

Sumario

Editorial

Dossier: La Protección Social a las Personas en situación de Dependencia (II)

Las discapacidades y los Servicios Sociales, en España.
Demetrio Casado Aguado 11

Normativa de protección de las situaciones de dependencia: antecedentes, situación actual y perspectivas de futuro.
Antoni Vilá Mancebo 31

La Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia: análisis crítico desde la perspectiva económica.
Julia Montserrat Codorniu 57

La dependencia: un reto de siempre convertido en un cúmulo de olvidos, despropósitos e intereses.
Dolors Colom Masfret 69

Formación, titulaciones y las retribuciones en el sector en relación con las condiciones económicas de los concursos de las Administraciones Públicas.
Ana M^a Aguilar Manjón 93

Centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia: tendencias de futuro.
José M^a Cosculluela y Gustavo García Herrero 99

Los cuidados invisibles de la dependencia.
Milagros Julve Negro 117

Ética

La ética aplicada a la intervención social
Joan Canimas Brugué 135

De interés profesional

Un instrumento de coordinación sociosanitaria: La Comisión Interdisciplinar Mixta Socio-Sanitaria (CIMSS).
Teresa Codinach Moncunill 147

Sección libre

Prácticas de alumn@s de Trabajo Social en un centro municipal de servicios sociales comunitarios.
Cándida Fernández Muñoz, M^a José de Haro Balao y Miriam Pérez-Rejón del Paso 155

Portal Europa

Presentación de la sección Portal Europa 167

Comentarios y reseñas de libros

Intervención metodológica en Trabajo Social. Estrategias de intervención y contexto en Trabajo Social.
Pilar Pando Lobo 171

Este número de la Revista de Servicios Sociales y Política Social, el segundo de los dedicados a las Dependencias, aparece en el momento álgido del debate de la futura Ley: en plena reflexión sobre su Anteproyecto, que se dio a conocer a principios de este mismo año, y a la espera de la inminente aprobación del Proyecto de Ley y del consiguiente trámite parlamentario.

Así, durante estas últimas semanas se ha intensificado el debate en todos los ámbitos, y son muy diversos los análisis y los documentos que están viendo la luz: desde los preceptivos informes del Consejo Económico y Social, hasta las organizaciones sindicales, colectivos profesionales y sociales, y empresas del sector. Todos quieren hacer oír su voz en un debate de tanta trascendencia para el futuro de la protección social en nuestro país; y a nadie escapa que, más allá de la incidencia tan decisiva que va a tener en la calidad de vida de las personas afectadas, tiene una gran proyección económica —se habla de 300.000 nuevos empleos—, y en la propia configuración de la vida familiar y social.

Además, y antes incluso de que la futura Ley sea enviada al Parlamento en forma de Proyecto, se percibe una gran movilización en todas las Administraciones implicadas, tratando de definir y preparar sus estructuras para asumir, con garantías, los importantes retos organizativos y de gestión que la aplicación de la Ley va a suponer en los próximos meses.

Nos congratulamos, por ello, que este número de la Revista, como el anterior, aparezcan en un momento tan decisivo, como contribución a la configuración de esta importante norma y a su efectiva aplicación.

Porque, por encima de todo, debemos recibir con especial satisfacción esta nueva Ley. Nadie como los trabajadores sociales hemos estado y estamos tan próximos a esas situaciones, que afectan a millones de personas —quizás estemos hablando de entre 3 y 4 millones, entre los afectados por la situación de dependencia y sus cuidadores familiares— que ven radicalmente afectada su vida cotidiana y, en ocasiones, truncados sus proyectos vitales, cuando no cuentan con los apoyos necesarios.

Ahora que todo el mundo se siente legitimado para hacer oír su voz en este debate, es momento de recordar que los trabajadores y trabajadoras sociales hemos estado prácticamente solos durante mucho tiempo, en el intento de ayudar a estas personas, tratando –no pocas veces en vano–, de encontrar soluciones a sus dificultades para enfrentar día a día su situación de dependencia, o la de alguno de sus familiares.

Trabajadores sociales de las estructuras básicas de los servicios sociales en pueblos, barrios y ciudades, en hospitales y centros de salud; en movimientos asociativos y en entidades no gubernamentales... Todos compartimos la angustia de tantas personas y familias, impotentes ante la falta de recursos para atender sus dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana ¿Qué trabajador social que haya estado implicado en alguna de estas organizaciones, públicas o privadas, no podría llenar libros enteros con sus vivencias, esfuerzos y, también, con sus desencantos en estas situaciones?

Por eso los trabajadores y trabajadoras sociales estamos especialmente comprometidos y legitimados para hacer oír nuestra voz en el debate de esta nueva Ley. Porque nuestra voz está impregnada de sentimientos y vivencias a través de las cuales se expresan los sentimientos, vivencias y aspiraciones de las personas afectadas por situaciones de dependencia y por sus familiares y cuidadores más directos, que esperan con ilusión una Ley que haga posible la calidad de vida a la que, como todos y todas, tienen derecho.

Desde este compromiso con las personas afectadas, y desde nuestra probada capacidad para poner en marcha servicios eficaces para ellas, cuando apenas disponíamos de los mínimos recursos, queremos hacer llegar nuestras reflexiones y propuestas, en torno a la futura Ley

Así, en primer lugar, nos interesa valorar si reconoce adecuadamente derechos subjetivos: esa es, sin duda, la cuestión esencial de esta Ley. Y, en este sentido, a pesar de que la Exposición de Motivos del Anteproyecto manifiesta esta voluntad, el contenido del articulado deja muchas dudas al respecto. En ningún lugar se dice cuál va a ser el contenido concreto de estos derechos. Esta debe ser la cuestión principal en el debate de la futura Ley.

De la misma manera, la cuestión sobre su financiación es consubstancial a la garantía de los derechos subjetivos. Y también, en este aspecto, el Anteproyecto ofrece no pocas dudas. Somos conscientes de las dificultades para articular, en este como en otros sentidos, las competencias y responsabilidades de las diferentes Administraciones, particularmente del Gobierno Central y de las Comunidades Autónomas. Y apreciamos los esfuerzos por articular espacios de decisión y de responsabilidad compartida, que hacen que esta Ley perfile una visión especialmente federalista del Estado, como no podía de ser otra manera en una materia como ésta.

Otro aspecto que nos resulta especialmente satisfactoria en el Anteproyecto, es la voluntad de configurar un sistema público de servicios, en base a centros propios y concertados, algo que tradicionalmente hemos venido reclamando los trabajadores sociales. Ahora bien, apreciamos también en el Anteproyecto algunos riesgos para el futuro de este sistema público de servicios, como es la “prestación económica vinculada al servicio”, auténtica puerta abierta al descompromiso de algunas Administraciones que utilizando este “cheque servicio” puedan vaciar de contenidos el carácter público del sistema, desmontando sus estructuras y dejando a las personas afectadas al albur de los intereses del mercado, como algunos lobis del sector están defendiendo con todo descaro.

Encontramos especialmente sugerente la propuesta que hace el Anteproyecto de la prestación económica por cuidados familiares, muy matizada y vinculada a la valoración profesional de la capacidad del entorno familiar para proporcionar esos cuidados. El debate sobre como puede afectar esta prestación al bienestar de las familias, a su propia configuración y a la incorporación de la mujer al empleo fuera del hogar o el retorno al mismo como cuidadora, son algunas de las cuestiones especialmente interesantes a las que esta cuestión nos enfrenta.

Son muchas más las cuestiones que esta Ley sugiere y que tienen una especial significación e interés para los trabajadores sociales: la cuestión del copago y de la renta, la valoración, el diseño y gestión de los programas individuales de

atención, las ayudas técnicas, la prevención, los entornos, lo socio-sanitario, la gestión de las prestaciones, el papel de los servicios sociales...

En definitiva, la nueva Ley va a suponer un importante avance en la protección social en nuestro país; de ella depende el bienestar de millones de personas. Pero también está en juego el futuro de las estructuras y de las profesiones vinculadas a la protección social.

Es mucho lo que está en juego. Y por ello animamos a todos los trabajadores y trabajadoras sociales a involucrarse, desde su sensibilidad y desde su saber profesional, en este apasionante debate que estamos teniendo la suerte de vivir.

Dossier



La Protección Social a las Personas en situación de Dependencia (II)

Las discapacidades y los Servicios Sociales, en España

Resumen

Esta exposición incluye algunas propuestas de cambio de los servicios sociales en pro de mejorar la respuesta de los mismos a las demandas de las discapacidades, especialmente en aquellas de sus manifestaciones que suponen dependencia funcional. Dichas propuestas se refieren, en primer lugar, a los objetivos tácticos y a los enfoques metodológicos -con algunas referencias a prestaciones de dicha rama. En segundo lugar, se abordan estas dos cuestiones institucionales: la garantía jurídica del acceso a las prestaciones de los servicios sociales públicos y la disyuntiva centralización-descentralización.

Para que sirvan de referencia a las propuestas, se reseña previamente la estructura psicobiosocial de la discapacidad y las clases de intervenciones posibles sobre la misma.

Abstract

In this article some changes in the social services are proposed. The changes aim to satisfy in a better way the demands related with disability and especially with functional dependency. The proposals refer, in the first place, to objectives and methodological approach. Some particular services are mentioned. Next, the article deals with two institutional issues: the legal right of access to the services provided by the public social services and the choice between centralised or decentralised systems.

As further reference for the proposals, the nature of the disabilities and the suitable actions are briefly described.

Palabras clave

Discapacidad, dependencia, intervención social, servicios sociales, políticas sociales.

Key words

Disability, dependency, social intervention, social services, social policies.

Autor

Demetrio Casado Aguado

Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales

Vicepresidente de la Fundación Foessa

Secretario de la Fundación 1000, sobre defectos congénitos

Autor de 179 publicaciones principalmente sobre problemas, intervención y políticas sociales, entre ellas:

- *Ante la discapacidad*, Lumen, Buenos Aires, 1995
- *Reforma política de los servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid, 2002
- *Respuestas a la dependencia* (dir.), Editorial CCS, Madrid, 2004
- *Avances en bienestar mediante el conocimiento* (dir.), Editorial CCS, Madrid, 2005

Las discapacidades y los Servicios Sociales en España

La discapacidad, como indico después, incluye la dependencia funcional. El Gobierno está elaborando un proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas dependientes. En el curso de la redacción de este texto, el Consejo de Ministros, según información gubernamental, aprobó el anteproyecto de dicha norma e informó del mismo a los medios de comunicación, bien que en formato mediático. Por estas circunstancias, no puedo referirme a la norma en cuestión. Si tendré en cuenta, en cambio, el Libro blanco elaborado en pro de la misma (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

Las discapacidades (incuidas las dependencias funcionales)

Enuncio en plural el objeto de este apartado por la diversidad interna del mismo. Esa diversidad viene dada, en primer lugar, por la pluralidad de causas y consecuencias, que glosaré después. Por otra parte, la intensidad de estas es de todos los grados imaginables, llegando hasta aquellos en

los que resulta indispensable la ayuda personal para las actividades comunes de la vida diaria, es decir, a la dependencia funcional.

En el pasado, con otras denominaciones, se consideró la discapacidad como un fenómeno autónomo respecto de las circunstancias vitales de los afectados y de sus entornos. Esa concepción no da cuenta cabal de las discapacidades reales ni es una buena base para actuar positivamente sobre ellas. La dificultad para caminar de una persona como consecuencia de un accidente es particularmente discapacitante si la misma ejercía el trabajo de mensajero, por ejemplo. La dificultad de audición de ciertas personas se convierte en incapacidad total para esa actividad en ambientes ruidosos. La discapacidad, según la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, se manifiesta en dos niveles: primero, el de la deficiencia; después, el de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que se relacionan con aquella (OMS, 2001: 11).

Tabla 1. VISIÓN DE CONJUNTO DE LA CIF

ASPECTOS POSITIVOS	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación
	Funcionamiento	
ASPECTOS NEGATIVOS	Deficiencia	Limitación en la actividad. Restricción en la participación
	Discapacidad	

Fuente: OMS, 2001: 12

Las deficiencias consisten en alteraciones físicas y psíquicas que interesan la anatomía y el funcionamiento humano de modo prolongado o crónico. El repertorio de estas alteraciones es muy amplio y diverso; abarca desde fenómenos muy visibles, como las carencias de miembros, hasta otros tan ocultos como los factores del autismo. La citada CIF identifica las funciones y estructuras corporales que pueden sufrir deficiencias (OMS, 2001: 31-40).

Clasifica aquellas así: mentales, sensoriales y del dolor, de la voz y el habla, de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, genitourinarias y reproductoras, neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, y de la piel y estructuras relacionadas. Las estructuras corporales susceptibles de sufrir deficiencias son las correspondientes a tales funciones.

Las limitaciones de las actividades y las restricciones de la participación se producen en todos los campos de la vida personal y social (OMS, 2001: 41-46). La CIF las clasifica de este modo: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones personales, áreas principales de la vida, y vida comunitaria, social y cívica. Las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación siempre fueron relativas. Un joven con alteraciones graves en un miembro inferior no era capaz de ejercer el rol laboral común para varones de su edad en una comunidad agraria tradicional, pero podía –como de hecho se hacía en España y en otros países– ejercer oficios tales como los de sastre o zapatero y, en virtud de ello, participar activamente en la vida económica de su sociedad. Así pues, la discapacidad de ese joven

era modificable mediante decisiones a su alcance o al de su familia. Actualmente, intervienen también muy diversas instancias técnicas para reducir las limitaciones en el desempeño de actividades y las restricciones de la participación relacionadas con las deficiencias. Las actuaciones de este orden van desde el adiestramiento de los ciegos en el uso de las nuevas técnicas de la comunicación hasta las adaptaciones en la enseñanza para alumnos con dificultades de aprendizaje. La CIF clasifica así tales factores ambientales: productos y tecnología, entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, apoyo y relaciones, actitudes (en el medio social), y servicios, sistemas y políticas.

Los casos muy graves de limitaciones en la actividad y de restricciones en la participación comportan situaciones de dependencia funcional –a no confundir con otras clases de dependencia, como la infantil, la jurídica, la económica, la emocional, la de sustancias o actividades (CASADO, 2004: 18)–. Una de las definiciones más aceptadas de esa clase de dependencia es la siguiente: “La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.” (Consejo de Europa, 1998). Aun cuando la dependencia funcional es más frecuente en la edad avanzada, también se produce en las otras edades, claro. La dependencia funcional máxima es la que afecta a las personas sin capacidad para el autocuidado, según la terminología de la OMS. Pero también se produce dependencia funcional por limitaciones importantes para, nuevamente según la terminología de la CIF, la movilidad, la vida doméstica, las interacciones y relaciones interpersonales. Y, por supuesto, también en la dependencia funcional juegan un papel –positivo o negativo– importante los factores ambientales, antes evocados.

Intervenciones y recursos concernientes a la discapacidad

Las ideas e intervenciones concernientes a la discapacidad son diferentes de unas culturas y sociedades a otras y cambian dentro de ellas en el curso de la historia. En nuestra sociedad contemporánea, las novedades de cada momento son magnificadas en la valoración de los expertos y de los activistas, con el efecto indirecto de que se ensombrecen las concepciones y prácticas pretéritas. Pero, de hecho, las mismas permanecen en gran medida, con eventuales adaptaciones. Hace treinta años, las palabras clave de la intervención sobre la discapacidad eran rehabilitación, recuperación, readaptación, reeducación (MORAGAS, 1974). Todas con un amplio denominador común: la idea de paliar o compensar la disminución de funciones y capacidades. Pero, en España, lo que más se hacía a la sazón eran apoyos, privados y públicos, personales y económicos, de mantenimiento. Recordemos ante todo las prestaciones monetarias por invalidez de la Seguridad Social, pero también el “auxilio de enfermedad” del Fondo Nacional de Asistencia Social para casos de incapacidad laboral y pobreza concurrente, dotado por primera vez mediante la Ley de Presupuestos de 1962. La Ley 13/1982, de 7 de abril, tomó como referencia en su título la integración social de los minusválidos, pero no versa sólo sobre ese objetivo-función, sino que trata igualmente de prevención, de diagnóstico y valoración, de prestaciones sociales y económicas, de rehabilitación, por supuesto de integración, de servicios sociales y de otras intervenciones. La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad asume el enfoque social más reciente en el campo objeto de esta exposición, pero no debe

entenderse –como quieren algunos– que tal planteamiento arrincona a los pretéritos.

Las discapacidades son objeto actualmente de varias clases de intervenciones (CASADO, 2003); en la tabla 2 pueden verse, presentadas en orden diacrónico, las principales de ellas, con algunos ejemplos de tratamientos, prestaciones y actividades.

Siguiendo un orden “natural”, el primer objetivo y función a considerar es la prevención de las deficiencias, a la que me referiré en la modalidad que tiene por objeto evitar la aparición de alteraciones de las funciones y estructuras corporales. Esta clase de prevención es muy diversa, entre otros factores, por la pluralidad de las causas inmediatas de las deficiencias: alteraciones congénitas, problemas en el parto, accidentes (de tráfico, laborales, domésticos, de ocio y otros), ciertas enfermedades comunes, enfermedades profesionales, etc.

Los niños nacidos con riesgo de desarrollar deficiencias o afectados por ellas deben ser objeto de tratamientos de *atención temprana*. Los mismos tienen un efecto preventivo pleno cuando evitan que lleguen a manifestarse deficiencias potenciales; en otros casos se logra reducir el desarrollo de las deficiencias latentes o manifestadas. Se trata, pues, de una clase de intervención a la vez preventiva y rehabilitadora (Federación de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005: 14).

Cuando se producen las deficiencias, es oportuno procurar la *habilitación /rehabilitación de capacidades y el apoyo personal a la inserción*. La modalidad de esta clase de intervención con más solera es el tratamiento de los menoscabos de carácter físico, principalmente los derivados de traumatismos. Son parte importante de ella las ayudas técnicas personales. También gozan de tradición las intervenciones habilitadoras y rehabilitadoras relativas a las limitaciones de la

Tabla 2. INTERVENCIONES TÉCNICAS EN DISCAPACIDAD

INTERVENCIONES COLECTIVAS	SITUACIONES DE SALUD	INTERVENCIONES INDIVIDUALES
Prevención previa a los riesgos de deficiencias: .seguridad vial .educación para la salud		Prevención previa a los riesgos de deficiencias: .vacunación antipolio .estilo de vida sano
	Riesgos de deficiencias (enfermedades, traumatismos, contaminaciones)	
Prevención colectiva de deficiencias post riesgos: .yodación de la sal o del pan .observación médica mediante programas colectivos a personas de riesgo		Prevención individual de deficiencias post riesgos: .atención temprana .cuidados en diabetes
	Deficiencias	
Creación de entornos colectivos accesibles: .En el medio físico .En el medio laboral ...		Habilitación / rehabilitación –incluidas ayudas técnicas personales- e inserción: .Rehabilitación en lesiones medulares .Intermediación laboral Creación de entornos individuales accesibles: .En el propio domicilio .En el puesto de trabajo
Apoyos de los entornos ."Chaquetas rojas" en aeropuertos .Trascripción de parlamentos en teatros ...	Limitaciones de las actividades Restricciones de la participación	Apoyos personales para actividades comunes Apoyos monetarios de mantenimiento

Fuente: Elaboración propia

visión. Junto a la metodología propia de los casos convencionales, se practican variantes para la lengua de visión asociada a la sordera. La habilitación concerniente a la sordera

también presenta variantes a la línea tradicional centrada en la lengua de señas, la cual no es aceptada, en general, por los sordos poslocutivos. Por otra parte, las asociaciones de

padres de niños sordos propugnan una gama diversa de soluciones de orientación normalizadora, incluyendo el implante coclear. La función habilitadora de funciones básicas en deficiencia intelectual se realiza, además de en la socialización informal común, mediante la educación y el adiestramiento para las actividades personales y el trabajo. En relación a otras deficiencias de carácter psíquico, quiero mencionar los ya largos esfuerzos de rehabilitación relativos a la enfermedad mental, el autismo y el daño cerebral. El examen por clases de deficiencias aboca a los casos mixtos, como la llamada parálisis cerebral. Salvada la diversidad interna de esta categoría, convergen en ella intervenciones habilitadoras de carácter médico, educativo y de capacitación ocupacional. En cuanto a la inserción, el nexo más valorado es el laboral. Tras la oportuna habilitación o rehabilitación profesional u ocupacional, resulta muy indicada la intermediación laboral. Es de notar, de todos modos, que no pocas personas afectas de discapacidades no son activas, es decir, no son capaces o no aspiran al empleo (CASADO, 2004: 54).

La rehabilitación tradicional se ha practicado con carácter episódico para culminar el tratamiento médico o médico-quirúrgico de alteraciones de salud agudas, especialmente las derivadas de traumatismos. En deficiencias sensoriales y psíquicas, así como en parálisis cerebral, se vienen realizando tratamientos habilitadores o rehabilitadores de larga duración. Junto a estas prácticas, debe mencionarse la que voy a denominar rehabilitación de mantenimiento, la cual se aplica en enfermedades crónicas, y aun en el envejecimiento común, con el propósito de contener ciertos procesos de deterioro de la integridad psicobiológica. Obviamente, se trata de intervenciones sin límite de tiempo. Su contenido técnico puede ir desde la terapia cognitiva, en enfermedades que causan daños mentales, hasta la simple disciplina física en la edad avanzada, pasando por las terapias del

lenguaje y de la motricidad que requieren las enfermedades neurológicas de carácter degenerativo. Este complejo de intervenciones está cobrando una importancia creciente en España, como corresponde a nuestras estructuras de salud. Pero no resulta especialmente visible, acaso porque no cuenta con expresiones corporativas de entidad.

Las intervenciones de mayor actualidad son las que procuran la *accesibilidad de los entornos* colectivos e individuales. La accesibilidad adquiere carta de naturaleza, en el medio ideológico que interesa a esta exposición, mediante el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1982. Dicho texto propone esta formulación: "*Equiparación de oportunidades* significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad –tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo– se hace accesible para todos." (Naciones Unidas, 2000: 22).– en diciembre de 1993, la citada entidad aprueba otro documento específico sobre este objetivo-función: Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Aun cuando la accesibilidad tiene sus aplicaciones más visibles en los entornos colectivos, no son desdeñables las de carácter individual: la propia vivienda, el puesto de trabajo, el vehículo personal, etc.

Incluso en la situación más favorable de accesibilidad de los entornos, resulta imprescindible la clase de intervenciones más añejas y menos apreciadas: las que proveen *apoyos personales para actividades comunes*. Las situaciones de dependencia funcional vienen dadas por la necesidad de ayuda personal: la parte de ésta que no se cubre mediante prestaciones familiares o amistosas, demanda

las de los servicios sociales (ayuda a domicilio, centro de día, residencia asistida, principalmente), más las sanitarias en casos de hospitalización de estancia media o larga. La provisión de las citadas prestaciones de ayuda de mantenimiento y servicios auxiliares se suple a veces mediante prestaciones monetarias orientadas –de modo vinculante o no– a la financiación de esas prestaciones. También se proveen ayudas monetarias para situaciones de dependencia económica por causa de la discapacidad.

Desarrollo técnico de la oferta de servicios sociales para las discapacidades

La mera enunciación de las clases de intervenciones que requieren los servicios sociales que reseñé en el apartado anterior nos indica que sólo una parte de ellas conciernen a la rama de los servicios sociales. Por el objeto asignado a esta exposición, debo limitarme ahora a esa parte. Daré por supuesta, en la citada rama, la estrategia del reformismo propio del Estado de bienestar occidental; a partir de esta referencia implícita, examinaré sus objetivos tácticos de la rama (CASADO y GUILLÉN, 2005: 101-115) y sus enfoques metodológicos, y haré un apunte sobre actividades.

Objetivos tácticos

La acción de los servicios sociales anterior al uso de esta denominación, aun cuando no carecía de prestaciones de carácter habilitador y rehabilitador, se orientaba muy principalmente al mantenimiento de subsistencia. Durante los años finales del régimen franquista y siguientes, se manifestó un amplio rechazo ideológico de esa práctica e indirectamente del objetivo mismo del mantenimiento. Puede observarse este rechazo, por modo activo o pasivo, en gran parte de las leyes de acción social y/o servicios sociales de las Comunidades

Autónomas. Debió de influir en dicho fenómeno la confusión de la mala calidad de una gran parte de la atención de mantenimiento pretérito con la idea del mismo. Esa mala calidad venía dada, entre otros factores, por el abuso del internamiento, la pobreza de los recursos materiales, la falta de rigor técnico, el autoritarismo. No se tuvo presente en aquel movimiento de rechazo la emergencia en el panorama internacional y nacional de buenas prácticas en pro del objetivo en cuestión. Y, sobre todo, no se tuvo en cuenta la persistencia y tendencia al alza de la demanda de *apoyos para actividades comunes*, especialmente en situaciones de dependencia funcional. Crece esa necesidad como consecuencia principalmente de las mejoras económicas y sociales, que vienen incrementando la supervivencia de personas afectadas por deficiencias graves y el envejecimiento de la población; y crece también la demanda de cuidados externos a las familias para dichas situaciones a causa de que está menguando la capacidad y/o disponibilidad cuidadora de las mismas. Así pues, especialmente en relación con las discapacidades graves –dependencia funcional–, es menester asumir que la provisión de apoyos para actividades comunes (ayuda a domicilio, cuidados en centros de día, asistencia residencial, residencia temporal) no es un objetivo arcaico y a extinguir, sino actual y central en los servicios sociales de hoy y del futuro. La demanda, por lo demás, es amplia y su cobertura por los servicios sociales, escasa (RODRÍGUEZ CABRERO, 2004: 73-74).

El objetivo de *habilitación y rehabilitación, con posible inserción social*, tuvo alguna presencia en los servicios sociales pretéritos. Así lo podemos comprobar, por ejemplo, en la normativa ilustrada sobre la crianza y educación de niños expósitos. El reciente movimiento de reforma de los servicios sociales no asumió de modo determinado las aplicaciones de este objetivo que les corresponden –junto a los servicios sanitarios, educativos y de empleo–, según podemos ver en las leyes de las Comunidades Autónomas de

la rama. En el plano de la práctica, no faltan líneas de prestaciones guiadas por el objetivo en cuestión, como es el caso del adiestramiento de ciegos para las actividades de la vida diaria o la atención temprana para nacidos con riesgo de deficiencias o afectados por ellas. Pero resulta pertinente hacer al menos estas anotaciones: la mayor parte de esa clase de prestaciones son anteriores al movimiento de reforma de los servicios sociales; la provisión de las mismas está siendo realizada principalmente por agentes voluntarios (asociaciones, mutuas, fundaciones y otras instituciones afines), bien que en gran parte por cuenta de las administraciones públicas de servicios sociales o mediante subvenciones de las mismas. Por lo indicado y teniendo en cuenta la relevancia político-social del sector público de los servicios sociales, parece necesario que el mismo desarrolle su competencia técnica para las aplicaciones del objetivo de habilitación, rehabilitación e inserción que le corresponden.

En general, la acción tradicional de los servicios sociales fue ajena al objetivo de la *prevención inmediata o primaria*; y sólo tuvo en cuenta la prevención mediata en alguna de sus líneas de prestaciones. El movimiento de reforma de los servicios sociales que se inicia en los años 70 del siglo pasado se enfrentó a sus antecedentes, entre otros modos, por la exaltación de la idea preventiva, la cual fue incorporada a los cuadros de principios proclamados por las leyes de acción social y/o servicios sociales. Pero el desarrollo práctico de tal opción es muy escasa en lo que concierne a la discapacidad. Es justo reseñar aquí la ya citada aportación de los servicios sociales a la atención temprana de nacidos con riesgo de deficiencias o afectados por ella, en cuanto que esta línea de prestaciones es a la vez habilitadora y preventiva. Y no veo otras intervenciones propiamente preventivas de las deficiencias que estén llevando a cabo los servicios sociales. Aparte de otras posibilidades de menor alcance, esta rama parece llamada a contribuir a la prevención de las deficiencias mediante la educación en pro de un estilo de

vida sano. Se viene observando que este factor de salud es muy relevante para la dependencia funcional, y la acción educativa correspondiente no es privativa de los servicios sanitarios específicos, sino que llama a la contribución de todos los agentes sociales (RUIPÉREZ, 2004: 249).

Los servicios sociales tradicionales desconocieron el objetivo de la *accesibilidad*, y cabe decir lo mismo del movimiento de reforma de aquellos en sus primeras formulaciones, salvo que las mismas adoptaron el principio de integración, relacionable con aquella meta. Es muy cierto que la accesibilidad de los entornos debe ser responsabilidad ante todo de las ramas de recursos que gestionan aquellos: urbanismo, vivienda, transportes, telecomunicaciones, industria, educación, empleo, ocio, etc. Pero, a mi parecer, los servicios sociales están llamados a prestar ayuda a los demandantes de accesibilidad, de varios modos. Así, en un entorno físico como es la propia vivienda, los servicios sociales pueden y deben intervenir como mediadores en la gestión de la accesibilidad, es decir, en la identificación de barreras a suprimir y de ayudas domóticas a proveer, así como prestando apoyo a los usuarios para obtener los recursos ergonómicos oportunos. El acceso a los ámbitos institucionales, como la Universidad, no se resuelve sólo con la adecuada estructuración de sus sedes y sus regímenes específicos, sino que puede requerir apoyos auxiliares (alojamiento, transporte, acompañamiento, etc.) propios de los servicios sociales o próximos a ellos (DE LA PUENTE, 2001: 97).

Enfoques metodológicos

De los enfoques metodológicos convenientes a la acción de los servicios sociales concerniente a la discapacidad, el *comunitario* es uno de los más deseables. Como vamos a ver, no se trata de un modo de actuar nuevo ni privativo de los servicios sociales, pero sería muy conveniente una mayor y mejor aplicación del mismo en esta rama; y es particularmente relevante para la intervención de la misma en el área de la discapacidad.

En las sociedades occidentales, el desarrollo de las actividades formales de carácter sanitario, educativo y de ayuda personal y/o material ha recurrido desde hace mucho tiempo a la centralización residencial, es decir, a la técnica instrumental del internamiento de carácter permanente. No cabe negar ventajas a este modo de actuar, por ejemplo para salvar las dificultades de provisión de recursos escasos en amplios territorios, conseguir la especialización, controlar la gestión, etc. Pero la experiencia histórica ha venido mostrando inconvenientes tan graves como el llamado hospitalismo, esto es: alta morbilidad y mortalidad en orfanatos, asilos de adultos y hospitales para enfermos crónicos. Aun cuando se corrigió parcialmente el citado problema, desde el siglo pasado se viene poniendo de manifiesto efectos negativos como el desarraigo, la marginación social, la despersonalización, la quiebra de la salud mental. Por lo demás, el internamiento es económicamente caro.

La intervención social mediante internamiento ha coexistido en nuestras sociedades pretéritas con las prestaciones ambulatorias y a domicilio. Además de la limosna al mendigo ambulante, se practicó la ayuda material –y, frecuentemente, moral– domiciliaria. Era la técnica indicada para los pobres vergonzantes, vale decir, los que no se atrevían a publicitar su pobreza; la encontramos documentada en una fuente europea clásica (VIVES, [1525] 1992: 191). La ayuda en el domicilio está documentada también en España a partir del siglo XVI (ESTIVILL, 1992-93: 153). En el Reglamento para el establecimiento de casas de expósitos, crianza y educación de éstos, promulgado en 1796, se preconiza la lactancia y crianza en el domicilio del ama, y la búsqueda de ésta en la localidad donde tuvo lugar la exposición (art. 9). La propia Ley de Beneficencia de 23 de enero-6 de febrero de 1822 asigna un amplio papel a los socorros domiciliarios y a la hospitalidad domiciliaria (títulos V y VI); como lo haría igualmente la segunda Ley sobre la materia, de 20 de junio de

1849 (arts. 12 y 13). La opción por la atención domiciliaria de la legislación de la Beneficencia pública, aparte de su mayor viabilidad para el ámbito municipal, ha de relacionarse con el largo debate sobre las ventajas e inconvenientes de la permanencia junto a los familiares frente a la asistencia mediante internados (ARIAS MIRANDA, 1862: 100 y ss.; MARTÍNEZ-ALCUBILLA, 1943: 827).

En la segunda mitad del siglo pasado, la investigación científica ha evidenciado que el apoyo social es un factor de salud, no sólo mental (ESCOBAR, 1998). Y se han valorado también positivamente la familia y otras redes sociales como factores de bienestar (FANTOVA, 2005). La conciencia de los graves inconvenientes del internamiento y de las virtudes de los apoyos sociales es el fundamento de importantes movimientos de opinión con alcance internacional contrarios a la “institucionalización”, según el uso léxico común –y, a mi parecer, impreciso–, y favorables a la permanencia e interacción de los asistidos en el propio medio. Estos movimientos generan importantes cambios metodológicos en varias líneas de la intervención social, entre las que destaca la de salud mental. En servicios sociales cabe recordar la iniciativa inglesa que se inicia con el Seebhon Report (1968). En el periodo indicado, se desarrolla otro movimiento internacional de signo comunitario, que postula y practica la intervención con y sobre las comunidades locales (RAMOS FEIJÓO, 2005). Los inconvenientes del internamiento no hacen excepción en los apoyos de los servicios sociales a las situaciones de discapacidad, incluidas las derivadas de la enfermedad mental y de las deficiencias intelectuales (CATTERMOLE et al., 1991); consecuentemente, se postula también el enfoque comunitario para esa clase de situaciones, sin excluir las de dependencia (RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, 2005: 117).

El enfoque comunitario llama a cambiar la estructura tradicional de la oferta de los servicios sociales, como de los sanitarios. Como

orientación general, debe buscarse la compatibilidad de la permanencia en el hogar con la realización personal de los cuidadores –mujeres, en su mayor parte– (MARTÍNEZ, 2005, 195 y ss.). Siempre que sea posible, deben proveerse prestaciones complementarias, no sustitutorias, de los cuidados y atenciones que en su caso reciba el afectado de sus familiares y/o de otros cuidadores informales habituales, de los servicios comunes y de la comunidad. Los servicios sociales facilitan la permanencia en el hogar mediante teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, plazas de uso transitorio para casos de cese temporal de la atención familiar. Pero las atenciones médicas y de enfermería continuadas, que necesitan muchos afectados habitualmente residentes en su domicilio, deben ser provistas por la rama sanitaria también a domicilio, siempre que sea posible. El internamiento debe ser el último recurso y aun éste debe plantearse con enfoque comunitario. Así, en lugar de grandes residencias aisladas en parajes extra o periurbanos, son preferibles las familias acogedoras, las familias funcionales y las miniresidencias con sedes dentro de las poblaciones y deseablemente cerca de los familiares y amigos; se trata, hablando llanamente, de que las relaciones de los alojados con su medio y con sus redes sociales no se limite a un viaje de los mismos por navidades y a las consabidas visitas periódicas y con frecuencia raras de los próximos, sino de que sean posibles relaciones directas continuas. Para las situaciones de discapacidad, la intervención con y sobre las comunidades tiene aplicaciones interesantes, como estas: acción ante autoridades y titulares de locales privados de uso colectivo para lograr su accesibilidad física, así como para que las actividades comunitarias sean funcionalmente accesibles.

Resulta oportuno señalar que el método propugnado cuenta en España con una potencialidad muy grande, por dos circunstancias. Los afectados y sus familias

parecen preferir mayoritariamente la permanencia en su hogar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 203). Por otro lado, incluso entre las personas con dependencia, una muy grande mayoría reside en sus domicilios (RODRÍGUEZ CABRERO, 2004: 58). Pero se registra una práctica continuada contraria al método comunitario. Se trata de que la oferta de recursos facilitadores de la permanencia en el propio domicilio no crecen ni se desarrollan en grado suficiente y modos adecuados para cortar la fuerte demanda de plazas residenciales (RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, 2005: 142-143), la mayor parte de las cuales se ubican en establecimientos grandes y aislados.

Aparte de la acción directa orientada según lo dicho, los servicios sociales pueden incidir indirectamente en el desarrollo de los apoyos y las redes sociales en las situaciones de discapacidad, como en otras. La vía tradicional consiste en facilitar –no sustituir ni conducir– el desarrollo de asociaciones de o para personas con discapacidades. Pero no deben olvidarse otras posibilidades de acción indirecta de los servicios sociales, como las que, por modo de ejemplo, indico seguidamente. Los progenitores a las que se les comunica, mediante diagnóstico prenatal, que el hijo en gestación nacerá con deficiencias, deberían ser encauzados hacia servicios sociales que les ofrezcan contactos con padres de niños afectados de la misma deficiencia observada en su feto, con el fin de que puedan obtener información de pares y, en su caso, iniciar contactos de ayuda en el mismo plano. Otro caso extremo: cuando a personas de edad avanzada y solitarias les sobrevienen discapacidades graves, está plenamente indicado contribuir a retejer o tejer de nuevo sus redes sociales: promoción de relaciones familiares marchitas, facilitación de visitas de asistentes voluntarios –aparte de las profesionales–, conexiones a distancia, etc.

Otro enfoque metodológico que me parece especialmente indicado para los servicios sociales es el del desarrollo de sujetos individuales o

comunitarios determinados. Ya aludí antes al desarrollo comunitario, como una de las líneas del método de la misma calificación. Por ello y por su especial indicación para las situaciones de discapacidad, me referiré ahora al enfoque del *desarrollo personal*.

En la intervención de ayuda han dominado y dominan las prácticas socorristas o paternalistas, es decir, la donación de recursos para suplir las carencias de los demandantes, manifiestos o latentes, de apoyos. Esta orientación es muy visible en las donaciones de recursos materiales: limosnas en especie o monetarias, comidas de caridad, asilamientos de subsistencia, prestaciones monetarias sin cotización previa o contrapartida posterior. Pero también se aplica la donación paternalista en transferencias gratuitas o subvencionadas de recursos inmateriales: consejos sin intervención del destinatario, educación o reeducación forzosa en mayores de edad, empleos protegidos otorgados, concesión de ciudadanía sin condiciones. Por observación común, así como mediante evaluaciones de programas de ayuda, sabemos que la práctica socorrista o paternalista entraña graves inconvenientes. De entrada, supone un gasto puramente consuntivo que la racionalidad económica invita a cuestionar, salvo para situaciones de emergencia individual o colectiva. Pero además, la aplicación continuada –es decir, aparte los socorros de emergencia– de ese modo de actuar, cuando se sigue con personas potencialmente autónomas –quedan fuera, pues, el acogimiento y tutela de menores y de jurídicamente incapaces– entraña riesgos de regresión del desarrollo personal, de dependencia psicológica y económica, de estigmatización, de frustración y resentimiento. La donación paternalista puede contribuir así a cronificar los problemas personales (CABALLOL, 2004: 51).

En vista de los graves inconvenientes que lleva consigo el método del suministro unilateral y pasivizante de recursos, se viene

desarrollando una amplia gama de técnicas orientadas a promover el autovalimiento y el desarrollo de los individuos y grupos deficitarios. Los métodos de desarrollo personal toman como referencia principal la confianza en que las capacidades de los individuos pueden ser potenciadas en la dirección de la autonomía funcional y/o económica y, en su caso, moral; los recursos al efecto no pueden consistir principalmente en donaciones unilaterales de ayudas o apoyos, sino en la práctica o la promoción de interacciones para el crecimiento. Por sus grandes posibilidades para los servicios sociales –a mi entender, escasamente aprovechadas en España–, me parece imprescindible evocar aquí el trabajo social de caso, cuyo fundamento y procedimiento se establece en el primer cuarto del siglo pasado, y que tiene como objetivo inequívoco el desarrollo individual (RICHMOND, [1922] 1976: 62). Para la discapacidad, en concreto para la derivada de deficiencias intelectuales, considero de especial actualidad el método de los apoyos propugnado por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR), el cual apunta a la mejora del funcionamiento vital de la persona con deficiencia (2004: 17).

También me parece muy importante para la acción de los servicios sociales el método de la *prospección de la demanda potencial*. Se trata de complementar la acción de respuesta a la demanda manifiesta de los usuarios que se dirigen a los servicios sociales con la que se deriva de la programación de contactos y aun de la prospección sistemática y de oficio de situaciones acreedoras de la atención. Los contactos programados son habituales en medicina. El de prospección lo encontramos ya en Vives ([1525], 1992, 191), pero parece que no se prodiga en los servicios sociales de hoy.

Los casos en los que la necesidad grave coincide con la carencia de información o habilidad y/o la penuria de apoyo social son acreedores obvios a la actuación de oficio por los servicios sociales.

Veamos dos supuestos relativos a la discapacidad. En los casos de nacimientos con riesgo de deficiencias o afectados por ellas, parece función obligada de los servicios de neonatología informar a los progenitores de las atenciones que convienen en cada caso, pero no es seguro que les faciliten el contacto con los servicios sociales que puedan proveer algunas de tales atenciones. Por ello, es muy importante que los servicios sociales mantengan un contacto periódico o sistemático con esos hospitales para tomar contacto con los casos indicados y ofrecer ayuda para acceder a la atención temprana, si resulta indicada. Sea dicho de paso, encontramos este proceder en los albores de esa clase de intervención (CASADO, 2005). Puede servir también ese contacto proactivo para conectar a los padres con entidades de ayuda mutua y heteroayuda. Yendo al otro extremo de la vida, los servicios sociales deben observar de modo periódico y sistemático la situación de valimiento-dependencia funcional de las personas de edad avanzada.

Reformas institucionales

Me voy referir en este apartado a las dos líneas de reformas institucionales que considero más importantes en los servicios sociales. Valoro las mismas desde el punto de vista de su fin mediato, es decir, el bienestar individual y social. Seguiré teniendo en cuenta las discapacidades, pero los problemas y propuestas institucionales conciernen por lo general al conjunto de la demanda y de la acción de la rama que aquí se considera.

Garantía del derecho a las prestaciones

El movimiento de reforma de los servicios sociales optó por un sistema público universalista para los mismos. El Estado social de derecho instituido por nuestra Constitución no puede excusar la provisión garantizada de

una oferta pública de prestaciones de la rama. Pues bien, ni aquella opción ni esta exigencia se han cumplido. *El Libro blanco* de la dependencia postula el establecimiento de prestaciones de servicios sociales para esa situación garantizadas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 741-742), pero debe recordarse que tales prestaciones sólo son una parte las propias de la rama.

La Constitución, haya sido por una interpretación de conveniencia del art. 148.1.20 o por virtud del 149.3, ha posibilitado la asunción de competencia exclusiva en servicios sociales por las Comunidades Autónomas, excepto la relativa a los de la Seguridad Social, que es compartida con el Estado (central). De este modo, la cuestión de la garantía pública de las prestaciones individuales y otras actividades de la rama corresponde a las Comunidades Autónomas, aun cuando es posible jurídicamente que intervengan los poderes centrales, como el *Libro blanco* de la dependencia previene (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 743-745).

Algunas de las leyes de las Comunidades Autónomas sobre servicios sociales abordan la cuestión de la garantía de acceso, pero ni en los mejores casos se alcanza a las prestaciones individuales relativas a situaciones de discapacidad grave, con empleo intensivo y/o continuado de recursos: ayuda domiciliaria, asistencia en centros de cuidados diurnos, atención residencial, etc. La Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de servicios sociales de Cataluña remitía la regulación de derechos de acceso a su reglamentación (art. 6); no se ha producido con carácter general. La Ley 5/1996, de 18 de octubre, (segunda) de servicios sociales de la Comunidad Autónoma Vasca fija un mínimo de prestaciones que van desde las actividades de información, orientación y gestión de recursos hasta la ayuda a domicilio y el alojamiento alternativo (art. 5.1), pero no regula el derecho que garantice el acceso

a las mismas; el Decreto 155/2001, de 30 de junio, que desarrolla esa Ley, no salva el déficit, ya que impone a las Diputaciones la obligación de "garantizar la existencia de centros y servicios destinados a colectivos específicos, con capacidad suficiente para responder a las necesidades de la población" (art. 3.1), pero tampoco regula el derecho de acceso de los interesados. La Ley 1/2003, de 24 de febrero, (segunda) de Servicios Sociales del Principado de Asturias prevé un catálogo de prestaciones, en el que se especificarán las exigibles como derecho subjetivo (art. 20.2) y fija un plazo al efecto de dos años (disposición adicional segunda); pero no se ha hecho hasta el momento. La Ley 11/2003, de 27 de marzo, (segunda) de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, declara "universales y gratuitas para toda la población" las que denomina "prestaciones técnicas" (art. 19.2), como información, orientación, tutela jurídica y semejantes; se excluyen, pues, las más onerosas.

La Constitución reserva al Estado (central) la normativa básica y el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17). En lo que concierne a los servicios sociales de esta gran institución esa competencia sólo ha sido ejercida para sustituir la financiación predominantemente contributiva por la fiscal. En cuanto al régimen de dispensación de las prestaciones y otras actividades, nunca fueron reguladas de modo que estuvieran garantizadas.

La carencia de garantías de acceso (VILÀ, 2004: 147 y ss.) posibilita el racionamiento de las prestaciones, que suele aplicarse sobre todo a las más onerosas ya citadas. El racionamiento de las prestaciones caras genera listas de espera y la exclusión de una parte importante de los demandantes. Ello se produce por la aplicación de baremos que seleccionan a los aspirantes con peores circunstancias socioeconómicas –discriminación positiva que reproduce el régimen de acceso de la Beneficencia pública. Así, la discrecionalidad y la escasez frustran de

modo formal y material el ideal universalista del inicio de la reforma de los servicios sociales, que llegó a incorporarse a las leyes en preámbulos y disposiciones retóricas. Ocurre, por otra parte, que muchos de los excluidos carecen de recursos para financiar las prestaciones que demandan en el mercado. Esto supone un grave problema de inequidad (MONSERRAT, 2004: 223), así como de sobrecarga y/o de costes de oportunidad para los familiares de los demandantes excluidos. Por añadidura, la reserva de ciertas prestaciones de los servicios sociales públicos a los demandantes con bajo nivel de recursos los estigmatiza en el mismo sentido que los estigmatizó el régimen benéfico –es decir, como servicios para pobres–.

Me parece importante señalar en este punto la gran tolerancia de los ciudadanos –e incluso de los especialistas– a la carencia de garantía de acceso a las prestaciones de los servicios sociales, pese a que sufren los graves efectos de la misma: la espera y la exclusión dañan el bienestar de los afectados y, en su caso, el de sus familiares cuidadores. También es de notar que la situación no parece preocupar de modo agudo a las Comunidades Autónomas, pese a su responsabilidad política máxima en servicios sociales. Si se denuncia el problema, suele aducirse como justificación la escasa dotación que reciben las Comunidades Autónomas de la Hacienda central para esa aplicación. Pero este argumento presenta importantes flaquezas. Al tomar voluntariamente competencia exclusiva en servicios sociales, las Comunidades Autónomas asumieron la responsabilidad de afrontar la más que previsible evolución creciente de la demanda social de sus prestaciones. Para ello cuentan con las transferencias monetarias de la Administración General del Estado, que no están vinculadas de manera rígida a sus aplicaciones. Cuentan también las Comunidades con los ingresos propios por tasas y contraprestaciones de servicios. Y, además de la participación en el Impuesto sobre las Rentas de las Personas Físicas, pueden crear otros gravámenes propios.

Finalmente, Navarra y el País Vasco tienen un régimen hacendístico concertado, que no da lugar a excusas centralistas. Por ello, a propósito de la reivindicación de las Comunidades Autónomas relativa a la financiación de los servicios sanitarios, se dijo que era impropio hablar de déficit sanitario; lo mismo cabe decir para los servicios sociales. Pasando de la cuestión de la suficiencia financiera a la de las prioridades, observamos indicios contradictorios con la escasez. Algunas Comunidades Autónomas, no sólo afrontan la financiación de costes obviabiles, como los déficits de explotación de cadenas de televisión, sino que han adoptado iniciativas de suplementación graciable de las prestaciones no contributivas. A propuesta del Gobierno del PP, se aprobó la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de Disposiciones específicas en materia de Seguridad Social, para cortar esas iniciativas que generan desigualdad en función del factor territorial. La misma fue neutralizada por iniciativa del Gobierno del PSOE mediante la Ley 4/2005, de 22 de abril, sobre efectos en las pensiones no contributivas de los complementos otorgados por las Comunidades Autónomas.

Pasando al Estado central, también me parece del caso señalar la tolerancia a la inacción concerniente a los servicios sociales de la Seguridad Social. Tras la transferencia de sus servicios y recursos, no se ha tomado ninguna medida de alcance institucional en pro del mejor servicio de los ciudadanos.

La deseable institución de garantías de acceso a la cobertura de los servicios sociales plantea la cuestión del contenido de la misma. La gama de prestaciones individuales y otras actividades de la rama que aquí se considera es muy amplia, y de relevancia dispareja. Propongo seguidamente una selección de prestaciones individuales, a mí parecer prioritarias, la mayor parte de las cuales conciernen a la discapacidad:

- *Estratégicas*: diagnósticos, valoraciones, programación de itinerarios de rehabilitación e inserción, seguimiento o gerencia de caso y programas

- *Tratamientos individuales especializados*: trabajo de caso, acompañamientos protocolizados, tratamientos de estimulación temprana, rehabilitación psicosocial

- *Cuidados a domicilio, incluyendo eventualmente la teleasistencia*: para niños y para personas afectas de dependencia funcional

- *Centros de día*: de rehabilitación, de mantenimiento, ocupacionales, etc.

- *Plazas de noche*: para situaciones circunstanciales

- *Acogimiento en familia*: de menores, personas con discapacidad grave, ancianos con inconvenientes graves para residir en su domicilio

- *Pisos tutelados y hogares funcionales*: para menores, personas con discapacidades, ancianos con inconvenientes graves para residir en su domicilio

- *Centros residenciales*: de larga estancia o temporales, para situaciones de dependencia

- *Prestaciones auxiliares*: comida sobre ruedas, comedores, lavanderías, etc.

Las prestaciones propuestas son susceptibles de ser garantizadas mediante el establecimiento de derechos subjetivos a las mismas. Cabría seguir un procedimiento análogo al utilizado para las prestaciones obligatorias del Sistema Nacional de Salud. El derecho a las prestaciones individuales de los servicios sociales sería establecido en términos generales por leyes de las Comunidades Autónomas –como se hace en algunas de las vigentes– y, en su caso, nacionales

—como la prevista para la dependencia.— La cartera de prestaciones garantizada se concretaría en normas reglamentarias análogas al Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, en cuyo Anexo I se relacionan las prestaciones sanitarias que han de ser facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud.

La provisión por los poderes públicos de las prestaciones individuales garantizadas podría hacerse, mediante las formas que permiten las leyes administrativas vigentes, es decir: bien dando acceso a recursos técnicos del sector público propios o concertados, bien mediante asignaciones monetarias afectadas a la adquisición de esas prestaciones, con exigencia de prueba del gasto. La fórmula de las asignaciones a familiares para posibilitar su dedicación asistencial informal, aparte de que entraña varios riesgos, es ajena los servicios sociales.

El carácter universalista propugnado en su día para los servicios sociales tiene la virtud general de evitar la discriminación y la estigmatización social de los usuarios —y de los propios servicios públicos—. El régimen universalista discrimina el acceso a las prestaciones sólo en función de la necesidad técnica de las mismas, al margen de la situación socioeconómica. Para valorar el incremento de coste que supondría este cambio debe tenerse en cuenta que la garantía del acceso a las prestaciones no ha de suponer necesariamente la gratuidad de las mismas, salvo en prestaciones de emergencia y en aquellas cuya necesidad no sea fácil de apreciar por los usuarios, como la atención temprana para niños de riesgo o con deficiencias. Los baremos de participación en el coste o de la modulación de las asignaciones monetarias afectadas habrían de establecerse en función de las situaciones económicas de los individuos o de las familias. Ciertas actividades o recursos de objeto colectivo de los servicios sociales pueden merecer

ser aseguradas no menos que las prestaciones individuales indicadas. Tal es el caso, a mi parecer, de la disponibilidad de sedes y apoyos para actividades comunitarias o asociativas de poblaciones marginales. La garantía de tales recursos no puede hacerse del modo antes indicado, sino que ha de recurrirse a técnicas como la obligación administrativa. La seguridad es mucho menor.

Centralización-descentralización

Aparte de otros problemas que presenta la organización técnica de los servicios sociales, la de carácter institucional genera importantes disfunciones. Me refiero a la división competencial, en la que se viene aplicando la descentralización territorial sin tomar como referencia ni los principios superiores de nuestro ordenamiento constitucional —especialmente la igualdad—, ni el mejor servicio al ciudadano. Resumo aquí, con algunas variaciones, hechos y propuestas que expuse anteriormente (CASADO, 2002: 105-119).

Las leyes de servicios sociales, excepto la 6/1982, de 20 de mayo, del País Vasco —primera de la serie—, siguieron la pauta de clasificar y/u organizar su contenido de prestaciones individuales y otras actividades en dos modalidades: 1) la básica, comunitaria, general o primaria; 2) la especializada o específica. Esta estructura había sido adoptada antes por el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación Minusválidos (SEREM), pero su antecedente principal es el sanitario. Para contrarrestar el “hospitalocentrismo”, entre otros objetivos, la OMS promovió la “atención primaria”, así definida por la Conferencia Internacional sobre la misma celebrada en Alma-Ata y en 1978: “La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema nacional de salud,

llevando lo más cerca posible la atención a la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (IV).

Las citadas leyes de servicios sociales destinan el primer nivel de los mismos principalmente a las funciones de acceso a su organización, orientación de los casos, dispensación de prestaciones individuales consideradas simples (como la ayuda a domicilio) o urgentes (alojamientos de emergencia) y la realización de algunas actividades de destinatario colectivo. El nivel especializado se destina a los sectores sociales “específicos” (infancia, personas mayores, con discapacidad, etc.), a los que a veces se añade la familia. Las leyes evocadas, salvo las promulgadas en 2003 por el Principado de Asturias y la Comunidad de Madrid, dividen funcional y aun orgánicamente este segundo nivel de acuerdo con el elenco de sectores específicos adoptado en cada caso.

La estructura de competencias –responsabilidades, debieran decir mejor nuestras normas– en la gestión de los servicios sociales sigue, en general, esta pauta: se asigna a los Entes Locales, muy principalmente los Ayuntamientos, el primer nivel; la competencia en la gestión del nivel especializado, más otras de ordenación, está asignada a las Comunidades Autónomas, con la excepción de la Vasca, en la que las Diputaciones Forales tienen atribuido ese segundo nivel. Pues bien, esta estructura competencial presenta graves problemas de concepción y de aplicación, los cuales trajeron consigo importantes fallos de equidad y técnicos.

El primer nivel de los servicios sociales, pese a cierta ampulosidad en los enunciados de sus funciones, ha sido concebido y/o desarrollado en términos minimalistas. Me parece que ha influido en ello la identificación de lo especializado o específico con los “colectivos” sociales, lo cual ha propiciado una asignación

excesiva de tareas relativas a casos o conjuntos de los mismos al segundo nivel. Sirva como ejemplo que el grueso de la actividad –y de los recursos– de los llamados centros base del (SEREM), transferidos a las Comunidades Autónomas, no fue incorporado al nivel primario de los servicios sociales creado por las Comunidades Autónomas. Por otra parte y en general, el diseño de actividades y plantilla, así como la capacidad económica para contratar servicios externos, de los órganos gestores del nivel primario no alcanzan a la realización de actividades que, aun pareciendo propias del nivel primario, exigen mucha dedicación y/o competencias especializadas. Sirvan como ejemplo el trabajo social de caso genuino, el acompañamiento de rehabilitación social, la gerencia de caso, etc. Por supuesto, la citada carencia hace prácticamente imposible la aplicación del enfoque del desarrollo personal y de la búsqueda de las demandas latentes, anteriormente propugnados.

En algunas leyes de servicios sociales, especialmente la de Castilla y León, se prevé que las Diputaciones suplan a los Municipios pequeños en la gestión de servicios sociales (art. 36). Pero, en general, se ha adoptado la descentralización municipal en servicios sociales con independencia del tamaño de los municipios. Y es el caso que en España son miles los que no tienen magnitud poblacional –ni económica ni organizativa– adecuada para estionar de modo idóneo el primer nivel de los servicios sociales. Es cierto que cabe recurrir, como de hecho se hace, a la fórmula de la mancomunidad, pero es una solución problemática. Primero, porque se trata de una opción voluntaria; segundo, porque parece que su funcionalidad para la gestión de servicios sociales –con alta frecuencia de casos que requieren consultas y decisiones singulares– es menor que para otros más rutinarios, como la recogida de basuras. Así pues, la descentralización es una falsa solución y un problema real para los ciudadanos de muchos

municipios pequeños. Problema que se agravará, supuesto que crece la complejidad técnica de ciertas prestaciones propias del nivel primario, como los centros de día en el área de la discapacidad. La descentralización responsable de los servicios sociales, aun cuando sólo sea en el nivel de la gestión, necesita contar con entidades administrativas de suficiente potencial para asumirla sin que cause efectos negativos a los ciudadanos (DE LA RED, 2005: 280). Una solución radical consistiría en la concentración de los mismos, tal como hicieron varios países del norte europeo (AZNAR, 1994: 1.860). Pero esta solución no parece interesar a los partidos políticos –se dice que por la reducción cargos públicos que supone. Con la estructura actual, debería limitarse la descentralización a los municipios de cierto potencial, según la pauta apuntada por la Ley 7/85, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, que solo obliga a proveer servicios sociales a los municipios con más de 20.000 habitantes (art. 26).

En el plano de la aplicación, se ha incurrido en fallos importantes. Las Comunidades Autónomas cometieron el error de generalizar con estilo burocrático las normas de desarrollo y la puesta en práctica de las medidas municipalizadoras de los servicios sociales, en lugar de diversificarlas de acuerdo con la capacidad de los municipios y de graduarlas en función de la maduración ideológica, actitudinal y técnica de sus equipos de gobierno. Es cosa conocida que la práctica política seguida se ha topado con el desinterés y/o incompetencia de una gran parte de los Ayuntamientos, que vienen asumiendo la orientación municipalista de modo lento y precario. Ocurre, además, que esa política uniformista no se ha llevado a cabo de modo coherente: la mayor parte de las Comunidades Autónomas no posibilitaron financieramente y/o exigieron la asunción cabal de la gestión del nivel primario en relación con las reglas que dictaron. En efecto, no enfocaron el asunto con el criterio de asegurar

la cobertura de la demanda sino que, salvo excepciones, parecen haberse reducido a una actitud promocional, en buena parte mediante la gestión del Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales –salvo la Comunidad Autónoma Vasca y Navarra, que no participan en él.

Será casi ocioso decir que la desigual capacidad de los municipios, así como la tolerancia de las Comunidades Autónomas en cuanto al cumplimiento por los mismos de las responsabilidades encomendadas y asumidas formalmente en servicios sociales, ha dado lugar a una general desigualdad de posibilidades para los ciudadanos aun dentro de una misma Comunidad Autónoma. Este es un problema político grave.

La división competencial indicada entraña, por otra parte, dificultades para la aplicación del método comunitario. En el supuesto más importante de la discapacidad, es decir, la dependencia funcional, se necesita poder disponer con agilidad y seguridad de los distintos recursos de ayuda, los cuales están llamados a ser aplicados eventualmente de modo sucesivo, complementario y alternativo para los mismos casos: teleasistencia, ayuda domiciliaria, centros de día, pisos tutelados, centros de respiro, miniresidencias de proximidad –es decir, ubicadas en la zona donde resida el familiar tutor jurídico o fáctico del residente–, etc. La estructura competencial adoptada, al situar estos recursos en al menos dos ámbitos administrativos, dificulta esa deseada fluidez y seguridad de acceso. En los casos atendidos por los servicios municipales para los que resultan necesarios recursos dependientes de las Comunidades Autónomas –o Diputaciones, en algunas Comunidades Autónomas– resulta obligado seguir un procedimiento administrativo de duración y resultado inciertos. Y cabe decir lo mismo para el supuesto recíproco de los usuarios atendidos por los servicios del segundo nivel, salvo que esto se plantea más raramente.

Ocurre, además, que la continuidad de atención depende también de la articulación de las prestaciones de servicios sociales mencionadas con las visitas médicas y de enfermería en el domicilio, los hospitales de día y eventuales derivaciones a las unidades y hospitales de media y aun de larga estancia. Y todos estos recursos son provistos por servicios dependientes de las Comunidades Autónomas.

Para tomar decisiones correctas ante el dilema centralización-descentralización territorial en servicios sociales públicos, dentro del contexto de las normas administrativas de las Comunidades Autónomas, parece oportuno seguir, entre otros, estos criterios:

- En la rama de los servicios sociales, como para cualquiera otros destinados a los ciudadanos, la centralización y la descentralización territorial son técnicas de organización de la responsabilidad, de la capacidad de decidir y de la gestión meramente instrumentales; lo esencial son los principios superiores, como la igualdad en este caso, y el buen servicio. Por ello, en el orden simbólico, convendría hablar menos de competencias, que es una noción que remite a derechos de los entes, y más de responsabilidades para con los derechos de los ciudadanos.
- El criterio de proximidad a los usuarios, no sólo se cumple mediante la descentralización política de los servicios, sino también por la desconcentración territorial, la cual se viene aplicando no sólo en el sector privado, sino también en los servicios sanitarios y educativos públicos.
- La institución de derechos subjetivos para determinadas prestaciones individuales es el mejor remedio contra la reivindicación irresponsable de "competencias" por parte de entes que no tienen capacidad propia para afrontarlas ni garantía de recibir los recursos oportunos.
- Las disfunciones de la asignación competencial de niveles se corregiría adoptando la pauta del

sistema público sanitario, en el que las Áreas gestionan conjuntamente los recursos del nivel primario y del especializado. La participación de los municipios idóneos para ello en la prestación de servicios sociales debe hacerse sin merma de la unidad de dirección.

El principio de igualdad y el celo por el buen servicio obligan a considerar el dilema centralización-descentralización más allá de las estructuras definidas por las leyes de servicios sociales, en el caso de que algunas demandas hagan imprescindible o conveniente la intervención del Estado central en la rama, mediante las oportunas medidas legales o reglamentarias. Ello es posible, en primer lugar, porque la Constitución reserva al Estado central la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, incluyendo sus servicios sociales (art. 149.1.17); en este título previó fundar una Ley estatal de servicios sociales cierta iniciativa, pronto abandonada, que tomó el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en la primera legislatura dominada por el PSOE (LÁZARO, 1983: 123). Pero la posible intervención de los poderes centrales viene habilitada sobre todo por preceptos de la norma básica previstos para garantizar los valores constitucionales superiores (arts. 9.2, 131.1, 149.1.1), según recuerda el Libro blanco de la dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 143-144).

Las demandas de los servicios sociales, incluidas las del área de la discapacidad, presentan demandas acreedoras de intervenciones centrales como las que apunto seguidamente. La deseable –y, a mi parecer, exigible, en virtud de la Constitución– igualdad de cobertura por los servicios sociales públicos obliga a que el Estado intervenga para evitar las enormes desigualdades que se observan en la oferta de recursos para la dependencia entre las distintas Comunidades Autónomas y que están bien documentadas en el sector gerontológico (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005, 395-496). Desde el punto de vista de la calidad,

me fijo primero en las llamadas enfermedades raras, que con mucha frecuencia van asociadas o producen deficiencias. Por su muy baja prevalencia, estas enfermedades y deficiencias son desconocidas para los servicios sanitarios, educativos y sociales comunes, de modo que resultan necesarios centros de referencia muy especializados. Los mismos sólo son técnica y económicamente viables para ámbitos poblacionales mayores que los de las Comunidades Autónomas. Es cierto que la especialización es particularmente necesaria en las funciones de diagnóstico y prescripción de tratamientos médicos, pero no debe subestimarse la especificidad de los apoyos en educación y en servicios sociales. Otro caso viene dado por las dificultades para la movilidad geográfica de los usuarios que crea la interpretación estricta de la competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas en servicios sociales. La aparición o el agravamiento de las deficiencias y sus efectos en personas que residen en lugar distinto al de sus familiares aconseja con frecuencia su acercamiento. Pero puede ocurrir que el acceso en la Comunidad Autónoma de destino a ciertos recursos públicos –como residencias asistidas– requiera un cierto número de años de avecindamiento previo en localidad de la Comunidad Autónoma de que se trate. Cabría afrontar el problema por medio de convenios entre Comunidades, pero parece más seguro crear un programa nacional al efecto.

Bibliografía

- ARIAS MIRANDA, José (1862): *Reseña histórica de la Beneficencia española*, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Madrid.
- Asociación Americana sobre Retraso Mental (2004): *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*, Alianza Editorial, Madrid.
- AZNAR LÓPEZ, Manuel (1994): "La legislación autonómica de acción social. Análisis jurídico", en JUAREZ, Miguel (dir.): *V Informe sociológico sobre la situación social de España, 1853-1867*, Fundación FOESSA, Madrid.
- CABALLOL BARTOLOMÉ, José Manuel (2004): "Psicología y exclusión: una relación por descubrir", en *Un despacho sin puertas*, 45-54, Fundación Rais, Madrid.
- CASADO, Demetrio (2002), *Reforma política de los servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid.
- CASADO, Demetrio (2003): "Políticas técnicas para la discapacidad", en *Documentación social*, nº 130, 41-60.
- CASADO, Demetrio (2004): "La dependencia funcional y sus abordajes", en: *Respuestas a la dependencia*, 15-49, Editorial CCS, Madrid.
- CASADO, Demetrio (2004): "Conocimiento y gestión del empleo de las personas con discapacidad", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 50, 47-72.
- CASADO, Demetrio (2005), "La atención temprana en España", http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf.
- CASADO, Demetrio y GUILLÉN, Encarna (2005): *Manual de servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid.
- CATTERMOLE, Martin et al. (1991): "La vida en un hospital para personas deficientes mentales: vista desde el interior", en *Siglo Cero*, nº 133.
- Consejo de Europa (1998): Recomendación no (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada en 18 de septiembre de 1998. Versión en español del IMSERSO (Observatorio de personas mayores), *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid, 1999, p. 13.
- DE LA RED VEGA, Natividad de la (2005): "Hacia la intervención integral en los servicios sociales", en

GUILLÉN, Encarna (comp.): *Sobre problemas y respuestas sociales*, 275-289, Hacer Editorial, Barcelona.

ESCOBAR, Javier I. (1998): "Apoyo social y redes sociales: impacto sobre la salud física y mental", en *Avances en salud mental*, números 1, 2 y 3.

ESTIVILL, Jordi (1992-93): "Casa y trabajo: entre la reclusión y la itinerancia", en *Sociología del trabajo*, nueva época, nº 17.

FANTOVA, Fernando (2005): Los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y la gestión del conocimiento, en Demetrio Casado (dir): *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, 75-92, Editorial CCS, Madrid.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005): *Libro blanco de la atención temprana*, Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid.

LAZARO, Laureano (1983): "El estado de la descentralización de los servicios asistenciales y

sociales en España", en *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las Autonomías*, 119-125, Marsiega, Madrid.

MARTÍNEZ-ALCUBILLA, Marcelo (dir.) (1943): *Diccionario de la Administración Española*, Madrid.

MARTINEZ ROMÁN, María Asunción (2005): "Reflexiones sobre las políticas públicas: promoviendo la aplicación de la igualdad de oportunidades a las familias con personas en situación de dependencia", en GUILLÉN, Encarna, *Sobre problemas y respuestas sociales* Editorial, Barcelona.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*

MONSERRAT CODORNIU, Julia (2004): "Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual", en CASADO, Demetrio: *Respuestas a la dependencia*, 77-108, Editorial CCS, Madrid.

Normativa de protección de las situaciones de dependencia: antecedentes, situación actual y perspectivas de futuro

Resumen

Este artículo ofrece una síntesis de la normativa relativa a la protección de las situaciones de dependencia en España, analizando, para ello, los antecedentes, los preceptos constitucionales y las leyes y normas de desarrollo. A continuación, se revisan las principales prestaciones técnicas, económicas y otras actuaciones actuales establecidas por el Estado y las Comunidades autónomas referentes a la seguridad social, la sanidad, los servicios sociales y sociosanitarios, etc. Finalmente, se presentan las principales aportaciones del Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Abstract

This article presents a synthesis of the regulation about the protection of the situations of dependency in Spain, analysing the backgrounds, the constitutional precepts and the laws and rules of development.

Next, it will be revised the main technical, economical benefits and other present actuaciones established by the State and the Regional Government on social security, the health system, the social and socio-sanitary services. The main contributions of the White Book on the situation of the dependent people in Spain are finally described.

Palabras clave

Dependencia, derechos sociales, derechos subjetivos, prestaciones, servicios sociales y sociosanitarios.

Key words

Dependency, social rights, subjective rights, benefits, social and socio-sanitary services.

Autor

Antoni Vilá Mancebo

Licenciado en Derecho. Graduado Social. Diplomado superior en Criminología.
Doctor en Pedagogía. Profesor. Universidad de Girona.

Normativa de protección de las situaciones de dependencia: antecedentes, situación actual y perspectivas de futuro

En este trabajo se presenta una panorámica de las principales normas relacionadas con la atención a las personas en situación de dependencia en España. Se analizan los precedentes legislativos más significativos que regularon dichas situaciones y establecieron medidas protectoras y a continuación se describe la situación actual a través de la revisión de las principales prestaciones y medidas vigentes. Finalmente, se comentan las propuestas legislativas formuladas en el "Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España", que contiene un conjunto de recomendaciones y propuestas para la elaboración de la futura Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia¹.

Antes de iniciar los temas propuestos parece necesario efectuar algunas precisiones conceptuales. En primer lugar, nos referimos al concepto de dependencia que, a pesar del rechazo que provoca en algunos colectivos afectados, debido a las connotaciones negativas del término², lo utilizaremos en el texto por ser el más utilizado. Una de las definiciones de dependencia más aceptada actualmente es la formulada por el Consejo de Europa que considera que *"la dependencia es un estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidades de asistencia o ayudas importantes para realizar actos corrientes de la vida diaria"*³. Las normas autonómicas de servicios sociales que se refieren a la dependencia recogieron esta definición con algunas precisiones⁴.

La normativa española, como veremos, ha definido también estas situaciones. La más consolidada es la establecida para configurar la "gran invalidez" que, según la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social, es la situación del *"trabajador (que) como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, se encuentra impedido para realizar los actos más elementales de la vida y precisa auxilios de otra persona"*. Este concepto, se ha mantenido en sus

rasgos esenciales hasta nuestros días, ya que se incorporó a la normativa reguladora del subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI y a la relativa a las pensiones no contributivas de la Seguridad Social (complemento pensiones no contributivas de invalidez).

Por otra parte estas situaciones de dependencia funcional deben diferenciarse de otros términos que, debido a su proximidad, a menudo se utilizan casi como sinónimos, produciendo confusión e incluso en algunos casos pueden generar actitudes negativas que perjudican a los colectivos afectados. Nos referimos, en primer lugar, a la distinción que debe efectuarse entre la dependencia y la *discapacidad* y la *incapacidad-invalidez*⁵, ya que si bien todas las personas en situación de dependencia sufren algún tipo de discapacidad, no todas las personas con discapacidad ni los pensionistas de invalidez (con la excepción de la gran invalidez) se hallan en situación de dependencia, pues muchas de ellas desarrollan una vida autónoma. En segundo lugar, no podemos identificar, aunque sea el grupo más numeroso, la dependencia con vejez, ya que si bien es cierto que con la edad suelen aumentar las limitaciones, la mayoría de las personas mayores gozan de buenos niveles de autonomía y, en cambio, un considerable número de personas jóvenes y adultas están sujetas a algún tipo de dependencia. Finalmente, debe distinguirse la dependencia de la incapacidad jurídica, ya que las personas con carencias funcionales no requieren la incapacitación jurídica, pues son numerosas las personas afectadas por la dependencia funcional que pueden gobernarse por sí mismas.

Antecedentes

Aunque las necesidades generadas por las situaciones de dependencia alcanzan en nuestros días una gran notoriedad y generan una honda preocupación social, debido a la importancia numérica del colectivo de personas afectadas, directa e indirectamente, y a la gravedad de dichas necesidades, no se trata de una problemática nueva y, por tanto, encontramos

precedentes normativos que ya pretendieron paliar las consecuencias de dichas situaciones.

Las actuaciones y medidas emprendidas para afrontar las situaciones relacionadas con la dependencia han sido diversas y han variado a lo largo de estos últimos años. La mayoría de las veces ha sido la propia familia –o mejor, la mujer de la familia– y su entorno más próximo –el llamado sector informal– que ha debido ocuparse de atender al familiar en situación de dependencia, en otros casos han intervenido las ONGs o entidades sin ánimo de lucro –el llamado tercer sector–, y, cuando la persona afectada o su familia disponía de recursos económicos suficientes, las empresas han cubierto estas necesidades. Por último, podemos observar el incremento progresivo de la acción pública, a través de la creación y mantenimiento de servicios, establecimiento de prestaciones y ayudas económicas u otras actuaciones de colaboración.

Nos centraremos en la legislación relacionada con las situaciones de dependencia, aunque algunas veces deberemos referirnos a la discapacidad en general, pues muchas de las normas se dirigen de forma genérica a las personas afectadas por alguna discapacidad y especialmente a las que disponen de menos recursos.

Actuaciones preconstitucionales

Podemos iniciar los antecedentes de la atención a personas en situación de dependencia por las primeras actuaciones emprendidas desde el sector público a través de la institución de la beneficencia, cuyas Leyes⁶ que contemplaban actuaciones dirigidas a la atención personal y sanitaria. Entre las prestaciones previstas incluía, además de algunas de preventivas, la atención hospitalaria, la convalecencia, la atención domiciliaria o la atención a los enfermos mentales. Es interesante destacar que estas leyes, especialmente la primera, articula las respuestas en el ámbito municipal y de forma prioritaria

a través de la atención domiciliaria, que ya presenta una tendencia hacia la “proximidad” y el enfoque “sociosanitario”, ya que esta atención incluía los socorros domiciliarios para atender las necesidades personales de los indigentes, además de la hospitalización domiciliaria que suministraba a los enfermos pobres la atención sanitaria y farmacéutica,⁷

notas

1. Esta es la denominación del anteproyecto de ley (versión def. 3.1.2006), que no comentaremos por hallarse en estos momentos todavía en fase de consulta y debate.

2. “Se acepta con naturalidad la palabra “Dependencia”, de significado claramente negativo, sin plantearse que no es así en ningún otro ámbito de la sociedad (sanidad-enfermedad, educación-analfabetismo, seguridad-inseguridad)...” Las incoherencias conceptuales reveladas en el Libro Blanco de la “in-Dependencia”. Foro de Vida Independiente, Madrid, febrero, 2005. En este documento se refieren a una “Ley de Apoyos a la Vida Activa o de in-Dependencia”

3. Recomendación no (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998.

4. Ver artículo 19, 2, g de la Ley 1/2003 de servicios sociales del Principado de Asturias, artículo 62.1 de la Ley madrileña 11/2003 de servicios sociales, artículo 3 de la Ley 6/2001 de Protección a las Personas Dependientes de Cantabria y artículo 42 de la Ley 5/2003 de Atención y Protección a Personas Mayores de Castilla y León.

5. Según el artículo 5 de la Ley 24/1997, de 15 de julio, “Las referencias que se contienen en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y en las normas de desarrollo, a la «invalidez permanente», se entenderán efectuadas a la «incapacidad permanente»”.

6. La beneficencia puede ser individual o prestada por una entidad, privada o pública. En España se aprobó la Ley de Beneficencia de 1822 que tuvo una vigencia muy breve y la Ley de 1849 que llegó hasta nuestros días. A. Vilà, (2005) Els Serveis Socials. Una visió històrica, Diputació de Girona, p. 141 y ss.

7. Josep Puy, Pobres, Orfes i dements. La benèficència a Girona 1849-1885 (Girona, Ajuntament de Girona, 2002) p. 20

En el ámbito laboral, observamos ya en los primeros años de la industrialización, interesantes, aunque insuficientes, iniciativas impulsadas por los propios trabajadores, como las sociedades de socorros mutuos,⁸ que tenían como objetivo asegurar los riesgos, como la enfermedad, los accidentes, la incapacidad para seguir trabajando o la muerte. Desde el punto de vista legislativo, debemos recordar las primeras normativas en materia laboral y de protección social, como la Ley de accidentes de trabajo de 30 de enero de 1900 que obligó por primera vez a las empresas a indemnizar a los trabajadores que se accidentasen como consecuencia del trabajo. La citada ley de accidentes de trabajo ya distinguía los tipos de incapacidad: “incapacidad temporal”, “incapacidad permanente y absoluta” para todo tipo de trabajo e “incapacidad parcial, aunque permanente” para la profesión o clase de trabajo a que se hallaba dedicado la víctima. Por otra parte, esta norma y el reglamento de desarrollo permitieron la cobertura de riesgos profesionales por las llamadas Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo que empezaron su andadura y que han llegado hasta nuestros días.

Durante la etapa franquista fueron diversas las actuaciones sociales que afectaron con desigual intensidad a las personas en situación de dependencia. En plena guerra civil nacieron el Auxilio Social (1937)⁹ como entidad asistencial general y la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) que inició la venta del cupón pro ciegos en 1940 y el establecimiento de un sistema protector para este colectivo; esta experiencia se pretendió ampliar en 1954 a las personas con discapacidad física, mediante la creación de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC). Para atender a los mutilados de la guerra se creó el Benemérito Cuerpo de Mutilados de Guerra por la Patria¹⁰ que benefició sólo a los que lucharon en el lado vencedor de la guerra civil y que no se extendió al resto de los mutilados hasta la etapa democrática.¹¹

En los años sesenta, aprovechando el inicio de una etapa de bonanza económica, se crearon los Fondos Nacionales,¹² entre los cuales debemos

mentonar en relación al tema que tratamos el Fondo Nacional de Asistencia Social (FONAS) que estableció las primeras pensiones asistenciales para ancianos y para enfermos e inválidos incapacitados para el trabajo que no disponían de medios económicos ni de familiares obligados a atenderlos.

Otra línea de actuación pública se inició con la reforma de la Seguridad Social que, entre otras novedades, la Ley de Bases de 1963 incluyó los servicios sociales como complemento de las prestaciones básicas (Base 5a, 18, c). Entre los servicios sociales que se pusieron en marcha, debemos referirnos especialmente al Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM) que, de acuerdo con la normativa reguladora,¹³ amplió las funciones rehabilitadoras inicialmente previstas, incorporando nuevas tareas (“atender a la asistencia de los minusválidos tanto en el orden sanitario social y familiar...”), y dirigiendo sus actuaciones y prestaciones a todo el colectivo, que le permitieron desarrollar políticas públicas a favor de las personas con discapacidad: establecimiento de planes asistenciales, creación de una red de gabinetes provinciales, de centros especializados, etc. Los planes asistenciales incluían prestaciones para las personas en situación de dependencia y también subvenciones para las entidades.

El Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, integró el SEREM a la nueva entidad gestora de los servicios sociales de la seguridad social (INSERSO). A partir de 1981, se transfirieron las funciones y recursos relativos a asistencia y servicios sociales del INSERSO a las Comunidades Autónomas y, por tanto, también las correspondientes a las personas en situación de dependencia.

En el ámbito de la Seguridad Social fueron importantes las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que la citada Ley de Bases permitió compatibilizar sus funciones con las de las Mutualidades, ya que

incluían elementos de recuperación profesional y reinserción social, que tuvieron notable importancia en el sistema de seguridad social y que al final del franquismo se contabilizaban unas 170 mutuas de este tipo, con 1.000 empleados en tareas de rehabilitación y prevención.¹⁴

La protección social constitucional

El Estado social surgido de la Constitución española (CE) del 1978, supone la asunción de responsabilidades colectivas y de las correspondientes actuaciones públicas ante las necesidades de los ciudadanos. Las personas con discapacidad y, por tanto, también de aquellos que se hallan en situación de dependencia, gozan de los mismos derechos que el resto de ciudadanos, estableciendo además la Carta Magna, en el artículo 49 CE, la posibilidad de adoptar medidas de discriminación positiva para asegurar que dichos derechos sean efectivos: *“Los poderes públicos [...] los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos”*. El Título I se refiere, entre otros derechos, a la dignidad, la educación, la protección de la salud, la seguridad social, la vivienda o al trabajo.

El artículo 49 se halla ubicado en el Capítulo III del Título I, dedicado a los “principios rectores de la política social y económica” y, por tanto, informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, pero no son directa e inmediatamente exigibles, sino que su plena eficacia depende de las leyes que los desarrollen, por ello, se ha dicho con razón que, si bien dichos principios deben orientar la acción de los poderes públicos, no generan en sí mismos derechos judiciales actuables.

Ante la debilidad de los derechos sociales era, pues, necesario establecer medidas para garantizar los derechos de las personas con discapacidad a través de leyes generales y desarrollo de dichos derechos que debían

efectuar los poderes legislativos estatal y autonómico, de acuerdo con los criterios de reparto competencial.

Así, pues, es importante revisar al reparto de las competencias-responsabilidades entre el Estado y las Comunidades Autónomas (CCAA) en cada una de las materias implicadas con la atención a la dependencia, ya que existen grandes diferencias entre ellas, como puede observarse:

a) Sanidad. Corresponde al Estado el establecimiento de las bases y la coordinación

notas

8. Como consecuencia de la desaparición de las cofradías y hermandades gremiales, se observa en el siglo XVIII la aparición en España de montepíos, como sociedades de socorros mutuos, favorecidos por el impulso gubernamental. A. Vilà, (2005) *Els Serveis Socials. Una visió històrica*, Diputació de Girona, p. 160 y ss.

9. El Auxilio Social, después de diversas modificaciones, se transformó el año 1963 en el Instituto Nacional de Auxilio Social y que pasó a denominarse a partir de 1947 Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS), que fue suprimido en 1985 y el INSERSO asumió sus funciones.

10. El Reglamento se aprobó mediante Decreto de 5 de abril de 1938.

11. El Decreto 670/1976, de 5 de marzo, de pensiones de mutilados de guerra que no pudieron integrarse en el Cuerpo de Caballeros Mutilados y normativa posterior.

12. Se trataba de impuestos finalistas, en concreto un recargo sobre la adquisición de bienes a título lucrativo, que a partir de 1962 se nutrieron también con subvenciones a cargo de los presupuestos del Estado. C. Alemán. *El sistema público...*, op. cit., pag. 161.

13. Fue regulado por la Orden de 24 de noviembre de 1971. Posteriormente, el Decreto 731/1974, de 21 de febrero, fusionó los Servicios Comunes de la Seguridad Social de Asistencia a los Subnormales y de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos.

14. D. Casado y E. Guillen (2003) *Manual de Servicios Sociales*, Editorial CCS, Madrid, pág. 175.

de la sanidad (art. 149.1.16ª CE) y a las Comunidades Autónomas su desarrollo y ejecución, en los términos establecidos en su correspondientes Estatutos de autonomía.

- b) Seguridad Social. El Estado tiene competencia para establecer la legislación básica y el régimen económico (art. 149.1.17ª CE) y las Comunidades Autónomas su desarrollo y ejecución, en los términos que establezcan sus Estatutos. En este apartado debemos tener en cuenta la amplia definición constitucional de esta materia¹⁵ que podría posibilitar la inclusión de nuevas prestaciones y servicios sociales para la atención de las personas dependientes.
- d) Educación. El artículo 149, 1, apartado 30 CE, establece que el Estado tiene competencia en "la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales y normas básicas para el desarrollo del artículo 27 de la Constitución, a fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los poderes públicos en esta materia". Las Comunidades autónomas, por su parte, pueden desarrollar y ejecutar esta competencia, en los términos establecidos en su correspondientes Estatutos de autonomía
- c) Servicios sociales. La Constitución no reserva al Estado competencias en materia de servicios sociales; por ello, todas las Comunidades Autónomas han acogido en sus Estatutos, aunque con denominaciones diversas, la competencia exclusiva sobre dicha materia, con la excepción de los correspondientes a la Seguridad Social que siguen su régimen competencial compartido,¹⁶ en los términos señalados.
- d) Trabajo. Le corresponde al Estado toda la legislación laboral (art. 149.1.7ª CE) y a las Comunidades Autónomas podrán ejecutarlas, si así lo establecen sus Estatutos.
- e) Vivienda y urbanismo. Las Comunidades

autónomas pueden disponer, en virtud de sus estatutos, de competencias exclusivas en estas materias.

- f) Asociaciones y fundaciones. Las Comunidades autónomas tienen competencias en estas materias, aunque en distinto grado e intensidad.
- La diversidad de niveles competenciales configura un espacio de gran complejidad que exigirá en muchos casos la cooperación y colaboración del Estado y las Comunidades Autónomas para el diseño de respuestas institucionales transversales eficientes dirigidas a la satisfacción de las necesidades generadas por la dependencia, ya que la competencia implica la responsabilidad pública de garantizar los derechos reconocidos, incluyendo la financiación, total o parcial, de las prestaciones necesarias para su satisfacción.

Desarrollo de los derechos sociales constitucionales

En este apartado nos referiremos únicamente al desarrollo de los derechos sociales más directamente relacionados con la dependencia, ya sea a través de la regulación de los derechos de las personas con discapacidad o los referentes a los ámbitos que inciden en mayor medida, como la seguridad social, la educación, la salud y los servicios sociales.

Los derechos de las personas con discapacidad (Art. 49 CE)

- A) Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)¹⁷

En la gestación de esta ley, que desarrolla el citado art. 49 CE, debe recordarse la importancia de las reivindicaciones de los grupos de personas con discapacidad,¹⁸ que motivó la creación de la Comisión Especial del Congreso para el estudio de los problemas de los minusválidos (1977), que impulsó y coordinó la elaboración de esta norma con una amplia participación

de los propios afectados y profesionales. Esta Ley fue aprobada por unanimidad el 23 de marzo de 1982. Su contenido es muy amplio abarcando la prevención, la rehabilitación (medico-funcional, educación, recuperación profesional), la integración laboral, los servicios sociales, las prestaciones sociales y económicas y la movilidad y las barreras arquitectónicas.

En relación al tema que tratamos, interesa referirnos a la acción protectora, especialmente a las prestaciones sociales y económicas y a los servicios sociales relacionados con el soporte a la autonomía. El sistema de prestaciones citado incluía: a) asistencia sanitaria y prestación farmacéutica; b) subsidio de garantía de ingresos mínimos; c) subsidio por ayuda de tercera persona; d) subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte; e) recuperación profesional; f) rehabilitación médico-funcional. Esta Ley exigía para acceder al subsidio por ayuda de tercera persona un *"grado de minusvalía (que) exceda del que reglamentariamente se determine y, que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer y análogos"* (art. 16). El Real Decreto 383/1984, que desarrolla dichas prestaciones, definía a los beneficiarios de este subsidio como *"aquellas personas afectadas por una minusvalía que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten, a juicio del equipo multiprofesional, la asistencia de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos"* (art. 22). La Ley 20/1990, de 20 de diciembre, que estableció en la Seguridad Social las Pensiones No Contributivas (PNC) suprimió los subsidios de garantía de ingresos mínimos y el de tercera persona, aunque puede mantenerse el percibo si tuvieran reconocido el derecho y no optasen por acceder a una PNC. Por tanto, de los subsidios de la LISMI, solo se mantiene plenamente vigente el de movilidad.

Por otra parte, esta Ley contemplaba en los servicios sociales, además de los de carácter general (información, orientación, etc.),

otros aptos para las personas en situación de dependencia, como la atención domiciliaria, las residencias, los centros ocupacionales y los de atención especializada para los casos que *"la profundidad de la minusvalía lo hiciera necesario"*. Todos estos servicios han sido desarrollados por las Comunidades Autónomas en sus sistemas de servicios sociales.

B) Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad

Esta Ley, según expone en su preámbulo, trata de completar la LISMI y, al mismo tiempo, dar un *"renovado impulso a las políticas de equiparación de las personas con discapacidad"*. Debido al carácter general y transversal de muchas de sus disposiciones conviene destacar algunas cuestiones que afectan a las problemáticas generadas por la dependencia. En primer lugar, establece y define los principios que inspiran la ley: vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad (art. 2). Por otra parte,

notas

15. Artículo 41 CE: *"Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y las prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad..."*

16. Esta ha sido la interpretación de las Comisiones mixtas de trasposos, que en los acuerdos de transferencia de los servicios sociales de la Seguridad Social primó la procedencia de ésta y, por tanto, se estableció el régimen competencial compartido del 149.1.17 CE.

17. Para ampliar los aspectos relacionados con la gestación de la ley y su contenido ver el trabajo de M. Aznar, P. Azua y E. Niño (1982) Integración Social de los Minusválidos, INSERSO, Madrid.

18. Sobre la historia de esta etapa puede consultarse A. Vilà (coord.) (1994) Crónica de una lucha por la igualdad, Blocs, n. 6, Fundació Institut Guttmann, Barcelona.

su aplicación se extiende fundamentalmente a los ámbitos de accesibilidad y movilidad, con algunas referencias a la integración laboral (establece el carácter supletorio de la ley en relación a la legislación específica en la materia) pero no hace ninguna referencia a otros ámbitos, como la educación o la salud.

Concreta las situaciones que vulneran el derecho a la igualdad de oportunidades (art. 4) y a continuación establece un conjunto de medidas preventivas y correctoras, consistentes en la prohibición de conductas discriminatorias y de acoso, exigencias de accesibilidad y de eliminación de obstáculos y otras referentes a los ajustes razonables (art. 7). Para determinar el contenido de esta última medida, que puede afectar a personas en situación de dependencia, la norma establece como límite del ajuste que la carga no resulte para el obligado desproporcionada, fijando los criterios para su determinación: *“se tendrán en cuenta los costes de la medida, los efectos discriminatorios que suponga para las personas con discapacidad su no adopción, la estructura y características de la persona, entidad u organización que ha de ponerla en práctica y la posibilidad que tenga de obtener financiación oficial y cualquier otra ayuda”* (art. 7).

Al tratar de las medidas de acción positiva, obliga de los poderes públicos a adoptar medidas suplementarias para los colectivos que sufren mayor discriminación, entre los que cita a las personas con discapacidades severas, las que no pueden representarse a sí mismas y las excluidas socialmente, además de las mujeres con discapacidad y las que viven en zonas rurales. También se refiere a la necesidad de adoptar medidas especiales respecto de las familias cuando alguno de sus miembros sufra una discapacidad. (art. 7, 2 y 3). Establece además un conjunto de medidas de fomento (sensibilización, innovación, participación, etc.) y defensa (arbitraje, tutela judicial, protección contra represalias, etc.) de la igualdad de oportunidades. En cumplimiento de la disposición final undécima de esta Ley que comentamos, se ha elaborado en estos momentos un anteproyecto de Ley que establece el régimen de infracciones y sanciones.

Educación (art. 27 CE)

El Estado, de acuerdo con sus competencias, desarrolló de derecho a la educación y conformó el sistema educativo mediante la aprobación de un conjunto de normas: la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la educación (LODE) –modificada por la Ley Orgánica 10/1999, de 21 de abril–, la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de ordenación general del sistema educativo (LOGSE), la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de cualidad de la educación (LOCE) y, en el ámbito universitario, la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades (LOU).

La primera de las leyes citadas concreta el derecho de todos los españoles a una educación general básica obligatoria y gratuita y, en su caso, a la formación profesional de primer grado y otros niveles que establezca la Ley (artículo 1.1.). En relación a la educación superior, señala que *“todos, asimismo, tienen derecho a acceder a niveles superiores de educación, en función de sus aptitudes y vocación, sin que en ningún caso el ejercicio de este derecho esté sujeto a discriminaciones debidas a la capacidad económica, nivel social o lugar de residencia del alumno”* (artículo 1.2.).

Para hacer efectivo el principio de igualdad y el carácter universal del derecho a la educación las citadas normas establecen un conjunto de medidas para que sea posible, especialmente cuando los alumnos tienen necesidades educativas especiales, como puede ocurrir a causa de una discapacidad. La LOGSE regula en el capítulo V del Título primero la educación especial y dedica el Título quinto a la «compensación de las desigualdades» y la LOCE, en su artículo 1, señala como uno de los principios de calidad del sistema educativo *“la capacidad de actuar como elemento compensador de las desigualdades personales y sociales”* y, para ello, establece que todos tienen derecho a *“recibir las ayudas y los apoyos precisos para compensar las carencias y desventajas de tipo personal, familiar, económico, social y cultural, especialmente al presentar necesidades educativas especiales que*

impidan o dificulten el acceso y la permanencia en el sistema educativo".

La Ley universitaria citada establece que el acceso a la universidad es un derecho de todos los españoles en los términos establecidos por el ordenamiento jurídico y que el acceso a los estudios universitarios de carácter oficial se basará en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y compensación de desventajas, que se concreta en la adaptación a las necesidades especiales de estos estudiantes los procedimientos de admisión, en una reserva de plazas disponibles y otras medidas.

Seguridad Social (art. 41 CE)

En desarrollo del artículo 41 CE se aprobó la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, que estableció el nivel no contributivo de prestaciones económicas (PNC) del Sistema de Seguridad Social que permitió, según señala en la exposición de motivos, *"la extensión del derecho a las pensiones de jubilación e invalidez y a las prestaciones de económicas por hijos a cargo, [...], a todos los ciudadanos, aun cuando no hayan cotizado nunca o el tiempo suficiente para alcanzar prestaciones del nivel contributivo, por la realización de actividades profesionales. Se trata, en definitiva, de la universalización de tales prestaciones"* (exposición de motivos). Aunque consideramos que no se trata propiamente de la universalización, ya que para el acceso a dichas prestaciones, entre otros requisitos, se exige la previa demostración de la insuficiencia de recursos, representó un avance en relación a la situación anterior, especialmente en la consolidación del derecho que supone para estas pensiones asistenciales su inclusión en el sistema de Seguridad Social.

Hasta la aprobación de esta Ley, las personas con discapacidad sin derecho a las pensiones contributivas de la Seguridad Social, sólo podían acceder a las pensiones para enfermos e inválidos para el trabajo procedentes del Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS) o al subsidio de garantía de ingresos mínimos y, en su caso, el

de tercera persona –además del de movilidad, al que luego nos referiremos– de la LISMI. Las PNC en la práctica reemplazaron las citadas prestaciones, con las que resultan incompatibles. Los que ya tuvieran reconocidos el derecho podían continuar en el percibo o bien optar por las nuevas prestaciones. Estas nuevas pensiones no contributivas son las correspondientes a jubilación e invalidez, estas últimas dirigidas a las personas con discapacidad mayores de 18 años y menores de 65, que tuvieran un grado de minusvalía mínimo del 65 % y no superaran el límite máximo de recursos establecido, además de acreditar 5 años de residencia en España, de los cuales 2 deben ser consecutivos y anteriores a la solicitud. Los beneficiarios de la pensión de invalidez no contributiva podían acceder a un complemento, si el grado de minusvalía era al menos del 75 % y necesitaba la ayuda de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.

Esta Ley estableció, además, prestaciones familiares por hijos a cargo. En caso de hijos con discapacidad, podrían acceder los menores de edad con un grado de minusvalía igual o superior al 33 % y los mayores de 18 años, si el porcentaje de minusvalía alcanzaba al menos el 65 %. Para los hijos menores no se considera la situación de dependencia funcional, pero sí para los mayores de edad que, siempre que alcanzaran el 75 % de minusvalía y precisaran ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, tenían derecho a un complemento de la prestación. Para acceder a estas prestaciones familiares no exigen límite de recursos, si el hijo tiene alguna discapacidad. Se da, así, en caso de personas con discapacidad mayor de 18 años una dualidad de posibilidades (pensión de invalidez o prestación por hijos a cargo), aunque es incompatible el percibo de ambas. En cambio, las pensiones no contributivas y las prestaciones familiares son compatibles con el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte de la LISMI que exige un grado de minusvalía del 33% y una edad superior a los 3 años, además de tener graves dificultades para utilizar el transporte público colectivo y no superar el nivel de recursos personales y/o familiares establecido.

Para cerrar este apartado relativo al desarrollo de la Seguridad Social una referencia al Informe de 2003 del Pacto de Toledo que como instrumento del consenso político en esta materia incluía una recomendación específica dedicada a la dependencia en la que, después de reflexionar sobre el tema, traza propuestas de futuro *“resulta necesario configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia. Ello debe hacerse con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública en todos sus niveles, todo ello a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia en la que quede claramente definido el papel que ha de jugar el sistema de protección sociales en su conjunto (...). La comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de la dependencia, la situación actual de cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso. (...) En determinados supuestos, podrán preverse la contribución de los usuarios para la financiación de éstos servicios”*.

Protección de la salud (art. 43 CE)

La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como señala explícitamente en su artículo primero, tiene como objetivo *“La regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”*. Estableció el carácter básico de la mayoría de sus disposiciones y facultaba a las Comunidades Autónomas para dictar normas de desarrollo y complementarias a la Ley en ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía. El Estado, pues, ejerciendo sus competencias constitucionales (art. 149.1, 16ª CE), estableció las bases y la coordinación de la sanidad, a partir de las cuales las comunidades autónomas concretaron sus sistemas autonómicos de salud. Referente al ámbito personal de la cobertura

sanitaria, el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, amplió la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes no incluidas en las Seguridad Social. Desde el punto de vista de la financiación de la asistencia, debe tenerse en cuenta que la financiación contributiva inicial de la asistencia sanitaria por la Seguridad Social¹⁹ fue substituida por la fiscal, salvo las derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, dictada al amparo de las citadas competencias en materia de bases y coordinación de la sanidad y el régimen económico de la seguridad social (disposición final primera), concretó las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias con el fin de asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el citado sistema. Es importante destacar que esta ley establece las prestaciones sociosanitarias como respuesta a situaciones de graves discapacidades y situaciones de dependencias. Según esta norma determina los destinatarios de dichas prestaciones y concreta las prestaciones sanitarias (art. 14).

Los servicios sociales

No existe en España una norma básica estatal que garantice el derecho a unas prestaciones mínimas de servicios sociales, como ocurre en el sistema sanitario descrito, aunque, no olvidemos, que la salud dispone de un título competencial explícito. Son varias y distintas las razones (el tratamiento constitucional y la complejidad competencial, la ambigüedad semántica, dificultades políticas, necesidades de descentralización y proximidad, etc.) que justifican la ausencia de dicha norma básica. Para algunos hubiera sido legalmente posible establecer la citada norma estatal fundamentada en la competencia del Estado para establecer las condiciones básicas que garanticen la igualdad

de todos los españoles o para determinar la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149, 1, 1ª y 17ª CE, respectivamente).

Las Comunidades Autónomas ejercieron sus competencias en este ámbito, y todas ellas aprobaron leyes de servicios sociales y/o de acción social durante el periodo 1982-1992, algunas de ellas ya modificadas o incluso substituidas, iniciando así la llamada segunda generación de leyes. Estas normas, especialmente las primeras, se aprobaron con gran voluntarismo pero sin los fundamentos presupuestarios necesarios para garantizar los derechos proclamados. Ahora, después de algo más de dos décadas de funcionamiento, se observan avances importantes en la construcción del sistema, aunque es todavía notable la debilidad del derecho de acceso a muchas de sus prestaciones y el carácter todavía asistencialista de la mayoría de ellas.

Las primeras leyes autonómicas de servicios sociales no se referían explícitamente a la dependencia, sólo contenían algunas referencias indirectas al tratar de las personas con discapacidad y los mayores. Las segundas leyes autonómicas empiezan a mostrar una creciente preocupación por esta problemática, aunque se aborda mayoritariamente desde un punto de vista puramente organizativo (articulación y coordinación de respuestas sociosanitarias), algunas leyes, como veremos, incorporan directamente cuestiones relacionadas con la dependencia.

Por otra parte, algunas Comunidades autónomas, siguiendo la línea trazada por la LISMI, optaron por legislar de forma transversal para algunos sectores de la población susceptible de atenciones y protección específicas. Se discute si esta técnica legislativa de establecer normas especiales para determinados grupos de ciudadanos es la más adecuada y operativa para garantizar los derechos de un colectivo o si, por el contrario, es preferible regular la situación de estas personas en las normas de carácter general, incluyendo si fuera

necesario las peculiaridades y medidas especiales precisas.

Como algunas de estas normas tienen relación directa o indirecta con la dependencia dejamos a continuación constancia de las mismas. En el ámbito de la discapacidad, debemos mencionar la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad de Andalucía, que, como señala en la exposición de motivos, pretende que *"desde en una perspectiva integradora, asegure una respuesta uniforme y coordinada de todos los sistemas públicos de protección social a la problemática de las personas con discapacidad en base a las competencias que el Estatuto de Autonomía de Andalucía confiere a nuestra Comunidad Autónoma: sanidad, educación, asistencia y servicios sociales, desarrollo comunitario, régimen local, ordenación del territorio, urbanismo y vivienda, deporte y ocio, cultura, Seguridad Social, así como autoorganización"*. Para ello, regula las diferentes áreas, aunque sólo puede hacerlo de forma parcial, ya que en muchas de las materias citadas se halla supeditada a la normativa estatal, pues no goza de competencia exclusiva en todas ellas.

De forma directa se refiere a la dependencia la Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes. En este caso, a pesar de su denominación, que parece indicar una regulación integral de la dependencia, el análisis del texto evidencia que se trata simplemente de un complemento de las normas reguladoras de la acción social, opinión que confirma la propia exposición de motivos al señalar que esta norma trata de completar el desarrollo normativo de la acción social y de salud mental.

notas

19. A partir de la modificación efectuada por la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social que dio nueva redacción al número 2 del artículo 86 del TRLGSS.

Organización territorial: el papel del mundo local

Al tratar de las políticas relacionadas con la atención a las situaciones de dependencia es conveniente tener en cuenta el papel que puede desarrollar las Corporaciones Locales en las diferentes materias analizadas, ya que las prestaciones para la atención a la dependencia requieren a menudo para su efectividad de la proximidad y utilizar las posibilidades que ofrece el mundo local para personalizar las respuestas a cada caso.

El planteamiento constitucional sobre la organización territorial del Estado viene regulado en el Título VIII, donde establece dos niveles generales de administración local, los municipios y las provincias, si bien también contempla el hecho insular y la posibilidad de “*crear agrupaciones de municipios diferentes a la provincia*” (art. 141.3 CE) que, al tratar de los Estatutos de Autonomía, prevé la posibilidad de que, mediante la agrupación de municipios limítrofes, puedan “*establecer circunscripciones territoriales propias, que gozarán de plena personalidad jurídica*” (art. 152.3 CE). Por otra parte el texto constitucional establece los principios generales de esta organización: autonomía (137, 140, 141.2 CE), solidaridad (138.1 CE), imposibilidad de privilegios económicos y sociales (138.2 CE), igualdad de derechos y obligaciones (139 CE), libertad de circulación y establecimiento (139.2 CE).

La Ley 7/1985 que regula las Bases del Régimen Local²⁰ concreta las entidades locales y determina las competencias generales de los entes locales y establece las materias sobre las que el municipio en todo caso ejercerá las competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas. Entre las competencias que señala figura la participación en la *gestión de la atención primaria de la salud y la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social* (art. 25.2, i, k), determinando la obligación de prestarlas, por sí o asociados,

según la población del municipio. En materia de servicios sociales se fija en 20.000 habitantes. Además, los municipios pueden, en los términos de la legislación del Estado y las Comunidades Autónomas, “*promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal*” (art. 51.1). En relación a la provincia, esta ley establece como uno de sus fines básicos la garantía de los principios de solidaridad y equilibrios intermunicipales (art. 31.2).

Referente a los aspectos competenciales, establece que “*Las leyes básicas del Estado previstas constitucionalmente deberán determinar las competencias que ellas mismas atribuyan o que, en todo caso, deban corresponder a los entes locales en las materias que regulen*” (art.2.2). Así, la Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS) regula en el Título II, capítulo III las competencias de las Corporaciones locales y concreta su participación en los órganos de dirección de las áreas de salud y señala las responsabilidades mínimas en materia de salud pública (art. 42 LGS). En servicios sociales han sido las Comunidades Autónomas que mediante leyes han desarrollado dicha materia y han efectuado el reparto competencial entre el Gobierno de la Comunidad Autónoma y las Corporaciones locales de su territorio.

En general, podemos afirmar que las leyes autonómicas de servicios sociales atribuyen a las corporaciones locales competencias propias en la programación, la coordinación y la prestación de nivel primario que incluye como veremos prestaciones y actuaciones de gran interés en el ámbito de la dependencia.

Situación actual: principales prestaciones técnicas, económicas y otras medidas

En este apartado se sintetizan las principales prestaciones técnicas o servicios, las prestaciones económicas y de otras medidas que tienen

como finalidad satisfacer o al menos paliar las necesidades generadas por la dependencia, desde los ámbitos más implicados.

Prestaciones de la Seguridad social

La acción protectora de la Seguridad Social española²¹ contempla diversas prestaciones y acciones de las que pueden beneficiarse las personas con discapacidad, algunas de ellas específicas para los que se hallen en situación de dependencia, a las que nos referiremos a continuación.

Invalidez

En la modalidad contributiva, el Texto Refundido de la Ley de Seguridad Social actualizado regula la situación de gran invalidez (art. 137.6), cuya definición ya hemos transcrito en la introducción. Si el solicitante reúne los requisitos exigidos tiene derecho a un incremento de la pensión del 50 % destinado a remunerar a la persona que le atienda. La norma prevé que, a petición del gran inválido o de sus representantes legales pueda autorizarse, siempre que se considere conveniente en beneficio del mismo, la sustitución por su alojamiento y cuidado, a cargo de la Seguridad Social y en régimen de internado, en una institución asistencial adecuada (art. 139.4).²²

En la modalidad no contributiva de invalidez también se establece un complemento del 50 % de la pensión (se trata de una cantidad fija que se mantiene aunque la pensión no alcance la cuantía total) para los pensionistas de invalidez que sean mayores de edad y no superar el nivel de recursos económicos establecido y que además alcancen el grado de minusvalía y necesiten ayuda de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida (art. 145.6).

Para la determinación de las incapacidades laborales contributivas el INSS dispone de los Equipos de Valoración de Incapacidades que emiten los dictámenes-propuesta para la

resolución por dicho Instituto. En cambio el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, según el artículo 6 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, es competencia de los órganos correspondientes de las Comunidades autónomas. También la tramitación y concesión de prestaciones no contributivas, entre las que se encuentran las destinadas a cubrir necesidades de personas dependientes, es competencia autonómica, de acuerdo con lo que dispone la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, que crea las pensiones no contributivas de la Seguridad Social (Disposición Adicional Cuarta).

Prestaciones familiares

La Ley 52/2003, de disposiciones específicas en materia de seguridad social, reordenó las prestaciones familiares de la Seguridad Social, reservando para la modalidad contributiva únicamente la prestación correspondiente al *"primer año de excedencia con reserva del puesto de trabajo del periodo de excedencia que los trabajadores, de acuerdo con la legislación aplicable,*

notas

20. Parcialmente modificada por la Ley 57/2003, de 16 de diciembre, de medidas para la modernización del gobierno local.

21. Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio. Este texto ha sido objeto de diversas modificaciones, entre las más importantes debemos señalar la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas, la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social y, más recientemente, el Real Decreto 364/2004, de 4 de marzo, de mejora de pensiones de orfandad a favor de minusválidos.

22. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que el segundo párrafo del artículo 138.1 establece que no se reconocerá el derecho a las prestaciones de incapacidad permanente derivada de contingencias comunes cuando el beneficiario, en la fecha del hecho causante, tenga cumplidos los 65 años y reúna los requisitos para acceder a la pensión de jubilación en el sistema de la Seguridad Social.

disfruten en razón del cuidado de cada hijo, (...) o por cuidado de otros familiares,²³ tendrán la consideración de periodo de cotización efectiva, a efectos de las correspondientes prestaciones de la Seguridad Social por jubilación, incapacidad permanente, muerte o supervivencia y maternidad". Esta prestación afecta directamente al ámbito de la dependencia ya que permite al cuidador del familiar dependiente mantener la cotización profesional.

Todas las demás prestaciones familiares pertenecen a la modalidad no contributiva. La normativa actual no contempla ninguna prestación específica dirigida a la dependencia para los hijos menores de edad y sí para los mayores de 18 años, como ya hemos comentado ampliamente en páginas anteriores.

Jubilación

En primer lugar, debe señalarse que la pensión de jubilación, en sus dos modalidades, no prevé ningún complemento específico para atender las situaciones de dependencia. Si tenemos en cuenta que las personas de 18 a 65 años perciben un complemento para atender dicha contingencia parece que nos hallamos ante una clara discriminación por razón de edad.

Otra cuestión que afecta a los trabajadores en situación de dependencia, se refiere a la posibilidad de reducir la edad de jubilación en determinados casos, debido a que la actividad laboral de los trabajadores con discapacidad supone un mayor esfuerzo que puede generar un desgaste prematuro. El artículo 161.2, párrafo segundo, del TRLGSS²⁴ prevé que la edad ordinaria de acceso a la pensión de jubilación, establecida en 65 años, pueda ser reducida en el caso de trabajadores minusválidos que acrediten un grado de minusvalía igual o superior al 65 %. El Real Decreto 1539/2003, de 5 de diciembre, estableció los coeficientes reductores de la edad de jubilación a favor de los trabajadores que acreditan un grado importante de minusvalía, posibilitando, así, que la edad ordinaria de jubilación, establecida en 65 años, se reduzca en un período equivalente al que resultara de

aplicar al tiempo efectivamente trabajado los siguientes coeficientes: 0,25 para trabajadores con minusvalía igual o superior al 65 por ciento y 0,50 en el caso de que el trabajador necesite la ayuda de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida. Por otra parte, el beneficio de los coeficientes reductores se completa con los establecidos en la Ley de jubilación gradual y flexible.

Servicios sociales y rehabilitación

El Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS) vigente regula en el capítulo V, del Título I, los servicios sociales y señala que su acción se "*extenderá a las prestaciones previstas en la ley y los reglamentos o las que en el futuro puedan establecerse, de conformidad con lo previsto en el apartado 1.e) del artículo 38 de la presente Ley*" (art. 53). Esta disposición parece posibilitar explícitamente ampliaciones futuras de las prestaciones de los servicios sociales, como podría ser el caso de las dirigidas a afrontar las situaciones de dependencia.

Por otra parte, el citado artículo se refiere, entre otras, a las "*prestaciones de servicios sociales que puedan establecerse en materia de reeducación y rehabilitación de inválidos...*", de gran interés para las personas con dificultades de autonomía. En el artículo siguiente del TRLGSS, trata del derecho a la reeducación y rehabilitación, estableciendo el derecho a los beneficios de las prestaciones de recuperación profesional de inválidos, tanto en el régimen general como en los especiales, y lo amplía a todos los "minusválidos" en edad laboral, en las condiciones que se establezcan reglamentariamente. Por todo ello, si tenemos en cuenta los preceptos mencionados y la ubicación de este artículo en el capítulo de servicios sociales, deben considerarse de tal naturaleza las citadas prestaciones de recuperación profesional.

Otras situaciones protegidas: SOVI y víctimas del terrorismo

La Disposición Transitoria Séptima del TRLGSS permite acceder a los trabajadores y

sus derechohabientes que no tengan derecho a pensión del actual sistema de la Seguridad Social²³, a la acción protectora del SOVI que incluye la invalidez, para cuya concesión se exige que ésta sea absoluta y permanente para la profesión habitual y que sea la causa determinante del cese en el trabajo, que no sea por causa imputable al trabajador o derivada de un accidente de trabajo o enfermedad profesional indemnizables, acreditar 1.800 días de cotización al SOVI antes del 1 de enero de 1967, no tener derecho a ninguna otra pensión a cargo de los regímenes que integran el Sistema de la Seguridad Social, con la excepción de las pensiones de viudedad, tener 50 años cumplidos; no obstante, si la invalidez está constituida por la pérdida total de movimientos en las extremidades superiores o inferiores, o pérdida total de visión, o enajenación mental incurable, se reconoce a partir de los 30 años.

Una nueva situación protegida es la invalidez producida por actos de terrorismo que generan para las personas incluidas en el sistema de la Seguridad pensiones extraordinarias a favor de las personas que resulten incapacitadas y los familiares de quienes sean pensionistas o, estando incluidos en alguno de dichos regímenes, fallezcan como consecuencia o con ocasión de dichos actos. Dichas pensiones, de acuerdo con el art. 51 del TRLGSS no estarán sujetas a los límites de reconocimiento inicial y de revalorización de pensiones previstos en esta Ley. Además tendrán derecho a la asistencia sanitaria y servicios sociales, así como a recibir del Estado ayuda psico-social, resarcimiento por daños corporales y otras ayudas.

Prestaciones sanitarias y sociosanitarias

Normativa estatal

Ya nos hemos referido a la efectividad y universalidad del derecho a la salud establecido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y normas de desarrollo. Esta norma no trata directamente de las cuestiones relacionadas con la dependencia, sólo se refiere

indirectamente a algunos aspectos relacionados con ella, como por ejemplo a los problemas de la psicogeriatría (art. 20.1). En cambio, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) establece las prestaciones sociosanitarias como respuesta a muchas de las de las necesidades generadas por la dependencia.

En el momento actual todas las personas con discapacidad y, por tanto, también las que se encuentren en situación de dependencia, de acuerdo con lo establecido la normativa sanitaria y la LISMI, tienen cubierta la asistencia sanitaria, ya sea directamente o como beneficiarios.

El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud incluye por primera vez explícitamente la atención sociosanitaria 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"* (art. 14 de la citada Ley 16/2003). Las prestaciones sociosanitarias, que constituyen la respuesta sanitaria para la atención a las situaciones de dependencia, son las siguientes:

notas

23. La Ley 13/1999, de 5 de noviembre, y el Decreto 1251/2001 de desarrollo, prevé este tipo de excedencia a los trabajadores que estén en cuidado directo de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad que no puedan valerse por sí mismos.

24. Aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en la redacción incorporada por la disposición adicional primera de la Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible.

25. Con excepción de las pensiones de viudedad de las que puedan ser beneficiarios, de acuerdo con la reciente modificación establecida en la Ley 9/2005, de 6 de junio, que flexibiliza el estricto régimen de incompatibilidades al que estaban sometidas dichas pensiones.

a) los cuidados sanitarios de larga duración, b) la atención sanitaria de convalecencia y c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La cartera de servicios, que podrá ampliarse en el futuro, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, contendrá provisionalmente las prestaciones sanitarias del SNS establecidas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero. Por tanto, será importante la futura normativa de desarrollo, en cuanto configure el alcance de las citadas prestaciones.

Normativa autonómica

Las Comunidades Autónomas, por una parte, han contribuido también a la ampliación de la cobertura sanitaria y ha profundizado en la vía de la universalización²⁶ y, por otra, determinan los niveles de atención y garantizan la continuidad del servicio, mediante la “coordinación” entre las Administraciones públicas correspondientes.

Por otra parte, las Comunidades autónomas han tenido un papel importante en la creación del llamado espacio sociosanitario,²⁷ que designa las actuaciones realizadas con componentes sanitarios y de servicios sociales, aunque esta denominación acoge realidades muy diversas. Unas veces se emplea para designar la respuesta institucional dirigida a hacer frente a la problemática social y de salud que presentan simultáneamente algunas personas, pero en la mayoría de casos designan simples técnicas de planificación, de intervención u organizativas. La revisión de los antecedentes sociosanitarios muestra su origen vinculado a la ordenación sanitaria autonómica y a la necesidad de atender al creciente número de enfermos crónicos, muchos de ellos personas mayores en situación de dependencia. Las experiencias autonómicas sociosanitarias son diversas y oscilan entre la coordinación de las actuaciones sanitarias y de servicios sociales de diversa intensidad y la integración de servicios²⁸ que crea un nuevo sistema, al lado del sanitario y del de servicios sociales.

Este término se ha incorporando paulatinamente a la legislación autonómicas sanitaria y también a la de servicios sociales, como veremos en el siguiente apartado, y, recientemente, también a la normativa sanitaria estatal, como hemos comentado en el apartado anterior. Sin embargo, la construcción de este espacio se ve dificultada por cuestiones de índole competencial y organizativo: distinto nivel competencial, la diferente garantía y efectividad de los derechos, el volumen y consolidación de recursos o la variedad de organizaciones territoriales. Consideramos, pues, que se trata de un término muy difuso que debe ser tratado con gran cautela para evitar aplicaciones inapropiadas o conclusiones precipitadas.

Prestaciones de servicios sociales

Estatales

Las intervenciones del Estado en materia de servicios sociales, a pesar de disponer de competencias en el ámbito de la Seguridad Social, han sido escasas. Además de las comentadas modificaciones establecidas en la normativa de la Seguridad Social, destacan las actuaciones referentes al Plan concertado para el desarrollo de prestaciones de servicios sociales en las Corporaciones Locales²⁹ que incluía una serie de prestaciones mínimas, algunas de interés para las personas con dependencia y sus familias (por ejemplo la información y orientación, la ayuda a domicilio o los centros de día) y los convenios para la ejecución del Plan Gerontológico y el Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad, que contenían programas dirigidos a la atención de este colectivo. Otra actuación de gran interés es la referente a la coordinación técnica de los equipos de valoración realizada por el IMSERSO.

Autonómicas

Por su parte, las Comunidades Autónomas en las Leyes de servicios sociales y/o de acción social han intentado crear “sistemas

de servicios sociales", parecidos al de salud o educación, conformados a partir de la los servicios y establecimientos transferidos más otros existentes en el territorio y con los creados por ellas. Esta voluntad se ve dificultada por la insuficiencia de recursos, que han quedado al descubierto especialmente al tratar de satisfacer las crecientes necesidades de las personas en situación de dependencia y sus familiares. Con carácter general los sistemas de servicios sociales se articulan entorno a un conjunto de prestaciones técnicas y económicas y de programas y otras actuaciones, algunos de los cuales actúan en la prevención o se refieren a actuaciones relacionadas con las necesidades derivadas de la dependencia.

A) Prestaciones técnicas

Las prestaciones de carácter técnico se estructuran en dos niveles: el primario (denominado general, comunitario o básico) y el secundario o especializado. Las personas dependientes y sus familiares pueden recibir del nivel primario información, orientación y diagnóstico, así como el acceso a servicios de proximidad, como la atención domiciliaria, la telealarma, hogares y centros de día, e incluso en algunos casos pequeños equipamientos residenciales. A este nivel también se realizan actuaciones y programas comunitarios.

El nivel especializado dispone de servicios diurnos y residenciales, algunos de específicos para personas con discapacidad y mayores, clasificados según los grados de autonomía de los usuarios. Así, las personas que viven en sus domicilios pueden acceder a centros de día y para las personas con dependencia que no pueden permanecer en su hogar, disponen de distintas posibilidades que, según la autonomía del usuario, podrán ser viviendas tuteladas y compartidas, hogares-residencias o residencias asistidas para los casos que precisan de cuidados más intensos de larga duración. También suelen establecerse algunas plazas para destinarlas al "respiro" familiar.

B) Prestaciones económicas

Las Comunidades autónomas gestionan las pensiones asistenciales procedentes del Fondo Nacional de Asistencia Social y de los extinguidos subsidios de garantía de ingresos mínimos y por ayuda de tercera persona de la LISMI, además del todavía vigente subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte y las pensiones no contributivas de la seguridad social (jubilación, invalidez y su complemento y las prestaciones por hijos a cargo). Asimismo, algunas han establecido ayudas complementarias de carácter extraordinario para mejorar las pensiones más bajas (especialmente las no contributivas).³⁰

notas

26. Por ejemplo el Decreto Foral de Navarra 71/1991, de 21 de febrero, de universalización de la asistencia sanitaria pública y el Decreto 178/1991, de 30 de junio, de Cataluña.

27. El programa pionero fue "Vida als anys", creado en Cataluña el año 1986, al que siguieron una década más tarde el Programa valenciano PALET (1996) y el programa de atención sociosanitaria de Galicia (1996) expandiéndose posteriormente a la mayoría de las comunidades autónomas.

28. El citado programa catalán "Vida als anys" parece que opta por la "integración", creando, así, un tercer sector, al lado del sanitario y del de servicios sociales. El Decreto 92/2002 define los centros y servicios sociosanitarios como "aquellos que prestan conjuntamente y de forma integrada, una atención especializada sanitaria y social" (art. 2) y crea una tipología específica de servicios y establecimientos.

29. Tenía como finalidad "lograr la colaboración entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas para financiar conjuntamente una red de atención de servicios sociales municipales que permita garantizar las prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad"

30. Esta polémica cuestión, actualmente esta regulada por la Ley 4/2005, de 22 de abril, que modificó el apartado 4 del artículo 38 del TRLGSS.

Por otra parte, los servicios sociales han establecido una gran variedad de ayudas económicas de carácter ocasional o circunstancial, que se someten a los requisitos que se establecen en las convocatorias públicas anuales. Las prestaciones monetarias suelen estar sometidas a cuantías máximas y condicionadas a las rentas del solicitante y/o de su familia y a las disponibilidades presupuestarias. Las ayudas autonómicas relacionadas con la dependencia suelen dirigirse a los siguientes objetivos:

- a) Asistencia personal y domiciliaria: atención básica y complementaria, habitabilidad y adaptación funcional del hogar, supresión de barreras arquitectónicas, etc.
- b) Adquisición de ayudas técnicas: telealarma, domótica, utensilios, dispositivos y equipos dirigidos a suplir las limitaciones y complementar la autonomía, prótesis, etc.
- c) Atención especializada: para contribuir al pago de centros de día y atención residencial (permanente, temporales, vacaciones, etc.)
- d) Relacionadas con los cuidadores: cuidado de la persona en su domicilio, ayuda a la familia para acondicionar y equipar el medio habitual de convivencia, acogimiento familiar, etc.
- e) Instrumental: desplazamientos, adquisición y adecuación de vehículo, etc.

También se han establecidos programas de ayudas y soporte integrales específicos relacionados con la dependencia que incluyen a las familias, por ejemplo el Programa Sendian de la Diputación Foral de Guipúzcoa o el "Viure en família" de la Generalitat catalana.

C) Nuevas propuestas de servicios sociales de soporte a la dependencia

Finalmente, nos referiremos a las dos leyes de servicios sociales que hemos anunciado anteriormente que tratan directamente de la dependencia. La primera es la Ley 1/2003, de 24

de febrero, de servicios Sociales del Principado de Asturias que abre nuevas perspectivas en servicios sociales en varios aspectos y concretamente en relación a la dependencia, que incluye explícitamente en el sistema público de servicios sociales (*"prestar apoyo a personas o grupos en situación de dependencia"*, art. 3, d). Para ello, atribuye a los servicios sociales especializados funciones para *"evaluar y diagnosticar situaciones de (...) dependencia"* y *"proporcionar apoyos para prevenir y corregir las situaciones de (...) dependencia"* (art. 13.1, b, e y g). También contempla medidas de atención y soporte a las personas dependientes y sus familias, que *"consistirán en un conjunto de actuaciones, recursos y medidas que tengan por fin dar una respuesta adecuada a sus necesidades y los correspondientes apoyos a sus familias cuidadoras"* (art. 27). Establece la implantación progresiva de las prestaciones, mediante su inclusión en un catálogo de servicios que se aprobará por decreto y que tendrán un carácter complementario de las prestaciones de la Seguridad Social.

La Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, también incluye entre sus finalidades *"la (...) compensación del déficit de apoyo social, centrando su interés en los factores de vulnerabilidad o dependencia que, por causas naturales o sobrevenidas, se puedan producir en cada etapa de la vida y traducirse en problemas personales"* (art. 2.1). El Título VI de esta Ley está dedicado a la atención social de la dependencia: establece el concepto (art. 62) y regula los siguientes aspectos: finalidad de la atención social a la dependencia; prestaciones del sistema; elaboración de un Plan de Atención Social a la Dependencia; priorización de las prestaciones favorecedoras del mantenimiento en el medio habitual de vida. Asimismo, concreta las prestaciones: a) atención domiciliaria intensiva, b) atención diurna, c) atención residencial, d) ayuda individual o familiar mediante cheque servicio, e) apoyo a las familias y cuidadores informales, f) ayudas instrumentales. Asimismo regula otras cuestiones: financiación; evaluación de necesidades y libertad de elección; cuidadores informales; medidas a favor de los cuidadores

(formación, información, programas de respiro, facilidades para la conciliación de la vida profesional y familiar). Para determinar los derechos subjetivos, esta Ley clasifica las prestaciones, distinguiendo las técnicas (información, valoración, orientación, asesoramiento, etc., art. 16) a las que atribuye un carácter universal y gratuito, de las *económicas* y las *materiales* (atención residencial, diurna, domiciliaria, manutención, etc.) para las cuales no establece la universalidad de forma explícita y somete su concesión a la demostración previa de los requisitos establecidos.

A pesar de las apariencias, un análisis riguroso de estas leyes permite concluir que, como señala Casado,³¹ las mismas no garantizan ninguna prestación, ya que a pesar de que la ley asturiana establece el derecho subjetivo queda pendiente del desarrollo reglamentario. Por otra parte, las prestaciones que establecen en el ámbito de la dependencia no suponen nuevas aportaciones al sistema, ya que no difieren substancialmente de las comunes y tradicionales de servicios sociales. Por otra parte, deberíamos preguntarnos si los sistemas de servicios sociales autonómicos disponen de los instrumentos técnicos y organizativos y de los recursos económicos necesarios para afrontar las cuestiones relacionadas con la dependencia.

Otras prestaciones y medidas

Las aportaciones del usuario y los familiares al pago de los servicios

Un aspecto polémico que se plantea al tratar de la financiación de los servicios sociales se refiere a la gratuidad o al pago de los servicios sociales. Normalmente los servicios de información, orientación y diagnóstico de responsabilidad pública son gratuitos, en cambio para la utilización de los demás servicios la persona en situación de dependencia deben contribuir al pago y el problema surge al fijar los criterios de esta aportación y en concreto sobre si debe calcularse según la pensión que percibe o sobre la renta disponible y si, además, debe tenerse

en cuenta el patrimonio del citado usuario –en algunos casos pueden disponer de un patrimonio considerable pero no tienen liquidez para abonar el precio de los servicios–, con el fin de obligarle a que lo aporte, ya sea haciéndolo efectivo y pagando los servicios o como garantía del pago de las deudas (reconocimiento de deuda) derivadas de su atención.

Otra cuestión conflictiva se refiere a la responsabilidad familiar, que surge del llamado derecho de alimentos regulado en el Título VI, del Libro I, del Código Civil³², que reconoce el derecho a las personas que se hallan en estado de necesidad para reclamar a los parientes más próximos (cónyuge, ascendientes y descendientes y en menor medida los hermanos) los auxilios necesarios para su sustento, habitación, vestido y asistencia médica (arts. 143 y sig. Cc). Esta obligación se puede satisfacer de diversas formas, ya sea mediante una pensión monetaria, recibiendo y manteniendo al necesitado o bien substituyéndola por alguna prestación de servicios sociales, como la atención domiciliaria, la asistencia a un centro de día o la atención en una residencia. Esta última modalidad adquiere una relevancia especial en el ámbito de la dependencia, ya que con frecuencia los familiares obligados no pueden hacerse cargo directamente de la persona dependiente y debe ser atendido por los citados servicios. En estos casos algunas normas interpretan que se produce una transformación de las prestaciones y atenciones personales “in natura” de los familiares en obligaciones “pecuniarias”

notas

31. Demetrio Casado, “La dependencia funcional y sus abordajes”, en Respuestas a la dependencia, Madrid, Editorial, CCS, 2004, pp. 34-35.

32. Hay comunidades autónomas que tienen atribuida competencia en la conservación, modificación y desarrollo de los derechos civiles, al amparo del artículo 149.1, 8o de la CE y de sus respectivos Estatutos de autonomía, que han regulado el derecho de alimentos.

derivadas de los gastos que dicha prestación de servicios comporta³³.

La tendencia normativa que parece más general exige a los familiares obligados alguna contribución al pago del servicio que atiende el pariente dependiente, si éste no dispone de los recursos necesarios. El código de familia catalán³⁴ es un claro exponente de esta postura ya que, además de establecer la obligación de prestar alimentos, otorga el derecho a reclamar los alimentos no sólo a las persona que los necesita sino también a su representante legal y entidad pública o privada que lo acoga, pudiendo repetir contra la persona obligada. En otros casos, se opta por el llamado *reconocimiento de deuda* que opera cuando los usuarios, directamente o a través de sus familiares, no abonan íntegramente el precio público, en cuyo caso deberán suscribir un documento reconociendo la deuda contraída cuyo importe será la diferencia entre lo abonado y el precio establecido, el cual se hará efectivo en el momento en que se dejen de prestar los servicios. Algunas normas de reciente promulgación, como la Ley 3/2003 del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia, cambiando el criterio anterior (Decreto 45/1996), establece la participación de "*las personas obligadas a prestarle asistencia*" (art. 39.2), aunque otras leyes autonómicas de servicios sociales del mismo periodo, como al riojana (Ley 1/2002) o la madrileña (Ley 11/2003), no contemplan expresamente dicha participación. Tampoco el proyecto de Ley de Servicios Sociales de Cataluña, aprobado recientemente por el Gobierno y actualmente en trámite parlamentario, contempla aportaciones familiares. Esta disparidad pone de manifiesto el conflicto originado por la persistencia de esta institución del derecho de alimentos pensada para un medio y un tipo de familia muy distinto al actual y el debate abierto sobre si la responsabilidad ante la dependencia corresponde al individuo que la padece y a sus familiares o bien se trata de un riesgo que debería ser asumido solidariamente.

Medidas a favor de la familia cuidadora

Si las personas en situación de dependencia en nuestro país reciben los cuidados mayormente de sus familiares, especialmente de las mujeres, es evidente que esta cuestión debe figurar como prioritaria en el diseño de las políticas familiares. A continuación señalamos las principales medidas adoptadas que inciden en las familias con algún miembro dependiente.

A) Conciliación de la vida familiar y laboral

La Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras y sus normas de desarrollo establecen medidas para favorecer que los familiares trabajadores puedan cuidar a su familiar dependiente. Esta norma establece para los trabajadores que estén al cuidado directo de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad que no pueda valerse por sí mismo la concesión de una excedencia o la reducción de la jornada de trabajo, con disminución proporcional del salario, que puede ser de entre un tercio y la mitad de la duración de la jornada.

En este mismo sentido la citada Ley 51/2003, de 2 de diciembre, establece en las Disposiciones adicionales primera y segunda la modificación del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, para justarlo a lo establecido en la citada Ley 39/1999 y la modificación de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública.

La duración máxima de la excedencia es de un año con reserva de puesto de trabajo, que computa a efectos de antigüedad y que le permite conservar el derecho de asistencia a cursos de formación profesional. Además, recordemos que la normativa de las Seguridad Social establece que este periodo tiene la consideración de periodo de cotización efectiva, a efectos de las correspondientes prestaciones de la Seguridad Social por jubilación, incapacidad permanente, muerte o supervivencia y maternidad.

La normativa de los funcionarios públicos contempla asimismo reducciones de jornada de trabajo y el derecho a un período de excedencia, de similares características al descrito anteriormente. Desde las Comunidades autónomas se ha adoptado medidas con el fin de mejorar la compatibilidad familiar-laboral para el personal de sus administraciones.

Los sindicatos han elaborado recomendaciones y sugerencias para que se tuvieran en cuenta en la negociación de los convenios colectivos con el fin de mejorar por esta vía las medidas legales citadas.

B) Familias Numerosas

La nueva Ley 40/2003, de Familias numerosas, que substituye a la de 1971, flexibiliza el concepto de familia y amplía la protección, intentando adaptarlo a la realidad social actual. Considera Familia numerosa la integrada por uno o dos ascendientes con tres o más hijos, sean o no comunes; equiparando a dicha situación las familias constituidas, bien por uno o dos ascendientes con dos hijos, sean o no comunes, siempre que al menos uno de éstos sea discapacitado o esté incapacitado para trabajar, o por dos ascendientes, cuando ambos fueran discapacitados, o, al menos, uno de ellos tuviera un grado de discapacidad igual o superior al 65%, o estuvieran incapacitados para trabajar, con dos hijos, sean o no comunes (art. 2).

También tiene en cuenta la discapacidad en el momento de reconocer y mantener la condición, ya que si los hijos o hermanos son solteros y menores de 21 años de edad, o se hallan "discapacitados o estar incapacitados para trabajar, cualquiera que fuese su edad" (art. 3, a). Asimismo, en la clasificación de las categorías de Familia Numerosa en general o especial se halla presente la discapacidad, al señalar que cada hijo discapacitado o incapacitado para trabajar computará como dos para determinar la categoría en que se clasifica la unidad familiar de la que forma parte (art. 4, 3).

La acción protectora de la ley incluye un amplio conjunto de beneficios referidos al ámbito social, a actividades y servicios públicos o de interés general, la vivienda, en materia tributaria, seguridad social, etc.

Medidas fiscales

En los últimos años se han incrementado considerablemente las medidas fiscales relacionadas con la dependencia, ya sea por parte del Estado o de las Comunidades autónomas, mediante deducciones familiares y a las personas dependientes, ya sea por gastos de enfermedad u otros relacionados con la dependencia, en el IRPF u otros impuestos.

La normativa estatal establece deducciones del IRPF para las personas con discapacidad y los mayores. En este sentido, fue importante la reforma del IRPF del 2003 que incorporó variaciones importantes que supusieron un ahorro tributario para las personas con discapacidad y sus familias, especialmente aquellos casos que requieren una especial atención, como es el caso de la dependencia, que la norma fija para los que tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 65 % o los que sin alcanzar dicho grado necesitan de la ayuda de tercera persona o tienen una movilidad reducida. Estas modificaciones y algunas de posteriores fueron incorporadas al texto refundido del IRPF, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo.

Antes de la aprobación de la Ley 14/1996, de 30 de diciembre, de cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas y medidas

notas

33. J. Egea, L'acció de repeticó contra el deutor dels aliments. Solidaritat familiar i prestacions assistencials públiques en Revista Jurídica de Catalunya, no 3 (Barcelona, 1997).

34. Ley 10/1996, de 29 de junio, de alimentos entre parientes, actualmente integrada en el Código de familia, aprobada por la Ley 9/1998, de 15 de julio.

fiscales complementarias, sólo las Comunidades Autónomas forales del País Vasco y Navarra disponían de capacidad normativa sobre el régimen tributario. Esta Ley extendió dicha capacidad a todas las demás Comunidades autónomas para establecer deducciones sobre la parte autonómica del citado impuesto u otros de los cedidos. Según los datos de la Agencia tributaria fueron varios los conceptos sobre los que se aplican deducciones autonómicas relacionadas con la discapacidad, aunque no siempre directamente relacionados con la dependencia, sí que se refieren mayoritariamente a casos de graves discapacidades.

Protección patrimonial

La constitución de un patrimonio y su conservación constituyen aspectos clave para garantizar el futuro, especialmente en el caso de personas afectadas de graves discapacidades o con problemas de discernimiento que les impiden gobernarse por sí mismas. Por tanto, parecen adecuadas las medidas encaminadas a la constitución y protección del patrimonio que se adoptaron mediante la Ley 41/2003 de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil y de la Normativa Tributaria, cuyo objetivo principal se dijo a establecer un *patrimonio protegido* mediante la aportación a título gratuito de bienes y derechos al patrimonio de las personas con discapacidad y a establecer los mecanismos de garantía necesarios (art. 1). Los destinatarios de dicha norma son las personas con un grado de discapacidad psíquica del 33% o superior y del 65 % o superior en caso de discapacidad física o sensorial. (art. 2)

Para lograr los objetivos propuestos la citada Ley adopta un grupo de medidas dirigidas a establecer garantías y medidas fiscales para favorecer las operaciones encaminadas a constituir un patrimonio protegido para la persona con discapacidad y otro para evitar abusos en las transacciones patrimoniales. Las medidas pueden agruparse en los siguientes tipos: a) tributarias: favorecen las aportaciones

de familiares y empresas a los patrimonios protegidos (no están sujetas al Impuesto sobre sucesiones y donaciones; si la aportación no es dineraria el incremento del patrimonio de declara exento); b) herencias: los padres podrán atribuir la totalidad de la herencia a sus hijos con discapacidad; los parientes que no hayan prestado las atenciones debidas en vida al fallecido con discapacidad, no pueden heredar; el hijo con discapacidad tendrá derecho a disfrutar de la vivienda habitual como parte de la herencia; c) autotutela: las personas pueden decidir su futuro tutor; d) contrato de alimentos: por el que una persona prestará vivienda, manutención y asistencia a otra, a cambio de un capital en bienes muebles o inmuebles.

Entre estas medidas, sobresale una por su relación particular con las personas en situación de dependencia, especialmente los mayores que disponen de un patrimonio inmobiliario considerable acumulado en el transcurso de la vida, pero que no disponen de liquidez para afrontar los gastos que se atención requiere. Nos referimos a la regulación de los contratos aleatorios referentes a los alimentos convencionales,³⁵ es decir los no obligatorios: "Por el contrato de alimentos una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una persona durante su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos". (art. 12, que modifica los artículos 1791 al 1797 del Código Civil)

Vivienda y accesibilidad

Existe abundante normativa autonómica relativa a la accesibilidad y planes de ayudas para el acceso a la vivienda, tanto de carácter general como específicas para las personas con discapacidad, y ayudas para la supresión de barreras arquitectónicas.

La Constitución española proclama en el artículo 47 que "*Todos los españoles tienen derecho a una vivienda digna y adecuada*". El Real Decreto 801/2005, de 1 de julio, aprobó el Plan

Estatut 2005-2008, para favorecer el acceso de los ciudadanos a la vivienda. Este plan prevé diversos tipos de ayuda (art. 2, 5), señala los beneficiarios en general y los que gozan de una protección preferente (art. 3) y concreta las actuaciones protegidas (art. 4). Entre los beneficiarios preferentes se cita a las personas con discapacidad y las personas mayores de 65 años y sus familias.

Por otra parte, son importantes en relación a la accesibilidad a la vivienda de las personas en situación de dependencia, algunas disposiciones de la citada Ley 51/2003, como las relativas a la propiedad horizontal, que modifican determinados preceptos en la materia, referentes a obras para el adecuado sostenimiento y conservación del inmueble y de sus servicios para adecuaciones estructurales, de estanqueidad, habitabilidad, accesibilidad y seguridad, adopción de medidas no exigibles y otros acuerdos (Disposiciones adicionales primera, segunda y tercera). En concreto, entre otras actuaciones, obliga a las comunidades de propietarios a realizar obras para adaptar las comunidades a instancia de los propietarios de viviendas donde trabajen o vivan personas con discapacidad, siempre que el importe de la obra no exceda de tres mensualidades de gastos comunes.

Perspectivas de futuro: las propuestas del Libro Blanco

Las graves necesidades de un colectivo constituido por más de un millón de personas en situación de dependencia y sus familias se ha incorporado paulatinamente en las agendas políticas y actualmente la búsqueda de soluciones a estas demandas forma parte del programa del Gobierno, cuyo Presidente en el debate de investidura y en respuestas parlamentarias posteriores se comprometió a elaborar el Libro Blanco sobre la situación de esta problemática que, además de un diagnóstico, presentara propuestas de actuación que fuera útiles para elaborar un proyecto de Ley de protección a este colectivo de ciudadanos.

El Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia se presentó el mes de diciembre de 2004 y actualmente se ha elaborado un Anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia que, según ha anunciado el Gobierno, presentaran a trámite parlamentario durante el año actual. En este apartado nos referiremos sólo a los principales aspectos legislativos del citado Libro Blanco, ya que el anteproyecto se halla en fase de debate y negociación y puede aún experimentar cambios substanciales.

a) Concepto

El Libro Blanco acepta la definición del Consejo de Europa que hemos reproducido en la introducción, considerando que incluye los tres factores que conforman la situación de dependencia (existencia de limitación física, psíquica o intelectual, que merma determinadas capacidades; la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; la necesidad de asistencia o cuidados por un tercero) y que la protección debe graduarse en función de la mayor o menor intensidad de la ayuda necesaria para realizar las actividades de la vida diaria.

b) Modelos de protección a la dependencia.

El texto describe, analiza y valora los tres modelos de protección social a la dependencia existentes: de protección universal para todos los ciudadanos financiado mediante impuestos, de protección a través del Sistema de la seguridad

notas

35. "amplia las posibilidades que actualmente ofrece el contrato de renta vitalicia para atender las necesidades económicas de las personas con discapacidad y, en general, de las personas con dependencia, como los ancianos, y permite a las partes que celebren el contrato cuantificar la obligación del alimentante en función de las necesidades vitales del alimentista" exposición de motivos la Ley 41/2003..

social mediante prestaciones que tienen su origen en cotizaciones y el asistencial dirigido fundamentalmente a las personas sin recursos. Valora las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, señalando la tendencia actual y su preferencia hacia los de carácter universal, financiado vía impuestos o cotizaciones de la seguridad social.

El Sistema que propone para nuestro país considera que debería ajustarse a los siguientes principios:

- Universalidad de la prestación: para todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea la edad, origen de la dependencia y situación social.

- Carácter público de la prestación: con independencia de las formas de financiación y gestión.

- Igualdad de acceso al derecho: con independencia del lugar de residencia, se trataría de mínimos garantizados mediante normativa básica estatal.

- Cofinanciación: aportación de los usuarios en las condiciones que se establezcan con carácter general.

No se pronuncia explícitamente, solo valora las posibilidades que tendrían en nuestro país de los dos modelos citados. En cambio, sí que encuadra la protección a la dependencia en el Sistema Público de Servicios Sociales, *“como cuarto pilar del sistema de protección del Estado de Bienestar, en el que se garantice unos servicios coordinados, suficientes y de calidad y establezca el régimen de acceso real y efectivo a los mismos en toda España”*.

c) Fundamentación jurídica de la ley

El documento que comentamos considera y argumenta que “existe fundamentación jurídica suficiente en la Constitución para regular esta materia y que el Estado tiene títulos competenciales para ello”, citando

especialmente los artículos 139.1 CE (regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles) y 149.1.17ª CE (legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social) y refiriéndose a algunas sentencias del Tribunal Constitucional. Consideramos que la naturaleza de los derechos que protege y las graves necesidades que genera la dependencia pueden justificar la utilización de estos preceptos constitucionales y regular el Estado esta materia de competencia exclusiva autonómica, sin embargo nos parece que debería referirse, como establece la CE, exclusivamente a las condiciones básicas, que en este caso serían los aspectos mínimos referentes a los derechos y deberes que el Estado garantiza en todo el territorio, que deben permitir, un amplio desarrollo autonómico, especialmente en los aspectos organizativos y de gestión.

Por tanto, seguramente los conflictos no se centraría en el fundamento y los posibles títulos competenciales estatales para legislar, sino en el alcance de dicha legislación, cuestión que exige un análisis riguroso de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional referente a los criterios establecidos para fijar los límites de las actuaciones del Estado basadas en el citado artículo y, además, como propone el propio Libro Blanco deberían con seguirse acuerdos en el seno de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales.

En principio parece, pues, adecuado el alcance que el texto que comentamos propone incluir en la futura ley. Considera que debe establecer el derecho a la protección social de la dependencia y concretar las prestaciones que lo hacen efectivo, determine el sujeto del derecho y los requisitos de acceso (reconocimiento, declaración y calificación del grado de dependencia y procedimiento básico) y señale los órganos responsable de reconocer el derecho y hacerlo efectivo. Parece, asimismo, necesario que establezca las competencias-responsabilidades del Estado y de las Comunidades Autónomas, siempre que se ajusten a los preceptos constitucionales y al contenido de sus Estatutos de Autonomía, y que asimismo concrete las bases

de las competencias de las Corporaciones Locales en esta materia. Finalmente, consideramos que las posibles aportaciones de los usuarios y los criterios de determinación forman parte del derecho de las personas en situación de dependencia y, por tanto, este aspecto relevante debería ser regulado en la propia Ley.

d) Beneficiarios

Propone que sean beneficiarios de las prestaciones las personas que residan en España y se encuentren en situación de dependencia que sean mayores de 18 años y las personas que tengan menores a su cargo en situación de dependencia. De esta forma se superaría la actual discriminación por razón de edad a la que nos hemos referido.

c) Naturaleza de la prestación

El Libro Blanco señala y valora las alternativas posibles: que la persona dependiente reciba una aportación económica con que hacer frente a los gastos de los servicios, que el Sistema le proporcione estos servicios u otros modelos mixtos. En cualquiera de las alternativas que se adopten, considera que su aplicación a los servicios debería vincularse al sistema público de servicios sociales, ya que deberían ser los equipos de servicios sociales los que concretaran con el interesado y en su caso familia el programa individualizado de atención más adecuado a su realidad personal y del entorno. Parece adecuado dejar un abanico de posibilidades para que pueda ajustarse cada caso a su realidad y preferencias, aunque las prestaciones monetarias deberían vincularse normalmente a la prestación de un servicio.

d) Catálogo de servicios

Se propone un amplio catálogo de servicios, cuya concreción propone que la realicen conjuntamente el equipo de valoración, la propia persona dependiente y la familia. Parece pues que se opta por un sistema que permite la capacidad de elección, aunque consideramos que

el legitimado para tomar la decisión, después de una información comprensible sobre su situación y las distintas alternativas posibles, es la persona dependiente, siempre no esté incapacitada legalmente.

El Catálogo de servicios es el siguiente:

- Teleasistencia
- Servicios de ayuda a domicilio
 - De atención a las necesidades del hogar
 - De cuidados personales
 - Programas de apoyo a familias cuidadoras
- Atención en centros de día
 - Centros de Día para mayores
 - Centros de Noche
 - Centros de atención diurna < 65 años
 - Servicio de autonomía personal
- Atención residencial (permanente o temporal "respiro")
 - Residencia asistida
 - Centros de atención a dependientes psíquicos
 - Centros de atención a dependientes físicos
- Ayudas técnicas
- Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar

También establece un conjunto de criterios para la utilización y funcionamiento de la dicho catálogo: prevención, enfoque rehabilitador, tener en cuenta las preferencias de los usuarios y cuidadores por los servicios de proximidad, participación de la persona dependiente y de su cuidador en la determinación del plan de cuidados, procedimiento unificado de acceso a servicios, coordinación de servicios que garantice la continuidad de cuidados, enfoque de género, modelo de atención rural, plan de información, experiencias innovadoras, investigación y aplicación de resultados, protección de derechos y libertades fundamentales a las personas que no tienen libre capacidad de elección, entre otros.

d) Coordinación sociosanitario

Considera necesaria la coordinación en dos niveles, entre los servicios sanitarios y sociales y entre los diversos servicios de un mismo sistema.

Establece un conjunto de criterios generales para la coordinación sociosanitaria.

e) Financiación

El sistema de financiación es un elemento clave para garantizar el funcionamiento del sistema que se propone. En primer lugar, considera que la forma de financiación depende del modelo que se adopte. Si fuera vía seguridad social contributiva una fuente procedería de incrementos en la cotización o de otros fondos de este sistema. Si se optara por la protección universal o la seguridad social no contributiva la financiación correría a cargo de los impuestos generales del Estado.

Por otra parte, propone tener en cuenta la financiación actual que procede la acción impositiva, citando los presupuestos que las Comunidades Autónomas dedican a la dependencia con el fin de cuantificarlo para determinar, mediante acuerdo, un porcentaje de participación en el sistema. Sugiere, asimismo, incorporar a la financiación parte de determinados impuestos o multas relacionados con actividades generadoras de dependencia, así como las cantidades procedentes de la reordenación y optimización de recursos existentes, además de las aportaciones de los usuarios de los servicios.

Con las cuantías generadas por las fuentes citadas sugiere la creación de un Fondo estatal para la financiación del Sistema Nacional de la Dependencia, con naturaleza económica independiente, para financiar el catálogo de servicios o las prestaciones económicas, en su caso, apoyar la creación de infraestructuras de centros y servicios necesarios y la financiar de los equipos de valoración y la gestión del sistema.

f) Organización y gestión

El documento que comentamos, considera que el establecimiento del Sistema Nacional de Dependencia debe tener en cuenta el

marco de distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas y la realidad institucional sobre las que se asientan las prestaciones y servicios que actualmente configuran la atención a la dependencia en España.

Se refiere al papel de las Corporaciones locales en la cobertura de las necesidades de la población con dependencia, mediante sus recursos y los transferidos por el Estado y las Comunidades Autónomas, en cumplimiento de las Bases del Régimen Local.

Efectúa una serie de consideraciones entorno a la un sistema de distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas y el papel de las Corporaciones locales, aunque señala que no es objeto del documento plantear el reparto competencial de la gestión, sino señalar la importancia de la coordinación y cooperación para el buen funcionamiento del sistema. Quizá, tratándose de competencias exclusivas autonómicas y de una ley estatal que establece las condiciones básicas y de mínimos para garantizar la igualdad debería abstenerse de entrar en la regulación detallada de estas cuestiones de mera gestión.

Consideración final

Parece justificada y oportuna la aprobación de una Ley que reconozca de un derecho subjetivo a unas prestaciones que aseguren una vida digna (*derecho fundamental*) a todas las personas en situación de dependencia (sin tener en cuenta su situación económica y sus posibles aportaciones: *universalidad*), mediante un conjunto de prestaciones (catálogo de servicios sociales garantizados) para que puedan disponer de una calidad de vida que les permita decidir su modelo vital (*derecho de elección*), garantizadas por el Estado ("*condiciones básicas de igualdad de los derechos*" o "*legislación básica del régimen público de seguridad social*").

La Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia: análisis crítico desde la perspectiva económica

Resumen

La futura Ley de la dependencia supondrá un cambio importante en el reconocimiento del derecho subjetivo al acceso de las prestaciones públicas para situaciones de dependencia. Este artículo trata de poner de relieve algunos efectos positivos y negativos de la Ley. Entre los positivos se analiza el incremento de la demanda de la ayuda a domicilio y el incremento del gasto social; entre los negativos, las limitaciones del subsidio económico por cuidados informales y el establecimiento del copago como un eje importante de financiación del Sistema.

Abstract

The future Law about long term care for people with dependency is going to represent a big change in the right of individuals to apply for public benefits. This article emphasizes on some positive and negative effects of this Law. Among the positive effects, I point out an increasing of domiciliary care and the raising of public expenditure; among the negative effects, I outline the limits to apply for the informal care subsidy and the copayment of users to use public services.

Palabras clave

Dependencia, gasto publico, gasto de las familias, protección social.

Key words

Dependency, public expenditure, family costs, social protection.

Autora

Julia Montserrat Codorniu

Profesora de la Universidad Ramon Llull de Barcelona
juliamontserrat@wanadoo.es

La Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia: análisis crítico desde la perspectiva económica

El contexto de la Ley de la dependencia

La dependencia es un problema directamente relacionado con el envejecimiento. Las personas viven más años y aunque haya políticas preventivas y mejoras de estilo de vida que ayudan a disminuir el número de años con dependencia por individuo, el hecho de que el número de personas mayores con edades muy avanzadas incrementa, incide en que el número total de personas dependientes aumente.

Uno de los rasgos demográficos más importantes de los países desarrollados ha sido el aumento de la esperanza de vida. En España se ha pasado de una media de 34 años a comienzos del siglo XX a otra de casi 80 años a comienzos del siglo XXI. Las mujeres tienen una esperanza de vida cinco años superior a la de los hombres. Concretamente la esperanza de vida a los 60 años, en nuestro país, es de 19,8 años para los hombres y 24,5 años para las mujeres.

Según Naciones Unidas, en 2050 España será el país más viejo del mundo con una media de edad de 55 años. Hoy en día, el país más viejo es Japón con 41 años de media, siendo la edad mundial de 26 años. Actualmente, más de la mitad de los ancianos viven en los países en desarrollo. Dentro de treinta años, la relación numérica será de tres a uno. Por consiguiente, el envejecimiento se está convirtiendo en un problema mundial¹ pero especialmente, de los países desarrollados.

El envejecimiento de la población no es la única causa que produce dependencia; aunque, tres cuartas partes de los individuos dependientes están en el tramo de mayores de 65 años, otra cuarta, parte se debe a la incidencia de las enfermedades incapacitantes como el Alzheimer, y el impacto de los accidentes laborales y de tráfico en los menores de 65 años, entre otros.

La respuesta de los países industrializados a los desafíos planteados por el envejecimiento de

la población se ha caracterizado por el carácter fragmentario de las medidas adoptadas dentro del marco estrecho de políticas tradicionales².

Después que el Consejo Europeo de Lisboa, de marzo de 2000, se proclamara la necesidad de reformar los regímenes de protección social, el Consejo Europeo de Gotemburgo de 2001, centró su atención en las medidas necesarias para afrontar el envejecimiento de la población y encargó la elaboración de un informe sobre orientaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria y de la atención a los ancianos. En el Consejo Europeo de Barcelona de 2002 se presentó el informe sobre la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores³, el cual marca tres objetivos muy concretos en la materia: el acceso de todos, independientemente de los ingresos o el patrimonio; un alto nivel de calidad de la asistencia; y la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia.

Dicho informe propone medidas legislativas nacionales para el buen desarrollo de la acción protectora en esta materia⁴. Se pide a los Estados el cumplimiento de tres medidas:

1) Con el fin de evitar, en la medida de lo posible, la pérdida de la autonomía de las personas de edad avanzada se sugiere facilitarles el acceso a curas preventivas, fisioterapia, rehabilitación y otros servicios apropiados para garantizarles durante el mayor tiempo posible su independencia, para mejorar su calidad de vida y para prevenir las enfermedades.

2) Se propugna una reestructuración de la organización de los cuidados de larga duración que permita reducir la carga que las familias han de soportar al respecto; para ello se acudirá a una puesta a disposición directa de cuidados domésticos y de servicios en centros adecuados incluyendo servicios de respiro para los familiares.

3) Se solicita a los Estados miembros de la UE que establezcan un marco normativo adecuado sobre la atención dispensada, así como que

efectúen los suficientes controles de calidad de los servicios.

Así, la Ley de la dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes) se desarrolla en el contexto de las recomendaciones de la Comisión Europea para incrementar los niveles de protección social a las personas con dependencia.

total viven en otra casa con familiares mientras que solo están institucionalizados un 5%.

Las personas que viven en su propia casa lo hacen mayoritariamente con su pareja aunque, también pueden haber hijos conviviendo con ellos. A medida que se van haciendo mayores y se van quedando solos, las mujeres tienen una mayor propensión de ir a vivir a otra casa con familiares. Así, entre los de 80 y más años, hay

Cuadro 1. Formas de convivencia de las personas mayores por genero

	Varones		Mujeres	
	Total	80 y más	Total	80 y más
En su propia casa	88%	63%	75%	44%
En otra casa con hijos o familiares	12%	37%	25%	55%

Fuente: M^a Teresa Bazo.

La Ley de la dependencia: Su impacto en las personas que viven en su domicilio

La ley de la dependencia prevé que la mayor parte del gasto de las prestaciones para las personas en situaciones de dependencia serán para las personas que viven en su domicilio.

Los porcentajes de institucionalización de los ancianos son muy bajos ya que, aproximadamente, un 80% del total de los mayores viven en su propia casa, y un 15% del

notas

1. Sigg,R: "El desafío del envejecimiento para la Seguridad Social".RISS, volumen 55, nº 1,enero-marzo 2002, pg.4.

2. Walker,W. "Una estrategia de envejecimiento activo" RISS, volumen 55, nº 1, enero-marzo 2002, pp 139 y ss.

3. Informe Comision UE. Doc. 6361/02.

4. De la Quadra-Salcedo,T. y Suarez,B. : "La garantía de los derechos sociales en la Constitución Europea. La consagración de la dependencia como contingencia protegida por los sistemas de la Seguridad Social.". Revista del MTAS, nº 57, pg. 471 y ss.

un 44% de mujeres que viven en su propia casa y un 55% que viven en otra casa mientras que en los hombres, hay un 63% que viven en su propia casa y un 37% que viven en otra casa⁵.

Ver cuadro 1.

Un aspecto muy importante de cara a prever las necesidades de servicios de las personas dependientes es la constatación de la tendencia de que cada vez es mayor el número de personas mayores que viven solas. La causa mayor de ello es la viudedad siendo mayor el número de mujeres viudas de más de 65 años que el de los hombres. Es por ello que las políticas sociales deben ir encaminadas a prestar atención a las personas que viven el domicilio y, especialmente, a las personas que viven solas.

Las prestaciones que prevé la nueva Ley de la dependencia para las personas que viven en el domicilio y como alternativa a la institucionalización son: la prestación económica al cuidador informal y la ayuda a domicilio.

El impacto de las prestación económica para los cuidados informales

En el ámbito de las personas mayores, la nueva Ley estipula dos grandes tipos de prestaciones: prestaciones en servicios y subsidios económicos (prestaciones monetarias). Los subsidios económicos, a su vez, pueden ser subsidios para los cuidadores informales familiares y subsidios para comprar servicios en el mercado privado. En este artículo nos vamos a centrar en el análisis de los subsidios (prestaciones económicas) para los cuidados informales.

La novedad más importante de la Ley la constituye la “compensación económica por cuidados en el ámbito familiar” y consiste en una compensación económica y excepcional, variable en función del grado de dependencia y con la condición de que el cuidador familiar deberá estar dado de alta en la Seguridad Social.

Esta nueva compensación económica a los cuidadores informales significará reconocer el esfuerzo de dedicar en términos equivalentes, media jornada laboral o entera según el grado de afectación que padezca la persona aunque, será muy difícil poder compensar, adecuadamente, el esfuerzo que dedican los familiares sobre todo cuando el dependiente requiera cuidados continuados las 24 horas del día. Tal como pone de manifiesto Rodríguez Cabrero⁶, los cuidadores informales invierten en cuidados informales más de lo que sería una jornada laboral entera en el caso de atender a personas con dependencia grave y muy grave.

La ventaja de esta prestación es que, ahora habrá una compensación para aquellos que deseen cuidar a sus familiares dependientes mientras que, “antes” no existía ningún tipo de compensación. Pero este subsidio debe ser analizada en sus justos términos porque, a la luz del anteproyecto emergen algunos aspectos “oscuros”.

Uno de los aspectos “oscuros” de esta prestación es que no todos los familiares tendrán acceso a esta prestación sino solo aquellos que estén en edad de acceder al mercado laboral y que, o bien no trabajen o que renuncien a su trabajo, dejando excluidos a todos aquellos familiares que, no estén en edad laboral o, sean pensionistas. Esto significa que *los cónyuges mayores que son los que mayoritariamente tienen cura del dependiente, y aquellos familiares que quieran compatibilizar su trabajo y como cuidador informal, quedaran penalizados al no poder acceder a dicha ayuda.*

Tal como hemos visto anteriormente, el grueso de las personas mayores que viven en su domicilio viven con su pareja, la cual se convierte en cuidadores cuando el otro se vuelve dependiente. Como más de las tres cuartas partes de las personas dependientes son personas mayores (más de 65 años) ello significa que el otro cónyuge es, también, mayor, con lo que no tendrá derecho a dicho subsidio ya que es pensionista y/o está fuera del mercado laboral.

Por otro lado, aquellos familiares jóvenes en edad laboral no siempre estarán dispuestos a renunciar a su carrera profesional para cuidador al familiar dependiente. La cuantía económica de la compensación debería ser muy atractiva para que compense el coste de oportunidad de dejar de percibir un sueldo; en caso contrario, dicha compensación no será ningún incentivo para que los cuidadores informales (hijas, nueras, etc.) dejen su trabajo para dedicarse al cuidado de sus familiares excepto para aquellas cuyos salarios sean muy bajos.

Las condiciones socio-económicas y, el aumento de la esperanza de vida han ido transformando el rol de las familias y, especialmente el rol de la mujer. La longevidad produce familias

devienen dependientes y, tampoco los pueden acoger en sus pisos debido a la falta de espacio de los mismos. Todo ello unido a la reciente incorporación de la mujer en el mercado laboral hará que los jóvenes se hagan cada vez menos responsable de los cuidados de sus progenitores y se demande más servicios de ayuda domiciliaria.

El número de mujeres activas no ha cesado de aumentar desde los años setenta, reflejando un interés creciente de las mujeres por el empleo, que no se puede separar del aumento del mayor nivel educativo que van obteniendo las generaciones más jóvenes⁸. La tasa de empleo, por sexo, muestra como el porcentaje de ocupación de las mujeres entre 25 y 49 años, ya está por encima del 50% del total aunque dicho

Cuadro 2. Tasa de empleo por sexo para la población entre 25 y 49 años.

	Hombres	Mujeres
UE-15	87,9	67,2
España	86,0	55,3

Fuente: Eurostat. Datos año 2002.

más largas en las que se configuran nuevas formas de relación y de ayuda mutua entre las generaciones. Al mismo tiempo, los hogares han visto reducirse su tamaño, lo que unido a los nuevos estilos de vida independiente, fundamentalmente de los mayores de 65 años, produce la paradoja de que entre unos y otros miembros de la misma familia hay más coexistencia y menos convivencia que en el pasado⁷.

Cada vez más los padres e hijos suelen vivir en pisos separados y, cada vez más, unos y otros viven lejos, lo cual dificulta que los jóvenes se hagan cargo de sus padres cuando estos

notas

5. Bazo, Mo Teresa, Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual" en Panorama Social, nº 1. Revista de FUNCAS.

6. Rodríguez Cabrero, G. (2006) "La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado de bienestar en España". Panorama Social nº2. Revista de FUNCAS.

7. Alberdi, Ines "Los cambios en la institución familiar" en Panorama social, nº 1. Revista de FUNCAS

8. Alberdi, Ines, op. Cit.

porcentaje, aún está por debajo de la media de la UE. Ver cuadro 2.

El dato del aumento del nivel educativo de las mujeres es significativo ya que está ligado con el nivel retributivo de sus puestos de trabajo. Así, a niveles salariales bajos, mayor es la propensión de la mujer a dejar de trabajar cuando la doble jornada (familia y empresa) empieza a ser agobiante; al contrario, la propensión a renunciar al mercado laboral es baja, cuando la probabilidad de tener un buen salario es elevada. Según todo lo expuesto, puede ser que la prestación económica tal como está configurada tenga poca demanda, bien, porque una parte de los cuidadores queden excluidos (conyuges), bien porque otra parte (hijas, nueras, etc) de los cuidadores no se sientan atraídos por dicha prestación.

Otro de los puntos “oscuros” de la prestación por cuidados familiares es sí también alcanzará en el supuesto que el cuidador informal no esté relacionado con la familia. Cabe ver si dicho subsidio contempla, también, la posibilidad de que el cuidador fuese una persona externa a la familia; es decir, una persona empleada que viviese con el usuario. En la actualidad, una parte importante de los abuelos están siendo cuidados por asistentes domésticos que, a cambio de vivir en la casa y percibir una remuneración, cuidan de la persona durante todo el día. Estas personas están substituyendo la figura del cuidador familiar. En estos casos, el subsidio económico serviría para ayudar al pago de las retribuciones económicas de dichos cuidadores informales. El anteproyecto de Ley no deja claro si aquellas personas dependientes “mayores” que vivan solas o con pareja y que opten por un asistente doméstico tendrán derecho a dicha prestación económica por cuidados familiares.

El impacto de las prestaciones en ayuda a domicilio

Actualmente el grueso del cuidado de las personas dependiente recae en la familia (cuidados informales) y, especialmente en las mujeres (esposa, hijas, hermanas, etc.). El grueso de los cuidados informales proceden, en primer lugar, de los conyuges que viven con la persona dependiente y, en segundo lugar, de las hijas y otros familiares.

La política “asistencialista” hasta este momento ha ido dedicando esfuerzos a la ayuda a domicilio pero solo para aquellas personas sin recursos económicos, lo cual el nivel de protección es muy bajo. Según los datos del informe del Observatorio de Mayores, el nivel de atención es de 3,5 horas de atención a la semana como promedio, debido a que la familia ha sido el soporte para el cuidado a los familiares dependientes y, también, porque la política de tipo *asistencialista* no tenía presupuesto para atender la demanda del grueso de las necesidades existentes.

Cabe suponer que una de las prestaciones más demandada con la entrada de la nueva ley de la dependencia sea la de “ayuda a domicilio” ya que no se prevé que el subsidio por cuidados informales sea un alternativa real al de la ayuda a domicilio por las razones expuestas en el apartado anterior.

Teniendo en cuenta el bajo nivel asistencial actual (3,5 horas de promedio a la semana) se prevé que este nivel se triplique alcanzando un promedio de 12 horas a la semana, lo cual incidiría a que el número de horas anuales pasase de los 41 millones actuales a, 334 millones de unidades, aproximadamente. Ello significaría multiplicar por ocho la oferta en dicho tipo de servicio. No obstante, estas previsiones están condicionadas a la demanda del nuevo subsidio para cuidados informales. Así, el incremento

Cuadro 3. Evolución de la oferta de ayuda a domicilio

	2004 (actual)	2015 (previsión)
Horas año SAD	41.353.192	334.318.014
Número usuarios SAD	228.812	503.906
Promedio horas/semana	3,5	12
Gasto en M €(1)	447,85	3.620,66
Población protegible (2)	1.125.190	1.373.252

(1) En valores constantes del año 2004.

(2) Datos Libro Blanco de la dependencia para 2005 y 2015, respectivamente.

Fuente: MTAS "Informe 2004. Las personas mayores en España" y elaboración propia.

esperado de ayuda a domicilio puede verse reducido, si el subsidio para cuidados informales se visualiza como una alternativa a la demanda de cuidados formales.

De igual manera el gasto en atención domiciliaria se multiplicaría por ocho entre el año 2004 y el estimado en el 2015, a valores constantes⁹ del año 2004 siempre que no exista una contención debida a la menor demanda de este servicio causado por la mayor demanda del subsidio por cuidados informales. Ver cuadro 3.

El impacto del incremento de la ayuda domiciliaria en cuidados de atención a la dependencia puede ser importante ya que esto puede representar el 40% del total del gasto previsto en la Ley ; no obstante, el coste de este servicio puede reducirse según sea el impacto del subsidio por cuidados informales como alternativa a dicho servicio.

Incremento del gasto en protección social

La nueva Ley de la dependencia permitirá elevar los niveles de protección social en la dependencia, mejorando nuestra posición relativa respecto a la UE (15). El incremento del presupuesto público en la atención a la dependencia permitirá pasar del gasto actual del 0,28 del PIB a situarse, alrededor, del 1% del PIB, lo cual nos situaría en una posición intermedia en el ranking de los países de la UE (15), y al mismo nivel de países como Alemania, Francia y Austria, acortando la distancia actual respecto al gasto de la media europea, que es de, alrededor, el 1,3% del PIB.

notas

9. Para calcular el costes ha tomado como precio de referencia, 10,83 euros/horas de acuerdo con el dato publicado en el Informe 2004 del MTAS.

Se estima que el coste del sistema será de unos 9.000 millones de euros y según lo que prevé la Ley, el coste lo sufragaran dos terceras partes, las Administraciones Públicas y una tercera parte, los usuarios a través de los copagos. Dejando al margen la valoración de si el importe esperado de los copagos es realista, o no, lo que está claro es que como mínimo, las Administraciones Públicas habrán de aportar 6.000 millones de euros. Si de este importe deducimos, los 1.800 millones de euros que, actualmente, están aportando en servicios para la dependencia, deduciremos que *el incremento del gasto público será de 4.200 millones de euros, aproximadamente.*

El gasto público adicional de la nueva Ley de la dependencia supone el 0,5% del PIB. Este es un esfuerzo financiero público muy importante para que la Ley prevea el mecanismo de su financiación. La referencia de que este gasto va a ser financiado con cargo a los Presupuestos Generales del Estado no es suficiente ya que es una cantidad suficientemente importante para que pueda ser compensada con la minoración de otras partidas presupuestarias correspondiente a otros departamentos. Este es uno de los aspectos “oscuros” que en el desarrollo de la Ley se debería esclarecer para que la financiación de las prestaciones de la dependencia sea “sostenible en el tiempo”.

Si comparamos el esfuerzo financiero público actual (0,28% del PIB) con el realizado por los países de nuestro entorno, se constata que, actualmente, están muy por debajo de la media de la UE-15 que es del 1,3% del PIB y, también, muy por debajo de aquellos países con una cultura del gasto público más similar al nuestro como Italia, Francia o Bélgica.

Los datos del Eurostat muestran un amplio abanico de intensidades del gasto que oscilan entre valores alrededor del 3% en los Países Nórdicos y, entre el 0,7 al 0,9% del PIB en países de nuestro entorno, como es el caso de Francia, Alemania, Irlanda, Bélgica y Austria.

Con la implantación de la nueva Ley, se elevará el nivel del gasto en Protección social para los cuidados de larga duración y se estima que podremos figurar en las estadísticas del Eurostat en una posición más favorable que la actual, en donde se muestre que España ha desarrollado una política de Bienestar en materia de protección a la dependencia de acuerdo con las ambiciones de la ciudadanía.

El impacto de la financiación sobre los usuarios

Tal como se ha dicho anteriormente, la Ley prevé que un tercio del coste de las prestaciones sean financiadas por los propios beneficiarios con lo que ello puede representar un esfuerzo muy importante para algunas familias o, en caso contrario, si se introducen muchas bonificaciones a los copagos, las previsiones financieras realizadas por el Gobierno no se alcanzaran pudiendo hacer tambalear la eficacia del Sistema Nacional de la Dependencia. El principio del copago tal como está establecido en el anteproyecto de Ley implicará tres consecuencias importantes para los beneficiarios. La primera es que desincentiva el ahorro, la segunda es que una parte de los beneficiarios van a quedar excluidos de la Ley y, la tercera es que va a exigir a los usuarios un esfuerzo económico que, en muchos casos, puede ser muy gravoso para los usuarios.

El copago desincentivador del ahorro. El anteproyecto de Ley prevé que el copago se mida en función de la renta y del patrimonio del individuo. Así dos individuos que hayan trabajado el mismo número de años, cobrando la misma cantidad, una vez jubilados cobrarán la misma pensión. En cambio, si el individuo A, era ahorrador y con sus ahorros se compró el piso donde vive, y el individuo B, se lo gastaba todo, la conclusión es que A será penalizado respecto al individuo B. Esto significa que la Ley de la dependencia desincentivará el ahorro de los individuos ya que estos serán penalizados respecto a los que no han ahorrado o, que siendo más perspicaces, se han deshecho del patrimonio con suficiente antelación para que este no aflore.

Cuadro 4. Cuantías de las pensiones de la Seguridad Social

Euros/mes	% acumulado
Menos de 300	18,7
Menos de 500	62,8
Menos de 1.000	87,1
Menos de 1.500	96,3
Mas de 1.500	100

Fuente : informe económico presupuestos de la Seguridad Social para el 2005

El copago como elemento excluyente de los beneficios de la Ley.

Se introduce el "copago" como una responsabilidad del beneficiario en la financiación del servicio que reciba. El copago se calculará en función de la renta y del patrimonio del individuo con lo cual se puede llegar a la paradoja de que, a partir de un determinado nivel de renta, el individuo deba pagar el coste total del servicio. Cuando se llegue a esta situación, ni el usuario tendrá ningún incentivo a que la Administración Pública le preste el servicio, ni la Administración de prestárselo. El individuo percibirá que pagando lo mismo, el mercado privado le puede prestar los servicios sin tener que someterse a valoraciones de su renta, estar en la lista de espera o sufrir cualquier otro trámite burocrático.

El copago supone una carga financiera importante para los usuarios porque, en promedio, va a representar pagar más de la mitad del Salario Mínimo Interprofesional (SMI) para acceder a los servicios de la dependencia. Esto puede representar para los beneficiarios un

esfuerzo económico muy importante teniendo en cuenta que un 87% de los pensionistas de la Seguridad Social¹⁰ cobran pensiones por debajo de los 1.000 euros al mes (dos veces el SMI). Ver cuadro 4.

Existen argumentos a favor del copago, por aquello de que si un individuo está atendido en un centro, por ejemplo una residencia, una parte de los servicios que recibe son de carácter hotelero y si estuviese en su casa habría de pagarlos (comida, mantenimiento de la casa, etc.). En este caso, parecería lógico que el individuo contribuyese al coste del servicio en la parte hotelera (manutención y alojamiento); lo que *no es lógico es que en una prestación de carácter universal, el usuario haya de pagar por la parte asistencial.*

notas

10 . Además de la Seguridad Social existe otro sistema de aseguramiento público que es el régimen de Clases Pasivas, el cual incluye a parte de los funcionarios del Estado; no obstante, la Seguridad Social cubre al 94% de la población.

Tal como está previsto en el anteproyecto de la Ley de la dependencia, los conceptos asistencial

y hotelero no se diferencian, ello supone que, a partir de un determinado nivel de renta,

Cuadro 5. Esfuerzo económico del copago.
(en porcentaje del SMI)

	Dependencia nivel I	Dependencia nivel II	Dependencia nivel III
Coste medio servicio (€ al año)	9.450	14.111	16.637
Copago: 30% del coste	37% del SMI	56% del SMI	66 % del SMI
Copago: 40% del coste	50% del SMI	74% del SMI	88% del SMI

Fuente: Elaboración propia.

el individuo habrá de pagar la totalidad del precio del servicio. A partir de ese momento, el individuo no va a recibir ningún beneficio económico de las prestaciones de la Ley de la dependencia ya que le va a costar lo mismo que yendo al mercado privado y, por otra parte, se evitará trámites burocráticos de lista de espera, aportación de documentos y entrevistas para la valoración del copago, etc. Cuando se alcance dicha situación significará, en la práctica, la exclusión de ser beneficiario de la Ley ya que, ni el individuo, ni la Administración tendrán interés en utilizar o proveer un servicio público. *El esfuerzo económico del copago se puede medir en términos equivalentes al SMI¹¹; así sobre un coste medio anual del servicio de 10.000 euros, si el usuario pagase el 40% del coste del servicio, le supondría desembolsar el 65% del SMI y, en el caso que tuviese que pagar el 30%, implicaría un pago del 50% del SMI.* Una persona que viva en su domicilio, la renta mínima de subsistencia corresponde con el importe del SMI. Todos aquellos pagos suplementarios (el copago por un servicio para la dependencia) que le hagan disminuir esta cuantía mínima

incidirá negativamente en la calidad de vida del individuo.

Aun cuando los costes de los servicios formales a la dependencia varían en función del grado de complejidad de los servicios, se adjunta un cuadro en donde se pone de manifiesto que copagos del 30% o 40% de los coste de los servicios suponen cantidades importantes para la mayoría de los pensionistas. Ver cuadro 5.

Teniendo en cuenta que el 87% de los pensionistas cobran pensiones por debajo de los 1.000 euros al mes (dos veces el SMI), *el hecho de que el copago represente importes entre el 40% y el 90% del SMI va a suponer que, en muchos casos, la renta disponible de los usuarios quede mermada a valores inferiores al SMI.*

Por otro lado, aunque el Estado establezca mecanismos correctores para que el copago no sea una limitación para acceder a las prestaciones públicas de la dependencia, el problema que

se va a plantear es el de la insuficiencia de los recursos previstos por la Administración Pública para cubrir los costes ya que las reducciones que se van a tener que aplicar en los copagos van a ser muchas e importantes, con lo que las previsiones de recaudación esperadas no se van a cumplir.

Como conclusión se puede decir que el copago tal como está previsto en el anteproyecto de la Ley de la dependencia adolece de tres limitaciones: es injusto porque no es universal al dejar fuera de sus beneficios una parte de la población; va a significar un esfuerzo económico importante para los usuarios y; puede suponer una limitación de los gastos públicos al no recaudar las previsiones de los importes previstos.

Bibliografía

ALBERDI, Inés (2005) "Los cambios en la institución familiar" en Panorama social, nº 1. Revista de Funcas.

BAZO, M^a Teresa(2005), Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual" en Panorama Social, no 1. Revista de Funcas.

CASADO, D. (dir) (2004): Respuestas a la dependencia. Edit. CCS. Madrid.

DE LA QUADRA-SALCEDO,T. y SUAREZ,B. : "La garantía de los derechos sociales en la Constitución Europea. La consagración de la dependencia como contingencia protegida por los sistemas de la Seguridad Social." . Revista del MTAS, no 57, pg. 471 y ss.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): Informe 2004. Las personas mayores en España.

MONTSERRAT,J. (2003): El impacto de la vejez en el gasto social. Revista de Presupuesto y Gasto Público. Instituto de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda, 33/ 2003:123-142.

MONTSERRAT,J. (2003): Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: Gasto razonable versus gasto actual, en D. Casado (dir.): Respuestas a la dependencia. CCS.2003.

MONTSERRAT, J. (2005) "El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo", Revista de Presupuesto y Gasto Público. Instituto de Estudios Fiscales. 39/2005:309-327.

PUGA, M^a Dolores (2002): Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Fundación Pfizer. Madrid.

RODRIGUEZ CABRERO, G.,(Coord.) (1998): La protección social de la dependencia. MTAS. Madrid.

RODRÍGUEZ CABRERO,G.(2006) " La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado de bienestar en España". Panorama Social nº 2. Revista de Funcas.

SIGG,R: "El desafío del envejecimiento para la Seguridad Social". RISS, volumen 55, nº 1, enero-marzo 2002, pg.4.

WALKER,W. "Una estrategia de envejecimiento activo" RISS, volumen 55, nº 1, enero-marzo 2002, pp 139 y ss.

La dependencia: un reto de siempre convertido en un cúmulo de olvidos, despropósitos e intereses

Resumen

En una primera parte el artículo ofrece un conjunto de reflexiones sobre la relación natural existente entre el trabajo social y la atención a personas dependientes. Sobre la base de un recorrido de años se cuestiona la actitud de algunos de los responsables políticos y agentes sociales que le dan a la dependencia un carácter de novedad, cosa que no es cierta, como tampoco lo es su atención.

En una segunda parte analiza los titulares aparecidos en las ediciones digitales de los periódicos de tirada nacional el día 23 d diciembre fecha en que se aprobó el Anteproyecto de Ley de Atención a la Dependencia.

Abstract

In a first part the article puts forward a series of reflections concerning the natural relationship between social work and the care given to dependent people. On the basis of many years experience a certain attitude assumed by political and social agents is questioned by which dependency is given a false character of novelty and care.

In a second part the headlines of the national and digital press of December the 23d, date in which the blueprint of the Bill of Dependency Care was passes, is analysed.

Palabras clave

Anteproyecto de ley de dependencia y trabajo social, dependencia y trabajo social, anteproyecto de ley de dependencia y prensa.

Key words

Blueprint of the Bill of Dependency Care and social work, dependency and social work, blueprint of the Bill of Dependency Care and press.

Autora

Dolors Colom Masfret

Trabajadora Social, consultora, escritora, investigadora.
ISSIS (Institut de Serveis Sanitaris i Socials)
Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar.
www.revista-agathos.com
dolorscolom@revista-agathos.com

La dependencia: un reto de siempre convertido en un cúmulo de olvidos, despropósitos e intereses

"Nosotros no somos como edificios a los que se puede añadir piedras desde fuera, sino como árboles que sacan de su propia savia el siguiente nudo de su tallo, la capa superior de su follaje."

Marcel Proust "En busca del tiempo perdido"

La dependencia y el trabajo social un binomio natural

La dependencia es al trabajo social lo que la urgencia médica a la medicina, las vías férreas al tren, los faraones y las pirámides al mismo Egipto.

Es a finales del siglo XIX, cuando una de las muchas maneras de prestar ayuda social y benéfica se profesionaliza adquiriendo método y sistemática.¹ Ambos, trabajo social y dependencia, en su sentido más profundo, forman un binomio natural hasta la fecha indisoluble e indiscutible. La evolución de la sociedad y del mismo corpus teórico de la disciplina lo enmarcan en una relación profesional de ayuda cuyo objetivo en términos generales es: producir bienestar mensurable, objetiva y subjetivamente; promover recursos eficientes; aliviar el sufrimiento, etcétera.. A lo largo del siglo XX, la dependencia en sus muchas expresiones, sobre todo sociosanitarias, ha encontrado en el trabajo social de base y/o especializado múltiples respuestas avaladas, todas ellas, por la aplicación del Método Básico de Trabajo Social.²

Desde siempre la dependencia, física, psíquica y/o social de las personas, en las diferentes proporciones, va ligada a una necesidad, mayor o menor, formal o informal, de ayuda. Las características del apoyo a recibir las determina el grado de autonomía de la persona y en una primera fase, también su autopercepción. La necesidad o carencia se diagnostica a partir de instrumentos que informan de variables objetivas. No obstante, la dependencia de la

persona como concepto global está íntimamente relacionada con la "resilience" (término sajón que se refiere a la capacidad de cada uno para resistir el sufrimiento). La "resilience" forma parte de lo denominado intangible pero ejerce un gran peso sobre lo tangible, en ocasiones, incluso lo determina.

Así, además de los datos susceptibles de objetivar, un primer aspecto a considerar sobre la dependencia es el peso de la subjetividad y la autopercepción de la persona, ambas, dimensiones esenciales para complementar el diagnóstico social y pactar la terapéutica. Para diagnosticar el grado de dependencia de un individuo el trabajador social considera:

- Las variables objetivas: observadas directamente, valoradas mediante instrumentos diagnósticos, avaladas por informes propios, médicos, o de otros profesionales.
- Las variables subjetivas: miedos, temores, esperanzas.
- Las variables referidas al entorno, familiar y comunitario al cual la persona regresará y que se responsabilizará de cubrir las carencias con su ayuda y en la medida de lo posible.
- Las variables referidas a los servicios y programas disponibles en el territorio donde vive la persona.

Estos cuatro puntos ponen en evidencia que la dependencia no puede plantearse sólo como un conjunto de normas y criterios objetivos que a modo de test rápido, como quien deshoja la margarita, determinan las prestaciones a recibir. La dependencia no es solo una falta de autonomía funcional, o instrumental. En su sentido más amplio, la dependencia es una realidad multifactorial y compleja en la que el estudio de la "resilience" del núcleo de intervención y su ínter actuación con el medio, es imprescindible.

Este análisis sin duda exhaustivo pero debido a que el problema también lo es, por formación y funciones, lo desarrollan y documentan los

trabajadores sociales. No únicamente ellos, por supuesto, pero sí que ellos son el hilo conductor sobre el que se van gestando las diferentes intervenciones. En la intervención del trabajador social confluyen lo social, lo sanitario y lo comunitario. Moral y éticamente, el trabajo social debe ser uno de los pilares de las disciplinas imprescindibles sobre los cuales se asiente el futuro Sistema Nacional de Dependencia, no por mero capricho sino por que, a las verdes o a las maduras, el trabajo social lleva en ello más de un siglo.

No se puede bajar tan alegremente el telón y dar por concluida la realidad de los últimos veinticinco años cuando los facultativos, la enfermería u otros profesionales del sistema sanitario daban por ultimada su intervención aunque la persona, por ser dependiente, siguiera precisando de apoyos varios. La mayoría de estos profesionales se autoexclúan argumentando que ellos ya no podían hacer más. No se puede borrar de un plumazo que ante este hecho los trabajadores sociales hospitalarios y/o de atención primaria de salud, junto con los servicios sociales comunitarios, a pesar de las precarias posibilidades, continuaban la atención de la persona y cubrían las nuevas necesidades con servicios de todo tipo.

Conscientes de la insolvencia de los servicios disponibles y del abuso ejercido sobre las familias y cuidadores, los trabajadores sociales hace años que demandan un sistema de bienestar que no genere malestar, flexible para resolver, con medios y recursos para atender.

Pero en gran medida el trabajador social se ha convertido en la saca de boxeo sobre la que, a falta de los recursos que nunca llegan, todos los implicados descargan su ira sin miramientos. Por una parte los profesionales con los que comparte la atención y por la otra, las propias personas a las que atiende. Todos le reclaman y exigen unos recursos que no existen o mejor dicho, existen pero no tienen capacidad para atender a quien lo necesita. Así, sumidos en un

caos asistencial sin precedentes, parece que el mismísimo conejo ha escapado de la chistera. Las palabras solas ya no sirven, la población exige, además de información, acciones y apoyos tangibles. Muchas de las situaciones de dependencia atendidas por los trabajadores sociales se sostienen con dificultad, no por su incompetencia sino porque el sistema no da para más. Algunos han claudicado, pero otros han desviado hacia las partes altas de los organigramas la presión que ya no pueden contener y ello parece que ha surtido algún efecto. Todos los trabajadores sociales que han practicado la asistencia directa han experimentado alguna vez el horror que en el mejor de los casos supone acarrear con la mala conciencia de estar resolviendo mediante apañes. En el peor de ellos soportar la desazón de la imposibilidad. Todos ellos han experimentado, además, la impotencia que genera hablar a los oídos sordos de toda una administración ciega y muda en la corta distancia.

Los trabajadores sociales están saturados de las buenas intenciones presentadas en bandejas de plata y celofanes de lujo por los responsables de turno. Están hartos de grupos de trabajo, comités, reuniones y similares que solo sirven, eso sí, para desahogarse y compartir la miseria. Sin ningún pudor ni rubor se puede afirmar que ningún colectivo del sistema de bienestar social soporta tan descarnadamente, como lo hacen los trabajadores sociales, la imposibilidad material de dar respuesta a las necesidades de dependencia, sociosanitaria y social de siempre. Cada colectivo carga con su mochila pero la de los trabajadores sociales supera con creces a todas. En demasiadas

notas

1. Richmond, M. E. (1917) Social Diagnosis. New York. Russell Sage Foundation. Pag 5
2. Colomer, M. (1974) "Método de Trabajo Social" Revista de Trabajo Social. Asociación de Asistentes Sociales para el estudio y especialización del Trabajo Social. Barcelona.

ocasiones se confunde al trabajador social con el hada madrina de la cenicienta. En demasiadas ocasiones se proyecta sobre dicho profesional la propia impotencia, una sombra que se alarga sobre el terreno de la realidad. Si la sociedad, los gobernantes no se ocupan de permitir el acceso, planificar y crear recursos y programas adecuados, las terapéuticas de los trabajadores sociales quedan literalmente mutiladas. Igual que le ocurriría al mejor cirujano sin anestésista, o sin quirófano, o sin camas en la planta, o sin enfermería, auxiliares, personal de la limpieza, camilleros, etcétera. La mayoría de las veces el trabajador social se queda en el diagnóstico, porque no puede disponer del recurso necesario cuando surge el problema debiendo, entonces, atender las situaciones mediante zurcidos imposibles de disimular. En estas circunstancias la falta de resultados de inserción social no debería sorprender a nadie. Sólo los cínicos pueden caer en ese tópico. Son muchos los *mea culpa* que pueden entonar los trabajadores sociales pero cargar con la falta de recursos, ese, precisamente, no.

Por eso ahora, cuando parece que las sensibilidades se han refinado y los frutos de tanto esfuerzo se empiezan a encauzar en forma de Sistema Nacional de la Dependencia, los trabajadores sociales no deben resignarse a ser el convidado de piedra, papel que parece se les ha reservado. A modo de ejemplo el pasado 18 de enero el gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad comunicaba: *La Fundación Reina Sofía y la Fundación CIEN, dependiente del Instituto de Salud Carlos III, firman un convenio para la creación de la Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer*. Se cita literalmente en la nota a pie de página el equipo de trabajo que, como puede verse, sin desatender la atención social de las personas no cuenta, de momento con la figura del trabajador social.³ Valga este botón de muestra.

Con este artículo la autora desea compartir algunas inquietudes suscitadas por cómo se está planteando la futura atención a la dependencia. El pasado nadie lo puede sustraer pero el

futuro presenta un anteproyecto de ley con demasiadas limitaciones en la línea de salida. La ambigüedad de los conceptos a los que se recurre y la imprecisión de las acciones que se deberán generar aumenta la incertidumbre en una realidad ya de por sí incierta. De nuevo, como ocurriera con la atención sociosanitaria a mediados de los ochenta, el fantasma de la desvalorización de lo social irrumpe de nuevo sobre las promesas. Nadie duda, pero todos obvian, que lo social es lo más complejo, lo más difícil de estudiar y entender. Como no de resolver. Estudiar lo social requiere pericia, exige tolerancia y tiempo. ¡Tiempo! Palabra bruja que impregna de surrealismo la vida profesional. Todo se necesita para anteayer. En una sociedad inmersa en la inmediatez propia de la adolescencia, no hay tiempo ni siquiera para averiguar donde se está. Pero ello parece no impedir hacer por hacer, aunque sea a tientas.

La relación de ayuda a través de la vida

La relación de ayuda se remonta a la historia de los tiempos. Es una característica de todas las sociedades que los individuos más vulnerables y frágiles encuentren soporte y apoyo, por una parte en los más fuertes, saludables y dispuestos a ayudar: familia, amigos; por la otra, ya en los últimos tiempos, la ayuda llega, además, de la mano de los expertos, profesionales con el conocimiento, los procedimientos y los recursos para orientar o restablecer el bienestar o la salud. Pero hablar de recursos sin financiación es un sarcasmo.

Sobre una realidad empírica pues, se patentiza que para los trabajadores sociales la dependencia no es un concepto nuevo, ni una realidad desconocida, ni siquiera semánticamente se trata de un vocablo de última generación. Dicho sea de paso, tampoco lo es para los médicos geriatras, los neurólogos, determinadas especialidades de la enfermería, los rehabilitadores, los terapeutas ocupacionales, los ergo terapeutas y un largo

etcétera. Las personas dependientes son el núcleo de intervención del trabajo social, siendo su *raison d'être*.

Unos muchos han descubierto el románico algo tarde y aunque más vale tarde que nunca, ello no convierte al románico en una novedad.

Ante cualquier persona con un problema social o sociosanitario las primeras preguntas a las que desde el trabajo social se busca respuesta son:

- ¿Qué necesidades tiene o, en argot actual, cuán dependiente es la persona?
 - ¿Cuál es el grado de su autonomía, objetiva y subjetiva?
 - ¿De quién depende la persona dependiente?
 - ¿Alguien puede ayudarle en su nueva etapa?
 - ¿Qué supone para ese alguien prestar la ayuda?
 - ¿Por cuánto tiempo puede seguir prestándola?
 - ¿Qué rupturas vitales le supone?
- Etcétera.

La dependencia (baja, media, alta, total) o la falta de autonomía de las personas se presenta en muchos planos continuos; cualquier acción que se desarrolle sobre uno de ellos incide automáticamente sobre los otros. Queda fuera de dudas la importancia de la comunicación entre los miembros del equipo y la necesidad de una metodología transversal que considere la globalidad, como sería la teoría sistémica.⁴

La dependencia impide la acción de la persona, no sólo físicamente también socialmente, le dificulta el movimiento natural en cualquiera de las dimensiones vitales, le interrumpe, temporal o indefinidamente, el fluir de la vida en los parámetros de siempre. Además, esta interrupción se extiende a los miembros de la familia con los cuales convive. Toda persona con

necesidad de algún apoyo externo para vivir su vida diaria es dependiente, sólo cabe determinar el grado y el carácter temporal o indefinido.

No obstante, en un mundo altamente tecnológico parece olvidarse que el ser humano sigue siendo mortal y que toda la ciencia no impedirá que la dependencia lo acompañe con intermitencias desde el nacimiento hasta su muerte. La vida oscila entre periodos de autonomía y periodos de dependencia. Unas veces la persona puede resolver por sí misma y otras no. La universalidad que se proclama no es económicamente factible, por tanto, cabe esperar a la letra pequeña. Entonces, es en este segundo caso, cuando las personas no pueden por sí mismas que se activa la operativa de atención del sistema sin confundirlo con en *el país de las maravillas*.

Hoy por hoy... nada es nuevo bajo el sol

La de ahora es una oportunidad, casi única, para que los profesionales del trabajo social

notas

3. 18 de enero de 2006. Gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad y Consumo. "Además, las investigaciones abordarán la enfermedad de Alzheimer no sólo desde la perspectiva médica, sino también en sus aspectos de atención social. Así, la Unidad pretende trabajar en estrecha colaboración con el Complejo Asistencial para obtener datos sobre el grado de discapacidad de los pacientes, las deficiencias sobreañadidas, el impacto de la enfermedad sobre la familia y el cuidador, etc. El equipo básico de investigación multidisciplinar de la enfermedad de Alzheimer, compartido con la Comunidad de Madrid, estará formado por un geriatra, un psicogeriatra y un fisioterapeuta del Complejo Asistencial, y un neurólogo, un neuropsicólogo y un sociólogo de la Unidad de Investigación".

4. Pérez de Ayala, E. (2000) *Trabajando con familias, teoría y práctica*. Zaragoza. Edita Libros Certeza y Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Pag 79-91

desempolven estudios e investigaciones desarrollados a lo largo de los últimos años alrededor de la dependencia y los den a conocer mediante informes o artículos. Ahora más que nunca apremia la producción científica con resultados empíricos y metodologías probadas centradas en las personas y no, como es habitual, en las organizaciones. Es la hora de integrar los números a las narraciones. Cuando los números hablan, los mediocres, los charlatanes callan, su gallina particular de la verborrea escapa con los huevos de oro.

Existen muchas experiencias aisladas de servicios y profesionales del trabajo social que interesan a los diferentes agentes que diseñarán y articularán los nuevos itinerarios de respuesta a la dependencia. Sería una imprudencia dejarlas en el olvido por decisión propia.

La euforia desatada los últimos meses a través de los medios sobre la futura ley de dependencia exhibiendo como nuevas las realidades de siempre, resulta casi insultante para el trabajo social, una profesión con muchos años de recorrido cuyas funciones, se insiste, siempre han estado marcadas por la atención a la dependencia. La emoción y la reflexión suelen estar reñidas y los medios son un excelente caldo de cultivo de emociones. Las noticias se atropellan unas a otras así en cuestión de días La Ley Antitabaco dejó semienterrado en el olvido informativo el Anteproyecto de Ley de la Dependencia.⁵ Cuando salga publicado este artículo probablemente ya nadie hable del anteproyecto de la de la dependencia. En una sociedad tan mediática como la actual, debe replantearse el papel de *los mass media*, ante determinadas cuestiones que afectan a la misma vida, lejos de los chismorreos.⁶

¿Cómo se gestiona ésta información tan sensible en los medios de comunicación y que puede considerarse va más allá de la simple información?

No todas las noticias son iguales ni merecen ser

tratadas indiscriminadamente por los camicaces que sólo buscan audiencia.⁷ Quizás el periodismo también está en crisis. Dejando de lado la crónica de investigación en que el rigor forma parte de la misma acción, en el día a día impera la frivolidad informativa que se basa en el instante y, además, un instante vertical, disociado del antes y del después. A modo de ejemplo y siguiendo con la noticia del Anteproyecto de Ley de la Dependencia mencionada a los pocos días saltó la noticia de la Ley Antitabaco.

De momento nadie ha tenido la habilidad de relacionar transversalmente ambas, entendiendo que la segunda cambiará la epidemiología de muchas patologías y, a la larga, contribuirá en sobremanera a aligerar el peso de la primera.

La dependencia viene siendo un reto desde siempre, si bien los últimos años, ciertamente, las coordinadas demográficas y sociales en las cuales se manifiesta y refleja marcan diferencias con épocas precedentes. Pero el sistema de atención de momento no ha cambiado. Lo nuevo no es la dependencia, sino la toma de conciencia de su importancia más allá de los trabajadores sociales, ello es por parte de otras esferas de la vida pública con responsabilidades políticas. Lo nuevo, lo revolucionario sería lograr lo que se pretende: impulsar de manera fehaciente la integración de los recursos disponibles, formales e informales, en un todo; considerar y reconocer a los cuidadores, en gran medida mujeres, como fuente de ayuda que ahorran recursos públicos y en muchas ocasiones dejan de lado su desarrollo profesional y personal para atender al familiar; tratar de favorecer la conciliación de la vida personal, laboral, familiar, etcétera de quienes ejercen de cuidadores. Lo nuevo sería lograr todo esto no desde la retórica especulativa que a base de repetir la invención cree conquistar la verdad, sino desde la realidad tangible y reconocible.

Recordar, además, el concepto de "*Just in time*"⁸ traducido al castellano "Justo a tiempo", término acuñado en Japón en los años cincuenta dentro de la empresa y que trasladado al sistema de

bienestar implicaría “disponer del recurso idóneo en el momento en que surge la necesidad” con el fin de evitar el deterioro por falta de una atención adecuada. Esto, sin duda alguna, sí que sería nuevo.

Aunque habría que confirmarlo mediante estudios detallados por zonas geográficas, en términos generales, especialmente en las grandes urbes, la autora apunta como hipótesis que la insolvencia actual en la atención a la dependencia no está tanto en la falta de recursos sino en la falta de control de la eficiencia exigible a dichos recursos. Otros planos que parecen ignorarse son: el exceso de puertas que se cruzan para nada y ofrecen grandes vacíos; la falta de criterios comunes para determinar el acceso a cada servicio o programa; la insensibilidad unas veces, conformidad otras, de los profesionales ante las respuestas inadecuadas de quienes tienen la llave de paso. Por alguna extraña causa, ha habido una sumisión tácita ante la falta de respuestas.

Casi siempre, al analizar la población atendida uno se encuentra con personas de todos los grados de dependencia en todos los programas disponibles. Desde la teoría, por definición cada recurso o programa contempla unas posibilidades de atención, dispone de unas ratios de personal, unos indicadores de actividad, que marcan la intensidad del servicio. Cuando este equilibrio se rompe por aumentar la presión asistencial fácilmente la atención pierde calidad.

El reto, de momento inalcanzable, siempre está en lograr la tan anhelada continuidad asistencial combinando los profesionales, los recursos y los sistemas sin roturas perceptibles para la persona. Un desafío demasiado ambicioso y complejo no desde la concepción teórica, sino desde los grandes intereses de todo tipo, sobre todo, económicos alrededor de la atención a las personas dependientes pero que no se traducen en servicios asequibles para todas las clases.

Un lema actual, deudor del despotismo ilustrado podría proclamar: “Todo para la persona dependiente pero sin la persona dependiente”.

La continuidad asistencial se configura como el objetivo frustrado de todos los profesionales y gobernantes que han ejercido hasta ahora. También es el drama continuo para las familias que ven alteradas sus vidas por falta de apoyos estables. Quizás el vaso se ha colmado con la última gota pero éste lleva años llenándose.

Siguiendo las enseñanzas de Peter Drucker, recientemente fallecido, se puede decir que si se logra lo que se promete, la atención a la dependencia marcará una divisoria histórica. Según él: *“Las divisorias históricas tienden a no ser espectaculares y raramente constituyen noticia importante en su época, pero una vez cruzadas cambia el panorama social y político. Es diferente el clima social y político y también lo es el lenguaje social y político. Son las nuevas realidades”*.⁹

Pero se percibe un cierto tufillo a cinismo cuando los partidos con responsabilidades en el gobierno y en las comunidades autónomas presentan como algo extraordinario que sus políticas sociales se adecuen a los tiempos y den respuesta a las “nuevas realidades”. Olvidan, o peor aún, ignoran que están ahí para eso. La evolución de los instrumentos sociales para la producción de bienestar no debe presentarse como un privilegio de la época sino como un derecho histórico que

notas

5. Gitlin, T. (2005) *Enfermos de información. De cómo el torrente mediático está saturando nuestras vidas*. Barcelona, Paidós Controversias. Pag 23-32.

6. Andrés Bombin, M. (2005) *Medios de comunicación, historia, lenguaje y características*. Barcelona, Editorial Octaedro. Pag 41-54.

7. Aznar, H. (2005) *Ética de la comunicación y nuevos retos sociales. Códigos y recomendaciones para los medios*. Barcelona. Paidós PC. Pag 307-319.

8. Creech, B. (1994) *The five pillars of TQM* New York, Penguin Group. Pag 45-47.

9. Drucker, P. F. (1989) *Las nuevas realidades*. Barcelona. Editorial Edhasa. Pag 21-22.<<

La dependencia: un reto de siempre convertido en un cúmulo de olvidos, despropósitos e intereses

se sembró a mediados del siglo XIX. Ello dicho con el dolor nacido del malestar que sufren muchos habitantes del planeta, condenados de antemano a la precariedad. Como escribió John Donne en el siglo XVII: *"...la muerte de cualquiera me afecta, porque me encuentro unido a toda la humanidad..."*¹⁰

La dependencia es multifactorial, multidimensional y precisa de múltiples diagnósticos y respuestas que encadenadas adecuadamente configuran servicios interdisciplinarios de gran valor para la persona. Esta multiplicidad de elementos facilita a cada uno, según la perspectiva adoptada y los intereses subyacentes, ver una parte u otra. Para los profesionales, la dependencia es un conjunto de realidades y para los políticos u otros agentes sociales y económicos, éstas son otras. La intersección resultante de ambas quizás sería escasa pero el método científico ayuda a debilitar las falsas percepciones. La realidad es amplia y en esta extensión caben muchos puntos de vista que siendo innegables y existentes desprenden valores diferentes en el proceso asistencial. Fuera de los márgenes del estudio científico la imagen particular de uno está sesgada. Demetrio Casado escribe: *"La mente humana no tiene capacidad para conocer directamente los fenómenos sociales [...] los cuales llegan a nuestro disco duro mediante: conceptos, apropiados o inapropiados; datos, verdaderos o falsos; experiencias, propias o mal digeridas; valoraciones ponderadas o no. Con tales elementos hemos compuesto una imagen de ese fenómeno social al que he aludido mediante varias de sus denominaciones y, en rigor a la verdad, tal imagen es el objeto de nuestro aprecio, no la realidad a que se refiere"*.¹¹ Argumento éste que justifica la importancia de precisar y ponderar las bases sobre las que se sostienen muchas de las propuestas. Cabe establecer sinergias que lejos de restar sumen conscientes de que en lo social, la sinergia hace que dos y dos casi nunca suman cuatro.¹²

A pesar del ninguneo tácito hacia los trabajadores sociales, cabe celebrar y dar la bienvenida a esta

nueva sensibilidad de los gobernantes y otros responsables hacia las personas dependientes que precisan apoyos externos y hacia los familiares o cuidadores que los atienden, pero cabe esperar el desenlace para valorar el verdadero alcance de todo ello.

La relación de ayuda regulada: más de dos mil años de recorrido

La relación de ayuda y de atención como hoy se la conoce tiene su origen en los textos hipocráticos¹³ sobre los que se ha desarrollado la ciencia médica: *"La medicina hipocrática, ciencia y arte al mismo tiempo, representa en efecto el nacimiento de la medicina científica, alejada ya de connotaciones mágico-religiosas"*. También es a partir de Hipócrates que se regula el ejercicio de la medicina: *"Sabido es que en la antigua Grecia el ejercicio de la medicina no estaba regulado, de modo que cualquiera, con o sin conocimientos bastantes, podía practicarla. Dado que el estado no controlaba ni el aprendizaje ni el ejercicio, no es difícil imaginar la gama tan diversa de "médicos" que habitaban los dispensarios griegos [...] Se comprende así, por tanto, que algunos tratados del Corpus se ocupen de defender la medicina contra los que la atacan por culpa de los ineptos que la practicaban incorrectamente: la irresponsabilidad, la negligencia o incluso la ausencia de ética en el ejercicio de la profesión, a falta de una regulación y, por tanto, de una sanción para los culpables, no acarreaba más que mala fama y desprestigio sobre el "médico" en cuestión y, por extensión, sobre todos los demás"*. Recordar en este punto que descubrir no es inventar.

Tiempos de cambio

En la sociedad el cambio es constante pero hay momentos en los que se percibe con la máxima claridad. El actual es un periodo de cambio estridente, el tiempo dirá si para bien (esto es que la profesión comparta espacio dentro de los

equipos manteniendo una relación horizontal y, además, los resultados de su epidemiología se incluyen en las mesas de debate y planificación) o si para mal (ello es, como preconizan algunos profesionales, que el trabajo social quede abocado a la praxis burocrática, burocracia de lujo, pero burocracia al cabo). El factor humano que caracteriza al trabajo social se diluye en la constante tramitación de recursos y éste pierde presencia en las instituciones como fuente de motivación que mediante acciones deliberadas impulsa el cambio de actitudes en la persona, le moviliza sus recursos y logra transformarla en pro de su autonomía. Sin ser ello la voluntad de los trabajadores sociales, es constatable en el marco de cursos, congresos y seminarios. También es el rol que las organizaciones y la sociedad en general les están asignando. ¿Por qué? Una hipótesis versaría sobre la despreocupación de los trabajadores sociales acerca del "para qué" sirve el trabajo que están haciendo y advertirlo, como hacen otros colectivos, a los medios de comunicación tanto científicos como de masas. Los resultados de lo hecho, salvando excepciones, parecen no tener interés más allá de los propios intramuros de los servicios y esto hoy representa una seria amenaza para el desarrollo de la profesión en términos de modernidad.

Sería ingenuo obviar el alto riesgo de que ese binomio natural, dependencia-trabajo social, lo fraccione irremediablemente la falta de una posición fuerte de los órganos representativos: los Colegios profesionales, el Consejo General, las Asociaciones profesionales, pero éstos poco pueden hacer ante la melancolía y pasividad de los trabajadores sociales. Más allá, la estocada de muerte la darán unos responsables irresponsables con falta de miras, gestores insolventes que parapetados detrás de la elocuencia desconocen lo que es y representa el trabajo social (debiendo entonar los trabajadores sociales un *mea culpa* por no haber sabido comunicar a tiempo). El tiro de gracia vendrá de cualquier parte o simplemente de los propios profesionales que creyendo que como nadie les dice nada la cosa

no va con ellos se encontrarán sin mediar palabras fuera de los programas. No se avecinan tiempos propicios para que el trabajo social desarrolle sus funciones¹⁴ pero sería un error confundir el qué con el cómo. A día de hoy urge repensar el cómo.

La reconquista del estatus es posible apoyándose sobre el conocimiento y el método, pero es imposible sobre la fabulación y el auto bombo. El saber no se destruye y no se puede impedir su uso a quienes lo tienen. Ahora bien, más que nunca se necesitan unos mínimos comunes¹⁵ a todos los ámbitos, recomendación que forma parte de la misma raíz de la disciplina. Ya en el prefacio de *Social Diagnosis* (1917) Mary Richmond ya constata: "*Hace quince años que empecé a tomar notas para escribir este libro... en esencia los métodos y técnicas del trabajo social de caso son o deberían ser iguales para cada tipo de servicio independientemente de que se trate de "sin techo discapacitados", "maltrato infantil", "padres alcohólicos" o, "madres viudas con hijos pequeños". Algunos procedimientos, por supuesto son peculiares*

notas

10. Donne, J. (1624) *Devociones para ocasiones emergentes*. www.epdlp.com
11. Casado, D. (2003) *Imagen y realidad de la acción voluntaria*. Barcelona. Editorial Hacer. Pág 7.
12. Maslow, A. H. (2005) Anexo a las notas sobre la sinergia capítulo del libro "*El management según Maslow*". Barcelona. Editorial Paidós Empresa. Pág 165-168.
13. Acosta, E. (1999) *Médicos y medicina en la antigüedad clásica*. Edita la Fundación Canaria Hospitales del Cabildo de Tenerife. Pág 27
14. Colom, D. (2004) "El trabajo social hospitalario en transformación: nuevos retos nuevos competencias". *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. Nº 64. Madrid. Edita el Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social. Abril de 2004. Pág 75-102
15. Colom, D. (2005) *Libro verde del trabajo social*. Madrid. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social.

La dependencia: un reto de siempre convertido en un cúmulo de olvidos, despropósitos e intereses

de cada grupo de casos y otros de acuerdo con la discapacidad tratada. Pero lo que más se necesita saber acerca del trabajo social de caso es lo que resulta común a todos. La división del trabajo social en departamentos y especialidades fue una conveniencia y una necesidad”.

Leyendo estos párrafos originales uno se da cuenta que está ante las enseñanzas de una gran visionaria, por supuesto de su época, pero lejos de considerar estas propuestas como algo de otro tiempo su aplicación y seguimiento se revelan más necesarias y actuales que nunca. La homologación de criterios mínimos permitiría presentar propuestas, denunciar déficits

territoriales, por distritos, barrios, según se trate. Estos mínimos han dejado de ser un deseo para convertirse en una necesidad.

El Sistema Nacional de Dependencia

Pensando en el futuro Sistema Nacional de Dependencia son muchas las preguntas que surgen. Algunas de ellas son:

- ¿Cómo se abordará la dependencia social?
- ¿En qué momento la persona ingresará en el nuevo sistema?

PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA¹⁶

Las personas serán evaluadas para determinar su grado y nivel de dependencia y las prestaciones a las que tendrán derecho. Cada beneficiario dispondrá de un programa integral de atención personalizada.

El Sistema Nacional de Dependencia incluirá tres tipos de prestaciones:

1) Prestación de servicios a través de centros y programas públicos o concertados según catálogo.

Se priorizará la prestación de servicios siempre que se disponga de oferta pública. Los beneficiarios tendrán derecho a una serie de servicios según su grado y nivel de dependencia.

El catálogo de servicios incluirá:

I. Servicios para la promoción de la autonomía personal:

- 1 Prevención de las situaciones de dependencia.*
- 2 Teleasistencia*
- 3 Ayudas técnicas para la autonomía personal.*
- 4 Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar.*
- 5 Asistencia personalizada.*

II. Servicios de atención y cuidado:

- 1 Servicio de ayuda a domicilio:*
 - i) Atención de las necesidades del hogar.*
 - ii) Cuidados personales.*
 - iii) Servicio de atención en Centros de Día y de Noche:*
 - iv) Centros de Día para mayores.*
 - v) Centros de atención diurna menores de 65 años.*
 - vi) Centros de atención especializada.*
- 2 Servicio de atención en centro residencial:*
 - i) Residencias de personas mayores dependientes.*
 - ii) Centros de atención a dependientes con discapacidad.*

2) Prestación económica vinculada a la contratación del servicio.

En caso de que no se disponga de la oferta pública de servicios que requiera el beneficiario en función de su grado y nivel de dependencia, se procederá al reconocimiento de una prestación económica vinculada para que la persona pueda adquirir el servicio en el mercado privado.

La prestación económica de carácter personal podrá recibirse cuando el beneficiario cumpla determinados requisitos, y estará, en todo caso, vinculada a la prestación de un servicio.

La cuantía de la prestación económica estará en relación con el grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario.

Los poderes públicos supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

3) Compensación económica por cuidados en el ámbito familiar.

Siempre que se den las circunstancias familiares y de otro tipo adecuadas para ello, y de modo excepcional, el beneficiario podrá optar por ser atendido en su ámbito familiar, y su cuidador recibirá una compensación económica por ello.

Para ello, el cuidador familiar deberá estar dado de alta en la Seguridad Social.

El apoyo a cuidadores conlleva programas de información, formación, y periodos de descanso para los cuidadores no profesionales, encargados de la atención de las personas en situación de dependencia.

Aquellas personas que opten por contratar un seguro privado de dependencia obtendrán beneficios fiscales.

Tabla 1 Prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia

- ¿Cuántas puertas habrá que cruzar?
 - ¿Cómo será el día a día de la organización?
 - ¿Cuáles serán los sistemas de información y de valoración?
 - ¿Cómo serán los mecanismos de coordinación?
 - ¿Cuáles serán los circuitos asistenciales?
 - ¿Cada cuándo se revisarán los valores de cada persona de riesgo?
- Etcétera.

Pero sobre todo ¿cuál será el sistema de evaluación de la eficiencia?

El abismo siempre existente y a la vez lógico entre un comunicado prensa oficial y el día a día

impide concretar, pero en algún momento habrá que desarrollar los pormenores que, en todo caso, serán los que permitirán congratularse.

El comunicado de prensa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales¹⁶ expresaba: 23 de diciembre de 2005, "El Consejo de Ministros ha informado hoy, a propuesta del ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Jesús Caldera, sobre el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, que configurará el Sistema Nacional de Dependencia como cuarto pilar del Estado del Bienestar, tras el Sistema Nacional de Salud, el sistema educativo y el sistema de pensiones, que fueron desarrollados en la década de los ochenta." A modo de curiosidad véase el

La dependencia: un reto de siempre convertido en un cúmulo de olvidos, despropósitos e intereses

uso de las mayúsculas y de las minúsculas del Sistema Nacional de Salud y precedentes versus el sistema educativo y sistema de pensiones posteriores. ¿Lapsos o error tipográfico?

Al pasar al apartado de prestaciones de la tabla siguiente tal como aparecen en el texto oficial es evidente que la innovación es nula y poco aporta a los textos sobre atención sociosanitaria, atención a disminuidos (ahora discapacitados) ya existentes por todas las comunidades en todas sus versiones y progresivas adaptaciones.

Los tres puntos que se contemplan presentan el problema de la falta de cobertura y hasta ahora nada hace prever que el futuro Sistema Nacional de Dependencia lo elimine pues está íntimamente ligado a la financiación. De nuevo se patentiza que resta por ver la letra pequeña de la Ley no del Anteproyecto. Ojalá no se trate de una insuficiente y tópica declaración de intenciones, la enésima. Pero no se puede perder de vista la cualidad de Anteproyecto de Ley que todavía debe iniciar su recorrido por despachos que sin duda lo recortarán.

El texto habla de equipos de valoración sin precisar las disciplinas. ¿Adónde lleva esto? A lo reflejado con anterioridad bajo el titular: *La Fundación Reina Sofía y la Fundación CIEN, dependiente del Instituto de Salud Carlos III, firman un convenio para la creación de la Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer*. Texto que habla de asistencia social sin contar con el trabajador social. Es un error confiar en el sentido común de quienes asignan las tareas y las funciones. No todos conocen la existencia del Románico. La ambigüedad típica y característica del lenguaje político conduce a los reinos de taifas actuales, facilita un libre albedrío chapucero y poco resolutivo.

En paralelo los trabajadores sociales continúan alimentando un debate interno estéril en vez de salir de la crisálida. Pero mientras su intervención se dé mayormente a demanda de otros profesionales o colectivos su acción siempre será marginal, minoritaria y expuesta al criterio de otros miembros del equipo de trabajo

que poco a poco se hacen con el control de la coordinación y gestión de casos.¹⁷ No se trata de convertir la atención a la dependencia en una pugna de disciplinas, la ciudadanía no merece este espectáculo aunque a simple vista se advierte que ya se ha abierto la veda. Da la sensación de que interesa poco lo que cada disciplina puede y técnicamente está capacitada para aportar. Pareciera que como ocurre con el fútbol, los espectadores saben más que los jugadores y el propio entrenador.

Un viejo concepto que se cuele como nuevo: ¿inocencia o mala fe?

Los buenos estrategas saben que para desviar la atención general de los problemas acuciantes basta con inventar otros nuevos, virar la atención hacia otros hechos. El ser humano siempre curioso se deja atrapar enseguida por lo nuevo que temporalmente narcotiza la pesada realidad. Pero ¿acaso renovar el vocabulario para describir los problemas de siempre cambia en algo la raíz del problema, lo transforma en solución? Obviamente para quien lo padece no, pero en los despachos, en los medios, en las tertulias, pareciera que sin resolverlo, lo desplaza. Las palabras nuevas o poco usadas, las que todavía no se han depreciado en tópicos, producen en los neófitos del campo de la dependencia, ya sea como políticos, inversores, accionistas, constructores, directivos, gestores, analistas, no importa, un efecto tan fascinante como perverso. Se topan con su primer Románico. Y durante un tiempo, les asegura una sucesión permanente de cortinas de humo sobre su inexperiencia.

Cíclicamente se esgrimen palabras nuevas para definir problemas viejos. Pero un riesgo es que cada nuevo concepto introducido en el léxico del sistema de bienestar reactiva todo un conjunto de recursos humanos y tecnológicos que no hacen otra cosa que repetir los itinerarios que ya, años antes, recorrieron otros que,

como ellos, depositaron en lo pseudo-nuevo el mismo entusiasmo y energía. También como ellos obviaron que la nueva palabra definía un problema viejo de raíz. Los nuevos términos parecen carnaza para los tiburones que necesitan justificar el no resolver con su gestión ineficiente los problemas de las personas. No vale decir que siempre habrá problemas por resolver. Pero de ahí el claro escepticismo que manifiestan los profesionales asistenciales que ya saben el argumento del cuento y como no, el mismísimo final: constitución de grupos de expertos, elaboración de un informe, los profesionales ven la poca viabilidad de las propuestas, elaboran un contra informe, mientras llegan las elecciones, luego cambian las direcciones, se alteran las prioridades, aterrizan otros consultores y asesores solicitando la misma información que los anteriores pero en formatos distintos, se renuevan las promesas que aseguran que ahora sí que se tendrá en cuenta a los profesionales y vuelta a empezar.

El trastero de la memoria rebosa de bienvenidas a nuevas etapas, de proyectos que apenas vieron la luz, no por malos, sino porque cambiaron las cabezas, siempre pendientes de un hilo, de los ideólogos. Una crítica que no se puede dejar de lado es la poca capacidad de algunos para tomar conciencia de que en determinados puestos de trabajo están gestionando bienes públicos y no el patio de su casa. Casi siempre las ambiciones personales se imponen a las aspiraciones de bienestar.

Las necesidades sociales relacionadas con la dependencia son altamente dinámicas pero experimentan un desarrollo progresivo y técnicamente, en gran medida, previsible mediante sistemas de información que permitan realizar estudios longitudinales. Las interrupciones caprichosas causadas por los cambios en las direcciones o en los ejecutivos sacuden los cimientos del desarrollo de los programas y servicios en contra de la sociedad del bienestar.

¿Dónde quedó la salud para todos en el 2000?

Recuérdese cuando allá por los años ochenta la OMS lanzó el gran reto al mundo: "*Salud para todos en el año 2000*"¹⁷. Hoy ya en el 2006 la decepción y la frustración forman parte del decorado de las vidas de los profesionales que sin dudarlo creyeron en el proyecto. Claro que faltaban quince años para alcanzar la mítica fecha y las palabras de determinadas instituciones todavía eran creíbles. Veinte años después "*La salud para todos en el 2000*" es una conjetura del pasado. Pero lo preocupante es que nadie parece inquietarse por lo que se dijo y por la realidad que impera. En ningún caso se insinúa que la OMS haya pasado los últimos años paralizada, ni mucho menos, pero ¿en qué despachos se perdió el proyecto "*La salud para todos en el 2000*"?

El "donde dije digo, digo diego" es la guinda de muchos de los proyectos de grandes y pequeñas magnitudes. Pero ¿por qué sucede? Una hipótesis argumentada anteriormente es que cambian las cabezas visibles y quienes las sustituyen responden a sus propios intereses o convicciones y conscientes de que su paso con seguridad será temporal, no les tiembla la mano para suprimir o dejar morir por ahogo los proyectos en funcionamiento, dando oxígeno a los suyos propios. El presente de las organizaciones parece

notas

17. Dando una mirada al pasado, es tentador pensar que quizás la actualidad desemboque como tantas otras veces en un marasmo sin consecuencias concretas, puede que el movimiento se de en los despachos pero en los servicios asistenciales de trabajo social las cosas sigan como siempre, funcionando con cierta autonomía sin despertar ningún interés por parte de quienes gestionan y planifican.

18. WHO (1985) *Targets for health for all*. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

La dependencia: un reto de siempre convertido en un cúmulo de olvidos, despropósitos e intereses

estar condenado al olvido ya que la continuidad con la llegada de un nuevo equipo se verá casi siempre interrumpida o desviada, sino enterrada.

Veinte años después de aquel brindis al sol ¿dónde están los profesionales que lo promovieron? Cada vez más se ve con decepción que la clase política y dirigente, elucubra con sus proyectos importando poco, la utilidad, cuando la tienen, de los que se encuentran en curso. Quizás la política actual sea eso, la especulación ideológica, dar rienda suelta a la elocuencia, mediatizar las declaraciones de intenciones, armar grandes discursos acompañados de la espectacularidad de las imágenes, mientras la realidad tozuda sigue arrastrándose a duras penas entre pasillos de hospitales, viviendas y barrios insalubres.

Ni nuevo ni coyuntural

Para los trabajadores sociales la dependencia no es un fenómeno nuevo ni coyuntural. El recorrido histórico ilustra con suficiencia la ausencia de novedad en la atención a las personas dependientes. Así:

– La identificación de las necesidades mencionada a primeros de siglo, pero sobre todo durante los sesenta y setenta ¿no era identificar el grado de dependencia o autonomía, de las personas atendidas? Si bien las magnitudes son distintas el problema no.

– Las personas con enfermedades crónicas dadas de alta de los hospitales, aquellas con necesidad de ayuda en el domicilio y que en los setenta u ochenta recibían poco más que información ¿no eran dependientes?

– Aquellas familias desesperadas que a partir de los ochenta, a veces se plantaban ante los profesionales sanitarios negándose a que su pariente regresara a casa ¿no eran familias que claudicaban ante la imposibilidad de atender a su familiar dependiente?

– La red de servicios sociosanitarios “*Programa Vida als anys*” gestada en Cataluña en 1986 y que otras Comunidades, en años sucesivos, tomaron como modelo, ¿no buscaba atender a las personas dependientes de manera integral?

– Todos los instrumentos importados de Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Francia, etcétera, o desarrollados y adoptados los últimos veinticinco años en numerosas organizaciones de salud y servicios sociales ¿no buscaban medir la dependencia, el grado de ayuda, cualitativa y cuantitativa, requerida por la persona?

– Todas las escalas de valoración que numerosos equipos profesionales y la misma OMS han aplicado en sus estudios longitudinales y epidemiológicos ¿no medían la evolución longitudinal de la dependencia en diferentes sociedades?

– La revolución que suscitó en el sistema sanitario la introducción del término “Cartera de servicios”, palabra nueva, a juicio de la autora desafortunada, que vino a sustituir a la vieja de “Catálogo de prestaciones” y dicho sea de paso con los mismos servicios ¿no buscaba clasificar los programas disponibles para atender a las personas dependientes?

– Etcétera.

Abordar la dependencia es afrontar la necesidad. ¿Cuántos años hace que las ciencias sociales estudian dicho concepto y sus acepciones (expresada, normativa, experimentada, comparada), teoría de Bradshaw¹⁹ y lo aplican a diferentes ámbitos de la planificación? O como Maslow²⁰ que en el ámbito social y con posterioridad en la empresa desarrolló la famosa pirámide de necesidades, diferenciando las básicas de las meta-necesidades.

Sólo la ignorancia o la mala fe de gabinetes de comunicación e imagen justifica hablar de la dependencia como algo nuevo y en los términos en los que se está haciendo. Si bien los

políticos no están obligados a saber de todo, sus asesores especialistas sí que deben prever todo; la condición de asesor le obliga a ello.

¿Qué tiene de extraordinario que el Estado se preocupe de atender a sus ciudadanos en la medida que lo precisen y ajuste sus organizaciones a la realidad tangible? Ello es la esencia del Estado del Bienestar que Bismarck²¹ planteó, consciente ya en aquel tiempo de la insuficiencia de recursos individuales frente a determinados problemas que, aunque particulares, repercutían en el nuevo orden social de finales del siglo XIX.^{22,23}

Obviamente, la demografía evoluciona, muta la sociedad, la dinámica del mundo occidental es distinta, pero conquistado el derecho es responsabilidad de los políticos y sobre todo de sus asesores técnicos, diseñar estrategias de atención adecuadas a las nuevas realidades sin desestimar por principio aquello heredado de sus predecesores. No se puede estar permanentemente atrapado en el diseño de la rueda. Esta adecuación de los servicios y prestaciones no debería plantearse como un privilegio, es un derecho adquirido de hace años, un compromiso de los políticos con la ciudadanía.

Pero, coloquialmente hablando, sucede que en la trinchera, los problemas, se les clasifique como se les clasifique, se les nombre como se les nombre, presentan las mismas coordenadas de siempre: sufrimiento, malestar, pérdida, desolación, cambios bruscos, todas ellas componentes de dependencia. En la trinchera los problemas los padecen personas con nombres y apellidos. Lo que la estadística, necesariamente para ganar perspectiva diluye en porcentajes, en la trinchera de los despachos profesionales se recrudece y encarna en personas. En la atención directa los problemas no se pueden diferir. Las posibilidades de respuesta, de momento, tampoco.

23 de diciembre de 2005

El día "D" fue el pasado 23 de diciembre de 2005. La hora "H" al mediodía después del Consejo de ministros. La Vicepresidenta Primera del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega acompañada del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Jesús Caldera comparecía ante los medios.

A modo de ejercicio se analizan algunos párrafos (véase el texto literal en la nota a pie de página)²⁴

notas

19. Bradshaw, J. (1972) *"The concept of social need"*. New Society. Versión catalana: "una tipología de la necesidad social Num 1, d la col·lecció "Instruments de prospecció de Serveis Socials". Direcció General de Serveis Socials.

20. Maslow, A. (1982) Capítulo: Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa. Del libro *Más allá del ego*. Barcelona, Editorial Kairos. Pág 182-196

21. Waller, B. (1999) *Bismarck*. Barcelona, Editorial Ariel.

22. <http://www.artehistoria.com/frames.htm?http://www.artehistoria.com/historia/contextos/2672.htm>

23. <http://www.unesco.org/issj/rics163/schulzspa.htm>

24. Texto literal de la comparecencia de la Vicepresidenta del gobierno Doña María Teresa Fernández de la Vega: Como viene anticipándose en los últimos días, traemos hoy una buena noticia para las personas mayores o con discapacidad, y también para sus familias. El Consejo de Ministros de hoy ha aprobado el Anteproyecto de Ley de Autonomía Personal. Como ven y como les decía, nos acompaña el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, que les va a explicar los detalles de este Anteproyecto de Ley que hoy hemos visto; pero déjenme que les diga que estamos ante un momento político importante, como lo fueron en su día la consecución del derecho a la educación gratuita, a la seguridad social o a las pensiones asistenciales; tres derechos puestos en marcha por Gobiernos socialistas y que, sin duda, han contribuido a mejorar la vida de todos los españoles.

que dejan entrever una cierta inocencia, quizás precipitación, en ningún caso mala fe, sobre la realidad actual de los problemas de las personas dependientes. Ojalá fuera así de fácil afrontar la atención a la dependencia, una atención que se insiste, aunque a trompicones, ya se está dando. Dice Fernández de la Vega: *"Traemos hoy una buena noticia para las personas mayores o con discapacidad, y también para sus familias. El Consejo de Ministros de hoy ha aprobado el Anteproyecto de Ley de Autonomía Personal"*.

Bienvenido sea el Anteproyecto pero como tal, le quedan muchos pasos todavía. La buena noticia sería su puesta en marcha, su aplicación. Si bien, cabe reconocer este primer paso, el más difícil, ese que hasta ahora ningún gobierno ha dado, también cabe admitir que de momento los profesionales y los afectados seguirán como en los últimos años, bebiendo de la frustración los primeros y soportando el día a día con más o menos ayudas externas los segundos.

Todas las parafernalias deben traducirse en algo reconocible. En definitiva, puede resultar en cualquier cosa y para el 2015 fecha que se promete quedará desplegada la Ley, queda demasiado.

Un breve paréntesis para recordar la película *"Baby Boom"* protagonizada por la siempre ácida y genial Diane Keaton y él, como mínimo interesante, Sam Shepard. En un momento del film la actriz enloquece cuando ante la falta de agua el lampista le explica todo el sistema de tuberías que conecta con el pozo del jardín que, incompresiblemente, se ha secado. Dice Keaton: *"No me explique, sólo quiero abrir el grifo y que salga agua"*. El ejemplo ilustra y hace pensar que el ciudadano no siempre necesita conocer las teorías de gestión y organización sobre las que se basan los servicios que recibe, pero sí que necesita que éstos funcionen.

Si la historia se repite, este Anteproyecto de Ley de la Dependencia corre el riesgo de convertirse en el "mucho ruido y pocas nueces" de turno

y más ante una legislatura que a cruzado su ecuador. Las elecciones que pueden acarrear muchos cambios incluso sin que haya cambios en el partido del gobierno. La segunda legislatura del PP no tuvo nada que ver con la primera.

Continúa la Vicepresidenta su rueda de prensa: *"Pero todavía quedaba algo pendiente, un reto político y ético: reconocer el derecho a la atención de personas dependientes, y precisamente esto es lo que hace la Ley."*

Insistir, de momento, Anteproyecto. El derecho a la atención, las personas dependientes, ya lo tienen reconocido en la Constitución, lo que falta es el cumplimiento de este derecho, darle alcance en la vida diaria. Pero si sanidad, con todo el recorrido no ha resuelto sus listas de espera en determinados procesos, resulta difícil imaginar que el futuro Sistema Nacional de Atención a la Dependencia lo logre. No es un problema de diagnóstico sino de recursos disponibles, de agilidad de las estructuras y ello requiere financiación y formación pero sobre todo monitorización de los objetivos.

Sigue explicando la Vicepresidenta: *"Esta Ley de Autonomía Personal tendrá, por tanto, efectos inmediatos en tres compromisos fundamentales del Gobierno: las políticas sociales con mayores y discapacitados, las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral, y las políticas de igualdad."*

De momento Anteproyecto de Ley de la Dependencia, no Ley de Autonomía Personal, sin negar que esa es la meta.

¿Efectos inmediatos en tres compromisos? Lo inmediato, per se, es ahora mismo, uno tiene hambre y come, tiene sed y bebe. Uno necesita ayuda y entra en una lista de espera que resulta una incógnita insoportable para quienes la componen. Muchas veces la atención a la dependencia es asegurar lo básico que como tal poco hay que añadir.

Se dice, se escucha, se espera que la Ley se apruebe en el 2007. No por practicar futurismo,

ni por agorera, sino por malditos aprendizajes del pasado se duda de cuándo y cómo se beneficiará el ciudadano. En el 2008 hay elecciones.

En el 2007 se pueden aprobar muchas leyes pero nadie impedirá el tiempo de la parálisis de las estructuras y órganos de decisión que precede a unos comicios. Eso sin considerar los autonómicos y los municipales que se colarán en el calendario. Las elecciones paralizan la maquinaria del estado y por efecto rebote a todas las organizaciones que dependen de la administración. Los intereses se desplazan sobre todo a ganar los siguientes comicios y la energía se deposita en lo futuro. El presente se esfuma, deja de interesar, a veces es como una piedra en el zapato. Quizás se debería conciliar también la vida ciudadana con la vida política.

La conferencia continúa: *“El Gobierno da un paso trascendental al afrontar este desafío mediante el desarrollo de un nuevo sistema de protección que nos iguala con los países más avanzados del mundo y que devolverá dignidad a casi medio millón de españoles, y tranquilidad a un millón y medio de familias”*.

Por partes. La dignidad es una palabra muy grande. Dígase que se podrá devolver la tranquilidad, la seguridad, la confianza, aunque no se puede devolver algo que no se ha tenido plenamente. Es un suponer a qué países avanzados se refiere Fernández de la Vega, pero por ejemplo el modelo alemán está en plena crisis. El llamado motor de Europa ha entrado en barrena, un descalabro que su gobierno no oculta.²⁵

Y para terminar: *“Ningún mayor solo y ninguna persona con discapacidad sola. Queremos desterrar de nuestra sociedad las noticias de mayores que viven y mueren solos, y queremos que todas aquellas personas que ven mermadas sus posibilidades de realización personal y profesional por estar fundamentalmente dedicadas a estos familiares puedan, si así lo desean, hacer otras cosas”*.

Una loable declaración de principios pero nada más. Un lanzar las campanas al vuelo que como ocurrió en el Objetivo de la OMS

notas

Pero todavía quedaba algo pendiente, un reto político y ético: reconocer el derecho a la atención de personas dependientes, y precisamente esto es lo que hace la Ley.

Casi un millón de personas padecen un trastorno de salud que les hace depender de otros física o intelectualmente, que les impide levantarse, asearse, comer o salir a la calle de manera autónoma; es decir, personas que de alguna manera no se valen por sí mismas, con una vida cotidiana condicionada, en distintos grados, a una ayuda ajena. El 80 por 100 de ellos tienen más de 65 años y la mayoría no puede recurrir a la oferta privada, por lo que su cuidado es asumido por su familia; en la mayoría de los casos, el 85 por 100, por mujeres que no pueden trabajar fuera del hogar.

Esta Ley de Autonomía Personal tendrá, por tanto, efectos inmediatos en tres compromisos fundamentales del Gobierno: las políticas sociales con mayores y discapacitados, las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral, y las políticas de igualdad.

En resumen, el Gobierno da un paso trascendental al afrontar este desafío mediante el desarrollo de un nuevo sistema de protección que nos iguala con los países más avanzados de mundo y que devolverá dignidad a casi medio millón de españoles, y tranquilidad a un millón y medio de familias.

En pocas palabras, ningún mayor solo y ninguna persona con discapacidad sola. Queremos desterrar de nuestra sociedad las noticias de mayores que viven y mueren solos, y queremos que todas aquellas personas que ven mermadas sus posibilidades de realización personal y profesional por estar fundamentalmente dedicadas a estos familiares puedan, si así lo desean, hacer otras cosas.

Esta Ley va a ser una ley que nos afecta a todos, directa o indirectamente, en el presente o en el futuro, una ley que cuenta con el apoyo de todos los que creen en el interés general, y por eso van a ser bienvenidas todas las aportaciones de todas las fuerzas políticas y sociales. Será un camino que empieza hoy y que culminará en unos años, cuando España no tenga ni un mayor desatendido, ni una familia pendiente.

En fin, creo que la mejor felicitación navideña del Gobierno es adoptar una medida como ésta, que es de una trascendencia política y social de la mayor importancia.

25. http://www.mercaba.org/ARTICULOS/crisis_del_estado_de_bienestar.htm

El presidente del Bundesbank analiza la crisis del Estado de bienestar. Erosión en los fundamentos económicos, afirma Hans Tietmeyer del Bundesbank

“Salud para todos en el año 2000” es un planteamiento que surge desde la euforia pero imposible de asumir en los términos que se está planteando. Un titular problemático para los profesionales que tendrán que afrontar la realidad. Siempre habrá personas solas y más cuando la demografía muestra que las personas que viven solas van en aumento. La complejidad de la sociedad actual, su funcionamiento, sus valores, permiten saber que atender a las personas dependientes y sus familias supone muchos recursos pero a medida que se van afinando los criterios se desprende que, además, la atención está sujeta a interpretaciones.

Los indicadores de numerosos servicios de trabajo social de la salud mostrarían la incapacidad del sistema de bienestar para cubrir las necesidades cuando surgen.

Análisis de titulares

Para completar el punto anterior para seguir en la dimensión mediática se presenta como una parte de la prensa nacional y escrita elaboró sus titulares al respecto del Anteproyecto.

Para ello se tomaron las ediciones digitales del día en que ocurría la noticia.

El interés del ejercicio está en ver qué mensajes se han seleccionado y cómo se trasladan a la ciudadanía con la conciencia de que muchas personas en España no están al tanto de lo que se publica en los periódicos.

Método de análisis

A partir del momento de la comparecencia de la Vicepresidenta Fernández de la Vega, mediodía del 23 de diciembre de 2005:

- Se han tomado los principales periódicos de tirada nacional.
 - ABC.
 - El mundo.
 - El país.
 - El periódico.
 - La razón.
 - La vanguardia.
- Se ha registrado el titular principal y secundario si lo había.
- Se ha resumido el texto que ampliaba al titular identificando los puntos críticos del texto, aquellos en los que enfatiza.

Resultados

PERIÓDICO	TITULAR	RESUMEN
www.abc.es	La futura Ley de Dependencia permitirá atender a 600.000 personas en tres años	<p>El artículo describe el despliegue y las personas beneficiarias. “El futuro sistema nacional de atención a las personas dependientes asistirá en 2007 a 200.000 ciudadanos en situación de dependencia grave, y en los dos años siguientes a 373.000 dependientes severos”.</p> <p>También da como fecha final el año 2015 y explica que los cuidadores podrán percibir una prestación pero también deberán darse de alta en la Seguridad Social.</p> <p>La noticia explica, además, que la valoración de dependencia correrá a cargo de servicios de valoración sin especificar la formación de los diferentes profesionales.</p>

<p>www.elmundo.es</p>	<p>Aprobado por el consejo de ministros. El sistema nacional de atención asistirá entre 2007 y 2009 a 600.000 personas dependientes. Más del 85% de los afectados son mujeres</p> <p>El gobierno da luz verde a la ley de dependencia para 'devolver La dignidad' a miles de discapacitados</p>	<p>Salieron dos artículos, prácticamente iguales. El texto resalta la aprobación del anteproyecto con la esperanza del gobierno de poder aprobar el texto definitivo a finales de este año. Habla de que en el 2007 se atenderán a 200.000 personas con dependencia grave y los dos años siguientes a 373.000 dependientes severos.</p> <p>El artículo plantea que el acuerdo económico con las comunidades autónomas es deseable pero no indispensable, entendiendo a priori que se espera que ninguna comunidad quede fuera. Las actividades que determinarán la dependencia son: levantarse, asearse, comer o salir a la calle de manera autónoma. Otras cifras que presenta el artículo son que el 80% de los dependientes tiene más de 65 años y no puede acudir a los servicios privados por lo que los atienden las familias, en un 85% la cuidadora es una mujer. También toma las palabras de la Vicepresidenta: "ningún mayor, ni ningún discapacitado ni vivirá, ni morirá solo".</p>
<p>www.elpais.es</p>	<p>El Consejo de Ministros aprueba el anteproyecto de Ley de Dependencia</p>	<p>El artículo destaca en sus primeras líneas que los familiares que atiendan a personas dependientes podrán cobrar un sueldo. Resalta el carácter universal y público de la prestación y cómo se sufragarán los costes, en parte por el gobierno central, la comunidad autónoma y en función de la capacidad económica de la persona, ésta aportará una parte.</p> <p>Señala que se trata del cuarto pilar del Estado de Bienestar y también recoge las palabras de la Vicepresidenta, "ningún mayor solo, ninguna persona con discapacidad sola".</p> <p>Detalla la tipología de los servicios: atención a domicilio o la concesión de plazas en residencias remarcando la igualdad de condiciones en todo el territorio nacional.</p> <p>Explica los tres grados de severidad que clasificarán a cada persona dependiente. También marca el 2007 como la fecha de inicio de la atención a los más severos y será el Estado el que determinará el grado de dependencia.</p>

<p>www.elperiodico.es</p>	<p>Los españoles cobrarán por cuidar a familiares que dependan de ellos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Gobierno da vía libre a la ley de dependencia, que atenderá a 200.000 personas en el 2007 • Administración central y autonómica pagarán el servicio y el usuario contribuirá según su renta 	<p>Resalta la ardua negociación del gobierno con los sindicatos para llegar a un principio de acuerdo que permita sacar adelante la Ley de autonomía personal conocida como la Ley de Dependencia. Califica el hecho como la gran apuesta del Ejecutivo.</p> <p>Se observa un baile de cifras respecto de los otros rotativos: <i>Según las cifras oficiales, en España existen 2,7 millones de personas que no pueden valerse por sí mismas. De ellas, 1,3 millones tienen una dependencia grave. La ley pretende cubrir las necesidades de todos.</i></p> <p>Sitúa el coste del proyecto en 10.000 millones de € que inicialmente provendrán del superávit de la Seguridad Social, luego se cubrirá vía impuestos, aproximadamente el 1% del PIB.</p> <p>Da por supuesto que las comunidades gobernadas por el PP pondrán impedimentos.</p> <p>Se refiere a los tres grados de dependencia enfatizando en que el cuidador cotizará y recibirá un sueldo por determinar. El articulista apunta la cifra de 300.000 empleos más y según él se trata del tercer pilar del Estado de Bienestar.</p>
<p>www.larazon.es</p>	<p>La Ley de Dependencia, el proyecto «fantasma».</p> <p>El PP lamenta que el anteproyecto todavía sea desconocido y critica que no se haya remitido a las comunidades autónomas ni a los órganos consultivos.</p> <p>El texto tampoco está en la web de Presidencia</p>	<p>Se reclama un texto que consultar y que la oposición, el PP desconoce los detalles lo que le impide aportar su punto de vista. Directamente resalta que el 2015 será la fecha en que la Ley de Dependencia se desarrollará. Apunta 300.000 y 400.000 personas que recibirán una ayuda por cuidar a los familiares que no pueden valerse por sí mismo.</p> <p>Introduce la situación de autónomo y su posible final. Asimismo rescata una nota de prensa emitida por CEOMA²⁶ en donde, los mayores tienen miedo a la poca preparación de los cuidadores. <i>Según un documento de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, «es posiblemente este tema el que originará más polémica, por lo que debe concretarse cuanto antes la forma de abordarlo de una manera equilibrada y justa».</i></p>

www.lavanguardia.es	El bienestar llega a los dependientes.	(En el momento de buscar el texto completo ya había sido codificado y sólo se podía acceder a él mediante pago pudiendo ver solo el resumen) Resumen: se refiere a que la futura ley de Dependencia entrará en vigor en el 2007 y garantizará la atención del dependiente, como ocurre con la sanidad y la educación. Habla del <i>informe del anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes</i> , puntualizando que es la primera vez que se establecen los cuidados a prestar por los mayores de 3 años <i>que no pueden valerse por sí mismos</i> .
---------------------	--	--

Una breve consideración

Los rotativos que presentan la noticia con un carácter informativo y en términos poco tintados de ideología, o al menos, aceptablemente y en diferente medida, esto es que el lector no se encuentra comulgando con ruedas de molino son: ABC, El Mundo, El País y La Vanguardia.

Tanto "El Periódico" como "La Razón" introducen elementos que politizan la noticia. "El Periódico" da por supuesto que las Comunidades gobernadas por el PP serán problemáticas y "La Razón" a parte de obviar la fecha del 2007 como el primer paso, gira alrededor de que el texto del Anteproyecto de Ley no haya llegado a la oposición, el PP.

en el Consejo de Ministros, según la nota oficial, solamente un "Informe sobre un Anteproyecto". La acogida, en general, ha sido buena respecto al contenido de este proyecto, con la crítica, que compartimos, de que le falta mucha concreción, especialmente en los aspectos financieros, nudo gordiano del Proyecto. La oposición ha ofrecido un pacto de Estado, seguramente innecesario, pues está recogido en el Pacto de Toledo, pero muestra su disposición favorable, por lo que su tramitación no debería sufrir retrasos. No conocemos en detalle los trámites que todavía faltan para que el Proyecto sea una realidad. Seguramente se discutirá con las Comunidades Autónomas, que son las que tienen las competencias en Servicios Sociales.

No vamos a entrar en el análisis detallado del Anteproyecto, muchos de los apartados tienen el consenso de todas las fuerzas sociales, políticas y de los expertos. Sí llamaremos la atención sobre la *flexibilidad del modelo* de la red de utilización pública, que integra centros y servicios, públicos y privados, y en el que incluyen la oferta pública de servicios, el reconocimiento de prestación económica para adquirir el servicio en el mercado privado, cuando no exista aquella, e incluso la *compensación económica del cuidador en el caso de atención en el seno de la familia, que comprende el alta del mismo en la Seguridad Social*. La previsión del coste es la de alcanzar en 2015 el 1% del PIB. Los beneficiarios participarán en la financiación del sistema en función de su renta y patrimonio. Es posiblemente este el tema que originará más polémica, por lo que debe concretarse cuanto antes la forma de abordarlo de una manera *equilibrada y justa*. Pero sobretodo pedimos al Gobierno que se *acelere la tramitación del Proyecto de Ley*. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)

26. Nota de prensa de CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores) enviada a los medios.

Madrid, 26 de diciembre de 2005). Periódicamente se habían reiterado las promesas de presentar el Proyecto de Ley sobre la Dependencia antes de terminar 2005. En repetidas ocasiones hemos manifestado nuestro escepticismo a la vista de la lenta velocidad del proceso. Lamentablemente se han confirmado nuestros temores. El viernes se presentó

Comentario final

Hablar de la atención a las personas dependientes desde un Anteproyecto de Ley y como algo nuevo es una frivolidad, es ningunear quienes llevan años trabajando en ello. La atención a las personas dependientes no es una catedral ni un puente, es el fluir incesante de la vida. Politizar la vida cotidiana del enfermo, conlleva siempre malestar porque las necesidades no son interpretables como tales. El valor de la subjetividad es una conquista de occidente, constituye el know how de todo individuo. Otro aspecto es la manera y las prioridades que se establecen para satisfacer las necesidades.

La selección de las palabras para referirse a un hecho no es algo que sucede casualmente, al contrario, encierra mucho de la imagen íntimo de cada uno. Quizás se habla poco de "Atención a personas dependientes" y demasiado de "Dependencia" como algo aislado. Es como hablar del "Mal tiempo" cuando el temporal ha convertido a una zona en zona catastrófica. ¿Quizás introducir el término "persona" humaniza la dependencia? Con determinadas palabras se evita la personificación y ello sofoca el dramatismo que se vive en los hospitales, centros de salud, servicios sociales, etcétera. Queda obvio que se atiende a personas pero también es evidente que aislar el problema resulta algo calmante.

Sería igualmente una frivolidad de la autora tratar todo este ambicioso proyecto como un soplar y hacer botellas. Pero precisamente por ser muy complejo no puede quedar en las únicas manos de los teóricos. No se pueden dar indicaciones sin valorar sus consecuencias. Y no se puede volcar dinero a carretadas para dar a entender que se está haciendo mucho.

A pesar de los tiempos difíciles que se avecinan para el trabajo social, no se trata de una paranoia sino de la realidad constatable en muchas organizaciones, cabe situarse en la cara positiva.

Es en los momentos de crisis cuando se hacen las grandes obras.

Renovarse o morir. Adaptarse y seguir adaptándose sin cesar o conformarse con la desaparición. Ya les ocurrió a los dinosaurios.

Bibliografía

ACOSTA, E. (1999) *Médicos y medicina en la antigüedad clásica*. Edita la Fundación Canaria Hospitales del Cabildo de Tenerife. Pág 27.

ANDRÉS BOMBIN, M. (2005) *Medios de comunicación, historia, lenguaje y características*. Barcelona, Editorial Octaedro. Pág 41-54.

AZNAR, H. (2005) *Ética de la comunicación y nuevos retos sociales. Códigos y recomendaciones para los medios*. Barcelona. Paidós PC. Pág 307-319.

BRADSHAW, J. (1972) *"The concept of social need"*. New Society. Versión catalana: "una tipología de la necesidad social Num 1, d la colección "Instruments de prospecció de Serveis Socials". Direcció General de Serveis Socials.

CASADO, D. (2003) *Imagen y realidad de la acción voluntaria*. Barcelona. Editorial Hacer. Pág 7.

COLOM, D. (2004) *"El trabajo social hospitalario en transformación: nuevos retos nuevos competencias"*. Revista de Servicios Sociales y Política Social. Nº 64. Madrid. Edita el Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social. Abril de 2004. Pág 75-102.

COLOM, D. (2005) *Libro verde del trabajo social*. Madrid. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social.

COLOMER, M. (1974) *"Método de Trabajo Social"* Revista de Trabajo Social. Asociación de Asistentes Sociales para el estudio y especialización del Trabajo Social. Barcelona.

CREECH, B. (1994) *The five pillars of TQM* New York, Penguin Group. Pág 45-47.

DRUCKER, P. F. (1989) *Las nuevas realidades*. Barcelona. Editorial Edhasa. Pag 21-22.

GITLIN, T. (2005) *Enfermos de información. De cómo el torrente mediático está saturando nuestras vidas*. Barcelona, Paidós Controversias. Pag 23-32.

<http://www.abc.es>

<http://www.elmundo.es>

<http://www.elperiodico.es>

<http://www.elpais.es>

<http://www.larazon.es>

<http://www.lavanguardia.es>

<http://www.artehistoria.com/frames.htm?http://www.artehistoria.com/historia/contextos/2672.htm>

<http://www.ceoma.org>

<http://www.epdlp.com> -Donne, J. (1624)

Devociones para ocasiones emergentes.

http://www.mercaba.org/ARTICULOS/crisis_del_estado_de_bienestar.htm

<http://www.unesco.org/issj/rics163/schulzspa.htm>

MASLOW, A. (1982) Capítulo: Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa. Del libro *Más allá del ego*. Barcelona, Editorial Kairos. Pag 182-196.

MASLOW, A. H. (2005) Anexo a las notas sobre la sinergia capítulo del libro *"El management según Maslow"*. Barcelona. Editorial Paidós Empresa. Pag 165-168.

PÉREZ DE AYALA, E. (2000) *Trabajando con familias, teoría y práctica*. Zaragoza. Edita Libros Certeza y Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Pag 79-91

RICHMOND, M. E. (1917) *Social Diagnosis*. New York. Russell Sage Foundation. Pag 5.

WALLER, B. (1999) *Bismarck*. Barcelona, Editorial Ariel.

WHO (1985) *Targets for health for all*. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

www.mtas.es/periodico

Formación, titulaciones y las retribuciones en el sector en relación con las condiciones económicas de los concursos de las Administraciones Públicas

Resumen

La contratación de prestación de servicios por parte de la administración para la ejecución de proyectos sociales y más concretamente, para la atención a personas en situación de dependencia plantea una serie de déficits que hacen que debieran ser establecida normativa al respecto, además de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Cuestiones como la formación, las titulaciones y la retribución económica son elementos clave para que se produzcan dichos déficits.

Abstract

The procurement of provision of services by the public administration for the execution of social projects and specifically for the attention of dependent people outlines a series of deficits that would make necessary to establish regulations in this regard, besides the Public Procurement Law.

Matters as the education, qualifications and the money payment are key elements in order to generate these deficits.

Palabras clave

Prestación de servicios, concursos, formación, titulación, retribución económica, precios.

Key words

Provision of services, meeting, education, degree, money payment, prices.

Autora

Ana María Aguilar Manjón

Diplomada en Trabajo Social. Licenciada en Ciencias de Trabajo.

Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

Formación, titulaciones y las retribuciones en el sector en relación con las condiciones económicas de los concursos de las Administraciones Públicas

Aunque se trata de abordar un tema muy concreto, hay que comenzar reiterando que la atención a las personas en situación de dependencia debe plantearse y realizarse bajo los principios de garantía de derechos y calidad de los servicios y que afortunadamente, cuando el texto de la Ley de Autonomía Personal quede aprobado, se hará realidad.

Si partimos de lo expuesto, hemos de aseverar que la atención en la actualidad adolece gravemente de las bases fundamentales para que las personas en situación de dependencia se sientan en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía.

Desde el sistema sanitario, aunque se presentan dificultades de atención, el punto de partida es claramente diferente que desde el sistema de servicios sociales. Actualmente, todos los ciudadanos y ciudadanas de este país gozamos del acceso universal a la atención sanitaria, no así a los servicios sociales, que tiene limitadas las prestaciones y los recursos en función del presupuesto anual.

El Sistema Público de Servicios Sociales no está soportado jurídicamente, no existe una Ley General del mismo. Está configurado 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. 148.20). Y la Ley de Bases de Régimen Local otorga a las Entidades Locales competencia en la organización y gestión de los Servicios Sociales.

En el año 1988 se consensuó entre los tres niveles de la Administración un instrumento para articular un Pacto de Estado que permitiera consolidar el Sistema Público de Servicios Sociales a través de la cooperación económica

y técnica, el PLAN CONCERTADO PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES.

En el que desde el primer momento tuvo cabida la iniciativa privada, fundamentalmente, las organizaciones no lucrativas y empresas de inserción.

Más tarde, en los años noventa se comenzó a trabajar a través de los contratos de prestación de servicios en los que intervienen empresas del sector lucrativo.

Hago referencia a estos dos sistemas, Sanitario y Servicios Sociales, porque son los que realizan la atención directa, aunque no sean los únicos que se ocupan de las personas en situación de dependencia –tenemos que tener presente al Sistema de Garantía de Rentas– y dentro de los cuales se realizan los contratos de la administración dirigidos al sector.

Este planteamiento es la base fundamental para situar la exposición dado que, lo que posibilita la Ley de contratos de las Administraciones Públicas es la prestación de un “Servicio Público” a través de la modalidad de “concierto o contrato de gestión de servicio público con persona natural o jurídica que venga realizando las prestaciones análogas a las que constituyen el servicio público de que se trate” (Informe 37/95 de 24 de octubre de 1995. Contratos de gestión de Servicios Públicos. Conceptos generales. Junta Consultiva de Contratación Administrativa del Ministerio de Economía y Hacienda).

Por ello, deben estar garantizadas las condiciones en que se realizan los diferentes servicios que se contratan. Esto incluye no sólo la ejecución del mismo y todo lo que ello conlleva sino también la capacidad de las diferentes entidades, profesionales y trabajadores que lo ejecutan.

La primera cuestión que he querido plantear es la *formación* del personal que interviene en los contratos de prestación de servicios. Tanto de quienes están en contacto directo con las

personas en situación de dependencia como de aquellas personas que sin estar en primera línea, se ocupan de la gestión de distintos servicios dirigidos al mismo colectivo.

Sabemos que el mayor porcentaje de las personas en situación de dependencia está constituido por personas mayores. En este subsector nos encontramos con entidades que tienen una larga trayectoria en el mismo y que en determinado momento, deciden concurrir a un servicio prestado por cualquiera de las administraciones, pero también nos encontramos con empresas que deciden diversificar su negocio y adentrarse en el sector, y con empresas que han nacido al albor de un posible mercado con garantías de rentabilidad.

A esto tenemos que añadir las reminiscencias de la beneficencia, no tan lejana en nuestro país, haciendo creer que para la atención social de las personas cualquier persona es válida. Sólo hacía falta la "buena voluntad".

Así pues, y a pesar de que las entidades que cuentan con larga trayectoria le dan la importancia que tiene a la formación de quienes se ocupan de nuestros mayores, existen entidades que con una formación muy escasa tanto del personal como de los gestores, ya ofrecen sus servicios (en algunos casos, con la experiencia personal basta).

Cierto es que esta situación ha evolucionado, pero no lo suficiente.

Hemos de dejar atrás esas reminiscencias a las que antes hacía alusión para pasar a que con carácter general y sin lugar a ningún género de duda, se trabaje desde el principio de Estado social y de derecho.

En el ámbito privado, las empresas que han optado por la competitividad desde la diferenciación del servicio apuestan por la calidad del mismo, y para poder conseguirlo realizan una importante inversión en formación del personal que integra la misma. Aunque la

mayoría de estas empresas no suelen concurrir a los concursos públicos dado el bajo precio por el que se establece la ejecución del servicio salvo quienes opten por cubrir los déficits con otro producto o línea del mismo.

Según el tipo de servicio y la empresa que lo realice, el peso formativo tiene una mayor o menor significación, pues no podemos olvidar que el principal objetivo de la empresa privada es obtener beneficio económico.

Para poder entenderlo mejor hemos de incidir en:

1. Las condiciones económicas de los concursos.
2. Que la formación del personal que se adscribe tiene un valor.
3. Que la formación continuada tiene un coste.

1. De las condiciones económicas, en general, decir que suelen estar ajustadas a precios públicos y que por ello no se contemplan los "beneficios económicos" que pudieran derivarse de la prestación de los servicios. Además, hay que reseñar que el sistema de adjudicación rara vez otorga mayor peso en los baremos a la metodología de trabajo, al valor añadido que se presente, a la trayectoria de la empresa o a la experiencia de los profesionales. Generalmente, es decisiva la oferta económica que se presenta teniendo más posibilidades de adjudicación la empresa que presenta la oferta más barata. Esto, lógicamente, tiene unas consecuencias tanto sobre la formación como sobre lo más importante, el conjunto de la prestación del servicio que se realiza.

Resulta difícil creer que las empresas que son capaces de realizar un servicio al precio más bajo del mercado cuenten en su activo con profesionales bien cualificados

2. Aunque es conocido que, como requisito se debe contar con la plantilla de trabajadores que va a realizar el servicio, también sabemos que no siempre esto es así y que para llevar a cabo

el trabajo se han de reclutar personas que pasen a formar parte de las plantillas. Esto lleva en muchos casos a que parte de quienes acceden a este mercado de trabajo no cuenten con la formación adecuada. Aspecto que comentaré más tarde. Pero de quienes cuentan con dicha formación inicial se recibe la demanda de realizar su trabajo con unas condiciones determinadas, pues ya sean profesionales o no, esa formación es aportada por la persona y no una inversión que tenga que realizar la empresa.

Así pues, si se quiere realizar el trabajo con personal debidamente cualificado se ha de tener en cuenta el valor que este requerimiento tiene en el mercado laboral y adaptar los pliegos de condiciones de los concursos a dichas necesidades.

En general, el reconocimiento que suponen la experiencia y cualificación de trabajadores no siempre es posible adecuarlo a las condiciones económicas que presentan los pliegos y por ello, en ocasiones se realizan reclutamientos de personal sin formar adecuadamente, produciéndose un desequilibrio entre la oferta y la demanda, así como las consecuencias directas negativas sobre los usuarios y usuarias perceptores del servicio.

3. Afortunadamente, el nuevo planteamiento sobre la gestión de personas –hasta ahora denominada gestión de recursos humanos– incide en que el mayor activo de las empresas son los trabajadores y ya existen prácticas que lo comienzan a avalar. Por ello, se hace necesaria la formación continuada del personal y ello conlleva un coste. Antes me he referido a la inversión de la empresa, pues bien, la formación continuada debe ser planteada no sólo como obligación de las empresas por normativa sino como inversión que haga posible realizar el trabajo con la calidad que se requiere. Y no todas las empresas cuentan con este planteamiento estratégico que sin lugar a dudas beneficia a todos.

Además de realizar la formación inicial necesaria y adaptada a las tareas y funciones del puesto de

trabajo que va a desempeñar, es imprescindible mantener actualizadas las destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes para mantener y mejorar la calidad del servicio y ello se consigue por medio de la formación continua.

Los costes que dicha formación conllevan no son fácilmente asumibles por las empresas y esto hace también que, se abarate el coste de los servicios pues la inversión realizada en el mismo a través de la formación se ve reducida.

Existe la suficiente oferta formativa en el mercado para poder exigir e impartir la formación adecuada para la realización de las tareas y cometidos diferentes para que quienes realizan su trabajo en el sector, lo hagan con la suficiente garantía, si bien para afrontar el reto que nos plantea la atención a las personas en situación de dependencia, se ha de adaptar y crear circuitos e itinerarios que garanticen que la formación adecuada, contemple todos los aspectos necesarios para abordar y afrontar las distintas situaciones que se han de atender. Las empresas deben apostar por invertir más en formación.

La administración debe garantizar que los servicios se hacen por quienes están formados para ello, y tiene que valorar la formación de manera más ajustada en los diferentes pliegos de condiciones.

Estos aspectos tienen mucho que ver con el siguiente de los puntos: *las titulaciones*.

Bien es sabido que en la normativa al respecto de diferentes servicios dirigidos a las personas mayores la exigencia de titulaciones adecuadas para la ejecución de servicios contratados no resulta ser una prioridad, pues en la mayoría de las ocasiones hacen referencia al nivel académico de los profesionales dejando abierta la posibilidad tan “remota” a la vez que “llamativa” de que un Ingeniero Industrial gestione un proyecto de atención a las personas mayores (siempre que no estemos hablando de investigación en robótica, domótica,

biotecnología o nanotecnología, claro está.) o estableciendo como requisito para ello la experiencia en el sector, esto es así en más de una de las Comunidades Autónomas de nuestro Estado.

Nos encontramos cada vez con más frecuencia, afortunadamente, que en los pliegos de condiciones técnicas se hace referencia a las titulaciones profesionales que se requieren pero en algunos casos con un amplio abanico de las mismas, que supone en ocasiones que se produzca que la titulación aportada no implique conocimiento específico del sector de atención. Dando por hecho que por ejemplo, cualquier titulación de las ciencias sociales otorga capacidad para gestionar o ejecutar un proyecto que implica la intervención social, no estableciendo la preferencia a profesiones que realmente son las adecuadas para ello, como lo es la profesión de Trabajo Social. Al igual ocurre con otras titulaciones que en el mejor de los casos son determinadas como "auxiliares" sean de clínica, de geriatría, etc. y en otros, se especifica con carácter general titulación "adecuada" para desarrollar el trabajo.

Esto hace que en el sector tenga cabida para la atención a nuestros mayores, trabajadoras y trabajadores que no están adecuadamente preparados para realizar la labor que desempeñan, a la vez que se produce un efecto de bloqueo en el acceso a personas mejor preparadas por su mayor coste.

La administración debería establecer con claridad y concreción las titulaciones a exigir según el tipo de servicio a realizar y por ello, debiera ser contemplado también en los pliegos el coste que esto supone para adecuar el precio del contrato, garantizando con ello tanto la calidad como el empleo digno de quienes realizan su trabajo en el sector.

Por otro lado, y guardando estrecha relación tanto con las titulaciones como con la formación, debiera quedar explicitado en las bases que los profesionales de profesiones

tituladas quedan obligados a presentar su certificado de colegiación y habilitación al efecto. Los colegios profesionales son las entidades que pueden realizar una labor de garante ante la titulación, la formación continuada y la habilitación de profesionales que deben estar preparados y preparadas para afrontar el reto que supone la atención a las situaciones de dependencia en nuestro país.

Con lo que he relatado hasta el momento, podemos llegar a una deducción clara y que tiene que ver con la tercera parte que quiero tratar, la *retribución económica* es baja en el sector en relación con las condiciones de los pliegos de los concursos.

Si tenemos en cuenta, como he comentado, que el precio establecido en los mismos es un precio público en el que no queda recogido el posible beneficio económico y si las empresas que presentan sus ofertas para poder lograr ese concurso lo hacen a la baja, hemos de pensar que para que les compense la realización del servicio, o bien soportan con otro servicio la pérdida que les suponen estos concursos o si obtienen beneficio lo hacen disminuyendo el coste que les supone su ejecución. Y esto nos lleva a pensar que las retribuciones realizadas al personal son las que soportan dicha reducción del coste, ya que debemos pensar que la administración ejerce su capacidad de inspección, seguimiento y en definitiva, ejerce su responsabilidad como garante de un servicio público, y no percibe que la calidad del servicio prestado esté mermada en relación con la calidad exigida porque el servicio se continua prestando.

Aunque esta situación que he descrito, no siempre es así, la administración no siempre ejerce su responsabilidad, por diferentes razones, probablemente porque no tiene los recursos necesarios para poder hacerlo, y se debieran arbitrar mejores mecanismos para que los ciudadanos y ciudadanas de este país gozaran de sus derechos con la misma garantía y de los servicios con la misma calidad.

Porque nos podemos encontrar con que algunos de los servicios prestados se está realizando sin la calidad exigida.

Ahora bien, este planteamiento no es válido para aquellas empresas de la economía social o entidades sin ánimo de lucro, pues no tienen como objetivo la obtención de beneficio económico y que, por otra parte, hacen verdaderos esfuerzos para poder prestar los servicios. Estas entidades, que en su gran mayoría cuentan con una larga trayectoria en el sector, que aportan un importante valor añadido a su producción, contribuyendo a la inserción de las personas más necesitadas, deberían contar con un plus a la hora de concursar a la gestión de recursos que se generan en el marco de los Sistemas de protección social y, en particular, en el de Servicios Sociales.

Pero aunque no sea válido el planteamiento, y como el beneficio económico no es el único factor que interviene para que las retribuciones sean bajas, sino que la regulación del sector en este sentido plantea carencias importantes, también los trabajadores de estas empresas se ven afectadas por ello, aunque quizá en menor medida.

Por tanto, se hace necesaria que, al igual que existe en otros sectores, el sector de los servicios sociales tenga un marco que regule las retribuciones que han de realizarse a todos aquellos trabajadores y trabajadoras que estén prestando sus servicios en el mismo.

Como conclusión:

– La normativa existente en algunas comunidades autónomas que regula determinados servicios sociales debiera ser revisada para ajustar a los criterios de calidad exigidos.

– Debería consensuarse normativa para aquellos servicios que actualmente no cuentan con ella en las diferentes CC.AA.

– Se hace necesario que los pliegos de condiciones de los concursos sean adaptados a las necesidades reales de los sectores de atención para que pueda garantizarse la calidad de los servicios.

– Se ha de tener presente las condiciones de los trabajadores para evitar la precariedad en el empleo.

– Las entidades privadas no lucrativas y de inserción deberían contar con una estipulación distintiva que favoreciera su implicación en la ejecución de los servicios y que les reconozca la trayectoria realizada.

Bibliografía

Constitución Española 1978.

Ley 13/1995 de 18 de Mayo de Contratos de las Administraciones Públicas.

Real Decreto Legislativo 2/2000 de 16 Junio, texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Normativa reguladora de Servicios Sociales de las CC.AA. del Estado.

Informes de Junta Consultiva de Contratación Administrativa relativos a la gestión de Servicios Públicos.

Centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia: tendencias de futuro

Resumen

La prolongación de las expectativas de vida, la mejora de la salud de las personas mayores y las situaciones de dependencia asociadas al envejecimiento, está obligando a acometer una transformación de los modelos de servicios dirigidos a este colectivo. En el caso de los centros residenciales, esta transformación viene condicionada por el reto de conjugar la sostenibilidad económica, imprescindible para lograr la cobertura que requiere la gran demanda de plazas actuales y futuras, con un modelo adecuado para proporcionar las atenciones especializadas de carácter sociosanitario, acorde con las necesidades de las personas en situación de dependencia grave o severa en sus diferentes modalidades, y que favorezca los mayores niveles de autonomía personal, las relaciones personales y la convivencia en el entorno cuando ésta sea posible.

Abstract

The prolongation of life expectancies, the health improvement of the older people and the dependency related to the aging are forcing to change the models of the offered services. In the case of residential homes, this transformation is conditioned by the challenge of conjugating the economic sustainability that is necessary to achieve the coverage of the great demand of future and present places, with a suitable model to provide the specialized socio-sanitary services in keeping with the needs of people with a profound or severe dependency and to benefit the highest level of personal autonomy, the personal relationships and the convivence in their own environment when it is possible.

Palabras clave

Residencias, personas mayores, centros socio-sanitarios, dependencia.

Key words

Residential homes, older people, socio-sanitary centres, dependency

Autores

José María Cosculluela

Presidente del Grupo Vitalia-Plus, que gestiona más de 2.000 plazas residenciales para personas mayores en 12 centros, ubicados en diferentes Comunidades Autónomas

Gustavo García Herrero

Trabajador Social y Master en Gerencia de Servicios Sociales. Director del Albergue Municipal de Zaragoza. Puso en marcha y dirigió el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Autor de diversas publicaciones en materia de Servicios Sociales, Diseño y Evaluación de Proyectos Sociales y Comunicación de temas sociales. Es miembro del Comité Editorial de la Revista de Servicios Sociales y Política Social.

Centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia: tendencias de futuro

En pocas décadas hemos pasado en España de los tradicionales asilos, marcadamente asistencialistas, cuando no anclados en la más pura beneficencia, dirigidos a las personas mayores más necesitadas y carentes de apoyo familiar, a las nuevas Residencias acordes a las nuevas demandas y exigencias de una sociedad como la actual.

Todavía podemos recordar esos grandes centros gestionados, casi siempre, por abnegadas monjas y sostenidos gracias a la limosna. Recordamos el aspecto lúgubre de sus grandes salas utilizadas como dormitorios, de los amplios comedores y de los largos pasillos. Centros de estrictas normas, donde los residentes carecían de voz y de derechos, porque todo lo que se les daba era por pura caridad.

Recordamos esa vitalidad que acompañó la década de los 80 en nuestro país, al ritmo de los profundos cambios de la sociedad y de las instituciones, y que en pocos años acabó con esos restos de un pasado benéfico y asistencial que se había prolongado más de lo debido en España. Nuevos centros residenciales comenzaron a aflorar a lo largo de toda la geografía, con un especial protagonismo de las entidades locales –Ayuntamientos, Comarcas y Diputaciones Provinciales–, con el impulso y el apoyo de las incipientes Comunidades Autónomas.

Nuevos centros, nuevos usuarios y nuevos modelos tanto en sus estructuras como en sus dinámicas:

- Centros de dimensiones más reducidas, para facilitar la convivencia y las relaciones personales.
- Centros integrados en el entorno vecinal, para que sus residentes pudieran seguir disfrutando de la convivencia ciudadana.
- Se tiene muy en cuenta las necesidades de intimidad de sus residentes (habitaciones individuales o dobles y de matrimonio)

- Se buscan diseños, espacios y equipamientos que proporcionen un ambiente más acogedor (luminosidad, color, comodidad, modernidad...)

- Se profesionalizan sus plantillas

- Se establecen Reglamentos y normas para garantizar los derechos de los usuarios.

- Se favorece la participación de los usuarios en la gestión del centro, creando órganos y cauces de representación.

- Se organizan actividades para dinamizar la convivencia y para favorecer las relaciones personales y el uso creativo del tiempo libre y para prevenir el deterioro propio de la edad.

Un conjunto de cambios que transformaron radicalmente los centros residenciales dirigidos a las personas mayores, de manera que en pocos años el término “asilo” quedó para el recuerdo.

Tras los lógicos recelos iniciales de buena parte de la población, y al hilo de los profundos cambios de la sociedad española y muy especialmente de las estructuras familiares, pronto se incorporaron como usuarios de estos centros nuevas categorías de personas mayores: ya no eran solo personas solas, sin familia, con escasos recursos o desamparados, sino cualquier persona mayor, independientemente de su situación económica o familiar.

Y por eso, muy pronto, la oferta de plazas residenciales, superado el estigma social, comenzó a ser un ámbito de interés también para el sector lucrativo.

Sin embargo, con apenas tiempo para consolidar este nuevo modelo de centro residencial para personas mayores, las dinámicas sociales y demográficas están obligando a acometer nuevos y profundos cambios. La prolongación de las expectativas de vida, la mejora de la salud de las personas mayores, las situaciones de dependencia asociadas al envejecimiento, y la progresiva incorporación de la mujer al mundo

laboral son los aspectos que están condicionando estos cambios.

Analizaremos a continuación sus principales características.

Un modelo integrador de atenciones domiciliarias y residenciales

El nuevo modelo residencial que se generó en los años 80 estaba pensado, en gran medida, para personas mayores válidas. La mayor parte de las residencias que se construyeron en esa época respondían a ese tipo de población; de ahí su reducida dimensión, en torno a 50 plazas, sus características arquitectónicas, sus reglamentos, sus equipamientos, sus plantillas poco profesionalizadas, sus reglamentos y dinámicas.

Pero muy pronto se vio que este modelo de centros resultaba inviable, en tanto que sus usuarios, que cuando ingresaron en la residencia tenían una media de edad de 70 años y constituían un colectivo lleno de vitalidad y sin especiales necesidades de cuidados, evolucionaba hacia situaciones de dependencia conforme se aproximaban a los 80 años de media de edad, exigiendo cada vez mayores y más especializadas atenciones, que la mayor parte de las residencias no estaban en disposición de atender debido a sus limitaciones arquitectónicas, dotaciones de personal insuficientes y poco profesionalizadas, equipamientos inadecuados, costes...

Ante esta gran demanda de plazas residenciales para personas mayores en situación de dependencia grave o severa, y el elevado coste de las mismas, el esfuerzo de las Administraciones Públicas se va orientando casi exclusivamente a la provisión de este tipo de plazas, abandonando casi por completo la dotación de nuevas plazas para válidos, y transformando en plazas para "asistidos" muchas de las diseñadas inicialmente para válidos.

Por otra parte, la potenciación de los servicios de ayuda a domicilio y de estancias diurnas hace que esta tendencia de los años 80, que llevaba a las personas mayores a solicitar plaza en residencia, fuera cual fuera su estado de salud, se quiebra: actualmente la generalidad de las personas mayores prefieren afrontar, si tienen oportunidad para ello, las necesarias transformaciones de sus casas y utilizar todas las ayudas externas disponibles para prolongar la permanencia en sus propios domicilios y en su entorno familiar y social el mayor tiempo que su estado de salud y autonomía personal les permita. Las residencias quedan así reservadas para personas mayores en situaciones de gran dependencia que requieren elevadas cargas de cuidados cada vez más especializados, lo que obliga a replantearse el modelo de los centros: sus características constructivas y sus equipamientos deben asimilarse cada vez más a las requeridas para usos hospitalarios, sus dotaciones de personal y la cualificación del mismo deben aumentarse de forma exponencial...

Así pues, ante esta nueva realidad, el nuevo modelo de atención a las personas mayores debe evolucionar hacia la potenciación de todos los servicios de asistencia domiciliaria, de ayudas a cuidadores, reformas de los hogares y estancias diurnas que favorezcan prolongar la permanencia en sus propios domicilio todo el tiempo que sus circunstancias de salud y de autonomía personal se lo permitan, quedando las residencias reservadas para aquellas personas que por su delicado estado de salud y elevados grados de dependencia requieran una atención altamente especializada.

Este nuevo modelo de prestación de servicios para las personas mayores, obliga a las Administraciones Públicas a orientar sus prioridades de gasto en una doble dirección:

- a) Reforzar los servicios de carácter domiciliario, que permiten prolongar la permanencia de las personas en su hogar mientras su situación personal y familiar lo permite.

- b) Ofrecer plazas residenciales para personas en situación de dependencia grave o severa, con atenciones especializadas de carácter sociosanitario.

Las residencias para válidos quedan casi exclusivamente como una opción de algunas personas con capacidad económica suficiente para asumir por sí mismos los costes de una alternativa que va evolucionando hacia modelos de centro de alto nivel o entornos específicos de viviendas con servicios complementarios, como oferta específica de hábitat para personas mayores con capacidad para mantener una vida autónoma, con esos apoyos.

El Libro Blanco sobre la Dependencia destaca estas nuevas estrategias cuando dice: *“Deben priorizarse los servicios que permiten a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno, mediante una planificación individualizada de los casos: las ayudas técnicas, las intervenciones en la vivienda, la ayuda a domicilio, los centros de día y los programas de formación y de intervención con familias deberían estar presentes en la cartera de servicios (...) Cuando las personas no puedan continuar viviendo en su casa, después de las evaluaciones efectuadas, se ofrecerá una plaza en un alojamiento, atendiendo a criterios de proximidad.”* (Capítulo XII, “consideraciones relacionadas con la cartera de servicios, puntos 9 y 10)

Señala, así mismo, algo especialmente a tener en cuenta en este nuevo modelo: **el carácter integral que deben tener este conjunto de servicios para garantizar la continuidad en los cuidados que requiere la atención a las personas en situación de dependencia:** *“En el ámbito de la coordinación es urgente el establecimiento de un modelo que garantice la continuidad en los cuidados, tanto dentro del propio sistema de servicios sociales (SAD, Centros de Día, residencias) como con el sistema sanitario.”* (Capítulo XII, “consideraciones relacionadas con la cartera de servicios, punto 8)

Nuevos centros residenciales de carácter socio-sanitario

El nuevo perfil de los usuarios de servicios residenciales –cada vez más mayores, con mayores grados de dependencia, con estados de salud más precarios, que requieren grandes cargas de cuidados y una atención socio-sanitaria cada vez más especializada–, viene a cuestionar definitivamente el modelo de residencia implantado en los años 80, que deben afrontar el difícil reto de adecuar sus instalaciones, sus plantillas de personal, sus planes de servicios y sus estructuras de costes a las crecientes necesidades asistenciales de este nuevo perfil de usuarios.

Se trata de una tendencia generalizada, pues la edad media de los nuevos usuarios de centros residenciales se sitúa ya por encima de los 80 años, sus grados de dependencia oscilan entre las situaciones de dependencia severa y gran dependencia y la gran mayoría tiene más de una enfermedad: enfermedades crónicas, y todo tipo de demencias son habituales en las personas mayores que ingresan actualmente en los centros residenciales, siendo de prever que este escenario se agravará en la misma medida en la que evolucionen los servicios de ayuda a domicilio y se vaya perfeccionando su interconexión con los servicios de estancias diurnas.

Los datos oficiales hablan de que existen actualmente más de un millón de personas (1.125.190 personas) afectadas de dependencia moderada, severa y gran dependencia. Y lo más importante es que todas las previsiones apuntan a que “durante la década actual se producirá un incremento muy importante del número de personas de edad avanzada (por encima de los 75 años) debido al *“envejecimiento sobre el envejecimiento”* y al mismo tiempo un descenso suave en el número de personas entre 65 y 75 años.” (Libro Blanco de las Dependencias, Cap. XII, pág. 14 a 16). (Ver cuadro 1)

Esos datos que hablan de previsiones en el ámbito nacional, se confirman con los registrados ya en la mayor parte de los centros residenciales: así, en un estudio realizado sobre un total de 1.500 usuarios ingresados en los últimos años en distintos centros, casi ocho de cada diez (79,8 %) presentan actualmente alguna situación de dependencia severa o de gran dependencia. (Ver cuadro 2)

Esta situación hace que los centros deban asumir unas cargas de cuidados cada vez mayores, así como unos esfuerzos rehabilitadores crecientes y el reto de integrar atenciones sociales y sanitarias, algo no siempre fácil de conseguir, ya las “fronteras” institucionales dificultan, no pocas veces esta integración.

Otra característica importante del nuevo perfil de los usuarios de los centros residenciales, es que son cada vez más exigentes con la calidad de los servicios asistenciales y con el respeto de sus derechos personales. Como ya hemos comentado, este colectivo de usuarios ya no puede identificarse, ni mucho menos, con grupos especialmente vulnerables, de bajas rentas o con escaso apoyo familiar. Los usuarios de los centros residenciales para personas mayores son personas de todo el ámbito social y económico, y muchos de ellos con un entorno familiar totalmente responsable y comprometido con su bienestar.

Ello, unido a los precios que han de pagar por su estancia en el centro y por las atenciones que reciben –bien a través de sus propios recursos o con el apoyo de las Administraciones– hace que aumente significativamente el nivel de exigencia. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la oferta residencial constituye ya un ámbito interesante para el desarrollo de iniciativas de carácter lucrativo, por lo que la competitividad entre empresas añade una mayor exigencia de mejora a los centros, como reto para su supervivencia.

La consecuencia es evidente: los centros deben mejorar su oferta en todos los aspectos, tanto en sus instalaciones como en las atenciones

y servicios que prestan, sean estos de carácter material o técnico. Ello hace que los cuidados que se ofertan sean, sin duda, cada vez más complejos, más intensivo y de mayor **calidad**. Es cuestión de subsistencia para las entidades lucrativas, tanto realicen su oferta al libre mercado o pugnen por competir por la concertación de plazas con alguna administración pública.

Dentro de esta orientación hacia mayores cotas de calidad, la **profesionalización** es un requisito esencial. Cada vez va a haber mayor demanda de profesionales preparados; algunos de ellos específicamente para estas funciones, como los/as cuidadores/as. En otros casos se tratará de especializar a profesiones o profesionales ya existentes, como es el caso de los terapeutas y, muy especialmente, el de los/as trabajadores/as sociales. Para todos ellos se abre un interesante campo para el desarrollo de su actividad profesional, a condición de que sean capaces de desarrollar una práctica adecuada a las específicas necesidades de este tipo de centros y de sus usuarios –los residentes y sus familias–.

Sin olvidar la gran demanda que va a haber de profesionales cualificados para la dirección y gerencia de estos centros; una realidad que actualmente muestra especiales limitaciones y que dificulta que algunos de estos centros funcionen adecuadamente. Los trabajadores sociales deben ser conscientes de esta oportunidad y actualizar su formación –o reciclaje– en el ámbito gerencial –y muy específicamente en el de gestión de residencias de personas mayores–, si quieren aprovechar esta oportunidad. Si no lo hacen, otras profesiones o profesionales vendrán a cubrir esta demanda de directores y gerentes de establecimientos residenciales para mayores.

Pero por encima incluso de cualquier criterio de calidad, el nuevo modelo de residencia para personas debe estar especialmente comprometido con los **derechos de sus usuarios**, algunos de los cuales tienen una especial trascendencia en un entorno residencial, como el derecho a la

intimidad, a la confidencialidad y a la reserva de sus datos, a la especial protección que por su estado de salud requieren... Derechos que en ocasiones son, ni más ni menos, que derechos fundamentales de la persona constitucionalmente reconocidos, además de los que derivan de su condición de usuarios y consumidores de un servicio que contratan, y sin olvidar aquellos que emanan en el caso de que se trate de un servicio prestado por las Administraciones, de forma directa o concertada. (Ver cuadro 3)

En el nuevo modelo de centro residencial para mayores se intensificarán, sin duda, los **servicios de inspección** puestos en marcha por las Administración –o al menos eso sería lo deseable–, para garantizar estos derechos y evitar abusos. Pero serán cada vez más los propios usuarios –los residentes y sus familias–, quienes harán valer sus derechos cuando consideren que están siendo vulnerados: un mayor nivel cultural y una mayor información de los usuarios, son los argumentos que avalan esta afirmación, además de los datos que la propia experiencia va mostrando ya actualmente.

Si esto es así, no sólo es una cuestión que afecte a las instituciones públicas y privadas, sino también, y de forma muy directa, a los profesionales, que no solo deben velar para que se cumplan los derechos de los usuarios, sino que deben protegerse para las posibles reclamaciones y responsabilidades que les puedan afectar a ellos mismos. Una persona especialmente conocedora del tema, por su condición de magistrado y por sus estudios específicos en la materia¹, aconseja a los profesionales, que deben estar

– **Formados** en materia de derechos de los usuarios para que puedan actuar en consecuencia.

– **Informados** o asesorados, ya que se trata, muchas veces, de cuestiones complejas, que requieren que los profesionales cuenten con

algún nivel de asesoramiento especializado en sus propias instituciones o en sus órganos colegiales.

– **Protegidos** frente a posibles responsabilidades, a través de pólizas de seguros que pueden habilitar sus respectivas instituciones o sus órganos colegiales.

Consejos que compartimos plenamente porque, sin duda, la garantía de los derechos de los usuarios y las reclamaciones y responsabilidades que de los mismos se deriven, van a tener –de hecho, ya están teniendo–, una gran importancia en el futuro y van a afectar muy directamente a instituciones, empresas y profesionales.

Un diseño modular: Diversificar los servicios para responder a la diversidad de las situaciones y demandas.

El incremento de la complejidad será una de las características del nuevo modelo de residencias para mayores, ya que son diversas las situaciones y necesidades de cuidados de las personas mayores que demandan alojarse en tales centros.

Para responder a esta diversidad es necesario **diseñar y ofrecer una variada gama de servicios y atenciones**, desde las de carácter material hasta las de mayor especialidad técnica, para que con ellas el centro pueda ofrecer un diseño “a la carta” a cada uno de sus residentes, en función de sus específicas situaciones, necesidades y demandas. En el cuadro adjunto mostramos la diversidad de atenciones y servicios que puede llegar a ofertar actualmente un establecimiento residencial, expresados en sus correspondientes protocolos o programas. (Ver cuadro 4)

Además de esta variada oferta de atenciones y servicios, la propia estructura de los centros requiere evolucionar hacia la diversidad: los **diseños modulares de los centros** son la consecuencia lógica de esta evolución.

Se plantean así centros de dimensiones que habitualmente se han considerado grandes en el modelo tradicional, en torno a las 150 plazas, pero que contemplan un diseño modular, con unidades de unas 30 plazas, de forma que favorecen una mejor convivencia entre los usuarios, cuando ésta es posible –un entorno más próximo y menos institucional–, al tiempo que permiten un tratamiento más especializado en función de las diferentes características de los usuarios.

Algunos de los módulos necesarios en el nuevo modelo de residencias para personas mayores en situación de dependencia son:

- Módulos para personas con graves alteraciones de conducta
- Módulos para encamados (crónicos y terminales)
- Módulos para personas que requieren una asistencia continuada e intensiva.
- Módulos para personas válidos y semiválidos
- Sin olvidar los módulos para estancias diurnas que se incorporan ya en muchas residencias y que son cada día, más demandados.

Los nuevos centros residenciales: plantillas, edificios e instalaciones, equipamientos y costes

Con todas estas condiciones, los nuevos edificios tienen que reunir las siguientes características:

- Tienen que tener una **proyección horizontal**, para permitir una mayor accesibilidad y un entorno más humano. En la planta baja deben existir espacios comunes y, en todo caso, deben contar con zonas ajardinadas que no sólo cumplan una función ornamental, sino que los residentes y visitantes puedan acceder a ellas con facilidad.

- La **estructura modular** antedicha debe permitir habilitar unidades de convivencia independientes en función de las características y del estado de salud de los usuarios.

- Las residencias deben configurarse, en todo caso, como **casas para vivir** –en todo el sentido de la expresión–, que permitan el mayor nivel de autonomía personal y de oportunidades para las relaciones personales y la convivencia en la propia residencia y en el entorno. Para ello deben estar plenamente **integradas en el entorno urbano**. Por “paradisiacas” que algunas puedan parecer, las residencias ubicadas en espacios alejados del entorno urbano no facilitan estas oportunidades de relación de las personas con el entorno, con lo que a las limitaciones que puedan tener para ello se añade el factor del aislamiento.

- En el diseño se deben tener muy en cuenta el **cumplimiento de las normativas** de este tipo de centros en cuanto a la accesibilidad, la seguridad, la facilidad para llevar a cabo las atenciones sociales y sanitarias que las personas mayores necesitan, y más aún cuando su situación de falta de autonomía personal requiere atenciones y cuidados específicos, en los cuales la movilización de la persona es un aspecto fundamental.

Con estas características, mostraremos a continuación lo que podría ser el **diseño de un centro residencial para personas mayores**,

notas

1. Fracisco Cucala Campillo, magistrado de la Audiencia Provincial de Zaragoza y coautor de la “GUÍA DE DERECHOS DE LOS USUARIOS DE CENTROS PARA PERSONAS MAYORES”, así como de la “GUÍA DE DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES”, ambas editadas en el año 2005 por la Unión de Consumidores de Aragón –UCA–, con el patrocinio del Gobierno de Aragón y del Ayuntamiento de Zaragoza.

con **150 plazas**, que integraría las siguientes **unidades o módulos de 30 plazas** cada uno de ellos, que compartiendo servicios comunes (en aras a una mejor gestión y a racionalizar costes), dispusieran de identidad y autonomía para facilitar la convivencia en entornos apropiados para ello:

- Unidad para **personas con alteraciones graves de conducta** (30 plazas)
- Unidad para **personas encamadas** (30 plazas)
- Unidad para **personas con grados de dependencia severa** (dos unidades de 30 plazas cada una de ellas)
- Unidad para **personas válidas y dependencia leve** (30 plazas)
- Unidad de **estancias diurnas** (30 plazas)

La superficie que requeriría un centro como este, para garantizar la calidad de sus atenciones, estaría en torno a los **40 m² por plaza**, con la siguiente distribución:

- Habitaciones y baños geriátricos: 28 m² por plaza
- Comedores, salas de estar y visitas: 3,75 m² por plaza
- Enfermería, consultorios y salas de rehabilitación y actividades: 1,75 m² por plaza
- Cocina, lavandería, vestuarios y almacenes: 1,5 m² por plaza
- Recepción, despachos y pasillos: 5 m² por plaza.

Pero, por encima de cualquier otro aspecto, la calidad en la atención en un residencia de personas mayores como la que estamos describiendo, depende, sin duda alguna, del

personal que la atiende. Es **necesario contar con una plantilla suficiente en cuanto al ratio personal/residente, formada-especializada, y motivada**. Conseguir una plantilla con estas características es el mayor reto tanto económico como gerencial en la puesta en marcha y en la gestión de una residencia.

Respecto al número de puestos de trabajo necesarios en un centro como el que venimos refiriendo, el ratio empleados por usuario debe ser 0,50, es decir, un empleado por cada dos residentes, con la siguiente distribución:

Personal de atención directa: 0,39

- médico, psiquiatra, psicólogo: 0,03
- ATS-DUE: 0,04
- Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta: 0,04
- Auxiliar de Enfermería: 0,28
- Dirección y Servicios Generales: 0,11

- Dirección y Administración: 0,02
- Recepción: 0,01
- Cocina: 0,02
- Lavandería y limpieza: 0,05
- Mantenimiento y transporte: 0,01

Se trata de una plantilla en la que prevalece, como no podía ser de otra manera, el personal de atención directa (casi 8 de cada 10 puestos de trabajo), reduciendo al máximo el personal de dirección y servicios generales, para lo cual es preciso una organización eficaz y un buen aprovechamiento de las tecnologías que faciliten el desarrollo de los trabajos materiales (cocina, lavandería, limpieza...). Un ahorro de plazas en estos aspectos, que permita dedicar el mayor número de efectivos a la atención directa, a la atención personal, en la cual nada puede sustituir el trato humano: auxiliares de enfermería, en primer lugar, por ser el personal más en contacto directo y cotidiano con los residentes, por lo que constituyen más de la mitad de la plantilla; sin olvidar otras profesiones/profesionales, cuya presencia contribuye a una mejor atención humana y

a una mejor convivencia en el centro y en el entorno familiar y social: médicos, psiquiatras, DUEs, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas... (Ver cuadro 5)

Queda, por último, el inevitable tema de los costes de un centro de estas características. Sólo a modo de orientación diremos que **su coste de inversión podría estar, en líneas generales, en torno a los 10 millones de euros**, de los cuales algo más de 6 sería el coste de la edificación, mientras que el resto correspondería a los gastos de adquisición del solar, registros y escrituras. (Ver cuadro 6)

Evidentemente se trata de datos orientativos, ya que su concreción estará relacionada con los precios específicos de la zona, tanto en cuanto al valor de los terrenos, sus características, el coste de la edificación...

En cuanto a los **costes de mantenimiento y funcionamiento del centro**, podemos situarlos en casi **1.100 euros por residente** y mes, en el año 2005. De esta cifra, el mayor porcentaje corresponde, lógicamente, a los gastos de personal, que representan un 60 % del total (650 euros por residente y mes). Le siguen, muy lejos, los gastos de alimentación, limpieza y aseo, que son el 16,6 % del total (180 euros por residente y mes). Ambos conceptos constituyen, en conjunto, más de las tres cuartas partes del coste total.

Respecto a la previsión de cómo evolucionarán estos costes en un futuro, puede aplicarse a todos ellos, con bastante seguridad, un incremento similar al que marque la inflación, que puede estimarse en torno a un 2,5 % anual para el próximo quinquenio. Con una excepción: los costes de personal, cuya previsión de crecimiento duplica esta tasa. Ello es debido a las características del trabajo que se debe desarrollar en un centro como este, que requiere una dedicación y una motivación especial, escasamente remunerada con los

sueldos actuales, lo que hace especialmente difícil encontrar ya en algunas zonas personal preparado para la mayor parte de las categorías profesionales descritas. La calidad de la atención requiere contar con personal formado y motivado, y los sueldos actuales son insuficientes para ello.

Una especial atención merecen los puestos de director o gerente del centro, para el que no siempre se encuentra el personal preparado para ello (no basta, aunque algunos así lo crean, un título, sino que en esto también la experiencia es un grado) y los de auxiliares de enfermería, por su especial significación sobre el volumen total de la plantilla y por la importantísima función que desempeñan en la relación con el residente. Un puesto de trabajo con una remuneración muy baja que no solo dificulta encontrar personal preparado y motivado, sino la permanencia en el puesto de trabajo; una excesiva rotación no sólo afecta al funcionamiento general del centro –por la necesidad de estar constantemente aprendiendo las tareas– sino, y sobre todo, por la importancia que tiene que las personas mayores tengan referencias estables ya que no sólo está en juego los cuidados materiales que reciben, sino también, y muy especialmente, el trato humano y la relación personal que establecen con sus cuidadores. (Ver cuadro 7).

Como síntesis de todo lo anterior ofrecemos el siguiente cuadro resumen de lo que, a nuestro juicio, será la evolución de los centros residenciales para las personas mayores en situación de dependencia. Una evolución que deberá conjugar la calidad en las atenciones y cuidados materiales, como la calidez en el trato humano y sin perder de vista la racionalidad en el diseño y en la gestión, que garanticen la sostenibilidad económica de un modelo de atención cuyo desarrollo va a requerir un extraordinario esfuerzo tanto al conjunto de la sociedad como a las personas afectadas. (Ver cuadro 8)

Bibliografía

ARIAS MIRANDA, José (1862): *Reseña histórica de la Beneficencia española*, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Madrid.

Asociación Americana sobre Retraso Mental (2004): *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*, Alianza Editorial, Madrid.

AZNAR LÓPEZ, Manuel (1994): "*La legislación autonómica de acción social. Análisis jurídico*", en JUAREZ, Miguel (dir.): *V Informe sociológico sobre la situación social de España, 1853-1867*, Fundación FOESSA, Madrid.

CABALLOL BARTOLOMÉ, José Manuel (2004): "*Psicología y exclusión: una relación por descubrir*", en *Un despacho sin puertas*, 45-54, Fundación Rais, Madrid.

CASADO, Demetrio (2002), *Reforma política de los servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid.

CASADO, Demetrio (2003): "*Políticas técnicas para la discapacidad*", en *Documentación social*, nº 130, 41-60.

CASADO, Demetrio (2004): "*La dependencia funcional y sus abordajes*", en: *Respuestas a la dependencia*, 15-49, Editorial CCS, Madrid.

CASADO, Demetrio (2004): "*Conocimiento y gestión del empleo de las personas con discapacidad*", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 50, 47-72.

CASADO, Demetrio (2005), "*La atención temprana en España*", http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf.

CASADO, Demetrio y GUILLÉN, Encarna (2005): *Manual de servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid.

CATTERMOLE, Martin et al. (1991): "*La vida en un hospital para personas deficientes mentales: vista desde el interior*", en *Siglo Cero*, nº 133.
Consejo de Europa (1998): *Recomendación no (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia*. Adoptada en 18 de septiembre de 1998. Versión en español del IMSERSO (Observatorio de personas mayores),

Vejez y protección social a la dependencia en Europa, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid, 1999, p. 13.

DE LA RED VEGA, Natividad de la (2005): "*Hacia la intervención integral en los servicios sociales*", en GUILLÉN, Encarna (comp.): *Sobre problemas y respuestas sociales*, 275-289, Hacer Editorial, Barcelona.

ESCOBAR, Javier I. (1998): "*Apoyo social y redes sociales: impacto sobre la salud física y mental*", en *Avances en salud mental*, números 1, 2 y 3.

ESTIVILL, Jordi (1992-93): "*Casa y trabajo: entre la reclusión y la itinerancia*", en *Sociología del trabajo*, nueva época, nº 17.

FANTOVA, Fernando (2005): *Los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y la gestión del conocimiento*, en Demetrio Casado (dir.): *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, 75-92, Editorial CCS, Madrid.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005): *Libro blanco de la atención temprana*, Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid.

LAZARO, Laureano (1983): "*El estado de la descentralización de los servicios asistenciales y sociales en España*", en *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las Autonomías*, 119-125, Marsiega, Madrid.

MARTÍNEZ-ALCUBILLA, Marcelo (dir.) (1943): *Diccionario de la Administración Española*, Madrid.

MARTINEZ ROMÁN, María Asunción (2005): "*Reflexiones sobre las políticas públicas: promoviendo la aplicación de la igualdad de oportunidades a las familias con personas en situación de dependencia*", en GUILLÉN, Encarna, *Sobre problemas y respuestas social* Editorial, Barcelona.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*

MONSERRAT CODORNIU, Julia (2004): "*Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual*", en CASADO, Demetrio: *Respuestas a la dependencia*, 77-108, Editorial CCS, Madrid.

Cuadro 1

EVALUACION DE LOS GRADOS DE DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES				
GRADO DEPENDENCIA / EDAD	65 a 79	80 y mas	TOTAL	
GRAN DEPENDENCIA: Ayuda permanente para ABVD	47.300	116.034	163.334	
	0,9 %	6,5 %	2,2 %	
DEPENDENCIA SEVERA: Ayuda 2-3 veces/día para ABVD	110.090	182.015	292.105	
	2 %	10,1 %	4 %	
DEPENDENCIA MODERADA: Ayuda 1 vez/día para ABVD	216.034	155.078	371.112	
	3,9 %	8,6 %	5,1 %	
PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	373.424	453.127	826.551	
	6,8 %	25,2 %	11,3 %	

Cuadro 2

GRUPO VITALIA: ANALISIS DE LOS GRADOS DE DEPENDENCIA EN 1.500 USUARIOS		
1	GRAN DEPENDENCIA MENTAL: Demencias y trastornos mentales que originan alteraciones graves de conducta	123 8,2 %
2	GRAN DEPENDENCIA FISICA: Usuarios encamados por enfermedades crónicas y procesos terminales	336 22,4 %
3	DEPENDENCIA SEVERA MENTAL: Demencias y trastornos mentales que originan alteraciones de conducta no graves	324 21,6 %
4	DEPENDENCIA SEVERA FISICA: Enfermedades crónicas en fase no aguda, procesos postquirúrgicos en fase de rehabilitación	414 27,6 %
TOTAL GRAN DEPENDENCIA Y SEVERA		79,8 %
5	DEPENDENCIA LEVE Y VALIDOS: Asociados a situaciones de desestructuración familiar y/o social.	303 20,2 %
TOTAL VALIDOS Y DEPENDENCIA LEVE		20,2 %

Cuadro 3

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS: REGLAMENTO DE REGIMEN INTERNO	
DERECHOS	OBLIGACIONES
• A LA INFORMACION	• CUMPLIR LAS NORMAS DE RÉGIMEN INTERNO
• A LA INTIMIDAD PERSONAL	• RESPETAR LAS NORMAS DE CONVIVENCIA
• AL SECRETO DE SUS DATOS SANITARIOS Y SOCIALES	• PAGO DE LOS SERVICIOS PACTADOS
• A LA DOMICILIACION	• FACILITAR Y ACTUALIZAR LOS DATOS PERSONALES
• A LA NO DISCRIMINACION POR RAZON DE RAZA, RELIGION, SEXO, OPINION, ETC	• COMUNICAR CAMBIOS O INCIDENCIAS
• A RECIBIR UN TRATO CORRECTO Y DIGNO	• PARTICIPAR EN LAS TERAPIAS PAUTADAS
• A MANTENER RELACIONES INTERPERSONALES	• RESPETAR LAS NORMAS SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO
• A SU ASISTENCIA INTEGRAL	• COMUNICAR LAS SALIDAS DEL CENTRO
• A LA VOLUNTARIEDAD DEL INGRESO Y CESE	• DESIGNAR A UNA PERSONA RESPONSABLE
• A SER VISITADO	
• A LA COMUNICACION	
• A LA LIBRE ENTRADA Y SALIDA DEL CENTRO	
• DE ASOCIACION	
• AL DESARROLLO PERSONAL	

Cuadro 4

PROTOCOLOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN: CONTROL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS	
PROTOCOLO DE ACOGIDA E INGRESO	PROGRAMA DE CURAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE CUIDADOS PERSONALES	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN FISIOTERAPÉUTICA Y GIMNASIA
PROTOCOLO DE HIGIENE CORPORAL	PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL Y FAMILIAR: HISTORIA SOCIAL
PROTOCOLO DE HIDRATACIÓN ORAL	PROGRAMA DE PODOLOGÍA
PROTOCOLO DE CAMBIOS POSTURALES	PROGRAMA DE ACTIVIDADES SOCIO- CULTURALES Y DE OCIO
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN ESCARAS	PROGRAMA DE MEDICACIÓN
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CAÍDAS	PROGRAMA DE PELUQUERÍA Y ESTÉTICA
PROTOCOLO DE TRASLADOS	PROGRAMA DE LAVANDERÍA - LIMPIEZA
PROTOCOLO DE DIETAS ALIMENTICIAS	SERVICIO DE TRANSPORTE
PROTOCOLO VALORACIÓN GERIÁTRICA	SERVICIO DE MANTENIMIENTO
PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA: HISTORIA CLÍNICA	PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD
PROGRAMA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA: HISTORIA CLÍNICA	PROTOCOLO DE DEFUNCIÓN
PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL	

Cuadro 5

MODELO DE CENTRO RESIDENCIAL SOCIO-SANITARIO PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA

DEFINICION DEL MODELO DE CENTRO:	EDIFICIOS DE PROYECCION HORIZONTAL CON ESPACIOS COMUNES EN PLANTA BAJA Y ACCESO DIRECTO A JARDINES	ESTRUCTURA MODULAR PARA HABILITAR UNIDADES DE CONVIVENCIA INDEPENDIENTES EN FUNCION DEL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS	CASAS PARA VIVIR INTEGRADAS EN ENTORNOS URBANOS, DOTADAS DE AMPLIOS ESPACIOS DE CONVIVENCIA Y JARDINES: CONSTRUIDAS SEGÚN NORMAS HOSPITALARIAS
CAPACIDAD ASISTENCIAL: 150 RPM 30 UED	UNIDAD PARA PERSONAS CON ALTERACIONES GRAVES DE CONDUCTA: 30 PLAZAS	UNIDAD PARA PERSONAS ENCAMADAS: 30 PLAZAS	UNIDAD PARA PERSONAS VALIDAS Y DEPENDENCIA LEVE: 30 PLAZAS
SUPERFICIE CONSTRUIDA POR USUARIO: 40 M2	HABITACIONES Y BAÑOS GERIATRICOS: 28 M2	SALAS ESTAR Y VISITAS + COMEDORES: 3,75 M2	RECEPCION + DESPACHOS + PASILLOS: 5 M2
RATIO DE EMPLEADOS POR USUARIO: + 0,50	PERSONAL DE ATENCION DIRECTA: 0,39 • MEDICO, PSIQUIATRA, PSICOLOGO: 0,03 • ATS - DUE: 0,04 • TERAPEUTA OCUPACIONAL, TRABAJADOR SOCIAL, FISIOTERAPEUTA: 0,04 • AUXILIAR DE ENFERMERIA: 0,28	ENFERMERIA + CONSULTORIOS + REHABILITACION: 1,75 M2	DIRECCION Y SERVICIOS GENERALES: 0,11 • DIRECCION Y ADMINISTRACION: 0,02 • RECEPCION: 0,01 • COCINA: 0,02 • LAVANDERIA Y LIMPIEZA: 0,05 • MANTENIMIENTO Y TRANSPORTE: 0,01

Cuadro 6

ESTUDIO DE INVERSION PARA LA CREACION DE UN CENTRO DE 150 PLAZAS DE RESIDENCIA Y 30 DE ESTANCIA DIURNA		EUROS	€/CAMA
• MOVIMIENTO DE TIERRAS Y OBRA CIVIL		2.500.000	16.667
• CALEFACCION, AIRE ACONDICIONADO, ACS, APARATOS SANITARIOS, SANEAMIENTO, FONTANERIA Y CONTRAINCENDIOS		830.000	5.533
• ELECTRICIDAD, TELEFONIA, MEGAFONIA, TV, SISTEMAS DE CONTROL		220.000	1.467
• CARPINTERIA, VIDRIOS, CERRAJERIA, PINTURA Y ASCENSORES		430.000	2.867
• MOBILIARIO DE HABITACIONES, BAÑOS, SALAS DE ESTAR Y VISITAS, COMEDORES, TERAPIA OCUPACIONAL, DESPACHOS Y DECORACION		575.000	3.833
• COCINAS, LAVANDERIA, MENAJE, CARROS DE SERVICIO, LENDERIA		160.000	1.067
• EQUIPOS INFORMATICOS, MEDICOS, REHABILITACION, FARMACIA, TRANSPORTE, MANTENIMIENTO, UNIFORMES Y OTROS		200.000	1.333
• PROYECTYOS Y DORECCION DE OBRAS		400.000	2.666
• GASTOS GENERALES, SEGUROS, TASAS E IMPUESTOS Y OTROS		850.000	5.667
TOTAL PRESUPUESTO DE EJECUCION		6.165.000	41.100
• ADQUISICION DE SOLAR, GASTOS DE ESCRITURACION Y REGISTRO		3.800.000	25.333
TOTAL PRESUPUESTO DE INVERSION		9.965.000	66.433

Cuadro 7

ESTUDIO DE COSTES: EVOLUCION PREVISTA PARA LOS PROXIMOS 5 AÑOS				
COSTE / RESIDENTE / MES	ACTUAL		PREVISION 5 AÑOS	VARIACION
• GASTOS DE PERSONAL	650	59,9 %	815,6	62,5 % 25,5 %
• ALIMENTACION, LIMPIEZA Y ASEO	180	16,6 %	202,5	15,5 % 12,5 %
• SUMINISTROS DE ENRGIA Y OTROS	60	5,5 %	67,5	5,2 % 12,5 %
• GASTOS GENERALES	70	6,5 %	78,8	6 % 12,5 %
• MANTENIMIENTO	25	2,3 %	28,1	2,2 % 12,5 %
• AMORTIZACION Y REPOSICIONES	100	9,2 %	112,5	8,6 % 12,5 %
TOTAL COSTE MENSUAL	1.085	100 %	1.305	100 % 19,6 %
OBSERVACIONES: SE PREVE UN CRECIMIENTO IMPORTANTE DE LOS GASTOS DE PERSONAL HASTA SU EQUIPARACION CON OTROS SECTORES, LO QUE HARA QUE LOS COSTES DE EXPLOTACION SE INCREMENTEN EN TORNO AL DOBLE QUE LA TASA DE INFLACION PREVISTA EN UNA MEDIA DEL 2,5 % ANUAL				

Cuadro 8

EVOLUCION DE LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA									
PERFIL DE LOS USUARIOS:	+ MAYORES, (80 AÑOS Y MAS)	+ ENFERMOS Y/O +DEMECIADOS: +DEPENDIENTES	+ ATENCION SOCIO-SANITARIA + REHABILITACION + CARGA DE CUIDADOS						
TIPOLOGIA DE LOS SERVICIOS:	+ EXIGENCIAS DE USUARIOS Y + DEMANDAS	+ COMPETENCIA Y + PROFESIONALIZACION DE LA OFERTA	+ COMPLEJOS + INTENSIVOS + CALIDAD						
UNIDADES DE CONVIVENCIA Y MODULOS:	ALTERACION GRAVE DE CONDUCTA	ENCAMADOS: CRONICOS Y TERMINALES	GRAN ASISTENCIA Y SEVERA	VALIDOS Y SEMI-VALIDOS	USUARIOS DE ESTANCIAS DIURNAS				
PLANTILLA DE PERSONAL:	+ DOTACION POR USUARIO	+ CUALIFICADA + PROFESIONALIZADA Y +MULTIDISCIPLINAR	+ ACTUALIZACION SALARIAL + GASTOS PERSONAL						
EDIFICIOS E INSTALACIONES:	+ UNIDADES DE CONVIVENCIA + MODULARES	+ EXIGENCIAS HOSPITALARIAS Y DE SEGURIDAD	+ CONFORT + CONTROL + M2 POR USUARIO + INSTALACIONES						
EQUIPAMIENTO Y EQUIPOS DE TRABAJO:	+ MOBILIARIO + DECORACION + CONFORT	+ EQUIPOS TECNICOS: MEDDICOS, PSIQUIATRIA, FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, ENFERMERIA, PODOLOGIA, PELUQUERIA, ETC.							

Los cuidados invisibles de la dependencia

Resumen

El trabajo de cuidar y atender a las personas con dificultades para realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria entra en la esfera del trabajo reproductivo y pertenece a la mujer, la vejez es femenina y el cuidado es femenino, es por tanto, un fenómeno social de género. *El objetivo del presente artículo es analizar las percepciones y actitudes de las mujeres que cuidan a familiares con dependencia. Conocer, desde la mirada de las mujeres cuidadoras, la complejidad y las implicaciones emocionales del cuidado informal; los sentimientos y las repercusiones que ocasiona.* La discusión se centra en sí, esta situación está en proceso de cambio, qué demandas plantea y si se precisa un posicionamiento crítico que implique a ambos géneros y al conjunto de la sociedad.

Abstract

The work to take care of and to attend the people with difficulties to carry out for themselves the activities of the daily life he enters the sphere of the reproductive work and he belongs to the woman, the old age he is female and the care he is female, he is therefore, a social phenomenon of kind. *The objective of the present article is to analyze the perceptions and attitudes of the women that care for relatives with dependence. Knowing, since the look of the women attendants, the complexity and the emotional implications of the informal care; the feelings and the repercussions that causes.* The discussion themselves center in itself, this situation is in process of change, what demands present and if I need a critical positioning that imply to both kinds and to the joint of the company.

Palabras clave

Dependencia, apoyo informal, cuidado, cuidadora principal, género.

Key words

Dependence, informal support, care, main attendant, gender.

Autora

Milagros Julve Negro

Diplomada en Trabajo Social.

Licenciada en Sociología. TEU del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia.

Los cuidados invisibles de la dependencia

La dependencia y los cuidados en la vejez es un tema que, por su magnitud e intensidad, se está conformando como problema social, estamos en un momento en que la sociedad y los poderes públicos se están planeando si la dependencia se incluye como un riesgo social a proteger entre todos. Hasta ahora, han sido las familias y dentro de ellas las mujeres quienes han asumido en mayor medida la carga social que supone el cuidado a las personas con dependencia. En este artículo pretendemos analizar la importancia y el protagonismo de los cuidados informales a las personas mayores y, el papel predominante que tiene la mujer en ellos, desde la perspectiva de las propias mujeres cuidadoras en un momento de cambio social en el que se está redefiniendo el modelo tradicional de cuidados.

Para las mujeres de las generaciones actuales¹ la posibilidad de tener que cuidar a personas mayores con dependencia es mucho mayor que en generaciones anteriores; la mayor longevidad tiene como consecuencias un aumento de la vulnerabilidad y muy frecuentemente en los últimos años de la vida de la dependencia y la necesidad de cuidados; el retraso en la emancipación de los jóvenes y los cambios en la estructura y dinámica de la familia afectan a la solidaridad y la responsabilidad atribuida a las mujeres de atender a las personas en situación de dependencia no ha cedido en la práctica a favor de un reparto mas equilibrado de las tareas.

Este artículo es el resultado de una investigación que gira en torno a la necesidad vital que hombres y mujeres tenemos de ser cuidados al entrar en la última etapa de nuestras vidas. Sabemos quién esta cuidando hoy en día y con que coste personal lo están haciendo, son las mujeres: esposas, hermanas, hijas y población femenina en general, porque si son profesionales también son mujeres. Las preguntas que nos formulamos son: ¿Qué fundamentos socioculturales hacen del cuidado una "virtud" privada y femenina? ¿Cómo es y cuáles son las consecuencias del cuidado a las personas mayores con problemas de falta de autonomía

en su vida cotidiana? ¿Cómo distribuir equitativamente la responsabilidad y las tareas de cuidados entre la familia y los recursos formales? ¿Y entre mujeres y hombres? ¿Cuáles serán los caminos a recorrer en la búsqueda de soluciones para la demanda de cuidados en la vejez de las generaciones venideras?

Decidimos adentrarnos en esta temática desde la perspectiva de género. El concepto género², utilizándolo como categoría de análisis cultural permite ver los mecanismos y los discursos que legitiman la diferencia y la desigualdad, es decir, observar las circunstancias sociales y psíquicas que rodean el cuidado a las personas mayores dependientes en una sociedad organizada conforme al criterio de división sexual del trabajo y desigualdad social de las mujeres. Entendemos que la cultura establecida y el conjunto de valores que rigen nuestro contexto social hacen del cuidado un *trabajo invisible* que realizan las mujeres en el espacio interior de la familia, no para ellas sino para los demás y con muy poco reconocimiento social.

Las circunstancias sociales han cambiado y la normativa legal es sensible a ese cambio pero, la mujer sigue teniendo dificultades con respecto al tema de la igualdad en lo que se refiere a las responsabilidades de bienestar y cuidado de la familia. El discurso emancipador está permeabilizando todos los estratos sociales, pero sólo simbólicamente, porque el día a día de las mujeres no ha sufrido modificaciones sustantivas. El hecho de que el envejecimiento de la población y la mayor longevidad de nuestras personas mayores sean vistos como un problema social, está muy relacionado con las decisiones que en adelante tomemos las mujeres sobre, la cantidad de trabajo no remunerado, doméstico y de cuidados que estemos dispuestas a realizar. Y esta decisión se verá influida por varios factores, entre los que destacamos los siguientes:

- a) Que el mercado laboral sea capaz de ofrecer puestos de trabajo que permitan conciliar la vida laboral con la familiar

- b) La participación de los varones en los cuidados
- c) Las políticas sociales que sean capaces de proporcionar prestaciones y/o servicios a las familias para el cuidado a las personas dependientes³

Metodología de la investigación

La metodología empleada en este trabajo se ha basado fundamentalmente en el manejo de técnicas cualitativas. Realizamos un análisis de fuentes de datos secundarios que nos permitieron establecer el marco teórico del que partir, comprender y focalizar el fenómeno social de la dependencia y el cuidado a personas mayores. El diseño de la investigación fue emergente y flexible para no pasar por alto hallazgos importantes. Nuestro trabajo de campo se centró en los discursos de las mujeres que realizaban cuidados de larga duración con familiares mayores y en situación de dependencia. La técnica seleccionada fue la entrevista abierta semiestructurada o focalizada y los criterios que seguimos en su aplicación fueron: no dirección, de manera que las respuestas de la entrevistada fueran espontáneas o libres, no forzadas ni inducidas; especificidad, animando a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas; amplitud, indagando en las experiencias de la entrevistada que tengan relación con el objetivo de la investigación y profundidad, observando las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas, para determinar si la experiencia tiene una significación central o periférica. El número de mujeres entrevistadas fue de veinte y lo definió la saturación o redundancia.

Estructura de la dependencia

La dependencia⁴ es la consecuencia, generalmente, de trastornos de salud o de enfermedades crónicas y suponen una merma importante para la persona que la sufre puesto que durante un periodo más o menos prolongado de tiempo necesitara ayuda para

realizar ciertas actividades y tener una calidad de vida aceptable. Puede aparecer en cualquier momento de la vida o estar presente desde el nacimiento, pero se da una estrecha relación entre dependencia y edad, alcanzando grados importantes en nuestra sociedad, cuando hablamos de personas muy mayores, a partir de los 75 años.

En definitiva, una persona es dependiente cuando durante un período de tiempo prolongado requiere ayuda o *cuidados de larga duración* para realizar ciertas actividades cotidianas, que se denominan actividades de la vida diaria⁵ y que incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse, poder ir solo al servicio, comer, poderse quedar solo

notas

1. Fundamentalmente la generación comprendida entre los 45 y los 69 años, es la llamada generación sándwich o las pilladas en medio.

2. Para Isabel Martínez y Amparo Bonilla (2000), el género es un concepto construido sobre el rol sexual. Está compuesto por múltiples elementos con diversos significados, si bien todos ellos tienen en común referirse a la especificidad de rasgos y características psicosociales vinculados a la dicotomía sexual. El género introduce la distinción relativa a la cultura, por lo que puede definirse como un "debe ser" social. Es una categoría social relativa a las formas en que deben ser diferentes varones y mujeres y a las distintas esferas sociales que deben ocupar.

3. Nos llena de esperanza el Anteproyecto de la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes, aprobado en el Consejo de Ministros de 23-12-2005

4. "Estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la alta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal". Consejo de Europa (1998). Recommendation núm. R (98) 9, du Comité des ministres aux états membres relative a la dépendance.

5. En adelante con las siglas AVD

durante la noche, etc.); las de funcionamiento físico (desplazarse dentro del hogar, acostarse, levantarse, etc.); las de funcionamiento mental (reconocer personas, orientarse, entender, ejecutar instrucciones o tareas sencillas, etc.) y las actividades instrumentales de la vida diaria⁶, que son más complejas y su realización requiere mayor nivel de autonomía personal, se asocian a la capacidad de tomar decisiones y a la interacción con el medio (utilizar el teléfono, tomar medicación, coger un autobús, prepararse

la comida, comprar, realizar actividades domésticas, pasear, ir al médico, administrar el dinero y las propiedades, etc.).

En nuestra investigación hacemos referencia al concepto de dependencia en su grado 3 o de dependencia total, cuando la persona necesita ayuda varias veces al día y, la presencia permanente y continua de otra persona para hacer frente de forma adecuada a las AVD y tener una calidad de vida digna.

Tabla 1. Diferentes estudios de la dependencia en España

	Personas con Dependencia amplia
Encuesta Nacional de Salud 1993	
Total	1. 943. 373
Estudio 2.072 (1993), CIS	
Total	2. 263. 905
Panel de Hogares 1994, INE	
Total	1. 831. 289
Encuesta Nacional de Salud 1997	
Total	2. 099. 884
Estudio 2.279 (1998), CIS	
Total	2. 257. 966
EDEES 1999, INE	
Total	2. 215. 393
Libro Blanco (2005)	
Total	2. 285. 340

Fuente: Elaboración propia a partir de: Fundación Encuentro. CECS, Informe España 2001. Rodríguez Cabrero, G. (coord.), La protección social de la dependencia, IMSERSO, 1999. CIS, Estudio 2.072, 1993. INE, Panel de hogares 1994. Ministerio de Sanidad y Consumo, Encuesta Nacional de Salud 1993 y 1997. CIS, Estudio 2.279, 1998. INE (2001), Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDES). Ministerio de T. y A. S. (2004), Libro Blanco sobre las dependencias.

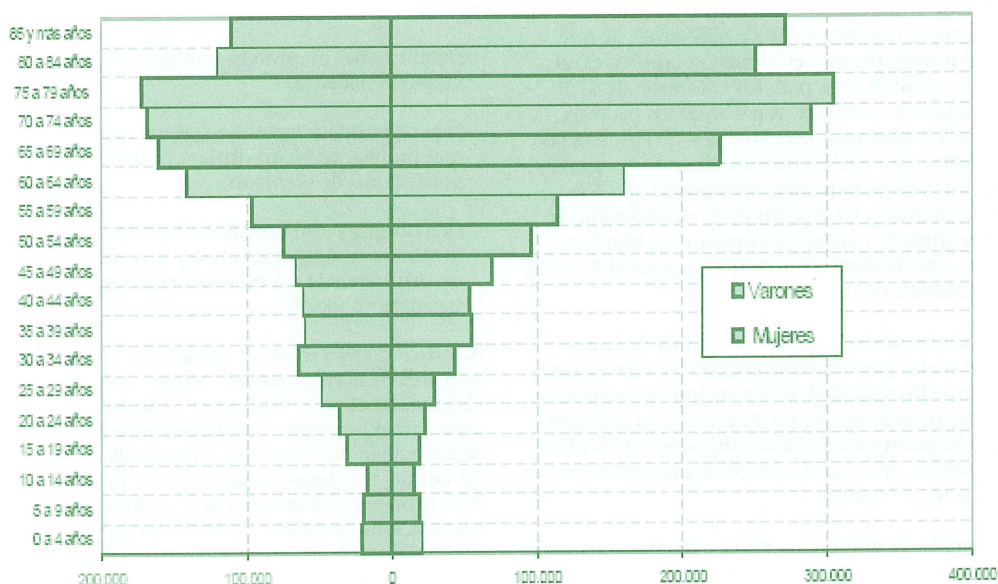
Empiezan a ser numerosas las encuestas e investigaciones realizadas en nuestro país para valorar las características, dimensión y volumen, tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo de la población dependiente.

En la Tabla 1, hemos querido reflejar algunos de los estudios realizados para medir el volumen de las personas dependientes en nuestro país. No debe llamarnos la atención, el hecho de que reflejen números diferentes de personas afectadas porque, existen condicionantes importantes en la medición de la dependencia, no obstante, el hecho de que las distintas investigaciones nos den cifras distintas, nos conduce a pensar que los datos deben tomarse con cierta cautela y en todo caso como datos aproximativos de incidencia

de la dependencia en sus distintos grados (moderada, grave o severa), en nuestro país. Aunque la discapacidad y la dependencia pueden estar presentes desde el nacimiento o aparecer en cualquier momento de la vida y en esa medida recorre toda la estructura social de edades, en la actualidad uno de cada tres dependientes tiene más de 65 años. De ahí que la problemática que representa la dependencia tienda a unirse en nuestra sociedad al fenómeno del envejecimiento.

De las distintas investigaciones se desprende que las personas dependientes no responden a un único perfil, pero, el sexo y la edad son factores de riesgo y muestran una clara correlación con situaciones de discapacidad o dependencia.

Estructura por edad y género de la población con discapacidad en España, 1999



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias, y Estado de Salud 1999. Resultados detallados. INE, Madrid, 2002

Otros determinantes secundarios son el estado de salud, las enfermedades padecidas (enfermedades crónicas), el estado civil (viudas), los ingresos (renta baja), el nivel de instrucción (analfabetos), los hábitos de vida, etc. En definitiva, la incidencia demográfica de la dependencia se da en mayor medida entre mujeres, muy mayores, con escasa formación y viudas.

Podemos observar, según la encuesta EDDDES 99, que a partir de los 45 años el número de mujeres con discapacidad para las actividades de la vida diaria, comienza a superar al de los varones, con diferencias crecientes conforme avanza la edad. Una de cada 6 mujeres sufre dependencia y sólo uno de cada 14 hombres.

Al contrario de lo que ocurre con la esperanza de vida global (75,3 años para los varones y 82,3 años para las mujeres), las mujeres presentan menos esperanza de vida libre de enfermedades crónicas que los hombres. La esperanza de vida libre de enfermedades crónicas o lo que es lo mismo, el tiempo medio de vida antes de que se diagnostique una enfermedad crónica es, al nacer, de 40,9 años para los varones y de 37,9 años para las mujeres. A partir de los 65 años es de 3,3 años para los varones y de 2,8 para las mujeres. Por término medio, los varones pasan 4,2 años de su vida que corresponde al 5,6% de la duración total de su vida, en situación de dependencia y las mujeres pasan 6,9 años en situación de dependencia, que supone el 8,3% de la duración de su vida.

La edad es todavía más significativa. Más del 32% de las personas mayores de 65 años tienen alguna discapacidad, mientras que la proporción entre los menores de 65 años no llega al 5 % de la población y las personas mayores de 75 años presentan una tasa que duplica a la población entre 65 y 74 años.

El estado de salud percibido es, igualmente, muy importante para la situación de vida en estado saludable, parece que la percepción subjetiva del estado de salud es más determinante para sufrir dependencia que el hecho de padecer una

o varias enfermedades. Según la investigación realizada por el Centro de Estudios del Cambio Social (CECS, 2001), los mayores que perciben como “malo o “muy malo” su estado de salud tienen mayor tasa de dependencia (60%), al margen de las enfermedades que padezcan y de la opinión de los médicos al respecto. Esto significa que existe una estrecha relación entre tener discapacidad o dependencia y valorar negativamente la propia salud.

Las necesidades de las personas mayores

Nuestro modelo de bienestar social se caracteriza⁷ por tener poco tiempo y poco arraigo protector y donde, la familia, continúa siendo el pilar fundamental para el bienestar, el cuidado y la protección de los individuos. En opinión de Rodríguez Cabrero (2004) nuestro sistema social para las situaciones de dependencia se caracteriza por:

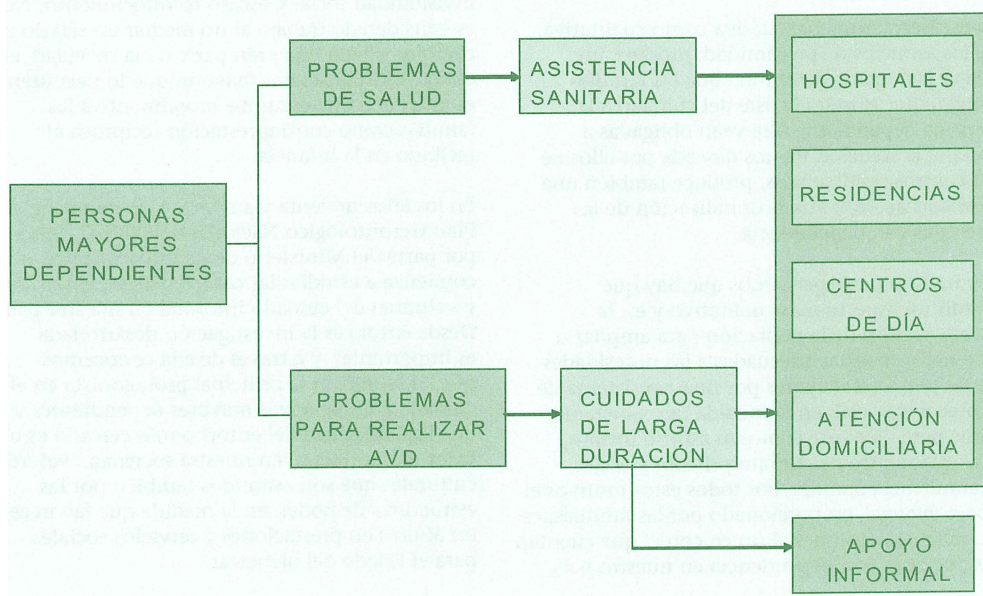
- Débil extensión: protege a muy poca gente de la que lo necesita.
- Baja intensidad: quienes están protegidos están mal protegidos (poco dinero, pocos servicios, pocas horas de atención).
- Descoordinación: muchos actores públicos (distintas administraciones) y dos sistemas en concurrencia y a menudo en competencia (sanitario y social).

Nuestro modelo social de atención a las personas mayores ha correspondido siempre a dos sistemas básicos, el Sanitario y el Social, que afrontan el problema del envejecimiento y la discapacidad de forma descentralizada desde las administraciones autonómicas y locales. Esto produce en ocasiones descoordinación y actuaciones paralelas entre las distintas administraciones y, en muchas ocasiones, se desaprovechan recursos y la protección es desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas en lo que respecta a recursos, requisitos de acceso y atención profesional.

Las personas mayores, tienen problemas de salud (enfermedades, accidentes) que suelen dar como consecuencia distintos grados de dependencia y precisan de asistencia sanitaria

y, tienen problemas de dependencia y falta de autonomía para realizar las AVD, precisando cuidados. La respuesta por parte del Estado social serán centros hospitalarios, residenciales

NECESIDADES DE CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES



AVD: Actividades de la vida diaria. Elaboración propia a partir de Casado y López (2001)

y servicios sociales; por parte de las familias la respuesta serán los cuidados de larga duración denominados apoyo informal.

Para garantizar el objetivo más definitorio de la política social con nuestros mayores que consiste en la integración de los mayores en su ambiente familiar y comunitario (bajo el eslogan de *envejecer en casa*), los recursos más adecuados y más deseados por los dependientes y sus familias, son los recursos de proximidad o

6. En adelante con las siglas AIVD.

7. En el momento actual, se está haciendo un gran esfuerzo por modificar el modelo familiarista y evitar sus consecuencias menos deseables, con la Ley 39/1999, de Conciliación de la vida familiar y laboral. La Ley 5/2003, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. El II Plan de Acción para las personas con discapacidad (2003-2007). El Libro Blanco de la Dependencia, presentado en el Congreso de los Diputados el 20-01-05 y el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes (2005) y Anteproyecto Ley de Igualdad (2006).

comunitarios: centro de día, servicio de atención domiciliaria, teleasistencia, ayudas técnicas, ayudas económicas y otros que tienen distinto grado de implantación autonómica. Los recursos de atención institucionalizada, serían los últimos a utilizar, lo que contrasta con el peso que tienen las residencias en comparación con otros recursos de la cadena asistencial.

La escasez, tanto cuantitativa como cualitativa, de los servicios de proximidad, produce un efecto perverso y determina que las familias tengan que asumir el coste del cuidado a la persona dependiente o se vean obligadas a escoger la solución menos deseada por ellos de los centros residenciales, produce también una medicalización y una hospitalización de las personas con dependencia.

Por nuestra parte pensamos que hay que añadir un aspecto más cualitativo y es, la escasa presión de la población para ampliar u obtener respuestas adecuadas a las necesidades de las personas mayores por nuestro sistema de protección social, en la medida que este tema, sigue percibiéndose como un asunto íntimo, que está dentro del ámbito privado y es de incumbencia familiar. Por todos estos motivos el *apoyo informal*, proporcionado por las familias, es en muchas ocasiones el único con el que cuentan las personas con dependencia en nuestro país.

Apoyo informal con personas mayores

El Centro de Estudios del Cambio Social (2001: 218), se refiere a él como: *la asistencia aportada a personas dependientes, en sus propias casas o en la del cuidador, por un miembro de la familia, sin remuneración y movido por una relación personal estrecha.*

El cuidado informal de los miembros de la familia a sus personas mayores debemos verlo como uno de los mayores ejemplos de solidaridad intergeneracional, representa tiempo,

dinero, generosidad y supone un gran esfuerzo para los cuidadores.

La valoración moralmente positiva que tiene el cuidar a un familiar dependiente y la presión que ejerce nuestro contexto social para hacerlo, da como resultado, que las actividades de cuidado se realicen con normalización, gran invisibilidad social y escaso reconocimiento. No es considerado trabajo al no mediar un salario a cambio y, para una gran parte de la sociedad, el cuidar a los familiares mayores que lo necesitan, es una tarea que incumbe moralmente a las familias como contraprestación recíproca al recibido en la infancia.

En los años noventa y a raíz de la elaboración del Plan Gerontológico Nacional (INSERSO, 1993), por parte del Ministerio de Asuntos Sociales, se comienza a estudiar las características, extensión y volumen del cuidado informal en nuestro país. Desde entonces la investigación desarrollada es importante⁸ y a través de ella conocemos que, la familia es la principal protagonista en el cuidado a las personas mayores dependientes y que la solidaridad del entorno más cercano es un valor muy presente en nuestra sociedad, valores culturales que son asumidos también por las estructuras de poder, en la medida que favorecen un ahorro en prestaciones y servicios sociales para el Estado del bienestar.⁹

Dentro de las familias, suele ser un único miembro, el que asume la mayor parte de la responsabilidad del cuidado, es el denominado cuidador principal que normalmente recae en las mujeres de la familia. Otros apoyos informales como amigos, vecinos y voluntariado, son insignificantes con respecto a la familia, pero también importantes para el bienestar de los mayores porque ejercen otros tipos de ayuda más esporádica pero beneficiosa para el dependiente, sobre todo en el aspecto emocional (sentirse queridos, escuchados, relacionados, refuerza el sentido de pertenencia a un barrio o pueblo y la autoestima); además de que procuran un apoyo informativo o estratégico en problemas concretos o situaciones difíciles.

Las opiniones de las mujeres cuidadoras

Las entrevistas realizadas a mujeres cuidadoras nos posibilitaron entrar en el mundo de la dependencia y en las percepciones y actitudes que elaboran para hacer frente a la atención y el cuidado de los suyos, es en las estrategias familiares donde se evidencian los valores sociales en general y dentro de ellos, la construcción social de género que asigna determinados trabajos y tareas a los varones (relacionados con el conocimiento de oficios y actividades instrumentales) calificándolos de masculinos y tareas relacionadas con el mantenimiento, la reproducción y el cuidado calificadas como femeninas y asignadas a las mujeres.

Lo que caracteriza el trabajo de cuidar a otro es precisamente su cualidad de *valor subjetivo*, resulta difícil encontrar para él, un *valor de cambio* por el que podemos medirlo o intercambiarlo y esto hace que se de una dificultad para cuantificar en términos generales, pero sobre todo, en tiempo y en valor económico, el trabajo realizado por las mujeres dentro del hogar, algo que resulta especialmente claro en lo que se refiere al cuidado de los mayores en situación de dependencia.¹⁰

El proceso de convertirse en cuidadoras

El iniciarse en la situación de cuidar a otro puede ser el resultado de un proceso lento y gradual, donde no ha habido un momento dado sino que se ha producido a medida que el familiar envejecía y requería más atenciones. Las entrevistadas no lo viven como un momento conflictivo porque el cuidado suponía para ellas una actividad adicional al conjunto de actividades domésticas. Por lo general estas mujeres, han vivido siempre con los mayores que ahora cuidan o muy próximas a ellos. En otras ocasiones tiene relación con un incidente súbito

originado por una enfermedad invalidante o un accidente de la persona mayor, en estos casos el inicio es más fácil de determinar y la decisión se adopta de manera más consciente, aunque no necesariamente con más posibilidades de elección por parte de la mujer que es designada como más *adecuada* para cuidar dentro del grupo familiar. El proceso está cargado, en muchas ocasiones, de tensiones, roces familiares, sufrimiento y tristeza.

La *cuidadora principal* es seleccionada entre los miembros de la familia atendiendo a razones que no se verbalizan de manera explícita, viene definido por rasgos como el género (mujer); el parentesco (en nuestro estudio son hijas un 70% y cónyuges un 25%); su disponibilidad (el estado civil y el no trabajar fuera del hogar); la proximidad y afinidad con la persona dependiente. Resulta significativa la asociación que las propias entrevistadas establecen entre su designación como cuidadoras y su sexo, estado civil, ocupación, etc.

"...por ser viuda...los otros no pueden...los demás están casados, tienen hijos y trabajos..." (E-9)
"...principalmente porque soy la única hija y esto de alguna manera te condiciona, los otros son hermanos..." (E-19)

notas

8. Referencias importantes para nosotros son, entre otros, Abellán (2002); Campo Ladero(2000); Casado y López(2001); Colectivo Ioé, IMSERSO, CIS (1995); Flaquer (2000); Izal, Montorio y Díaz (1997); Pérez Ortiz(1997); Rodríguez Cabrero (2004); Rodríguez Rodríguez (1998); Sancho Castiello (2002), etc.

9. Para ampliar este tema recomendamos la lectura de Flaquer (2003); Esping-Andersen (2000); Navarro (2003)

10. Diversas autoras han reflexionado sobre ello, para más referencias remitimos a Ma A. Durán (2000); Maj. Izquierdo (1998) y en las ediciones del Instituto de la Mujer es posible encontrar una gama amplia de este tipo de estudios sobre el valor y el uso del trabajo de las mujeres en el espacio doméstico.

En todos los casos el cuidado de la persona mayor recae en la población femenina de la familia como una consecuencia natural, sin posibilidades de contestación y sin que suponga una toma de decisión consciente por parte de la mujer que lo asume. Los varones de la familia apenas participan de la posibilidad de ser designados como cuidadores.

Motivos por los que cuidan

Desde nuestra posición, entendemos que el cuidado es una capacidad común a todos los seres humanos, que puede estar presente o ausente tanto en mujeres como en varones y que, el contexto social es fundamental para favorecer su desarrollo o bien, para anularlo. Nuestras entrevistadas asumen la supuesta idoneidad de la mujer para el cuidado de los demás, en virtud de sus especiales aptitudes relacionales y expresivas frente a las aptitudes más instrumentales de los varones. En sus discursos constatamos la construcción social que diferencia entre las prácticas y los trabajos de varones y mujeres.

Les resulta difícil dar un solo motivo. Sus contradicciones se debaten entre el deber y el amor. El *debe ser* normativo que obliga, determina formas, expectativas y sentimientos y, el *amor* y el cariño que sienten por el familiar dependiente.

Hemos clasificado sus repuestas agrupándolas en tres categorías sin que esto signifique que cada entrevistada pudiera ceñirse solo a una:

- El cuidado *por obligación*, como un deber moral. Existe un consenso de que el cuidado es responsabilidad de la familia. Estos valores han sido transmitidos a lo largo de las generaciones y son asumidos por nuestras entrevistadas como resultado de una construcción sociocultural con componentes morales (de bondad o maldad) y normativos (lo que debe hacerse). El sentimiento del deber implica obligación, es la preocupación por el bienestar del otro activada por una

necesidad y este sentimiento está por encima de las necesidades de la cuidadora. Las aportaciones de Caron Gilligan¹¹ nos recuerdan que las mujeres desarrollan un tipo de razonamiento moral diferente del masculino, pero no inferior. Los varones parten de la ética de la justicia, abstracta y universal y las mujeres de la ética del cuidado, que se basa en una responsabilidad hacia los allegados, perciben a los otros desde una sensibilidad hacia lo humano y lo concreto, a las mujeres en cuestiones morales les preocupa el bienestar de los otros, a los hombres la justicia y la recta defensa de los derechos.

"...pienso que es mi deber, me siento obligada a hacerlo y lo hago muy a gusto... mi conciencia me dicta que lo tengo que hacer" (E-1)

- El cuidado *por reciprocidad* y los lazos familiares de lealtad es otra constante. La reciprocidad es un sentimiento que tiene una importancia fundamental dentro del sistema de parentesco, implica ayuda mutua, lealtad y simetría. No implica una compensación inmediata, sino una garantía de compensación que se pospone en el tiempo y que expresa un reconocimiento a los cuidados y atenciones recibidos en la niñez mediante su devolución, cuidando a la madre en su vejez. Todas las entrevistadas reflejan sin lugar a dudas las relaciones de parentesco y el amor materno filial o conyugal como causa del cuidado, de esta forma el cuidado por reciprocidad es un mecanismo de reproducción social de unos modos y unos valores sociales e históricos.

"...no es una obligación en sí, sino un deber de hija, un deseo de cuidarla como ella me ha cuidado a mí de pequeña..." (E-19)

- El cuidado *por amor*, el motivo por el que simplemente se cuida, es por afecto, complaciéndose y esmerándose por el bien ajeno. El cariño que se tiene a la persona que se cuida es tan relevante que minimiza la carga negativa que supone las actividades de cuidado. Para Bourdieu (2000:134), el amor es un trabajo ininterrumpido e incesantemente recommenzado que nos aparta

del cálculo, de la violencia y del interés, el autor nos habla de un desinterés que permite unas relaciones desinstrumentalizadas, basadas solamente en la felicidad de dar felicidad. No obstante, debemos apuntar que el amor también es algo cultural y adquirido, en especial para las mujeres, dentro del principio de la división sexual del trabajo, sus prácticas forman parte del sistema simbólico de una sociedad organizada con el principio de la división sexual del trabajo y del aprendizaje de una serie de pautas y valores que incluye la compasión, la generosidad y el amor en las mujeres.

"...porque lo quiero con locura...sí, tengo obligación, pero...!Le tengo tanto amor! ..." (E-12)

La experiencia de cuidar

Nuestras entrevistadas se califican como "cuidadora principal" en todos los casos, el apoyo informal que prestan es percibido como el más importante que recibe el dependiente, la frecuencia con que realizan el cuidado, también la perciben como intensiva, manifiestan que se ocupan de su familiar dependiente "todas las horas del día" y "todos los días" de la semana con pequeñas excepciones.

El rol de cuidadora supone una multiplicidad de tareas que van más allá del cuidado personal, deben controlar su enfermedad, su medicación, deben mantener el equilibrio físico, emocional y social del dependiente. Hacen frente a todas las situaciones que se puedan producir las 24 horas del día.

Con respecto a las actividades de cuidado que les proporcionan mayor y menor satisfacción, observamos que son las actividades de componente lúdico las mejor acogidas (salir a pasear, asear a la anciana, acompañarla, conversar, recordar anécdotas familiares, etc.), en general porque coinciden también con momentos satisfactorios. Las que mayor rechazo producen y las más ingratas son, las interrupciones del sueño en la noche, los momentos de intolerancia de la persona mayor,

sus actitudes agresivas, enfados y cambios de carácter. Comportamientos que en muchas ocasiones se derivan de la propia enfermedad que padece la persona mayor.

"...sus salidas de tono me sacan de las casilla...los esfuerzos físicos no me molestan, ni cambiarle la ropa, ni darle la comida, ni ducharla, ni cambiarle cuando se ensucia..." (E-7)

El apoyo familiar

La carga mayoritaria del cuidado recae sobre la cuidadora, pero es usual que el resto del grupo familiar se involucre en distintos grados, dependiendo del parentesco, de la cercanía geográfica y del cariño hacia el/ la anciano/a. El fuerte componente afectivo y moral que rodea a este tipo de actividad pone en juego un conjunto muy heterogéneo de sentimientos y de valores morales que menoscaban o acrecientan las relaciones de la familia como grupo de pertenencia. Las actividades de cuidado de los miembros varones (esposo, hermanos, hijos) son puntuales, en momentos concretos del día, con poca responsabilidad y esporádicas en el tiempo.

El mayor apoyo familiar a la cuidadora, es prestado por el grupo de familiares femeninos y pertenecientes a la misma generación de la cuidadora (hermanas, cuñadas), o bien las hijas de la cuidadora.

"Como hermanos vienen a ayudar, los hombres no... entre mis cuñadas, la chica y yo nos apañamos...no se han despreocupado (su familia), no, de ninguna manera" (E-9)

Cuando la dependencia de la persona mayor se vive como un problema y una responsabilidad compartida por toda la familia, la mujer cuidadora se siente apoyada y respaldada, vive sus obligaciones de forma distinta, aumenta

■ notas

11. Cit. Por Sylva Benhabib (1992). "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral", en ISEGORÍA, nº 6, pp:37-63

su percepción de solidaridad, su tarea es más visible y se amortiguan los efectos adversos de su dedicación, se siente valorada y las relaciones con el resto de la familia son más cordiales.

En los casos en que el grupo familiar reniega de su parte de responsabilidad en el cuidado y delega toda la carga en la cuidadora, ésta, vive sus obligaciones con mayor malestar, aumentan sus sentimientos de insolidaridad, soledad y desamparo ante la situación y, normalmente las relaciones familiares se degradan, en ocasiones, de forma irreversible hasta el punto de ocasionar rupturas duraderas en el tiempo.

“...la enfermedad de mi madre ha alterado totalmente las relaciones familiares porque las relaciones con mis hermanas eran buenas y ahora son malas...” (E-7)

Las consecuencias del cuidado

El tipo de cuidado que se realiza, la cantidad y la frecuencia de la ayuda vendrá determinada por la naturaleza y la gravedad de las limitaciones del dependiente, pero en su mayoría suele ser intensivo en tipos de tareas y extensivo en tiempo, además de que, la duración de sus esfuerzos es indeterminada e imprevisible, su compromiso con la persona dependiente es de por vida. Esto ilustra la gran carga que supone para las personas que cuidan teniendo repercusiones en su calidad de vida presente y futura.

Su dedicación al cuidado tiene consecuencias en su *salud física y psíquica*. Los esfuerzos físicos para movilizar, cambiar o asear al dependiente ocasionan dolores y molestias del sistema oseoarticular y muscular. En muchos casos precisan de ayudas técnicas que sólo reducen en algún grado esos esfuerzos. Señalan falta de sueño, porque lo irregular de la prestación de ayuda les impide organizar sus tiempos de descanso y deben adaptarse a los de la persona mayor. En general experimentan una sensación generalizada de cansancio, percepción global de mala salud, desgaste físico, incremento en la

utilización de los servicios sanitarios y mayor medicación para atajar estos síntomas y, si son personas mayores o con alguna enfermedad, su estado se agrava. Tienen la sensación de que su salud se va desgastando de forma acelerada como consecuencia de su labor.

En los cuidados de larga duración todos los sentimientos se acentúan y las repercusiones psicológicas son emocionales, conductuales y cognitivas. En todos los casos refieren en distintos grados frustración, ansiedad y depresión. En muchas ocasiones tienen que medicarse para atajar el problema y poder seguir afrontando las tareas de cuidado.

Las emociones que suelen destacar son, la impotencia, el desánimo y la frustración ante la perspectiva de una situación que no va a mejorar sino a empeorar en el futuro.

En ocasiones la incertidumbre y la desesperanza producen resentimiento, enojo, situaciones de cólera y hostilidad hacia la persona mayor con posteriores sentimientos de culpa ante esas manifestaciones coléricas. La culpabilidad se agrava cuando la cuidadora no puede reconocer en el dependiente a la persona querida y, no puede establecer una corriente de afecto. Esta pérdida de referencias con el mayor al que cuidan produce desasosiego y, relaciones identitarias más difusas entre la cuidadora y el cuidado aunque estén basadas en estrechos lazos familiares y una historia común.

En general, todas *las relaciones* sufren un menoscabo después de un período de cuidados. Las relaciones con el cónyuge, con los hijos, las relaciones sociales, con amigos, etc. Los motivos son la reducción del tiempo de ocio disponible que constriñe su vida personal y social. Las cuidadoras se sienten sin libertad de movimientos, extrañan las relaciones sociales y amistosas, añoran tiempo para ellas mismas. El hogar familiar se transforma y refieren pérdida de privacidad e intimidad para ella, para el dependiente y para el resto de familiares. La vida en general, gira en torno a las actividades

de cuidado, todos deben adaptar su vida a las especiales circunstancias que rodean el cuidado. La situación produce estrés, alteraciones en la vida cotidiana y en todo tipo de relaciones. En caso de tener *actividad laboral*, las dificultades para conciliar la vida familiar, el trabajo y los cuidados del familiar dependiente, son evidentes y, producen la sensación de estar incumpliendo todas en muchas ocasiones.

Entre nuestras informante, un 30 % trabajan y deben compaginar ambas tareas, lo que además de restar más tiempo a su vida personal y social, acarrea episodios de absentismo al trabajo, falta de puntualidad y bajas laborales frecuentes.

Un 40% de las entrevistadas manifiestan haberse visto abocadas a abandonar su trabajo por la situación de tener que cuidar al dependiente. Se trata de una decisión forzada, la pérdida del empleo, generalmente, no produce bienestar en la cuidadora, se plantean qué pasara el día de mañana, cómo volver a reorientar su vida laboral cuando la actual situación termine y las repercusiones futuras en prestaciones sociales para su vejez.

Refieren dificultades *económicas*, ya sea porque disminuyen sus ingresos al tener que reducir la dedicación laboral o abandonar el mercado de trabajo, o bien porque, aumentan los gastos derivados del cuidado. En los casos en que la cuidadora principal tiene una edad avanzada o actividad laboral, es frecuente que se vean obligadas a contratar una ayuda procedente del mercado de trabajo lo que encarece el cuidado. La escasez de las prestaciones y recursos que proporcionan las distintas administraciones (sanidad, servicios sociales), no llegan a nuestras cuidadoras y las que llegan apenas cubren las necesidades y todo el conjunto de medios que precisa el cuidado (medicamentos, ayudas técnicas, modificación de la vivienda, etc.). No todas las consecuencias del cuidado, son negativas, sus relatos muestran elementos positivos y *valores emergentes* que han encontrado en su labor de cuidar a un familiar. La satisfacción personal que produce el afecto que dan y el que reciben, los sentimientos

de agradecimiento de la persona cuidada, los buenos momentos, la tranquilidad de conciencia, la felicidad que supone ayudar a otro. Sienten que están haciendo lo que deben y que lo hacen bien, se sienten orgullosas de su dedicación.¹² En el proceso de cuidado se descubren virtudes como la paciencia, la lealtad, la ternura, la generosidad, etc. Se adquieren cualidades, habilidades y destrezas que no se poseían, al tener que enfrentarse a situaciones nuevas que exigen respuesta.

Reflexiones finales

El cuidado a las personas con dependencia es un tema candente y dinámico, por nuestra parte quisiéramos aportar algunos elementos de reflexión que nos sugieren las mujeres de nuestra investigación.

– La familia sigue prevaleciendo como el soporte más importante de las personas con problemas de dependencia y, dentro de ella, esposa e hijas rivalizan como la ayuda más deseada y más efectiva. El resto de familiares tienen un peso menos relevante y la red de solidaridad familiar procede fundamentalmente de la misma generación y del mismo sexo que la cuidadora. Conforme aumenta la edad de la cuidadora y del dependiente, esa red se reduce en número de personas y en la frecuencia de la ayuda.

– La actual generación de personas mayores con problemas de dependencia necesita fundamentalmente dos cosas, con el objetivo de vivir con la mejor calidad de vida que sea

notas

12. Para M. Lagarde (1993), lo que constituye la condición de mujer en nuestro sistema cultural, sigue siendo el ser madres y esposas, aunque no se tengan hijos ni esposo. Las mujeres precisan para existir alguien o algo en quien concretar sus cuidados y con lo que establecer una relación esencial. Son "maternizables" por las mujeres todo aquello que requiera ser cuidado por ellas, real o simbólicamente.

posible: servicios médicos, sanitarios y sociales y, acompañamiento, cuidado y afecto. En una gran cantidad de casos estas necesidades se están cubriendo gracias al esfuerzo de las mujeres y no queremos dejar de reconocer la importancia y el valor social que nos están aportando a todos con su entrega efectiva al trabajo de cuidados, porque todos llegaremos a la vejez y desearemos ser cuidados, en caso de necesitarlo, con amor y con interés, que no sólo se cubran nuestras necesidades básicas (comer, dormir), sino también, nuestros deseos y necesidades afectivas, con ausencia de soledad y rodeados de cariño en el cuidado.

– 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 cuando asumen el trabajo de cuidado. La motivación para realizarlo es una mezcla en distintas dosis de obligación y de afecto. No todas desean cuidar, ni están preparadas para ello, pero, ninguna se niega, ni puede negarse. Se asume con gran coste personal el debe ser normativo y se realiza con cariño y amor.

– Las mujeres cuidan a sus mayores a pesar de todas las dificultades y el mayor sacrificio que realizan es consigo mismas. El cuidado supone un menoscabo importante en su salud física y mental; en su tiempo personal, con reducción del tiempo de ocio, de relaciones personales, de hobbies, etc. En muchos casos ocasiona el abandono de su trabajo habitual y la pérdida de oportunidades en su carrera profesional y en su futuro.

– Su demanda genérica es apoyo emocional, estímulo y reconocimiento. Se sienten “abandonadas” por la administración y por el sistema de protección social, que atiende solamente a segmentos minoritarios y muy específicos de los grupos de riesgo. Entre sus necesidades, demandan servicios de proximidad y unidades de respiro para poder compaginar su trabajo y su vida, con sus tareas de cuidado. En definitiva, se trata de compensar y reconocer los

costes del cuidado que otorgan y aminorar los perjuicios que acarrea.

– Preguntándonos qué cambia y qué permanece en la disponibilidad femenina para el trabajo de cuidado, nuestras entrevistadas siguen reproduciendo, sin demasiada oposición, los esquemas jerárquicos de la división sexual del trabajo, aceptan el mandato social de que son las más adecuadas para encargarse del cuidado de sus mayores y, que les corresponde a ellas, en mayor medida que a los varones, el papel de cuidar a los miembros necesitados de la familia. No obstante, produce contradicciones asumir la norma social. Son conscientes de reproducir modelos de desigualdad de género, comienzan a cuestionarse ese legado generacional y la continuidad del actual modelo de cuidados. Consideran que en el marco de un mundo globalizado e individualizado el apoyo informal tenderá a desaparecer; en las sucesivas generaciones de mujeres se reducirá el sentimiento de obligación y reciprocidad para con los mayores, aceptándolo como algo positivo porque no desean someter a sus hijas a la carga que ha supuesto para ellas esa responsabilidad.

– Pensamos que la solidaridad familiar seguirá existiendo en el futuro, lo que debe cambiar es el modo de ejercerla y el reparto de la misma. Debemos posibilitar cambios en la socialización, los valores, las costumbres y los estereotipos, aceptando y revalorizando para todos, el derecho a cuidar y a ser cuidados cuando lo necesitemos. La responsabilidad no debe recaer sobre la mujer exclusivamente, como hasta ahora, se debe tender a una solidaridad de hombres y mujeres ante el cuidado a las personas dependientes. Debemos ser capaces de encontrar soluciones que combinen, el afecto y la ternura en los cuidados, con un sistema de protección social donde éste, sea valorado como un derecho para el individuo que lo necesita, reconocido como un trabajo por quién lo realiza y, esté exento de desigualdades basadas en presupuestos de género.

Es necesario rediseñar los servicios públicos de protección a los mayores orientándolos hacia unas mejores prestaciones de servicios

comunitarios financiados por el sector público y, sustentado en una solidaridad intergeneracional que considera la dependencia una contingencia que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida y, por tanto, un problema social a remediar entre todos.

Bibliografía

BENHABIB, S. (1992). "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral", en *ISEGORÍA*, nº 6, pp: 37-63.

BOURDIEU, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama. Barcelona.

CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales nº 6. Fundación La Caixa. Barcelona.

CECS (2001). *Informe España 2001*. Fundación Encuentro. Madrid.

DURÁN, M^a A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBVA. Bilbao.

IZQUIERDO, M^a J. (1998). *El malestar en la*

desigualdad. Ediciones Cátedra. Madrid.

LAGARDE, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

MARTINEZ, I. y BONILLA, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universitat de València.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2004). *Libro Blanco*. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad e IMSERSO; www.mtas.es; Madrid.

PÉREZ ORTÍZ, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO). Madrid.

RODRIGUEZ CABRERO, G. (2004). "Protección social de la dependencia en España". *Laboratorio de Alternativas*. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 44/2004.

Ética



La ética aplicada a la intervención social

Resumen

La ética aplicada tiene una presencia muy escasa, por no decir casi inexistente, en el ámbito de los servicios sociales, a pesar de que hay dos buenas razones para tenerla muy presente. La primera es que, estemos o no de acuerdo con la “Edad de la interpretación” que algunos dicen que caracteriza nuestra época, la “conversación” constructora de discursos de verdad en la que nos hallamos nos atañe e interpela. La segunda, que es la que se aborda en este artículo, que es el trabajo social es un oficio que debería ser considerado de alto riesgo ético.

Abstract

Applied ethics is a field with very little presence, almost non-existent, in the world of social services, even though there are two good reasons for taking it into account. The first one is that the “conversation” that builds real speeches in which we are in, concerns and questions us, whether we agree or not with the “Age of interpretation” which according to some distinguishes our times. The second one, which is the one this article approaches, sustains that social work is a job that should be considered to be of high ethical risk.

Palabras clave

Servicios sociales, ética aplicada, trabajo social, deontología, filosofía moral.

Key words

Social services, applied ethics, social work, deontology, moral philosophy

Autor

Joan Canimas Brugué

Doctor en filosofía. Licenciado en pedagogía.

Coordinador técnico del Observatorio de Ética Aplicada a la Intervención Social.

La ética y el trabajo social

Hasta hace poco, hablar de ética aplicada era hacerlo de bioética, es decir, hablar de una reflexión dirigida a orientar o resolver las situaciones moralmente problemáticas que se producen a diario en el ámbito de la biomedicina. La historia de la bioética es breve pero intensa: en la década de 1950 se crean en EE.UU. los primeros comités para supervisar las investigaciones médicas en humanos; en la década de los sesenta se multiplican en este país los comités encargados de dar respuesta a los dilemas éticos que surgen en la práctica médica; en la de los setenta se hace ya imprescindible disponer de un término que designe esta nueva ciencia (aparece el término *bioética*) y de un corpus teórico que la fundamente (se publica el *Belmont Report* y los *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp y Childress) y los Comités de Ética Asistencial llegan a Europa; finalmente, la década de los ochenta y de los noventa supone la plena incorporación de la cuestión ética en la legislación y en lo que se consideran buenas prácticas sanitarias y se multiplican los comités, observatorios, congresos y publicaciones de bioética.

Hoy, sin embargo, referirse a la ética aplicada ya no es hablar solo de bioética. La ética aplicada ha irrumpido en muchos ámbitos, de los cuales cabe destacar el mundo de las organizaciones, puesto que la práctica totalidad de las actividades profesionales se dan en el seno de una organización. La ética empresarial (*business ethics*) persigue aumentar la eficacia, la eficiencia, la competitividad, la innovación, la calidad del servicio y el capital social de las organizaciones y ha dado lugar a conceptos como Responsabilidad Social Empresarial (RSE) o Responsabilidad Social Corporativa (RSC), que suponen también un camino para conseguir mayores cotas de justicia social. En todo caso, la introducción de la ética aplicada al mundo de las organizaciones ha hecho que muchas profesiones antes ajenas a la ética se vean ahora afectadas por ella.

En este panorama, lo primero que parece obligado plantearse es si la ética aplicada está presente y en qué grado en el ámbito de los servicios sociales. Considero que es fácil constatar que la ética aplicada tiene una presencia muy escasa, por no decir casi inexistente, en el ámbito de los servicios sociales. Esta afirmación reclama que se explique rápidamente qué se entiende por *ética aplicada*, pues dicha afirmación podría llegar a malinterpretarse en el sentido de que "en los servicios sociales no se aplica la ética", lo cual, evidentemente, no es cierto.

Algunos pensadores han considerado que el uso de la expresión *ética aplicada* no tiene sentido o que incluso es contraproducente porque parece designar algo distinto a la ética o que la complementa. No tiene sentido, dicen, porque la ética ha aparecido y se ha movido siempre a partir y alrededor de aquello que hago o debo hacer, es decir, de la práctica¹; contraproducente, porque el adjetivo aplicada parece indicar que hay unos principios y una reflexión ética independientes y al margen de las acciones humanas. Sin embargo, para la mayoría de autores la expresión *ética aplicada* permite señalar la transformación que se produjo en la segunda mitad del siglo XX respecto a los nuevos protagonistas e incluso nuevos usos de la ética. Como hemos señalado al inicio de estas páginas, a partir de 1950 la reflexión ética dejó de ser un trabajo exclusivo de filósofos y teólogos y pasó a serlo también de los afectados y de los profesionales de diversos ámbitos (de la medicina, la biología, el derecho, la economía, la política...). Al formarse comisiones interdisciplinarias para reflexionar e intentar resolver los problemas morales concretos que plantean situaciones concretas, la reflexión y el debate ético traspasaron los muros de las academias y las parroquias y se convirtieron en un bien público. Así pues, cuando hablamos de ética aplicada hablamos de (a) una ética que reflexiona e intenta orientar prácticas concretas y (b) que lo hace a través de un proceso intersubjetivo, es decir, incorporando o teniendo

en cuenta las distintas opciones y puntos de vista, entre las cuales y sobre todo está la voz de los afectados. En este sentido, el objetivo de la *ética aplicada* no es tanto reflexionar sobre el fundamento de los principios morales y las acciones (de eso ya se ocupa la ética a secas o la metaética), sino orientar la acción en aquellas situaciones concretas que plantean problemas morales. En otras palabras, la ética aplicada se ocupa más bien del “qué hacer” y de explicar “porqué debería hacerse”, mientras que la ética a secas se ocupa de reflexionar y profundizar sobre los fundamentos (es decir del porqué) del “porqué debería hacerse”. No es necesario decir que la una hace incursiones en el terreno de la otra y que ambas se alimentan y necesitan mutuamente.

Considero, por las razones que a continuación se exponen, que es fácil constatar que la ética aplicada no se ha introducido aún en el ámbito de los servicios sociales. Es necesario insistir una vez más que por ética aplicada se entiende una ética que reflexiona e intenta orientar prácticas concretas y que lo hace a través de un proceso intersubjetivo organizado. En absoluto significa que no se aplique la ética en el ámbito de los servicios sociales. Buena prueba de que la ética aplicada no está presente en la medida que sería deseable en el ámbito de los servicios sociales es (a) que no existen o si existen son muy poco conocidos, grupos o comités interdisciplinarios de ética aplicada dedicados a abordar, reflexionar y orientar actuaciones concretas, al menos de la forma organizada y sistemática existente en el ámbito de la sanidad; y (b) que son casi inexistentes las publicaciones que aborden, reflexionen y orienten situaciones profesionales concretas que plantean problemas morales que podrían considerarse “propios de los servicios sociales” (los profesionales de los servicios sociales, entre los cuales hay médicos, disponen evidentemente de la literatura que produce la bioética). En el ámbito sanitario, en cambio, las publicaciones, congresos y debates son numerosísimos; muchísimos hospitales

disponen de un Comité de Ética Asistencial y de un Comité de Ética en Investigación Clínica, cuya acreditación y funcionamiento están regulados por ley²; las comunidades autónomas disponen de comités de bioética que suelen tener por objetivo asesorar al gobierno y estimular la reflexión, dar soporte e informar a los profesionales y ciudadanos en general; existen numerosos observatorios e institutos dedicados a la investigación, formación y promoción de debates; la formación ética y deontológica forma parte de la estructura curricular obligatoria de medicina y enfermería; los aspectos éticos y deontológicos están muy presentes en la legislación y en los convenios y declaraciones nacionales e internacionales³, etc.

La segunda cuestión a indagar sería el porqué de esta situación, es decir, las causas de que la ética aplicada no se haya introducido aún en el ámbito de los servicios sociales. Sin embargo nos permitiremos saltar directamente a la que

notas

1. Ya Kant, en su *Crítica del discernimiento*, advertía que estaba de acuerdo con la clásica división de la filosofía en teórica y práctica y que esta última, como todos sabían, correspondía a la filosofía moral, es decir “a la legislación práctica de la razón conforme al concepto de libertad”.

2. Los comités de ética asistencial suelen estar regulador por las comunidades autónomas (por ejemplo, en Cataluña lo están por la Orden de 14 de diciembre de 1993 de acreditación de los comités de ética asistencial) y los comités éticos de investigación clínica se rigen por el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

3. Por ejemplo en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (en vigor en España desde 1 de enero de 2000).

podría considerarse la tercera cuestión: si es o no necesario introducir la ética aplicada en los servicios sociales y cómo hacerlo. Que la ética aplicada no esté presente, tal como hemos dicho y en los términos en que se ha dicho, en los servicios sociales, no significa que la reflexión ética no esté presente en ellos. Es indudable que los profesionales de los servicios sociales deben afrontar a menudo problemáticas morales. Sin embargo, la mayoría de las veces deben hacerlo en solitario y, en el mejor de los casos, compartiendo sus inquietudes y reflexiones de forma improvisada con los compañeros de trabajo o con el equipo técnico o de dirección. Asimismo, los referentes literarios sobre la forma de abordar la casuística en que se encuentran son, como se ha dicho, prácticamente inexistentes y, en algunos temas, completamente inexistentes, con lo cual la soledad de los profesionales de los servicios sociales es a veces extrema. ¿Significa esto que no hay obras o artículos que traten de los aspectos éticos en dicho ámbito? No, por descontado. Pero la mayoría de las obras sobre ética publicadas en el campo de los servicios sociales son de carácter principialista, es decir, se dedican más bien a proclamar o reflexionar sobre los principios morales que deben orientar la práctica profesional.

La filosofía moral suele distinguir dos grandes corrientes metodológicas para abordar las cuestiones morales: el principialismo y la casuística. El principialismo es una especie de *ética de la convicción*, es decir, una ética que aborda los problemas morales con la aplicación directa de principios y reglas generales sin considerar o considerar muy poco las circunstancias y las consecuencias particulares del caso que se está tratando. La casuística procede a la inversa: aborda los problemas morales concretos buscando la obtención de los mejores resultados y consecuencias posibles sin atender principio alguno o atendiendo muy poco. Como se ha dicho, la práctica totalidad de la literatura ética existente en el ámbito de

los servicios sociales se sitúa en el campo del principialismo, con lo cual –si se me permite la expresión– puede permitirse el lujo de proclamar y moverse en el ámbito de los grandes principios sin bajar al terreno de las situaciones concretas, que es donde uno empieza a embarrarse. Sin embargo, los problemas concretos son los que los profesionales de los servicios sociales afrontan cada día y es a ellos a los que es necesario buscar respuestas. No disponer de instrumentos de deliberación para abordarlos, ni de literatura y en algunos casos ni tan siquiera de legislación al respecto, provoca la soledad a la que hacíamos referencia anteriormente, una soledad que, en el peor de los casos, desemboca en ignorar los problemas éticos o en abordarlos buscando los menores problemas posibles, todo ello acompañado, muy a menudo, por la angustia.

El momento actual los servicios sociales están sobrados de principios éticos y necesitados de casuísticas éticas. Cuando se habla de la relación entre principios y casos suele recurrirse a una proclama kantiana y adaptarla de la siguiente forma: los principios sin casos prácticos están vacíos y los casos prácticos sin principios son ciegos. En este sentido, es urgente que los profesionales de los servicios sociales se doten de instrumentos teóricos y prácticos para desarrollar una ética que proclame y reflexione los principios a la luz de los casos concretos y, a la vez, que aborde casos concretos a la luz de los principios que orientan la acción. En definitiva, que dispongan de las condiciones para poder practicar una ética de la responsabilidad, una ética de sabiduría práctica y prudencia a la cual Aristóteles llamaba *phónesis*. A pesar de que la ética de la responsabilidad es practicada a diario por muchísimos profesionales de los servicios sociales, la ética aplicada a la cual me refiero aquí es una ética de la responsabilidad deliberativa como acto intersubjetivo, un proceso en el cual deben participar, en la medida de lo posible, todos los afectados e incluso los ausentes. La búsqueda cooperativa de respuestas requiere tener presente la voz de los afectados

directa o indirectamente y también “la voz de los ausentes”, es decir, la voz de todos aquellos que pueden aportar sabiduría al proceso y que viven en otros lugares e incluso pertenecen a otras épocas. De ahí la importancia de que los profesionales de los servicios sociales dispongan de espacios de encuentro para considerar atenta y detenidamente la voz de los afectados, el pro y el contra de los motivos de una decisión y que dispongan de abundante literatura que les permitan conocer las reflexiones y las soluciones adoptadas en otros lugares.

El trabajo social: una profesión “de alto riesgo ético”

En todas las profesiones se plantean problemas éticos. Sin embargo, los profesionales del trabajo social se sitúan entre aquellos que más problemáticas éticas plantean o deberían plantear, y eso por las razones que a continuación se intentan exponer brevemente:

a) *Porqué el trabajo social consiste muchas veces en cuestionar y cambiar la moral de los destinatarios.* El oficio de trabajador y educador social consiste muy a menudo precisamente en ayudar a que las personas tomen buenas decisiones e incluso en intentar transformar maneras de ser o de ver las cosas, en intentar cambiar valores, hábitos y costumbres. Es decir, el trabajo social consiste muy a menudo en ayudar a tomar decisiones morales e incluso en intentar transformar la moralidad de las persona o de los colectivos a los cuales se dirige. Esto puede parecer escandaloso si se reduce la moralidad al ámbito de la sacralidad, a un diálogo “con lo más íntimo del ser” o incluso “con el Ser por excelencia que es Dios”. Sin embargo, intentar cambiar o ayudar a cambiar valores y tipos de vida que se consideran perniciosos (por ejemplo intentar cambiar valores o actitudes racistas, machistas, antisociales, de sumisión, o hábitos de dependencia respecto a las drogas, o actitudes de despreocupación por los hijos...) tiene que ver, nos guste o no, con la moralidad de las personas.

Moral proviene de *mos moris*, que es la traducción latina de los términos griegos *êthos* i *êthos*, que significan carácter, manera de ser, hábito, costumbre. Así pues, moral es el conjunto de cualidades que hacen que uno sea como es, que actué como lo hace, que se sitúe ante la vida y responda a sus retos de una u otra forma. De ahí que cuando uno “está alto de moral” dé lo mejor que tiene de sí y “sea él mismo”. “Ser como uno es”, o “actuar como uno actúa” o “situarse de una u otra forma ante los retos y problemas de la vida” tiene que ver, y mucho, con lo que uno (y también los otros) considera que está bien o mal. La moral, por lo tanto, no se refiere únicamente (ni principalmente) a aquella esfera privada e íntima de la persona que pertenece al ámbito de lo sagrado y en la cual cualquier intromisión vulnera el derecho a la intimidad, sino también (y principalmente) a la esfera de lo público.

b) *Por la inexistencia o dificultad de disponer de “áreas intermedias de separación” entre el profesional y el usuario.* El oficio de trabajador y educador social tiene por objeto la vida de las personas. Fíjense que, ya de entrada, el mismo enunciado que acabamos de formular (“tiene por objeto la vida de las personas”) suscita un tipo de incomodidad y de reflexiones éticas que, por ejemplo, no provoca la afirmación “el oficio de carpintero tiene por objeto la madera”. Esta es una primera diferencia importante y sitúa el trabajo social en aquel grupo de profesiones que, para diferenciarlas de otras, decimos que “trabajan con personas”. Nótese aquí que la preposición *con* no se refiere a *al lado de o conjuntamente con* otras personas, sino que la persona es “aquello” a lo que nos dirigimos y sobre lo cual se pretende incidir (por ejemplo, aumentar su bienestar o disminuir su angustia). El trabajador social pertenece a aquel grupo de profesionales que habla *a* las personas, a diferencia de, por ejemplo, el antropólogo, el sociólogo o el historiador, que hablan *de* las personas, o del charlatán que habla *junto* a las personas.

Sin embargo hay muchas otras profesiones que “trabajan con personas” o “hablan a las personas” en el sentido antes apuntado, por ejemplo los jueces. Es necesario hacer notar aquí la segunda diferencia importante: el trabajador social pertenece a aquel grupo de profesionales que se dirige directamente a la persona sin ninguna o muy poca área intermedia de separación. Entre la persona-juez y la persona-reo, por ejemplo, es posible dejar de lado aquello que ambas comparten (ser persona) para centrarse en aquello y sólo en aquello que las convoca en su encuentro: la ley. La ley se alza como el área intermedia que separa al juez (que la hará cumplir) del reo (que la sufrirá). Y con el fin de que esta área intermedia que separa y convoca a ambos sea incluso visualizada, se señala con por toda una simbología y liturgia de togas y procedimientos.

En su esfuerzo de profesionalización, el trabajo social ha intentado crear un área intermedia entre la persona-profesional y la persona-usuario. Esta área intermedia -que no es otra cosa que el saber técnico- debería evitar los apegos y conflictos vivenciales y morales que genera la relación entre personas y facilitar una relación y una mirada objetiva. Sin embargo, el trabajo social continúa en buena parte inmerso en una relación directa entre personas porque es difícil e incluso peligroso evitarla del todo⁴. En muchos casos la relación entre personas forma parte de las estrategias profesionales del trabajador social, por ejemplo para establecer vínculos de confianza.

c) Por la dificultad de diferenciar las problemáticas éticas. Las profesiones que han emprendido el camino de las ciencias positivas han podido establecer con relativa facilidad una clara distinción entre aquellas problemáticas que pertenecen al ámbito del saber científico-técnico (por ejemplo la efectividad de una transfusión sanguínea en determinados cuadros clínicos) de aquellas otras que pertenecen al ámbito ético

(¿debo realizar una transfusión sanguínea a un joven Testigo de Jehová de 16 años que se niega a ella?). Así mismo, de las problemáticas éticas han conseguido diferenciar aquellas que son fruto de la aplicación de una técnica, o de la gestión y organización del centro, o de las condiciones laborales, o de las políticas gobernantes, o de la legislación existente...

En los servicios sociales las problemáticas éticas suelen estar confundidas o ser difusas y transversales. Esta falta de definición y localización dificulta el abordaje de los problemas éticos y provoca desazón en los profesionales. Suele alegarse que la propia naturaleza del trabajo social no aconseja o no permite una división cartesiana de la totalidad en tantas partes como sea posible hasta conseguir una visión clara y distinta de cada problema. Sin embargo, incluso el método cartesiano persigue disponer de una idea de totalidad y la división y localización de las problemáticas no debería entorpecer el análisis de las relaciones de interdependencia. En todo caso, es absolutamente imprescindible localizar y definir los problemas éticos que se plantean en el trabajo social para empezar a encontrarles soluciones.

d) Por la dificultad o imposibilidad de entender la voz del otro. En la ética contemporánea hay dos valores que se consideran muy importantes: el respeto a la autonomía de las personas y la necesidad de diálogo. Estos dos valores van juntos por dos razones. La primera es que donde no hay reconocimiento y respecto a la autonomía de las personas no cabe el diálogo, pues impera la imposición. La segunda es que el reconocimiento de la autonomía de las personas obliga al diálogo, ya sea para determinar cuáles son los límites de dicha autonomía (la famosa consideración de que “la libertad de uno termina donde empieza la de los demás”) o simplemente porque es necesario conocer en qué se materializa esta autonomía (por ejemplo conocer qué se desea exactamente).

La autonomía, es decir, la capacidad de las personas de guiarse por su propia (autós) ley o costumbre (*nómos*), no es ni un sistema binario ni algo que tiene que ver única y exclusivamente con “las grandes decisiones de la vida”. No es un sistema binario porque entre tener y no tener autonomía (si es que estos dos extremos existen de una forma pura) hay una enorme superficie de matices y grados (por ejemplo, una persona no puede ser autónoma para decidir casarse pero sí para decidir qué camisa le gusta más), de lo cual se desprende que la autonomía no tiene que ver sólo con aquello que siempre se han considerado grandes cuestiones morales, sino también con las pequeñas decisiones que hacen la vida más agradable.

Pues bien, los profesionales del trabajo social intervienen a menudo con personas o colectivos en los cuales la autonomía y el diálogo son de difícil reconocimiento, determinación y/o articulación. Por ejemplo, personas con discapacidades intelectuales importantes o con trastornos mentales o psicosociales; colectivos que consideramos marginales precisamente porque “no hablan” nuestro mismo lenguaje (no respetan la autonomía de los demás, no aceptan el diálogo como forma de resolución de conflictos, no hacen sus demandas a través de aquellas formas que nosotros consideramos “correctamente organizadas”, etc.).

e) *Por la tensión entre el control y la ayuda.* Gran parte de los profesionales de los servicios sociales gestionan e intentan paliar directamente los efectos de la desigualdad y la injusticia existentes en nuestras sociedades a través de lo que se han denominado prácticas “compensadoras”, “asistenciales”, “normalizadoras” o “de gestión de riesgos”. Una mayoría de ellos gestionan e intentan paliar los efectos de una modernidad que, en las crueles palabras de Zygmunt Bauman, es una fábrica que también genera “residuos humanos”. Por todo ello, los profesionales de los servicios sociales viven, más que en ninguna otra profesión, la tensión entre la ayuda profesional

que deben y pueden prestar y lo que en algunas situaciones perciben como un control o una actuación que forma parte del mismo sistema, con lo cual la pregunta ética por excelencia ya no es tanto “qué debo hacer” sino más bien “qué hago aquí” o “hasta qué punto participo o formo parte de esta máquina”.

Mecanismos de respuesta a los problemas éticos que plantea la profesión

Los códigos deontológicos y las declaraciones nacionales e internacionales sobre derechos y deberes suelen situarse en el ámbito del principialismo, es decir y como se ha dicho, suelen proclaman los grandes principios que deben orientar la acción haciendo pequeñas incursiones –cuando pueden y en la medida que pueden– en el ámbito de la casuística. En tanto que pretenden ser punto de referencia o de cumplimiento para todas aquellas personas a las cuales se dirige y para una gran variedad de casos, no pueden bajar al ámbito de la casuística puesto que en cada caso particular intervienen variables distintas que a su vez se combinan de diferente forma e intensidad. Los códigos deontológicos y las declaraciones nacionales e internacionales reclaman, por lo tanto, ser interpretados a la luz de cada situación concreta.

Los problemas éticos suelen plantearse no tanto porque no haya respuesta a una situación, sino más bien porque hay varias respuestas y es necesario sopesar cuál de ellas es la mejor. Efectivamente, los problemas éticos aparecen cuando atender un principio moral (por ejemplo

notas

4. Un testimonio terrible del peligro que, allá a lo lejos, se cierne sobre las relaciones que persiguen ser “absolutamente profesionales” es el descrito por Primo Levi en el capítulo “Examen de química” de su obra *Si esto es un hombre*.

“respetar la autonomía de las personas”) nos indica que debemos actuar de una manera; atendiendo otro principio moral (por ejemplo “ayudar a las personas”) que debemos hacerlo de otra manera distinta y atendiendo otro principio moral (por ejemplo “cumplir las promesas”), de otra. W. D. Ross abordó esta cuestión y creó la teoría de los deberes *prima facie*. Esta teoría dice que tenemos unos “deberes en principio” (por ejemplo respetar la autonomía de las personas, ayudar a los demás o cumplir las promesas) pero que como no sabemos de antemano cuál de ellos es más importante, sólo será posible establecer una jerarquía deseable cuando se hayan considerado qué principios están en juego en cada caso y se hayan analizado detenidamente las circunstancias de cada situación concreta. En el campo de la bioética, los cuatro deberes *prima facie* más aceptados por la comunidad profesional son, como se sabe, el principio de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia y de justicia, y son fruto del *Informe Belmont* (1978) y del trabajo que Tom L. Beauchamp y James F. Childress publicaron al año siguiente.

Como hemos dicho, la ética aplicada consiste en interpretar y aplicar a situaciones concretas los protocolos de buenas prácticas y los principios morales que señalan los códigos deontológicos, las declaraciones nacionales e internacionales y la legislación y la jurisprudencia nacional e internacional⁵. No cabe decir que si de lo que se trata es de interpretar, el problema está servido. Los creyentes en un dios único del cual emana toda moralidad lo han resuelto con relativa facilidad, pues disponen de intérpretes o hermeneutas que van adaptando la palabra de Dios a las diferentes épocas y casuísticas. Durante doscientos años, los creyentes en la racionalidad también lo tuvimos relativamente fácil pues disponíamos de una razón pura que garantizaba la infalibilidad y la universalidad. Como se sabe, el siglo XX destruyó parte de este sueño pero no las ganas (o la necesidad) de entendernos, ahora ya no sólo a nivel universal sino también en los pequeños planetas multiculturales que

se forman en nuestras ciudades e instituciones. Puesto que en el peligro crece también lo que salva, fueron y son distintos los pensadores que construyeron balsas a las que agarrarse. De todos ellos cabe citar aquí a Jürgen Habermas, puesto que su teoría de la acción comunicativa y su ética discursiva están presentes, de una u otra forma, en los mecanismos de respuesta actuales a los problemas éticos. Resumiendo muchísimo, se podría decir que para la ética discursiva los problemas éticos no son tanto cuestiones de principio sino de procedimiento y que en el procedimiento lo decisivo es la búsqueda cooperativa de respuestas teniendo en cuenta los intereses de todos los implicados.

La búsqueda cooperativa de respuestas a los problemas éticos que, por poco que estemos atentos, tenemos planteados, exige el encuentro y la deliberación. En el ámbito sanitario, este procedimiento se ha articulado principalmente entorno a los Comités de Ética Aplicada, que deberían ser un buen referente para los servicios sociales. El proceso a través del cual se delibera y se toman las decisiones en los CEA depende de sus respectivos reglamentos y del talante de sus miembros. La función de un CEA parece situarse en el abanico que va de aquellos que consideran que su función es aconsejar la mejor actuación posible hasta aquellos que consideran que no es esta su función. Para unos, los CEA deben aconsejar la mejor actuación posible después de haber detectado y analizado los problemas éticos que despliega un caso, con lo cual es necesario llegar al menos a la posición que todos los miembros del comité consideran moralmente respetable. En el supuesto de que hubiera varias respuestas moralmente respetables, los defensores de esta posición consideran que debería al menos intentarse ordenar las distintas posiciones en una jerarquía deseable y señalar aquellas problemáticas sobre las cuales y de momento no se ha encontrado respuesta y que, por lo tanto, quedan abiertas. Para otros, la función de los CEA no debería ser esta, sino más bien y tal como señala Victoria Camps,

debería orientarse no tanto a conseguir acuerdos como a ordenar la discusión haciendo que salgan a la superficie las incoherencias e irracionalidades. Su objetivo debería ser mediar en el conflicto, estimular la reflexión, poner de manifiesto la diversidad de puntos de vista existentes en las sociedades plurales, tratar problemas de comunicación, desvelar malentendidos, administrar la discrepancia social, y acabar acercando puntos de vista divergentes. Aunque no siempre funcionan para recabar consensos, habría que recordarles a los comités que el consenso no es deseable por sí mismo y que su función debería estar más cerca del foro que estimula el debate que del órgano de consulta. Es bueno que los comités incidan en la reflexión y la discusión y no pretendan ser el escenario de decisiones realmente vinculantes⁶.

Asimismo, la mayoría de los autores considera que, tal como se ha señalado en el primer apartado de estas páginas, en el proceso de deliberación de los CEA deberían atenderse al menos los siguientes aspectos: en todo proceso deben tenerse en cuenta los intereses y opiniones de los afectados, que, a ser posible, deberían ser expuestos y defendidos por ellos mismos; siempre que sea posible, los afectados deben participar como personas libres e iguales en la búsqueda cooperativa de la verdad; la única coacción lícita es la del mejor argumento y en la deliberación deben atenderse los principios morales pero también las consecuencias.

El Observatorio de Ética Aplicada a la Intervención Social

La primavera de 2003, la Fundación Campus Arnau d'Escala de Girona⁷ encargó un estudio sobre la situación de la ética aplicada en el ámbito de los servicios sociales. *El resultado de dicho encargo fue la presentación, en Agosto del mismo año, del informe El estado de la cuestión de la ética aplicada en los servicios sociales y la acción educativa, con una propuesta de constitución de un Observatorio de Ética Aplicada.* Unos meses después, un grupo de personas empezaba a

trabajar de forma desinteresada en el proyecto y el septiembre del 2004 se presentaba públicamente el Observatorio de Ética Aplicada a la Intervención Social. Dicho Observatorio pretende ser un lugar de debate, de estudio, de sensibilización y de generación de respuestas a aquellas problemáticas éticas que, explícita o implícitamente, plantea la intervención social en todos sus ámbitos. Agrupa a profesionales de distintos sectores (trabajo social, educación social, magisterio, pedagogía, psicología, psicopedagogía, filosofía, derecho, medicina, psiquiatría, antropología, sociología...) que participan de la inquietud de que nuestro siglo ha heredado, entre otros, el reto de cuatro acontecimientos muy importantes: la pérdida de una moral única; el ahondamiento y extensión de los derechos humanos; la irrupción de la voz del otro (de la mujer, del enfermo, del menor de edad, del homosexual, del discapacitado, del extranjero...) y la necesidad de una búsqueda cooperativa de respuestas a las antiguas y nuevas problemáticas éticas.

De la actividad del Observatorio de Ética Aplicada a la Intervención Social en su breve período de existencia y dentro de los limitados recursos de que dispone, cabe destacar la organización de un curso de verano en la Universidad de Girona sobre la *Ética aplicada a los servicios sociales*; la realización de diversos cursos

notas

5. Entiéndase bien: no es que la ética aplicada sustituya a la justicia y que los miembros de un comité de ética se erijan en jueces. En absoluto. Sin embargo, cualquier deliberación ética sobre una situación concreta debe tener en cuenta qué dice la ley al respecto.

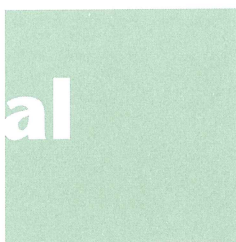
6. Camps, V. (2001): Una vida de calidad, Ares y Mares, Barcelona, p. 236.

7. Los patrones de la Fundación Campus Arnau d'Escala son la Generalidad de Cataluña, la Universidad de Girona, el Instituto de Asistencia Sanitaria i la Fundación Drissa.

de introducción a la ética aplicada en entidades del ámbito de los servicios sociales y dirigidos a sus profesionales; la colaboración en diversos actos sobre ética organizados por residencias para personas mayores; la redacción de un dictamen sobre los aspectos éticos del Anteproyecto de ley de servicios sociales encargado por la Generalidad de Cataluña y la publicación del estudio *Las personas mayores y el derecho a decidir*.

Análisis de un caso práctico sobre la dignidad, autonomía y prejuicios respecto a las persona mayores, el primer volumen de una colección que pretende abordar diversas problemáticas éticas presentes en los servicios sociales a partir del análisis de casos concretos. Agradeceremos pues cualquier sugerencia o colaboración⁸.

De interés
profesional



Un instrumento de coordinación sociosanitaria: La Comisión Interdisciplinar Mixta Socio-Sanitaria (CIMSS)

Resumen

Las CIMSS son comisiones interdisciplinarias que tienen como objetivo primordial la coordinación de los recursos socio-sanitarios entre todos los niveles asistenciales. Se crean en Catalunya en el año 1990. Su éxito se debe a que dan respuesta a una necesidad real y al liderazgo de la administración pública sanitaria; han permitido optimizar la asignación de los recursos disponibles. En el seno de estas comisiones los trabajadores sociales han demostrado ser unos profesionales idóneos para la coordinación socio-sanitaria.

Abstract

The CIMMS are interdisciplinary teams; their goal is coordinate the sanitary resources within the different care levels. It's born in Catalonia in 1990. They give answer to a real problem, and the leadership of the public administration guaranteed their success; they have optimized the distribution of the available resources. Inside these teams the social workers have demonstrated like suitable professionals for the social-health coordination.

Palabras clave

Coordinación, comisión interdisciplinar, recursos, socio-sanitario.

Key words

Coordination, interdisciplinary commission, resources, socio-sanitary

Autora

Teresa Codinach Moncunill

Trabajadora Social.

Hospital de Agudos. Fundació Althaia. Manresa.

Un instrumento de coordinación sociosanitaria: La Comisión Interdisciplinar Mixta Socio-Sanitaria (CIMSS)

Definición

Las CIMSS son comisiones interdisciplinarias que se articulan alrededor de la llamada estructura periférica de la administración sanitaria y social *con la pretensión de optimizar y coordinar los recursos socio-sanitarios con todos y cada uno de los niveles asistenciales* (Hospitales de agudos, Centros residenciales, atención primaria sanitaria y social, recursos informales, etc...)

Las CIMSS se crean en Catalunya en el marco del Programa "Vida als Anys" de la Generalitat de Catalunya, a mediados del año 1990.

Sus objetivos específicos son:

- Establecer circuitos de coordinación para la atención a personas con enfermedades crónicas incapacitantes y enfermos terminales.
- Centralizar las solicitudes y listas de espera de admisión en centro sociosanitario, aplicando criterios objetivos de evaluación de las necesidades.
- Promover la adecuada conexión y comunicación entre todos los niveles asistenciales.
- Colaborar con los organismos competentes de la Administración para establecer o modificar los criterios de acceso a las prestaciones socio-sanitarias.
- Establecer, de acuerdo con los Servicios Centrales sanitarios y sociales, prioridades de intervención en el sector, basadas en estudios de necesidades.
- Convertirse en punto de referencia para profesionales y usuarios del sector en temas de atención socio-sanitaria.
- Promover la investigación y docencia de los profesionales del ámbito sociosanitario.

Estas Comisiones dependen de la Dirección del Sector Sanitario con la colaboración de los Servicios Sociales correspondientes y están formadas, inicialmente, por representantes de todas las instituciones, asociaciones, etc,...de la zona y su composición deberá ser interdisciplinar y equilibrada entre los diferentes ámbitos.

A continuación relatarémos un ejemplo práctico que nos permita conocer su funcionamiento.

Organización y puesta en marcha de la CIMSS-Manresa

El Sector Sanitario de Manresa (Barcelona), tenía según el censo de 1991, 156.435 habitantes, de los cuales 26.305 (16,85%) sobrepasaban los 65 años.

En enero de 1992 había en la zona 678 camas de agudos repartidas en tres hospitales y 40 de larga estancia en dos Centros sociosanitarios.

Fases de la implementación

– Consenso interinstitucional.

Las gestiones empezaron en noviembre de 1990 con un primer contacto entre las gerencias y direcciones de las instituciones sanitarias y sociales afectadas pero no dieron ningún resultado sobre todo por la inexistencia de un marco legal adecuado y por la falta de un equipo de personas que tuvieran el firme propósito de llevar el proyecto a la práctica. Al cabo de un año, aproximadamente, la dirección del Sector, que estaba dispuesta a liderar el proyecto, convocó una reunión a todas las instituciones implicadas (Hospitales, Centros sociosanitarios, Institut Català de la Salut, Servicios Sociales de ámbito local y comarcal, Cruz Roja, Caritas, A.E. contra el Cáncer, Coordinadora de Jubilados,...). En esta primera reunión se decidió la sede de la Comisión, se consensuaron los objetivos y se determinaron los representantes de cada

institución teniendo en cuenta el criterio de la interdisciplinariedad y quedó formada por: Directivos, médicos, enfermeras, asistentes sociales y voluntarios de asociaciones.

– Trabajos preliminares.

En primer lugar *se confeccionó un directorio de recursos sociosanitarios y sociales ubicados en la zona de actuación*. Después se elaboró la solicitud de ingreso sociosanitario con la intención de que fuera un instrumento unitario, consensuado, interdisciplinario y sobre todo, útil para acceder a los recursos institucionales y, a la vez, se confeccionaron los baremos a utilizar para ordenar, priorizar y desestimar, si era necesario, las solicitudes.

– Funcionamiento y circuitos.

Una subcomisión CIMSS, formada por 5 miembros de atención directa (médico, enfermeras, asistente sociales), se reúne quincenalmente con objeto de valorar las solicitudes y actualizar las listas de espera. Los equipos son rotatorios y tienen una periodicidad de 4 meses, y a su finalización, el pleno de la comisión evalúa y marca las directrices de actuación para los próximos 4 meses.

– Puesta en marcha.

A mediados de 1992 se notifica a las instituciones el nuevo funcionamiento y circuitos de acceso a los recursos sociosanitarios, se establece la composición definitiva de la Comisión en base a la interdisciplinariedad y a finales de año se empieza la experiencia piloto. Se hace una primera evaluación y en *junio de 1993 se implementa la lista única que da acceso a los recursos sociosanitarios de todo el sector*.

– Evaluación.

La primera evaluación general tuvo lugar en abril de 1994 y se detectaron las primeras deficiencias que debían subsanarse, tanto en cuanto a

organización interna como de modificación de baremos o de falta de determinados recursos. A partir de aquel momento, las evaluaciones se han realizado cada cuatro meses de forma parcial y anualmente de forma global.

Estas evaluaciones anuales son las que nos permiten realizar el análisis de los datos, observar las ventajas y problemas que se detectaron así como las acciones correctoras que deberán implantarse.

Ventajas observadas desde el funcionamiento de la CIMSS

– Para el usuario.

El circuito es muy simple, tienen un único interlocutor y una sola “ventana” de acceso. Agilidad en adjudicar el recurso sociosanitario si la necesidad es urgente.

– Para los servicios generadores de solicitudes.

Los profesionales saben las posibilidades reales de ingreso de los usuarios.

– Para los servicios receptores de enfermos sociosanitarios.

Disminución primero y desaparición posteriormente, de las presiones que ejercían familias y/o instituciones para el ingreso de enfermos.

– Para la comunidad en general.

La lista única ha dado la posibilidad de evidenciar la falta de recursos de forma concreta y cuantificada.

Se puso de manifiesto la falta de camas sociosanitarias, la escasez de plazas públicas de residencia asistida y sobre todo la marginación que padecían *los enfermos dementes que no podían acceder, en un primer momento, a ningún recurso específico ni eran admitidos en los centros geriátricos convencionales*

Los principales problemas: análisis y propuestas de mejora

A continuación se presenta la relación de los principales problemas detectados a través de las evaluaciones continuas:

- Falta de normativa legal.
 - La solicitud de recursos sociosanitarios, tenía algunas lagunas que dificultaban su valoración.
 - El instrumento de valoración, que en su inicio no fue convenientemente validado, tenía deficiencias, sobre todo, en el apartado de enfermería.
 - El instrumento de valoración no era el idóneo para las solicitudes de una estancia temporal.
 - Falta de responsabilidad profesional en el seguimiento de los casos que permanecen en la lista de espera.
 - Desconocimiento del perfil de enfermo sociosanitario por parte de los profesionales sanitarios y sociales de nueva incorporación.
 - Recursos insuficientes para cubrir la demanda, sobretodo de plazas temporales en verano y de residencia asistida.
 - Existencia de pacientes mal ubicados que impedían las rotaciones de los enfermos ingresados en los Centros Sociosanitarios.
- A partir de estos problemas detectados, se aplicaron las siguientes medidas correctoras:
- Se nombró una comisión para que modificara la solicitud de recurso sociosanitario y el instrumento de valoración.
 - Se organizó una jornada de formación para los profesionales del Trabajo Social que solicitan recursos sociosanitarios.

- Se editó un díptico informativo para usuarios potenciales de recursos sociosanitarios.

- Se elaboró una normativa para cumplimentar las solicitudes y su seguimiento dirigida, básicamente, a trabajadores sociales.

- Se puso de manifiesto la falta de recursos, en general, y para enfermos dementes y paliativos en particular, y se planteó su ampliación a la Administración competente.

Resultados

En el transcurso de 10 años, aproximadamente, se han conseguido pequeños y grandes logros que resumimos en este apartado:

- Modificación del impreso de solicitud de recurso sociosanitario y puesta en marcha del mismo, previa validación.
- Confección de una guía de instrucciones para su cumplimentación.
- Elaboración de un nuevo instrumento de valoración, apto para todo tipo de recursos.
- Presentación oral y escrita, por parte de miembros de la comisión, de las nuevas solicitudes y baremos a todos los servicios sanitarios y sociales del Sector Sanitario.
- Consolidación del equipo interdisciplinar que forma la CIMSS que ha permitido alcanzar soluciones consensuadas frente a problemas históricos de descoordinación.
- El paso del tiempo ha servido para medir el interés de las instituciones y los profesionales para participar en la Comisión y se ha puesto de manifiesto que el perfil del trabajador social es el más idóneo para llevar a cabo tareas que tienen que ver con la coordinación sociosanitaria.

– Aumento de los equipamientos sociosanitarios en consonancia con las necesidades reales de la población. A título de ejemplo, exponemos la evolución de los recursos sociosanitarios ubicados en la ciudad de Manresa.

Año 1992 – 40 camas de larga estancia para enfermos crónicos en general.

Año 2005 – 168 camas de larga estancia.
70 camas de convalecencia (13 en unidad de psicogeriatría).
14 camas de curas paliativas.
38 plazas de Hospital de día (10 específicas de psicogeriatría)

CIMSS y trabajadores sociales: una relación duradera

Cuando entre los años 1990-1992, se empieza a hablar de la CIMSS parecía que esta comisión estaría en manos de directores, gerentes, presidentes de asociaciones,...y saltó la alarma entre los profesionales del campo sociosanitario y sobre todo entre algunos trabajadores sociales que creían que se iba a perder una de nuestras funciones profesionales como es la coordinación. La experiencia ha demostrado, después de casi 15 años, que no ha sido así.

En la comisión fundacional, el año 1990 solo un 12% de los convocados eran asistentes sociales, en la actualidad un 60% de los integrantes de la comisión son trabajadores sociales ya que paulatinamente las instituciones representadas *han ido delegando a los profesionales del Trabajo Social la asistencia a la CIMSS por ser los mas implicados en el tema sociosanitario y los mejor preparados para las tareas de coordinación.*

Reflexión final

Un programa de coordinación interinstitucional y interdisciplinar a inicios de los años noventa parecía más una fantasía, una ilusión o simplemente un experimento que una posible realidad. Creo que si ha tenido continuidad en el tiempo es porque *responde a una necesidad real*, porque *es flexible* y se adapta permanentemente a los cambios necesarios, porque los profesionales que la integran, mayoritariamente, trabajan en la asistencia directa y viven los problemas del día a día y porque *es un programa impulsado, soportado y liderado por la Administración Pública* y en concreto por el Servei Català de la Salut que es el principal interesado en que los usuarios de la sanidad pública sean bien atendidos y disfruten de la ubicación que por su estado les corresponda y por encima de todo, había y hay la *voluntad de las personas* e instituciones que representan, de compartir información, trabajo, responsabilidad y poder.

Fuentes de información

Actas de las reuniones de las comisiones plenarios de la CIMSS 1990/2006.

"La CIMSS de Manresa: posada en marcha".
Dr.X.Busquet i altres. Revista Salut Catalunya. Junio 1995.

Informe sobre: Planificació i implementació dels recursos sociosanitaris a Catalunya. Abril 1990.
Programa Vida als Anys.

Programa de coordinació dels Centres Residencials de la ciutat. Àmbit de vellesa. Departament de Serveis Socials. Ajuntament de Manresa. Octubre 1990.

Informe sobre: El perfil del pacient sociosanitari en la llista d'espera a la llarga estada del Bages. Servei Català de la Salut. S.Cugat del Valles. Octubre 1998.

Sección
libre



Prácticas de alumn@s de Trabajo Social en un centro municipal de servicios sociales comunitarios

Resumen

En este artículo pretendemos hacer una revisión de las tareas que realizamos desde un Centro Municipal de Servicios Sociales Comunitarios (en adelante C.M.S.S.C.) del Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Granada, como tutoras de alumn@s de prácticas de la Escuela Universitaria de Trabajo Social (en adelante EUTS) de la Universidad de Granada, al tiempo que reflexionamos sobre las mismas y realizamos algunas propuestas de mejora basándonos en nuestra experiencia.

Abstract

In this article we are trying to review the assignments that we undertake from the Municipal Centre for Community Social Services for family and social wellbeing in the local authority of Granada, as tutors of work experience students from the University College of Social Work at Granada University. At the same time as we are thinking about those, we are also suggesting some improvement based on our experience.

Palabras clave

Tutoría, prácticas, alumn@, CMSSC, EUTS.

Key words

Tutorship, practices, students, Municipal Centre of Community Social Services, University School of Social Work

Autoras

Cándida Fernández Muñoz

DTS. Licenciada en Psicología. Gabinete de Planificación, Evaluación y Estudios.
Área de Familia y Bienestar Social. Ayuntamiento de Granada.

M^a José de Haro Balao

DTS. Trabajadora Social. Ayuntamiento de Granada.

Miriam Pérez-Rejón del Paso

DTS. Trabajadora Social. Centro Municipal de Servicios Sociales Genil.
Ayuntamiento de Granada.

Prácticas de alumn@s de Trabajo Social en un centro municipal de servicios sociales comunitarios

Dentro de los Planes de Estudios de la Escuela Universitaria de Trabajo Social las Prácticas en Instituciones Sociales son quizás las que ocasionan más interés y expectación en los/as alumnos/as, debido a que es el primer contacto, en vivo y en directo, con la realidad del objeto de la profesión, algo en muchas ocasiones, muy distinto al acumulo de asignaturas que ell@s aún no tienen integradas en su acervo formativo, con un sentido de unidad, cuando realizan por primera vez dichas prácticas.

Por otra parte también es su primera aproximación al “contexto laboral” de la profesión, en el sentido en el que adquieren un compromiso con el Centro de prácticas en cuanto a horarios, tareas, etc., es decir, que las prácticas no se configuran como una asignatura más en la que el/la alumn@ puede o no faltar a clase y organizarse su tiempo de estudio como quiera, sino que tiene que atenerse a un horario y a unas normas.

Nuestro objetivo general como tutoras de prácticas es enseñar al alumn@ a realizar determinadas actividades profesionales referentes al rol del/la Trabajador/a Social. En este sentido, adquirimos una gran responsabilidad en lo que respecta a la transmisión de habilidades y destrezas necesarias para el desempeño correcto del rol profesional. Pero sobre todo, consideramos de gran importancia la transmisión de valores y actitudes, algo que se realiza en gran medida a través de lo que Albert Bandura llama “Aprendizaje vicario, por observación o por imitación”¹. Esto quiere decir que aprendemos creencias, valores, acciones e incluso reacciones emocionales observando el comportamiento de otras personas que se constituyen en ejemplos o modelos sociales de ese comportamiento.

El aprendizaje vicario o por imitación se convierte en una poderosa herramienta en el desarrollo de las prácticas ya que l@s alumn@s interactúan con nosotras y nos observan continuamente, tanto en las relaciones formales vinculadas a la realización de las tareas y a la prestación de servicios como en las relaciones

informales. Así pues, a través del modelado social puede cundir el ejemplo de conductas cooperativas, de reacciones emocionales positivas hacia el trabajo en equipo, de comportamientos productivos, de creencias y valores culturales favorables a los objetivos de la organización, de estilos efectivos de intervención con los usuarios de los servicios, de estilos de afrontamiento de situaciones críticas y de solución de problemas, de habilidades de comunicación interpersonal.²

En definitiva, somos l@s profesionales con quienes l@s alumn@s van a relacionar la práctica profesional por lo que tenemos un papel de gran trascendencia en su aprendizaje.³

A parte de la responsabilidad antes mencionada, también somos conscientes que el ser tutoras de prácticas nos aporta satisfacciones como el disfrute de enseñar y el de contribuir a la mejora de la profesión transfiriendo nuestra experiencia a l@s futur@s profesionales, así como mantenernos en contacto con la actualidad de los enfoques teóricos sobre la profesión a través de la teoría que l@s alumn@s traen en su bagaje formativo, procedente del resto de asignaturas de los Planes de Estudios.

Funciones de la tutoría de prácticas

Al analizar las tareas de la tutoría de prácticas observamos que se pueden englobar en una serie de funciones que coinciden en parte con las funciones de la dirección-supervisión de una organización social⁴, lo cual es comparable, en el ámbito de las Prácticas en Instituciones Sociales, salvando las distancias, con las funciones del/la tutor/a, ya que lo que hace éste/a, básicamente, es dirigir las actuaciones de l@s alumn@s en la organización social en la que realizan las prácticas.

Las funciones a las que se refieren algunos autores son:

– Función Técnico-Administrativa

- Función Educativa
- Función de Apoyo

Existen además, a nuestro entender, otras dos funciones imprescindibles con el mismo rango que las anteriores:

- Función de Evaluación: Algunos la incluyen en la administrativa pero la consideramos lo suficientemente importante como para destacarla y tratarla como una función aparte.
- Función de Coordinación.

Función Técnico-Administrativa

Dentro de esta función incluimos las siguientes tareas:

Iniciación y ubicación del/la alumn@ en el C.M.S.S.C.:

El/la alumn@ en prácticas afronta sus primeros días con cierta incertidumbre.

Para él/ella todo es nuevo por diversos motivos. Por un lado, desconoce la dinámica de trabajo de un Centro Municipal de Servicios Sociales Comunitarios, y por otro percibe la dificultad de aplicar todos los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la carrera a situaciones reales.

Por estos motivos consideramos que es de gran importancia crear un ambiente adecuado que favorezca tanto la adaptación e incorporación del alumno como la labor del profesional, y para ello realizamos el siguiente proceso:

- Enseñarle las instalaciones del Centro y presentarle al equipo técnico y al resto de trabajadores del Centro.
- Explicarle el Organigrama de la Institución, sus objetivos, los programas que se llevan a cabo teniendo en cuenta el nivel de intervención

individual-familiar y el nivel de intervención comunitario, los recursos de que dispone, los servicios que presta y la coordinación interinstitucional que realiza.

- Facilitar su ubicación geográfica, visitando el barrio así como las instituciones y entidades sociales de la zona.
- Facilitar el acceso del/la alumn@ a la información general de la entidad (registros, estudios, documentos, etc.)
- Asignar un/a trabajador/a social de referencia para cada alumn@, favoreciendo así una relación de confianza y confidencialidad.

Planificación y asignación del trabajo

Habitualmente los CMSSC acogemos a más de un/a alumn@ en prácticas simultáneamente. Por ello, l@s trabajadores/as sociales encargad@s de su tutoría planificamos de forma estructurada y coordinada todo el proceso de aprendizaje, dividiendo los temas globales que deben asimilar y quedando como referentes específicos a la hora de aclarar cualquier duda que pueda surgir. Los temas globales son:

- Tramitación administrativa de expedientes y su archivo.

notas

1. BANDURA, Albert (1982): Teoría del Aprendizaje Social. Madrid. Espasa Calpe

2. COSTA, M. y LOPEZ, E. (1996): Los secretos de la dirección. Madrid. Pirámide.

3. FERNANDEZ BARRERA, J. (2005): La importancia de la supervisión en la formación de los trabajadores sociales: los principales actores implicados. Revista de Servicios Sociales y Política social no 68. "Aprendizaje y formación" (I). Consejo general de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. p.p 41-52.

4. KADUSHIN, Alfred (1985): Supervisión in Social Work (second edition) New York, Columbia University Press.

- Programa SIUSS (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales)
- Programa de Intervención Individual-Familiar:
- SIVA (Servicio de Información, Valoración y Asesoramiento)
- SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio)
- Proyectos de intervención individual-familiar
- Ayudas Económicas Familiares
- Ayudas de Emergencia Social
 - Programa de Intervención Comunitaria:
- Proyectos de intervención con infancia
- Proyectos de intervención con mayores
- Proyectos de intervención con mujer
- Proyectos de intervención con adultos
- Proyectos de intervención con población general
- Organización interna del Equipo Interdisciplinar.

Es de suma importancia facilitar que el/la alumn@ ocupe “su espacio” en el Centro y asignar las tareas no sólo sobre la base del programa general propuesto por la EUTS, sino también respondiendo a las necesidades particulares de formación de cada un@ y estableciendo objetivos basándonos en sus capacidades individuales. De este modo la planificación del trabajo va orientada a la superación de dificultades personales y a favorecer el desarrollo de habilidades, superando la ansiedad que les genera el enfrentarse a problemáticas, en muchos casos, complejas.

La planificación del trabajo la hacemos de forma periódica, al objeto de ir adaptándonos en la

medida de lo posible a los objetivos propuestos en la asignatura. Por otra parte, resulta de gran utilidad concretar a primera hora de la mañana la tarea diaria, estableciendo un orden del día consensuado entre el/la tutor/a y el alumn@. Con respecto a la delegación del trabajo, ésta la intentamos hacer a través de tareas claras y concisas, aclarando las dudas antes de comenzar a hacer y delegando poco a poco en orden progresivo de menor a mayor dificultad.

A través de la tutoría administrativa los alumnos toman conciencia de los límites que impone el Programa de Prácticas y la Institución en la que las realizan, pero al mismo tiempo esto les proporciona seguridad, frente a la incertidumbre con la que llegan al principio.

Seguimiento y Revisión del trabajo:

El seguimiento y revisión del trabajo favorece la eficacia de la ejecución de la tarea propuesta y es un elemento obligatorio al objeto de tomar conciencia de todos los avances alcanzados y de introducir todos los cambios necesarios en orden al reajuste continuo del proceso de aprendizaje.

Ofrecemos al alumno una crítica constructiva acerca del desarrollo de las tareas propuestas cuando éstas no se están llevando a cabo de una forma adecuada, pero también sabemos “premiar” y reconocer sus progresos. Al contrastar impresiones con el/la alumn@, pidiéndole opinión, contribuimos en gran medida a que éste/a se sienta valorad@, aumentando su autoestima como futur@ profesional y favoreciendo su autonomía progresiva. El/la alumn@ puede convertirse en un apoyo y una ayuda del/la profesional que en tantos casos se encuentra desbordado por la labor que está desempeñando.

El seguimiento se puede realizar de forma estructurada a través de reuniones planificadas que deben establecerse de forma periódica o de reuniones no planificadas a propuesta del/la alumn@ que solicita nuestro asesoramiento y ayuda en diversas cuestiones que le han

suscitado dudas. En muchos casos el seguimiento y revisión se realiza informalmente por demanda del/la alumn@ y sobre la marcha cuando éste/a tiene duda acerca de la actividad propuesta a realizar en ese momento.

Esta metodología permite al tutor/a a medida que se van realizando las prácticas, ir informando al alumn@ sobre lo que se puede considerar avances en sus prácticas, y/o puntos débiles sobre los que debe hacer más hincapié y los medios con que cuenta para superar las dificultades. La valoración continua permite que el/la alumno/a vaya adquiriendo confianza en sí mismo, en el tutor/a y en el proceso de aprendizaje.

La flexibilidad es una cualidad muy valiosa a la hora de realizar la supervisión, en el sentido de que es una equivocación pensar que nuestra forma de trabajar es la más aceptable por el hecho de ocupar el estatus de profesional frente al de alumn@. Por ello, deberíamos reflexionar sobre la importancia de enseñar con una actitud abierta a nuevos criterios, propuestas, estrategias e incluso críticas constructivas de nuestro trabajo y diferentes formas de ser y pensar.

Función Educativa

Para abordar la formación en trabajo social, hay que partir de una visión integral que incluye dos dimensiones: formación académica y práctica profesional. Cada una de ellas tiene sus propias peculiaridades pero se encuentran íntimamente relacionadas. Por tanto, en esta función como proceso interactúan los siguientes elementos: la preparación científica (tanto del profesional como del alumno), la aplicación de la teoría a la práctica (utilizando una serie de técnicas y habilidades) y la producción de conocimientos mediante el ejercicio profesional.

Nuestra labor como tutoras se centra en la consecución de los siguientes objetivos:

- Trasladar el “conocer al hacer”.
- Facilitar el desarrollo de habilidades que apoyen la realización de la tarea.

– Transmitir actitudes de confidencialidad y secreto profesional.

– Ejercer influencia como modelo de comportamiento adecuado.

Trasladar el conocer al hacer:

El desempeño de la profesión requiere una serie de conocimientos específicos que los proporciona la formación académica, pero éste contacto directo con la profesión, simultaneado con su aprendizaje teórico hace necesaria una consulta y revisión de todos los conocimientos adquiridos.

Fundamentalmente se realizara de aquellas asignaturas directamente relacionadas con el campo del ejercicio profesional y será una fuente necesaria para la comprensión de las situaciones.

Esta revisión teórica aporta beneficios al alumn@, favoreciendo su aprendizaje, al profesional, que encuentra apoyo en el abordaje de los problemas y al usuari@, mejorando la calidad de las prestaciones.

En esta aplicación, de lo que se ha aprendido, a la práctica, es donde verdaderamente el/la alumn@ encuentra sentido a la profesión y al quehacer profesional. Coincidimos aquí con Montes Verdejo y Fombuesa Valero⁵ en que “la práctica hace maestros”.

Facilitar el desarrollo de habilidades que apoyen la realización de la tarea:

Para el correcto ejercicio profesional, además de una adecuada formación, de la utilización de una metodología científica, de la pericia para aplicar técnicas u otros aspectos técnicos, tienen una

notas

5. MONTES VERDEJO, C. y FOMBUESA VALERO, J. (1992). “El valor de la práctica como formación. La práctica hace maestros”. Revista de Servicios Sociales y Política Social. No 25. Ed. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. p.p. 50-52

gran importancia las habilidades del/de la tutor/a para enfrentarse a su tarea profesional. Es por tanto de gran importancia el transmitir y fomentar una serie de habilidades que faciliten la tarea del/la alumn@ y que contribuyan a su integración en la institución, y en el equipo profesional.

Nosotras hacemos especial hincapié en fomentar las siguientes habilidades y actitudes:

- Con respecto a la tarea: orden, organización, ser exigentes con el propio trabajo.
- Con respecto a la institución: respeto a normas y fines de la institución, cuidar bienes materiales, puntualidad.
- Con respecto a los compañeros: colaboración, responsabilidad, compromiso.
- Con respecto al usuario: respeto, trato digno, interés.

Transmitir actitudes de confidencialidad y secreto profesional:

El rol profesional contiene una serie de obligaciones específicas en los distintos contextos transmitidos en los códigos de ética profesionales. La labor educativa consiste por tanto en transmitir el respeto a los fines de la profesión, a las relaciones con los usuarios y a las relaciones con los colegas y superiores:

- Obligaciones con los fines de la profesión: desarrollo del bienestar, mejora de condiciones sociales, satisfacción de necesidades, desarrollo de potencialidades y promover la justicia social.
- Obligaciones en las relaciones con el/la usuari@: respeto a la autodeterminación, a las opiniones, al secreto profesional y a la confidencialidad, a la intimidad y a los derechos individuales.
- Obligaciones respecto a l@s colegas y superiores: respeto a sus criterios y puntos de vista.

Es necesario incidir fundamentalmente en la confidencialidad: La información confidencial son aquellos hechos que pertenecen a la vida del/la usuari@ y éste ha comunicado al profesional en relación con el servicio que demanda o recibe de la institución y solo con esos propósitos.

La información que el/la usuari@ da al profesional no será revelada a otras personas. Por tanto es objetivo de esta tutoría, concienciar al alumn@ sobre la importancia de los códigos de ética en el ejercicio profesional, con una especial incidencia en respeto a la confidencialidad, instruyéndole sobre las precauciones para poder protegerla ante las dificultades del medio burocrático. Se incidirá: en el cuidado en el archivo, comprobar identidad de quien demanda o solicita información, reflejar en los informes sociales aquellos datos personales estrictamente necesario sobre la base de su objeto, etc.

Ejercer influencia como modelo de comportamiento adecuado.

Algunas de las estrategias que usamos para promover esta influencia son:

- Ser consciente de que nuestro comportamiento, nuestros valores, nuestras habilidades de comunicación interpersonal, nuestras reacciones ante situaciones críticas, nuestro afrontamiento del estrés, nuestros comentarios sobre usuarios o compañeros, son ejemplo que influye en el comportamiento de l@s alumn@s.
- Reconocer nuestras propias equivocaciones y mostrar las estrategias que utilizamos para aprender de ellas.
- Señalar los comportamientos funcionales que ocurren en las distintas situaciones del trabajo, y darles publicidad con el fin de que se conviertan en un modelo imitable.
- Mostrar reconocimiento y estima ante los comportamientos funcionales con el fin de que atraigan la atención de l@s alumn@s y sean imitados.

– No dar aprobación social a los comportamientos disfuncionales.

– Crear un ambiente adecuado de aprendizaje y proporcionar suficiente atención y reconocimiento a los progresos realizados en el aprendizaje de las habilidades.

Función de Apoyo

El propio objeto del trabajo social los problemas sociales, hace que el contacto con la realidad, por medio de la práctica profesional revista una especial dificultad y podríamos decir “dureza”. En el CMSSC, en muchos casos se abordan situaciones de extrema pobreza, marginación, exclusión y graves conflictos convivenciales que afectan a los distintos sectores de la población. Asimismo en un servicio de atención directa se producen encuentros cara a cara, entrando el profesional en contacto con los sentimientos más profundos del usuari@. Estamos por tanto ante un objeto de intervención complejo, que puede provocar en el/la alumn@ sentimientos ambivalentes que dificulten la intervención objetiva.

Todo lo expuesto hace necesario que el/la tutor/a ofrezca todos los apoyos que el/la alumn@ precise en este contacto con la realidad. El/la tutor/a está en una posición privilegiada para percibir las emociones sentidas por el/la alumn@, por la continua relación y por ser su referente unipersonal en el ámbito de las prácticas. La función de apoyo se centra en ayudar a regular el estrés, superando miedos, angustias y aumentando la seguridad.

Son diversos los factores que pueden provocar estrés en el/la alumn@:

– El contacto con un medio desconocido, una institución, un profesional, otros compañeros a los que se enfrenta de una forma individualiza, sin tener experiencias previas similares.

– La práctica profesional en la cual se pueden presentar gran diversidad de problemáticas y

que muchos casos requieren una intervención inmediata. Ante ello sólo cuenta con unas habilidades recientemente adquiridas para abordarla.

Se produce por tanto un temor en el/la alumn@ al pensar que sus recursos personales serán incapaces de dar respuesta a las demandas generadas por la situación.

En lo referente a esta función de apoyo, utilizamos las siguientes estrategias:

– Abordaje de las situaciones que provocan estrés, explicándolas, clarificándolas, preparándolas con antelación y reflexionando sobre su resolución.

– Hacer que se enfrenten con estas situaciones, dándole la posibilidad de intervenir directamente.

– Reforzarle para que piense positivamente sobre sus habilidades y posibilidades, esto creará un sentimiento de confianza tal, que será capaz de superar las dificultades.

Así mismo, desde esta tutoría se regulan las exigencias, sobre la base de la capacidad y nivel del alumno. Esta adaptación curricular, proporciona un ritmo de aprendizaje adecuado al alumno, a su nivel formativo, conocimientos y habilidades personales.

Se trata por tanto de reducir sus angustias, ansiedades y niveles de estrés para conseguir un mayor éxito en la ejecución.

Función de Evaluación

El objetivo general de la tutoría es enseñar al alumn@ a realizar determinadas actividades profesionales referentes al rol del/la trabajador/a social y analizar cómo dich@ alumn@ realiza estas actividades con el fin de contribuir a mejorar y perfeccionar el aprendizaje de su práctica profesional. En este sentido la

evaluación es una función más de la tutoría de prácticas.

La evaluación se hace siempre en términos de objetivos conseguidos o como referencia a los aspectos de la práctica que se espera que el/la alumn@ consiga.

Mediante la tutoría de la actividad práctica que realiza el/la alumn@, se le va ayudando a mejorar su capacidad profesional para actuar como trabajador/a social al acabar sus estudios. Al mismo tiempo la evaluación forma parte del proceso académico en que se debe saber necesariamente si el/la alumn@ ha adquirido los suficientes conocimientos profesionales para ser considerad@ apt@ en lo concerniente a la obtención del título que le permita ejercer profesionalmente. En este caso la evaluación nos lleva a una dicotomía: medir los resultados o medir el proceso. A este respecto, Cano,⁶ indica que para poder hablar de indicadores de calidad se debería disponer de 3 tipos de indicadores:

1.- Indicadores sobre las cualidades del producto, que miden si lo que se ha diseñado, (ejemplo, el programa de prácticas), se ha hecho correctamente porque esto puede afectar al producto final que se obtenga.

2.- Indicadores de proceso. Miden si lo que se pretende hacer se hace bien. Optimización, coherencia, eficiencia en la producción y, en definitiva, aseguramiento de la calidad de acuerdo a unos criterios definidos previamente.

3.- Indicadores de resultados. Se centran en la satisfacción del usuario. Características del producto que satisfacen las necesidades explícitas o implícitas de los usuarios.

La sugerencia que hacemos en la evaluación de alumn@s en prácticas, es que ésta debe: valorar el proceso, teniendo en cuenta las características, de cada alumno y las de la situación en la que actúa; valorar el diseño del programa de prácticas en cuanto a la adaptación y operativización en cada centro de prácticas y valorar los resultados, para

lo cual es imprescindible la correcta definición de objetivos e indicadores en el programa de prácticas.

Es muy importante que el/la alumn@ y el/la tutor/a de prácticas conozcan estos elementos (objetivos e indicadores) desde el principio. Para el/la alumn@, saber de antemano cuáles son los conocimientos y destrezas que se espera que adquiera o mejore, las intervenciones y actuaciones profesionales que se espera de él/ella, representan un incentivo en sí mismo y una motivación para trabajar unas determinadas áreas.

Para el/la tutor/a, conocer objetivos e indicadores le permite:

- Valorar si dentro de su ámbito de actuación podrá ayudar al alumn@ a conseguir dichos objetivos, y así poder decidir si se compromete o no a ser tutor/a de prácticas.

- Revisar los contenidos de su trabajo para realizar una adaptación de las actividades a realizar con el/la alumno/a, progresiva en dificultad, ajustada a los objetivos.

- Seleccionar o elaborar instrumentos específicos de medición y pautas concretas en las que basar la evaluación. (Esta tarea deberá hacerse en coordinación con el supervisor de la EUTS)

Teresa Sheriff y Eddy Sánchez⁷ valoran la necesidad de que la evaluación se realice siempre en términos realistas y que esté bien relacionada y adaptada a la realidad donde se aplica. Consideramos muy importante disponer de instrumentos de medición y pautas concretas de evaluación. No es suficiente, como se ha hecho en ocasiones, conque el/la tutor/a realice una valoración general que a veces sólo se ajusta a impresiones o simpatías personales del/la tutor/a. La EUTS debe ser la primera interesada en que las tutorías de prácticas se realicen con el mayor rigor posible en todo su contenido y proceso, incluida la evaluación.

Otro aspecto importante es la autoevaluación del alumno; es de gran ayuda para su propio conocimiento y su capacidad de introspección que sea capaz de valorarse a sí mismo en todos los aspectos⁸. Esta tarea supone muchas veces cierta resistencia, ya que no existe la costumbre de pedir que uno mismo analice las mejoras o errores de su actividad. No obstante consideramos de gran valor el que el alumno aprenda a autoevaluarse ya que le ayudará a ser más consciente de sus capacidades, de sus posibilidades y también de sus deficiencias; y le ayudará a contrarrestar tendencias que están en relación con la propia personalidad: hay alumnos que piensan que lo hacen todo bien, mientras que otros piensan que lo hacen peor de lo que en realidad lo están haciendo.

Contrastando la autoevaluación con el/la tutor/a el/la alumn@ va ajustando su autopercepción cada vez más a la realidad.

Función de Coordinación

Para que el proceso de aprendizaje del alumn@ sea eficaz es necesaria una coordinación continua entre el/la supervisor/a y el/la tutor/a.

En nuestra opinión y basándonos en la experiencia de varios años como tutoras de prácticas, la coordinación se concretaría de la siguiente forma:

- Antes del inicio de las prácticas:
 - Concretar los términos en los que se va a firmar el acuerdo de prácticas.
 - Revisar los contenidos y objetivos del programa, así como los indicadores de evaluación con el fin de que el/la profesional valore sus posibilidades de responder a la demanda de formación de la EUTS y poder realizar las adaptaciones oportunas del programa al contexto de la institución o entidad.
 - Concretar técnicas e instrumentos para medir la consecución de los objetivos.

- Inicio de las prácticas:

- Concreción definitiva del acuerdo de prácticas entre las tres partes:
 - alumno/a
 - supervisor/a
 - tutor/a

- Durante el periodo de prácticas: reuniones de coordinación periódicas para el seguimiento de las prácticas, con el fin de que las actuaciones con el/la alumn@ se organicen de forma integral y complementaria entre el/la tutor/a y el/la supervisor/a:

- Reuniones quincenales entre tutor/a y supervisor/a para revisar:
- La medida en que el/la alumn@ va avanzando en la consecución de los objetivos
- Identificar en qué aspectos del programa encuentra más dificultad.
- Acordar la actuación que se va a desarrollar desde la tutoría y desde la supervisión para ayudarle a superar las dificultades y favorecer su proceso de aprendizaje.

- Final de las prácticas:

- Realizar la evaluación final valorando si el alumno ha adquirido los suficientes conocimientos profesionales para ser considerado apto en cuanto a los objetivos previstos.

notas

6. CANO, E. (1998): Evaluación de la calidad educativa. Madrid. La Muralla.

7. SHERIFF, Eddy y SANCHEZ Teresa, (1973): Supervisión en trabajo social, Buenos Aires. ECRO.

8. FERNANDEZ BARRERA, Josefina. (1997). La supervisión en trabajo social. Barcelona. Paidós

Bibliografía

BANDURA, Albert (1982): *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid. Espasa Calpe.

CANO, E. (1998) *Evaluación de la calidad educativa*. Madrid. La Muralla.

COSTA, M. y LOPEZ, E. (1996): *Los secretos de la dirección*. Madrid. Pirámide.

FERNANDEZ BARRERA, Josefina (2005): *La importancia de la supervisión en la formación de los trabajadores sociales: los principales actores implicados*. Revista de Servicios Sociales y Política social nº 68. "Aprendizaje y formación" (I). Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. p.p 41-52.

FERNANDEZ BARRERA, Josefina. (1997): *La supervisión en trabajo social*. Barcelona. Paidós.

KADUSHIN, Alfred (1985): *Supervisión in Social Work* (second edition) New York, Columbia University Press.

MONTES VERDEJO, C. y FOMBUESA VALERO, J. (1992): "El valor de la práctica como formación. La práctica hace maestros". Revista de Servicios Sociales y Política Social. Nº 25. Ed. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. p.p. 50-52.

SHERIFF, Eddy y SANCHEZ, Teresa (1973): *Supervisión en trabajo social*, Buenos Aires. ECRO.

Portal Europa



Presentación de la sección Portal Europa

La bella princesa fenicia, Europa, hija de Agenor y de Telefassa (o quizás de Fénix) que enamoró hasta tal punto a Zeus que la raptó, y la llevó a Creta; se convirtió posteriormente en reina de cretenses, y gozó de honores de deesa, inspira la denominación del continente europeo, al que hoy queremos aproximarnos desde esta nueva sección de la Revista Servicios Sociales y Política Social.

La compleja, diversa y rica sociedad europea, fruto de siglos de relaciones, conflictos, negociaciones, acuerdos y desacuerdos, culturas plurales, dominios y libertades personales y colectivas, mosaico y ruta de culturas, ha construido también un importante acervo histórico en protección social, políticas y servicios sociales. Esta es la faceta a la que deseamos dedicar esta nueva sección.

Con 48 Estados reconocidos actualmente por la ONU¹, más entidades históricas no reconocidas hoy oficialmente, las sociedades de Europa comparten fenómenos, y problemas sociales comunes del Volga al Tamesis y del Egeo al Báltico.

Pero las formas de prevenir y de atender los fenómenos sociales de ésta y otras décadas anteriores, han sido y son, muy diferentes entre las sociedades, y también entre los estados de Europa. Diferencias íntimamente vinculadas a las respectivas historias de los conflictos sociales, económicos, religiosos, ideológicos y bélicos de cada una de ellas y ellos. Génesis y desarrollos distintos de las políticas sociales que ofrecen hoy día un panorama no solo de diversidad sino también de desigualdad cualitativa y cuantitativa en torno a la protección social, a los derechos y deberes sociales de los ciudadanos, al rol de los poderes públicos, del mundo asociativo, a la libertad personal y la responsabilidad colectiva, a la solidaridad colectiva.

Actualmente la Unión Europea (UE), que desde mayo de 2004 cuenta con 25 estados miembros

de diversa dimensión demográfica (de Alemania con más de 80 millones de habitantes, a Malta o Luxemburgo con menos de 500.000 ciudadanos) y que agrupa a más de 453 millones de habitantes, desarrolla una importante labor en las orientaciones de las políticas sociales, realizando estudios, financiando programas, estimulando el intercambio entre estados, regiones, organizaciones civiles o administraciones, aunque debe respetar el poder y las competencias de los estados miembros en materia de seguridad social, corresponden hoy día, a cada uno de los estados miembro. Las orientaciones de la UE están influyendo en el día a día de los servicios sociales, en su gestión, en sus líneas y programaciones, y en consecuencia, en la labor de los profesionales sociales. Ello pone de relieve la importancia de ampliar las informaciones de otras realidades colindantes.

Se ha dicho y repetido que la Unión Europea camina con tres velocidades. Una de crucero en los temas económicos y financieros; lentamente a nivel político y jurídico, y a paso de tortuga (¿quizás de cangrejo?) para las cuestiones sociales. Velocidades que incrementan las contradicciones internas y las diferencias entre las sociedades del centro y de la periferia europea, entre el norte y el sur, entre los estados de reciente incorporación, y los históricamente más desarrollados en protección social.

notas

1. Albania, Alemania, Andorra, Armenia (situada en Asia, pero considerada parte de Europa por razones históricas y culturales), Austria, Azerbaiyán (con parte de su territorio en Europa), Bélgica, Bielorrusia, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Ciudad del Vaticano, Croacia, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Estonia, España, Finlandia, Francia, Georgia (igual que Azerbaiyán), Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Macedonia (Antigua República Yugoslava de Macedonia), Moldavia, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de GB e Irlanda Norte, República Checa, Rumania, Rusia, San Marino, Serbia y Montenegro, Suecia, Suiza, Turquía, Ucrania.

Coord.: Clemente J. Navarro Yáñez
Intervención metodológica en trabajo social.
Estrategias de intervención y contexto en trabajo social
Ed.: Editorial Certeza y Consejo General de Colegios Oficiales de
Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
Biblioteca Temas Sociales. Zaragoza, 2004. 148 pp.

En el propio prólogo de la Obra se anuncia que nos encontramos ante un trabajo centrado, fundamentalmente, en el estudio de la Intervención Social. Que pretende dar respuesta, su respuesta, a dos interrogantes fundamentales: el qué hacer y cómo hacer del Trabajo Social. Se adentra en lo que menos se ve, en aquello que es más subjetivo, lo que se mantiene oculto a los ojos de un buen observador y que no se puede separar de la formación, de la ideología, actitud personal e incluso la filosofía del centro de trabajo. Sin duda este trabajo contribuye, con creces, al esfuerzo de ir abundando en una sistematización de la práctica profesional, aportando, además, planteamientos teórico-prácticos, que son facilitadores de la tarea cotidiana que desarrollamos los trabajadores/as sociales.

Los autores del trabajo, José María Moran Castillo y Ana María Gómez Pérez, coordinados por Clemente J. Navarro Yáñez favorecen, con sus aportaciones, que la disciplina del Trabajo Social sea identificada como una profesión que transmite una sólida formación teórica y metodológica y que los Trabajadores Sociales sean percibidos como punta de lanza en la compleja idea del Bienestar Social.

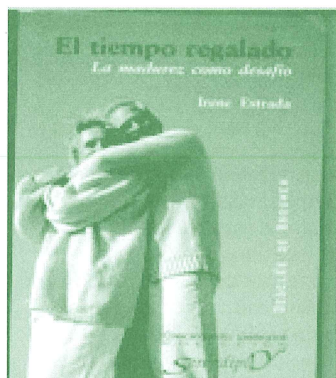
Las páginas que conforman el libro, puede considerarse como un intento de explorar en el conocimiento de una profesión indisolublemente vinculada a dos elementos esenciales en un Estado de Derecho: Los Servicios Sociales y la Política Social. Los autores determinaron la organización y estructura de los contenidos en dos partes: dedicando los primeros capítulos a realizar una aproximación teórica a los problemas del "Método" en Trabajo Social, su ubicación en el universo de las Ciencias Sociales para, a continuación, seguir desgranando en el

capítulo dos diversas referencias a los orígenes del Método en Trabajo Social. Destaca el talante con el que se acercan, al mismo, los autores "Siempre que nos referimos al método en cualquiera de los ámbitos de la ciencia conviene aproximarse al mismo con una cierta actitud de humildad y espíritu abierto". Este capítulo finaliza con la inclusión de elementos sobre la diversa práctica llevada a cabo en Trabajo Social. El capítulo tres aborda las distintas influencias y corrientes que predominan en la actual concepción del Trabajo Social. Se destinan los capítulos cuatro y cinco a los distintos aspectos metodológicos. En el capítulo seis se aborda el no menos ambicioso interés por definir el contexto profesional y su influencia en el Método. Ya en el capítulo siete, los autores exponen el desarrollo de la investigación: su estructura y contenidos. Siendo de reseñar en este punto que la obra, cuyo comentario nos ocupa, fue presentada a concurso de la Beca de Investigación "Elisa Pérez de Ayala" en su Edición del año 2000, y en su valoración obtuvo el premio final de obra ganadora.

Por último se dedica el capítulo ocho a la exposición de resultados y presentación de conclusiones sobre la investigación realizada.

Las aportaciones que se realizan en este trabajo de investigación se combinan, con interpretaciones y representación gráfica que agilizan la interpretación de los datos obtenidos. Todo ello ayuda, sin duda, a la incorporación en el acervo profesional de nuevas aportaciones, producto de la investigación, y al reforzamiento de una práctica profesional, la del Trabajador Social, cada día más compleja y ligada con otras disciplinas.

Pilar Pando Lobo



El tiempo regalado. La madurez como desafío

Irene Estrada

Edita: Universidad de Valencia.

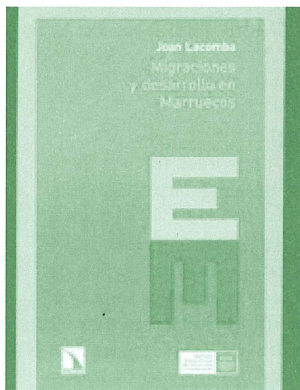
Colección: Crecimiento personal,

Editorial: Desclee de Brouwer, Bilbao, 2005

La madurez supone para los mayores de hoy veinte años de vida en salud y progresivamente libres de obligaciones familiares, sociales y laborales. Vivirlos plenamente es un gran reto. En primer lugar es necesario saber cuidar de uno mismo y desterrar miedos y prejuicios. Ahora, la disponibilidad de tiempo les da una nueva oportunidad para hacer más ricas y satisfactorias las relaciones con los suyos. Hallar un lugar en la sociedad es otro reto. Este libro proporciona orientaciones y pistas necesarias para aprovechar el momento para ser solidario, pero también

para participar, demandar y exigir todos los servicios y derechos a los que se han hecho acreedores. Y también para cuando vienen mal dadas, cuando llega la enfermedad, cuando alguien querido se nos va y el consuelo es tan difícil.

La autora: Trabajadora social y licenciada en Psicología, ha trabajado, desde la Administración Pública, en diferentes sectores sociales, especialmente con niños y mujeres en situación de riesgo, y últimamente con personas mayores desde la dirección del Centro Especializado de Atención a Mayores. Con experiencia en la ayuda domiciliaria, tiene en su haber dos publicaciones sobre este tema, así como diferentes artículos y aportaciones a congresos profesionales y jornadas.



Migraciones y desarrollo en Marruecos

Joan Lacomba

Editorial: Los Libros de la Catarata, Madrid, 2004

Este libro analiza el papel que juegan los inmigrantes como actores en el desarrollo de sus sociedades de origen y, tomando como eje el caso de Marruecos, presenta los múltiples efectos de la emigración en este país, los vínculos entre la migración y la cooperación para el desarrollo, así como las iniciativas que se realizan desde diferentes ámbitos en este campo, con una especial atención a las protagonizadas por los propios inmigrantes. Con el trasfondo de las nuevas líneas estratégicas y propuestas de políticas de codesarrollo que se están planteando actualmente para responder a los retos migratorios, el libro proporciona orientaciones tanto para la investigación como para la acción en este complejo terreno, significativamente olvidado cuando hablamos de Marruecos.

El autor: Joan Lacomba, trabajador social, doctor en Sociología y profesor titular del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Valencia. Especializado en temas relacionados con la emigración, y en especial la procedente del Zagreb, tiene en su haber diversas publicaciones sobre este tema: *Emergencia del islamismo en el Zagreb. Las raíces sociopolíticas de los movimientos islamistas (2000)*, *El Islam inmigrado. Transformaciones y adaptaciones de las prácticas culturales y religiosas (2001)*.

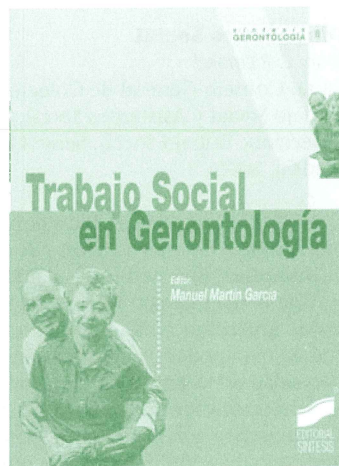
Trabajo Social en Gerontología

Manuel Martín García (Ed.)

Editorial Síntesis

Madrid, 2003

El envejecimiento de la población se ha convertido en el protagonista de nuestro tiempo. La ciencia añade años a la vida humana, pero no añade vida a tales años, siendo ésta la principal aportación del Trabajo Social que, como ciencia y junto a otras disciplinas, ofrece soluciones concretas a los problemas reales en la vida diaria de personas mayores. El Trabajo Social gerontológico es, por tanto, la suma de las aportaciones científicas, profesionales, docentes y de formación dirigidas a conocer y transformar las necesidades sociales de los mayores, al análisis y mejora del sistema de bienestar social, y a la confirmación de políticas sociales dirigidas a la vejez.

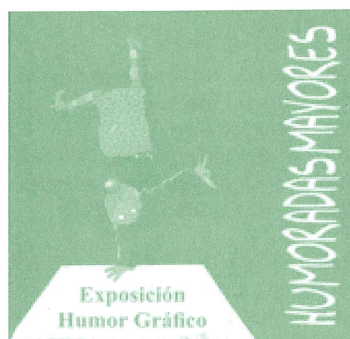


Humoradas Mayores

Dibujos de Ernesto Rodríguez

Excelentísimo Ayuntamiento de Granada, Granda, 2006.

“Humoradas Mayores” es el título de una muestra gráfica de Ernesto Rodríguez, trabajador social y dibujante, organizada por la Concejalía de Familia, Bienestar Social e Igualdad de Oportunidades del Ayuntamiento de Granada en el marco de la Xa Convivencia de Mayores. En esta exposición se unen Trabajo Social y Humor, un Humor que se interesa por la persona. En sus dibujos transmite que envejecer es vivir, que la vejez no es una enfermedad, que el cerebro no envejece, que se envejece como se vive, que nunca es tarde para empezar, que no hay que jubilarse de la vida, que la cultura que rodea a las personas y poblaciones determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo, que con una visión más justa de la cultura llegamos a la conclusión de que la historia de la humanidad es un constructo paritario entre hombres y mujeres, en la que ambos, según sus posibilidades, han contribuido por igual, abandonando de una vez por todas la idea de una historia hecha solamente por el género masculino.

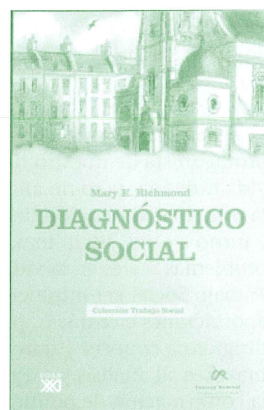


Diagnóstico Social

Mary E. Richmond

Edita: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Social y Siglo XXI de España Editores
Colección: Trabajo Social, Serie: Libros,
Madrid, 2005

Obra cumbre de Mary E. Richmond, en la que desarrolla la metodología de intervención y le da al Trabajo Social el carácter de disciplina. En este libro, su autora desarrolla la importancia de realizar el diagnóstico social para llevar a cabo realmente trabajo social, analizando cada uno de los factores y elementos a tener en cuenta para poder concluir con un buen diagnóstico. No olvida la necesidad de la supervisión en trabajo social y se aprecia en ella una preocupación seria por la investigación llegando a afirmar que "sin investigación social no es posible realizar trabajo social", la profesionalización debe estar acompañada de una rigurosidad en los aspectos teóricos y facilitó que la profesión se afanzara en el método de caso y en la visión pragmática de la realidad.



Libro Verde del Trabajo Social. Instrumentos de documentación técnica.

Dolors Colom Masfret

Edita: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
Santiago de Compostela, 2005

El Libro Verde del Trabajo Social sobre la documentación propia de los Trabajadores Sociales en los Servicios de Trabajo Social ofrece a los profesionales una base de mínimos recomendables para que la documentación habitual sea menos improvisada y más sistemática.

Este trabajo pretende, partiendo del conocimiento de que existen diferencias entre los instrumentos denominados de igual manera y partiendo de que para cualquier profesión es muy importante que sus métodos, técnicas e instrumentos sean validados y reconocidos por la comunidad científica, conseguir la unificación de criterios y abrir un proceso de consulta y debate en relación con su contenido.



Títulos de la Revista publicados

- Nº 21: LAS NECESIDADES SOCIALES
- Nº 22: AREAS DE BIENESTAR SOCIAL Y ACCIONES INTEGRADAS (agotado)
- Nº 23: ARTICULOS SUELTOS
- Nº 24: ARTICULOS SUELTOS
- Nº 25: LA SUPERVISION
- Nº 26: V JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL
- Nº 27: APORTACIONES PROFESIONALES LIBRES AL VII CONGRESO ESTATAL
- Nº 28: LA INMIGRACION
- Nº 29: ARTICULOS SUELTOS
- Nº 30: EVALUACION
- Nº 31-32: INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR
- Nº 33: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (I)
- Nº 34: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (II)
- Nº 35: NUEVAS NECESIDADES/NUEVAS RESPUESTAS
- Nº 36: LA ARTICULACION DEL TEJIDO SOCIAL
- Nº 37: JUVENTUD
- Nº 38: EXCLUSION SOCIAL
- Nº 39: LA FORMACION PARA EL TRABAJO SOCIAL. NUEVOS RETOS
- Nº 40: COMUNIDAD Y TRABAJO SOCIAL
- Nº 41: ETICA EN LA INTERVENCION SOCIAL
- Nº 42: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (I)
- Nº 43: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (II)
- Nº 44: INTERCULTURALIDAD
- Nº 45: NUEVA PERSPECTIVA DE GENERO
- Nº 46: TRABAJO EN EQUIPO
- Nº 47: AMBITO LOCAL Y VIDA COTIDIANA
- Nº 48: IMAGEN, COMUNICACION E INTERVENCION SOCIAL
- Nº 49: CALIDAD (I)
- Nº 50: CALIDAD (II)
- Nº 51: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (I)
- Nº 52: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (II)
- Nº 53: TRABAJO SOCIAL Y MEDIACION
- Nº 54: ENFOQUES Y ORIENTACIONES DE LA POLITICA SOCIAL
- Nº 55: LA INTERVENCION SOCIAL ANTE LOS PROCESOS DE EXCLUSION
- Nº 56: HABITAT Y CONVIVENCIA
- Nº 57: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (I)
- Nº 58: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (II)
- Nº 59: NUEVAS TECNOLOGIAS
- Nº 60: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (I)
- Nº 61: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (II)
- Nº 62: DISCAPACIDAD
- Nº 63: DESARROLLO Y TRABAJO SOCIAL
- Nº 64: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (I)
- Nº 65: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (II)
- Nº 66: DIMENSIÓN COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (I)
- Nº 67: DIMENSIÓN COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (II)
- Nº 68: APRENDIZAJE Y FORMACIÓN (I)
- Nº 69: (DE) CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD (I)
- Nº 70: (DE) CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD (II)
- Nº 71: APRENDIZAJE Y FORMACIÓN (II)
- Nº 72: LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (I)
- Nº 73: LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (II)
- Próximas publicaciones:
- Nº 74: INTERVENCIÓN SOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
- Nº 75: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCIÓN SOCIAL (I)
- Nº 76: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCIÓN SOCIAL (II)

Suscripción

Revista de Servicios Sociales y Política Social

Año 2006.
(N^{os}. 73, 74, 75 y 76)

Tarifa anual según categoría (4 números)

- ☐ Colegiados o estudiantes 32,17 €
(Aportar copia acreditativa)
- ☐ Resto 38,61 €
- ☐ Extranjero 43,99 €
- ☐ Número suelto 11,80 €
- ☐ Librería 34,74 €
- ☐ Gastos de envío* 1,80 €

Suscripción

Nombre

Dirección

Población C.P.

Provincia

Teléfono Móvil

Fax

NIF

Datos

Banco

Domicilio

Población

Titular de la Cuenta

Nº de la Cuenta (CCC)

Código cuenta cliente (CCC)											
Entidad	Ofic.	DC	Núm. de cuenta								

Sírvase tomar nota y atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista de Servicios sociales y Política social.

Enviar este boletín a:

Revista de Servicios Sociales y Política Social.
Avda. Reina Victoria, 37 - 2º Centro
28003 Madrid

Forma de pago

- ☐ Cheque bancario (a nombre del Consejo General de Diplomados en Trabajo Social)
- ☐ Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros.
(En este caso cumplimentar la siguiente columna)
- ☐ Transferencia (adjuntar comprobante) a Banco Popular
C.C.C.: 0075-0126-93-0601284373
- ☐ Giro Postal al Consejo General

* Por cada revista suelta de años anteriores al vigente y del presente año se aplican gastos de envío. Y por cada suscripción fuera de plazo.

Fecha

(Firma)

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se le informa de los siguientes extremos:

- Los datos de carácter personal que sean recabados de Ud. son incorporados a un fichero automatizado, denominado REVISTA, cuyo responsable es el Consejo General de CODTS y AASS.
- La recogida de datos tiene como finalidad la gestión, publicación y envío de la Revista Servicios Sociales y Política Social a sus suscriptores, profesionales y entidades que desarrollan su actividad en el campo de la intervención social.
- La información facilitada y/o el resultado de su tratamiento tiene como destinatarios, además del propio responsable del fichero, los gestores del envío postal.

En todo caso, tiene Ud. derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. dirigirse por escrito al responsable del fichero, en la siguiente dirección:

Consejo General CODTS y AASS

Av. Reina Victoria, 37 - 2º C

28003 Madrid

Teléfonos: 91 541 57 76/77 - Fax: 91 535 33 77

e-mail: consejo@cgtrabajosocial.es

*El valor de la
excelencia*

CONVIERTE TU VOCACIÓN EN TU PROFESIÓN

Diplomatura en: TRABAJO SOCIAL

Exigencia académica y atención personalizada
Prácticas durante los 3 años
Acceso directo al 2º ciclo de Sociología

Licenciatura en: SOCIOLOGÍA (2º Ciclo)

Horario compatible con la actividad profesional
Licenciatura con un alto grado
de especialización profesional
Dos itinerarios: Intervención Social y Gestión Social

*Si te interesa la intervención social, consigue la formación
más completa y mejora tus oportunidades de empleo*

INFORMACIÓN: www.upcomillas.es

C/ Alberto Aguilera, 21. Madrid. 28015.

Tel.: 91 540 61 20. oia@oia.upcomillas.es

