menoscabo importante para su persona y para su vida, a cambio, su demanda genérica es de apoyo emocional, estímulo y reconocimiento.

El cuidado realizado por la familia es raramente puesto en cuestión y se da por supuesta la eficiencia del realizado por las cuidadoras, mientras que, el cuidado formal, se percibe como inferior por el hecho de no contar con la relación afectiva y los cuidados profesionales están constantemente revisados y sujetos a escrutinio, como si el afecto fuera suficiente para proporcionar la calidad de vida adecuada a la persona dependiente.

El sentimiento que mejor define la experiencia de cuidar es el de la ambivalencia emocional, calificamos así los dilemas de conciencia que experimentan las mujeres al asumir el cuidado. No todas desean cuidar, ni están preparadas para ello, pero, ninguna se niega, ni puede hacerlo, se asume con gran coste personal el “debe ser” normativo y se realiza con cariño y afecto.

La creencia de que las personas mayores se encuentran mejor atendidas en la familia sólo podemos seguir manteniéndola si en la misma medida tenemos unos servicios de calidad, con un personal formado que sirva de soporte y complemente la función de los cuidados familiares. Al final de la vida, se pueden dar situaciones específicas y las relaciones familiares pueden presentar diferentes modalidades que deben ser reconocidas y sopesadas en el momento de elaborar leyes o crear servicios de ayuda a las familias que cuidan.

En este sentido debemos esperar de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes* con la que el Gobierno ha pretendido universalizar el derecho de toda persona dependiente a recibir asistencia gratuita del Estado, que se desarrolle adecuadamente el “programa integral de atención personalizada” para que cada

situación sea abordada de la forma más adecuada, integrando las prestaciones económicas con Servicios Sociales y profesionales que aborden cuestiones más amplias en el ámbito de la convivencia familiar y social. Que suponga un apoyo y sustente los cuidados proporcionados por los cuidadores durante todo el proceso, además de vincular y coordinar los sistemas sanitario y social ya existentes.

Es revelador el dato obtenido del estudio realizado en la Comunidad Valenciana (Berjano, Ariño y Llopis: 2004), dirigido al conjunto de la población, donde al preguntar sobre las medidas que debería adoptar la Administración para hacer frente al problema de la dependencia, en primera opción se sitúa, el apoyo económico del Estado en forma de “salario mensual” al cuidador/a, con un 78,9% de los entrevistados.

La figura del cuidador familiar que contempla la ley, retribuida con una prestación denominada “prestación económica en el entorno familiar” con contribución a la Seguridad Social, sólo sería adecuada en los casos en que tenga la intención de apoyar a mujeres cuidadoras y mayores, a las que les resulta difícil insertarse en el mercado de trabajo, precisamente por esas características. En ningún caso debe suponer un acicate para evitar la inserción laboral de la mujer y un mantenimiento de las pautas más tradicionales del cuidado.

La solidaridad familiar seguirá existiendo en el futuro, lo que debe cambiar es el modo de ejercerla y el reparto de la misma. Debemos encontrar soluciones que combinen el afecto y la ternura en los cuidados, con un sistema de protección social donde, el cuidado, sea valorado como un derecho social para el individuo que lo necesita, reconocido como un trabajo por quién lo realiza y esté exento de desigualdades basadas en presupuestos de género⁷.

El propio texto constitucional, en sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Si en 1978 los elementos fundamentales de ese modelo de Estado del bienestar se centraban, para todo ciudadano, en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, el desarrollo social de nuestro país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los Servicios Sociales, desarrollados fundamentalmente por las Comunidades Autónomas, con colaboración especial del tercer sector, como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia. (*Id.* Figura 1)

Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los Servicios Sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales. En este sentido, el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los Servicios Sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades. Para ello, articula un catálogo de prestaciones por dependencia (art. 12, 1) son las que

⁷ Más información en: http://wzar.unizar.es/acad/fac/eues/bibeues/REVISTA_AIS/Extra_Ais/Dependencia/comunicaciones/Julve%20Negro.pdf. Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. Milagros Julve Negro. Universidad de Valencia.

figuran en la tabla 1. Estas prestaciones reguladas en los artículos 12 al 16 y concordantes presentan un perfil poco definido y en algún caso se establecen de forma poco adecuada para garantizar derechos, ya que se establecen potestativamente (se utiliza “podrán” en lugar de “tendrán”, p.e. apartados 1, 3 y 4 del Art. 12) o se fijan mediante requisitos poco claros (mediante servicios, que de “no ser posible” a través de prestación económica”). Por ello, algunos de los documentos analizados demandan mayor concreción y proponen la ampliación del catálogo y su flexibilización.⁸ También, se ha puesto de relieve que no se mencionen explícitamente los servicios para las situaciones de dependencia por enfermedades mentales.⁹

Si comparamos este catálogo con la propuesta del Libro Blanco,¹⁰ observamos que, si bien, se añade la “prevención” al apartado de “servicios para la promoción de la autonomía personal”, en cambio, el “programa de apoyo a familias cuidadoras” se sustituye por la prestación económica “excepcional” para “cuidados familiares y apoyo a cuidadores no formales”. Por otra parte, en relación al “servicio de autonomía personal” (arts. 12.4 y 17), que constituye una demanda histórica del movimiento de vida independiente,¹¹ señala únicamente la posibilidad de recibir una ayuda económica las personas con gran dependencia, menores de 65 años,¹² y que se ajusten a lo que se determine por vía reglamentaria. Las “ayudas técnicas” y las “ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar”, que formaban parte del catálogo propuesto por el Libro Blanco y que se consideran imprescindibles para una vida independiente, salen del catálogo y se regulan en la Disposición adicional tercera (“ayudas económicas para facilitar la autonomía personal”), que las establece con carácter potestativo y como subvenciones.

La red que en Andalucía ha hecho frente a la atención de estas necesidades hasta la fecha podemos resumirlo en los siguientes datos:

Red asistencial de 4.629 Centros de Servicios Sociales repartidos por las 8 provincias andaluzas.

Destacan: 1.158 centros para personas en situación de dependencia, con una capacidad asistencial de 43.602 plazas.

En construcción más de 200 centros, que tendrán una capacidad asistencial de unas 9.111 plazas.

El Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, ha supuesto un importante impulso tanto a la atención a las personas en situación de dependencia como a sus familias unas 400.000 familias se benefician del mismo.

El Plan incluye la creación de ayudas a la contratación de cuidadores y cuidadoras para la atención de personas dependientes.

También se han creado 1.200 nuevas plazas residenciales y 1.000 en los programas denominados de estancia diurna y respiro familiar.

⁸ Por ejemplo, se demanda la inclusión de recursos alternativos a las residencias (acogimiento familiar, viviendas con servicios de apoyo o tuteladas, etc., o se propone un modelo de “servicios a la carta”).

⁹ CES.

¹⁰ IMSERSO. *Libro Blanco*.

¹¹ Foro Vida Independiente.

¹² “¿Acaso una persona con grado II, determinada como severa, no tiene derecho a asistencia personalizada? Acaso una persona con 75 años, lúcida y con ganas de seguir activa pero que tiene graves problemas de movilidad, no desearía una “asistencia personalizada” en vez de ingresar en una residencia?”. Foro de Vida Independiente.

El programa de estancia diurna garantiza una estancia mínima en los centros de 39 horas semanales, cinco días a la semana y once meses al año, y en ellos se prestan tareas de cuidado y atención integral durante parte del día. Con este programa se ofrecen servicios a 6.216 andaluces y andaluzas en los 261 centros que actualmente funcionan.

El programa de respiro familiar, ofrece unas 620 plazas a personas en situación de dependencia en los 135 centros conveniados. Mediante este programa los centros asistenciales asumen temporalmente las tareas de cuidado prestadas a una persona dependiente por algún miembro de su familia.

Programas piloto para el apoyo en el hogar a cuidadores y cuidadoras familiares de personas en situación de dependencia¹³.

El objetivo último de la *Ley de Dependencia* está en no sólo potenciar los centros, sino generar una red sociosanitaria que permita a los beneficiarios no tener que abandonar su casa y su entorno más inmediato y evitar de esta forma procesos de desarraigo y aislamiento que tanto afectan a la salud emocional.

Por eso una de las líneas de actuación será precisamente el fomento de la autonomía personal, haciendo hincapié en la teleasistencia, las ayudas técnicas, la adaptación funcional del hogar y la asistencia personalizada.

2.2. LAS CLAVES DEL ÉXITO DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA: CALIDAD, FORMACIÓN, COLABORACIÓN Y CONTROL

Como señalan Casado y Fantova, con la nueva Ley se adopta el criterio de que la organización técnica debe estar en función del bienestar de los ciudadanos y usuarios y no de las conveniencias de los agentes proveedores de prestaciones de los servicios sociales. La mejora institucional de los servicios sociales públicos parece exigir la reforma de la actual división de responsabilidades, en tal sentido, la Ley para las situaciones de dependencia funcional trae consigo un avance importante y debería servir de pauta para otras áreas de la acción de los servicios sociales. Debe procurarse así, la asunción por el Estado central de aquellas responsabilidades concernientes a los Servicios Sociales que convengan al interés superior de los ciudadanos.

La asignación de competencias a los Ayuntamientos no debe seguir una pauta uniforme, sino acompañarse a la capacidad técnica y financiera de los mismos para prestar un buen servicio de modo seguro¹⁴.

Calidad: El art. 34 de la Ley, sobre Calidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, tiene un claro carácter programático y señala que dicho Sistema fomentará la calidad de la atención a la dependencia con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones y servicios. Para ello, por una parte, encomienda al Consejo Territorial la fijación de criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Servicio de Ayuda a Domicilio, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado. Relacionado con ello ha de traerse a colación el art. 8.f) de la propia Ley por

¹³ Una de las peculiaridades de este programa sociosanitario ha sido la colaboración de distintas instituciones andaluzas, como son la Consejería de Salud, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y el Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas (Sevilla).

¹⁴ Información detallada en Cuadernos del SIPOSO 1 *Síntesis de criterios y propuestas para el Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España*. Ed. Seminario de Intervención y Políticas Sociales, Madrid, 2007.

el que corresponde a dicho Consejo adoptar criterios comunes de evaluación del sistema (Tarabini-Castellani, 2007:521)

En cuanto a los criterios para la acreditación de los centros, no son pocas las Comunidades Autónomas que han concretado, por ejemplo, los requisitos materiales que han de cumplir los centros de Servicios Sociales para ser acreditados u homologados y que, como tales, pueden servir de orientación a lo que determinará el Consejo Territorial. Ese ha sido el caso de la Comunidad Autónoma Andaluza a través del Decreto 102/2000, de 15 de marzo, de modificación del Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios Sociales de Andalucía.

Dicho Decreto, por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios Sociales de Andalucía, en desarrollo de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, estableció un sistema de coordinación y control sobre las Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales, a fin de garantizar los derechos de los usuarios. En este sentido, se exigía una progresiva y ordenada adecuación de los Servicios y Centros a unas condiciones mínimas, materiales y funcionales, que permitiesen un correcto desarrollo de sus actividades.

No obstante, pese al esfuerzo asumido por un gran número de Entidades, la adecuación de sus Centros y Servicios a las condiciones mínimas establecidas dista aún de ser una realidad. Este hecho, sin embargo, no debe traducirse en un incremento en la actividad sancionadora por parte de los órganos administrativos competentes en esta materia, sino en una potenciación de su capacidad de asesoramiento que permita ofrecer a cada Entidad, a través de un plan específico de adecuación, la posibilidad de cumplir en su integridad con los requisitos mínimos previstos.

Esta alternativa se instrumenta a través de la posibilidad de concesión de una autorización y acreditación de carácter provisional que, al estar sometidas a controles periódicos, permite garantizar, al mismo tiempo, que los usuarios de los Servicios y Centros no se vean afectados por deficiencias que afecten a su seguridad o vulneren sus derechos.

Formación: El art. 36 de la Ley, sobre la formación y cualificación de profesionales y cuidadores, dispone que se atenderá a la formación básica y permanente de los mismos. Para ello, los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el catálogo de servicios regulado en el artículo 15; y promoverán los programas y las acciones formativas que sean necesarios para la implantación de los servicios que establece la Ley.

Además, con el objetivo de garantizar la calidad del Sistema, se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales, patronales y del tercer sector.

En Andalucía, las Administraciones Públicas fomentarán la implantación de aquellos centros y programas necesarios para la formación de profesionales cuya actividad se desarrolle en relación con las personas mayores y se garantizará la calidad de la formación de los profesionales de la Gerontología y su adecuación a las necesidades reales y cambiantes que las personas mayores puedan plantear, de hecho la Ley 6/1999, de 7 de julio, sobre Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía, prevé que el órgano denominado “Coordinación del Área técnica” asuma la función de *“proponer a la Dirección del Centro un plan anual de formación del personal del Área Técnica”* (Tarabini-Castellani, 2007:536)

Colaboración: El art. 36 de la Ley señala que se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales, patronales y del tercer sector. Pues bien, en esta línea se sitúan disposiciones como las que señalan que las prestaciones sociosanitarias que se desarrollen irán dirigidas a potenciar, entre otros aspectos, los programas de formación continuada, la investigación e intercambio de experiencias multidisciplinares entre los profesionales implicados, de manera que ello redunde en la mejora de la calidad de la atención a las personas mayores.

El art. 37 de la Ley prevé que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del organismo competente, establecerá un sistema de información del Servicio de Ayuda a Domicilio que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas, así como la compatibilidad y articulación entre los distintos sistemas.

La experiencia autonómica se ha dirigido, en su mayoría a la coordinación entre las distintas Administraciones Públicas o entidades implicadas en la recopilación y transmisión de información.

En Andalucía, entre los objetivos de la implantación del Plan Andaluz de Alzheimer, se contempla, por una parte, el de proporcionar a los Centros de Día de Alzheimer un mayor acceso a fuentes de información, un mejor conocimiento de la enfermedad y una mayor fluidez en el intercambio de información con otros centros y con el personal sanitario. Y por otra parte, el de facilitar la conexión telemática entre los Centros de Salud, los Centros de Día de Alzheimer y los Centros de Atención Especializada para la realización de consultas e interconsultas y la tramitación de citas y derivación a especialistas.

Control: El art. 39 de la Ley prevé que las Administraciones Públicas velarán por la correcta aplicación de los fondos públicos destinados al Servicio de Ayuda a Domicilio evitando la obtención o disfrute fraudulento de sus prestaciones y de otros beneficios o ayudas económicas que puedan recibir los sujetos que participen en el Sistema o sean beneficiarios del mismo.

En el caso andaluz, el art. 5 del Decreto 141/1999, de 8 de junio, por el que se regula la inspección de los Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma de Andalucía, incluye entre sus funciones al de supervisar el destino y la utilización de los fondos públicos concedidos a personas físicas o jurídicas para la prestación de Servicios Sociales, por medio de subvenciones, convenios, conciertos o cualquier otra figura similar contemplada en la normativa aplicable (Tarabini-Castellani, 2007:550)

3. CONCLUSIONES

Al contrario que la discapacidad generada por una contingencia catastrófica, como un accidente de tráfico, la discapacidad asociada a la vejez es un fenómeno propio de las sociedades generadoras y receptoras de bienestar. Es por ello, en cierto modo, por lo que se le atribuye al propio estado la responsabilidad de paliar los efectos adversos del progreso, por cuanto se incrementa el número de personas ancianas dependientes y van proliferando los modelos asistenciales informales, generados por la propia organización social, no poco costosos para parte de los actores sociales implicados. Las mujeres y los habitantes de las zonas ruralizadas, son dos colectivos situados en el punto de mira de este problema social.

No obstante, con este escenario, la particularidad del contexto de la dependencia en Andalucía no sólo está asociado a la estructura demográfica que la sitúa en una de las más envejecidas de España, sino a otros factores de tipo estructural como los factores asociados al riesgo, la predisposición, el nivel de ingreso e instrucción de la población u otros factores asociados a la dotación de infraestructuras y servicios.

En este contexto, la aplicación de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Personas en Situación de Dependencia* tendrá que ser especialmente cuidadosa, al objeto de dotarse de una estructura sanitaria y de Servicios Sociales en proporción a la demanda de personas dependientes en Andalucía.

Cierto es que hasta la puesta en marcha de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía, en 1998, existían unas condiciones institucionales en las que difícilmente podría haberse implantado con éxito una Ley de estas características (*Ley de Dependencia*), por la reducida actuación preventiva, la descoordinación y la ausencia de visión integral de los problemas de dependencia.

Con la puesta en marcha de programas piloto para el apoyo en el hogar de cuidadores y cuidadoras familiares en situación de dependencia, se muestra el interés por articular un programa sociosanitario con la colaboración de distintas instituciones andaluzas. No obstante, a pesar del avance observado en el ámbito institucional andaluz que deberá servir como pilar de la *Ley de Dependencia*, sólo podremos alcanzar su fin último si se siguen realizando esfuerzos por mantener unos servicios de calidad, con un personal formado que sirva de soporte y complemente la función de los cuidados familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADOR MUÑOZ, L Y MORENO CRESPO, P (2006): “Envejecimiento y demografía mundial” en *Vejez: autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. PÉREZ CANO. V ET AL. (coords) Dyckynson. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- ABELLÁN A, PUGA MD. (2001) “La dependencia entre los mayores”. En: *Informe España 2001. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro; 2001. p. 187-246.
- ALEGRE ESCOLANO A, AYUSO GUTIÉRREZ, GUILLÉN ESTANY M, MONTEVERDE VERDENELLI M, POCIELLO GARCÍA E. “Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad”. *Rev Esp Salud Pública* 2005;
- BERJANO, E.; ARIÑO, A. Y LLOPIS, R. (2004). *La dependencia en la Comunidad Valenciana*. Aspectos psicosociales. Universitat de València. Consellería de Bienestar Social.
- GUILLÉN, E. Y VILÁ, A. (2007): “Impacto de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en los servicios sociales de las Comunidades Autónomas” en *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España. Informe con ocasión de la Ley de autonomía y dependencia*. CASADO, D. Y FANTOVA, F. (coords). Fundación Foessa. Madrid.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2003) Segundo Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española. Madrid: CES
- (2005) “Mujeres y atención a las personas dependientes”, Panorama sociolaboral de la mujer en España, nº 40, Segundo trimestre 2004 (en línea: www.ces.es).

- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2004). Libro Blanco. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad e IMSERSO; www.mtas.es; Madrid
- OTERO Á, ZUNZUNEGUI MV, RODRÍGUEZ-LASO Á, AGUILAR MD, LÁZARO P. (2004): “Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española”. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78:201-213.
- PUGA MD, ABELLÁN A. (2004): El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta de Discapacidades, deficiencias y Estado de Salud. Madrid: Fundación Pfizer.
- RODRÍGUEZ CABRERO G (coord.). La protección social de la dependencia. Madrid: IMSERSO; 1999.
- RODRÍGUEZ LASO A.(2004): “El efecto de las relaciones sociales sobre la mortalidad en las personas mayores. El estudio «Envejecer en Leganés». Tesis doctoral. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.
- RODRÍGUEZ OSUNA, J. (1985): *Población y territorio en España*. Siglo XIX y XX. Espasa. Madrid.
- SERRANO DEL ROSAL, ET AL (2004): Situación social y laboral de las personas con discapacidad. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía.
- SOTOMAYOR MORALES, E. (2004): “El dilema del acceso a espacios sociales en la nueva sociedad global: una perspectiva de género” en *El papel de la mujer en el voluntariado*. DE LA FUENTE ROBLES, Y. (coord). Universidad de Jaén.
- TARABINI-CASTELLANI AZNAR, M. (2007): “La calidad y eficacia del sistema para la autonomía y atención a la dependencia” en AAVV: *La protección de la Dependencia*, Valencia.
- VICIANA F, HERNÁNDEZ JA, CANTO VD, ÁVILA AI.(2003): Longevidad y calidad de vida en Andalucía. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía.