

**El sistema de servicios sociales español  
y las necesidades derivadas de la  
atención a la dependencia**

**Pilar Rodríguez Rodríguez**

Documento de trabajo 87/2006



## Pilar Rodríguez Rodríguez

Licenciada en Filosofía y cursos de doctorado en Sociología. Gerontóloga y experta en dependencia y servicios sociales. Coautora del Plan Gerontológico para los años noventa y Directora de Programas del Plan (1988-1993). Directora de Estudios del IMSERSO (1993-1999). Fue miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (1993-1999). Directora General de Atención a Personas Mayores, Discapacidad y Dependencia en el Principado de Asturias (1999-2003). Presidenta de la Fundación de Atención a Personas con Discapacidad y/o Dependencia (FASAD) (1999-2004). Coautora durante 2004 del Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España. Es directora de la Colección de Libros Gerontología Social, de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tiene un su haber más de 80 publicaciones, tanto en libros (Los Servicios de Ayuda a Domicilio, Residencias para personas mayores, Género y Vejez, Discapacidad y Envejecimiento...) como en revistas especializadas. Ponente habitual en congresos, jornadas y reuniones relacionadas con la protección social. Es colaboradora habitual de diferentes universidades españolas y de Latinoamérica en materias docente e investigadora.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Pilar Rodríguez Rodríguez

ISBN: 84-96653-00-5

Depósito Legal: M-18962-2006

## Contenido

<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>1 El contexto de la dependencia: cuestiones previas relacionadas con el sistema de protección y la oferta y la demanda de servicios</b> .....	<b>11</b>
1.1 Evolución del sistema español de atención a las personas en situación de dependencia .....	11
1.2 Las iniciativas políticas de la Administración General del Estado de finales de los ochenta y primeros años noventa .....	15
1.3 La oferta formal en la provisión de recursos sociales para la atención a las personas en riesgo o situación de dependencia .....	16
1.4 El apoyo informal y su anunciada crisis .....	19
1.5 Hacia una protección social que deconstruya el sistema de género .....	21
1.6 La voz y la opinión de la ciudadanía sobre la atención a la dependencia (reparto de bienestar y tipología de recursos preferidos) .....	23
<b>2 Propuesta de un modelo de intervención en las situaciones de dependencia basado en el conocimiento</b> .....	<b>27</b>
2.1 Evidencia científica y consensos internacionales .....	27
2.2 Destinatarios de los programas de intervención y de la red de recursos .....	29
2.3 Áreas de actuación y objetivos .....	29
2.4 La promoción de la autonomía y la atención a personas en situación de dependencia .....	33
2.5 Los principios y criterios sustentadores de la intervención .....	33
2.6 Catálogo de prestaciones a desarrollar .....	38
2.7 Estructura de la red de servicios y programas de atención social dirigidos a las personas en situación de dependencia .....	42
2.8 El esquema del modelo de intervención propuesto .....	43
<b>3 El modelo de atención a la dependencia y los sistemas de protección social en España (SNS, servicios sociales y Seguridad Social)</b> .....	<b>45</b>
3.1 El Sistema Nacional de Salud y sus insuficiencias en la atención y cuidados a las personas en situación de dependencia .....	45
3.2 Los servicios sociales: desestructuración, inequidad y limitada accesibilidad .....	49
3.3 La continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria .....	52
3.4 La metodología de gestión de casos en el modelo de intervención .....	56

3.5	La atención a la dependencia y el perfeccionamiento y complementariedad de los sistemas de Seguridad Social y de servicios sociales .....	57
<b>4</b>	<b>Cambios estructurales y organizativos a introducir en el sistema público de servicios sociales para posibilitar la utilización del modelo propuesto .....</b>	<b>59</b>
4.1	Contra la fragmentación de los servicios sociales: la ruptura del hiato comunitario/especializado .....	60
4.2	Cambios organizativos en la ordenación funcional y territorial del sistema público de servicios sociales: el protagonismo local como meta .....	63
4.3	La Ley estatal básica de Servicios Sociales y el Plan integral de promoción de la autonomía y prevención y atención a las personas en situación de dependencia .....	65
<b>5</b>	<b>Conclusiones y propuestas .....</b>	<b>68</b>
	<b>Índice de Tablas y Gráficos .....</b>	<b>72</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>74</b>

#### Siglas y abreviaturas

ACV	Accidente cardiovascular
AVD	Actividades de la vida diaria
CC AA	Comunidades autónomas
CC LL	Corporaciones locales
ESAD	Equipos de soporte de atención domiciliaria
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales
IRPF	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
LAPAPED	Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en Situación de Dependencia
LISMI	Ley de Integración Social de los Minusválidos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ONU	Organización de Naciones Unidas
PADES	Programas de atención a domicilio-equipos de soporte
PAPPS	Programa de actividades de prevención y promoción de la salud
PIB	Producto Interior Bruto
PNC	Pensión no contributiva
SAD	Servicio de ayuda a domicilio
SNS	Sistema Nacional de Salud
TRLGSS	Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
UE	Unión Europea

## El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia

**Pilar Rodríguez Rodríguez**  
Licenciada en Filosofía

Los objetivos que se pretenden con este informe, una vez tomada la decisión política de debatir y aprobar una Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, son: analizar los paradigmas de intervención que se están aplicando en España, ponerlos en relación con las necesidades reales que presentan tanto las personas que están en riesgo o en situación de dependencia como sus familias cuidadoras y definir un modelo para la resolución de las mismas que tiene un enfoque transversal de género y se fundamenta en el conocimiento científico producido.

En consonancia con ello, a lo largo de este trabajo se ofrece un conjunto de propuestas que se pretende contribuya a alumbrar un nuevo debate: ¿cuál es el modelo de intervención más adecuado para responder a tales necesidades?, ¿qué cambios habría que introducir en nuestros sistemas de protección social, especialmente de servicios sociales, para que el mismo pueda llevarse a cabo?

Las líneas básicas del modelo que se sugiere son las siguientes:

- Los destinatarios de la intervención deben ser tanto las personas afectadas por riesgo o situación de dependencia como quienes se ocupan de su atención (familiares u otros allegados); los objetivos que se diseñen en cada caso han de contemplar simultáneamente la promoción de la autonomía y la prevención y atención de la dependencia; las intervenciones se sustentarán en el paradigma de la calidad de vida, que pone en el centro de la atención a las personas y el respeto a sus derechos; la actual estructura y composición de la red de recursos debe modificarse para favorecer la existencia de suficientes servicios de proximidad que permitan hacer efectivos los lemas de “vida independiente” y “envejecer en casa”.

- El abordaje de las respuestas a la dependencia ha de ser integral. Para ello se sugiere la elaboración de un Plan en el que se recoja la intervención de todos los ámbitos de la protección social relacionados: las medidas de carácter preventivo deben incluirse inexcusablemente por su probada eficacia; ha de perfeccionarse la atención del sistema sanitario mediante el desarrollo legislativo de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad, y la extensión de la asistencia geriátrica; se recogerán los cambios pertinentes en el Sistema de Seguridad Social; se incluirán actuaciones en materia de accesibilidad, ayudas técnicas, nuevas tecnologías y aquellas que afectan a la política de vivienda; se contemplarán medidas para fortalecer, extender y reestructurar la red de dispositivos de los servicios sociales.
- En cuanto a éstos, se recomienda que, además del desarrollo en cantidad, variedad y calidad de los recursos de atención que propiciará la nueva Ley, se les dote de flexibilidad para adaptarse a las necesidades de cada caso. En lo que atañe a los servicios de ayuda a domicilio, que son los que han de ser impulsados en mayor medida, debe producirse una ampliación de los servicios que ofrecen y una reorientación de los mismos para contemplar los apoyos en el entorno y la asistencia personal. Los centros de día y otros recursos intermedios han de ajustar sus objetivos y prestaciones a la diversidad de situaciones que atender. También se recomienda la inclusión sistemática de programas y servicios dirigidos directamente a las familias, hoy prácticamente inexistentes. En cuanto a los alojamientos y residencias, se propone realizar una revisión crítica y profunda del modelo predominante para mejorar su calidad, producir innovación y una mayor diversificación en la oferta que permita la capacidad de elección.
- La necesidad de garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria, principios reconocidos como esenciales por la literatura científica, obliga a que en el modelo se incorporen vías estables de coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales y que se desarrolle, para aquellos casos de especial complejidad de la atención, la figura del gestor de casos o del profesional de referencia.
- Finalmente, se realizan una serie de propuestas relacionadas con los cambios conceptuales, estructurales y organizativos que llevaría implícita la adecuación de los dispositivos de atención social a un modelo racional de intervención fundamentado en la evidencia científica. Como propuestas de mayor relieve, se plantean, por un parte, que toda la red de recursos de atención –incluidos los alojamientos– se descentralice en entornos de proximidad, que las intervenciones (siempre con enfoque comunitario) sean especializadas y que su gestión, al final del proceso, se realice por la Administración local. Por otra parte, que se valore la conveniencia y oportunidad de elaborar, previo consenso interadministrativo, político y de los movimientos sociales, una Ley estatal básica de Servicios Sociales, como vía óptima para asegurar el principio constitucional de igualdad para toda la ciudadanía, con independencia de su lugar de su residencia, y para fijar las bases comunes de sus prestaciones.

## Introducción

La necesidad de considerar las situaciones de dependencia como un nuevo riesgo social a incluir en nuestros sistemas protectores ha sido a lo largo de la última década profusamente analizado tanto por especialistas en la materia (Rodríguez y Sancho, 1995; Rodríguez Rodríguez, 1998, 2002b, 2004; Rodríguez Cabrero, 1999, 2004a y 2004b; Vilá, 1999a; Casado y López Casanovas, 2001; Abellán y Puga, 2002; Sarasa, 2003; Casado, 2004), como por instituciones españolas de gran relevancia científica, política o representativa (SEGG, 2000; Defensor del Pueblo, 2000; CC OO, 2000; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2001; CERMI, 2004, 2005). Todos ellos han ido planteando diferentes propuestas a las Administraciones públicas, incitándolas a desarrollar medidas en este área y perfeccionar así nuestro sistema de protección social.

Como consecuencia de este intenso debate se han ido produciendo diferentes iniciativas políticas, como resoluciones y propuestas parlamentarias –inclusión de la dependencia como asunto a discutir en el seno del Pacto de Toledo, creación de una comisión para el estudio de la dependencia–, hasta llegarse al compromiso anunciado por el actual Gobierno de España de elaborar y debatir en 2006 una Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en Situación de Dependencia (LAPAPED). Como paso previo, y para conocer el estado del arte, se redactó un Libro Blanco (IMSERSO, 2005a) en el que se analizan *in extenso* todas las cuestiones relacionadas con este complejo fenómeno y en el que también se incluyen una serie de consideraciones, a modo de propuestas, para animar el debate entre el conjunto de Administraciones públicas, los agentes sociales y también entre cuantos otros actores están concernidos por este asunto.

Muchos de estos estudios han analizado suficientemente los aspectos cuantitativos que estiman el número de personas que se encuentran en situación de dependencia, debido en gran manera al progresivo incremento de la esperanza de vida, pero también al aumento de graves discapacidades, ya sean perinatales o sobrevenidas, por lo que se obvia en el presente trabajo abordar esta dimensión. Baste recordar que, para el 2005, el Libro Blanco estima en 1.125.190 el número de personas que podrían ser potenciales beneficiarias del nuevo sistema protector, por tener un grado importante de dependencia (sin contar a sus familias). Por otra parte, algunas proyecciones auguran que en el año 2025 la demanda de cuidados de la población mayor de 64 años aumentará en un 44% respecto a la del año 2001 (Durán, 2005).

España, pues, se encuentra en un momento histórico de gran trascendencia para nuestro sistema de protección social, al haberse unido a los países que han asumido que no resulta

ya fácil, y menos aún lo será en el futuro, continuar manteniendo una confianza casi ilimitada en la familia, en su solidaridad intergeneracional y su estructura tradicional de género, o al menos no como proveedora de trabajo y servicios asistenciales a las personas que precisan de ayuda para desenvolverse en su vida diaria. De esta manera, lo mismo que en el contexto de algunos de los países más avanzados se ha ido asumiendo que ha llegado la hora de traspasar al Estado funciones anteriormente desempeñadas por las familias y, consecuentemente, se han incluido dentro de los sistemas de protección social el cuidado infantil y la atención a personas con dependencias, también en nuestro país nos encontramos en puertas de abordar una reforma que conformará nuevos derechos de ciudadanía, con lo que se dará un paso decisivo hacia el abandono del sistema familista vigente (Esping-Andersen *et al.*, 2002; Rodríguez Cabrero, 2004c).

Las expectativas están ahora en que las medidas que se adopten respondan verdadera y adecuadamente a las necesidades, tanto de las personas con problemas de dependencia, como de quienes hasta ahora han venido ocupándose de ellas de manera altruista y con grandes sacrificios personales. En este sentido, y desde un enfoque de género, se ha defendido (Rodríguez Rodríguez, 2004; en prensa) que las prestaciones económicas dirigidas a retribuir a las personas cuidadoras debieran ser verdaderamente excepcionales, porque las mismas pueden desincentivar el acceso y conservación del empleo de las mujeres. Por el contrario, la reforma que está en ciernes debiera priorizar la configuración de un nuevo derecho social que garantice a las personas que tienen una situación de dependencia el acceso a diferentes prestaciones y servicios, eliminándose así la histórica restricción de los servicios sociales a quienes carecen de medios económicos y de apoyo familiar.

Es justamente la generalización de recursos formales que propiciará la nueva Ley lo que más apoyará a las familias, al liberarlas de la carga de una atención que, hoy por hoy y como ha mostrado la investigación producida (OCDE, 2005; IMSERSO, 2005b), está siendo asumida casi en exclusiva por ellas y, de manera abrumadora, por las mujeres. Además, esta medida propiciará que se mejore la posición en que hoy se encuentran muchas de las personas que precisan cuidados de larga duración con respecto a sus familias; de un lado, porque van a verse liberadas de un sentimiento de culpa motivado por la percepción de ser una carga excesiva para sus seres queridos y, de otro, porque romperá su subordinación con respecto a aquellos de los que “dependen” absolutamente para realizar las actividades cotidianas esenciales, con grave perjuicio para su propia autoestima y dignidad. En definitiva, se defiende que reconocer el derecho a los servicios sociales es la mejor manera de reforzar la autonomía de las personas que tienen una situación de dependencia (“los derechos sociales pertenecen a los ciudadanos, no a sus familias”; Gil Calvo, 2002), y, al mismo tiempo, apoyar, de manera indirecta pero muy eficazmente, a sus familias.

Sin perjuicio de lo anterior, y puesto que la atención formal no es posible que cubra en toda su intensidad la necesidad de cuidados que muchas personas precisaremos, habría que modificar definitivamente el enfoque tradicional de los servicios sociales y orientarlos hacia la convergencia y complementación con el apoyo informal, tal como se viene



proponiendo desde hace tiempo (Rodríguez, 1992 y 1995; Sancho y Rodríguez, 2002). Desde esta perspectiva, además de los recursos más desarrollados (servicios de ayuda a domicilio –SAD–, alojamientos o residencias), debieran incluirse en la cartera de servicios, tanto los que permiten compatibilizar de manera específica el descanso familiar y el cuidado de la persona en situación de dependencia (recursos intermedios), como los programas de intervención dirigidos a las personas cuidadoras de la red informal (formación, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda, etc.), tal como demanda claramente este grupo de población y recomienda la literatura especializada.

Precisamente porque ha llegado el momento de llevar a cabo en España esta iniciativa política, que perfeccionará nuestro sistema de protección social mediante la ampliación y la accesibilidad de los servicios sociales a cuantos se encuentran en situación de dependencia, ahora es cuando acucia la necesidad de plantearse el análisis y la reflexión, no sólo sobre los factores relacionados con la escasez de recursos, ya suficientemente investigados, sino acerca de los paradigmas de la intervención y el sistema organizativo vigente.

En un trabajo reciente (Rodríguez Rodríguez, 2005a) se analizaba el grado de adecuación entre el conocimiento científico disponible y los dispositivos de los sistemas de atención social que se ofrecen a las personas que tienen una situación de dependencia, así como de las intervenciones que se realizan desde ellos. Se mostraba en el estudio la existencia de un acervo importante de conocimiento, producido tanto por la investigación empírica como por los consensos de los organismos internacionales, que es capaz de iluminar suficientemente modelos adecuados de intervención con personas que se encuentran en situación de fragilidad o de dependencia, pero que, sin embargo, no se aplica suficientemente a la hora de planificar e intervenir. En efecto, del análisis de la realidad se desprende que, junto a la existencia de algunas buenas prácticas, se produce un conjunto de déficits, irracionalidades e insuficiencias, en lo cuantitativo y en lo cualitativo, que lleva a la conclusión de que entre nosotros no existe todavía una adecuada gestión del conocimiento. En consecuencia, en ese estudio se formulaban una serie de propuestas deducidas de la evidencia científica sobre los adecuados modos de intervención y se contraponían con la praxis (la mala praxis) que podemos encontrar todavía en nuestra realidad.

La Fundación Alternativas contribuyó de manera importante al debate al que se ha aludido anteriormente, al promover la realización de dos estudios monográficos en el asunto de la dependencia (Sarasa, 2003; Rodríguez Cabrero, 2004a), que colaboraron a alumbrar la viabilidad financiera y las diferentes alternativas de acción protectora ante el riesgo de dependencia. El objetivo que se busca ahora, una vez tomada la decisión política de desarrollar el sistema, es contribuir a explorar de manera más profunda los tipos de intervención que se están aplicando y realizar propuestas para su perfeccionamiento y adecuación a las necesidades reales que presentan, tanto las personas que están en riesgo o en situación de dependencia, como sus familias cuidadoras. Es decir, se trataría de definir un modelo fundamentado en la evidencia científica.

Modestamente, dada su envergadura y dificultad, a lo largo de este trabajo se ofrece un conjunto de propuestas para responder a dos cuestiones, con la esperanza de que pueda servir para alumbrar un nuevo debate: ¿cuál es el modelo de atención más adecuado para responder a tales necesidades?, ¿qué cambios habría que introducir en nuestros sistemas de protección social, especialmente de servicios sociales, para que el mismo pueda llevarse a cabo?<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Este texto se ha beneficiado de observaciones realizadas a una versión anterior del mismo por parte de Paulino Azúa, Demetrio Casado, Purificación Causapié, M.<sup>a</sup> Jesús Elizalde, Matilde Fernández, José García, Encarna Guillén, Adolfo Jiménez, Teresa Martínez, Luis Cayo Pérez, Gregorio Rodríguez Cabrero, Mayte Sancho, Carmen Valdivieso y Antoni Vilá. A todos ellos expreso mi sincero agradecimiento.

# 1. El contexto de la dependencia: cuestiones previas relacionadas con el sistema de protección y la oferta y la demanda de servicios

## 1.1 Evolución del sistema español de atención a las personas en situación de dependencia

La evolución legislativa operada en España en su política social durante la segunda mitad del siglo XX, que afectó también al grupo de población con problemas de dependencia funcional, puede resumirse con el enunciado de las siguientes medidas legislativas:

A) **Ley de Bases de la Seguridad Social**, de 28 de diciembre de 1963, y texto articulado de 21 de abril de 1966 (Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, de 20 de junio de 1994). A través de estas disposiciones se regula el modelo de Seguridad Social, de corte inicialmente contributivo, si bien, de conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución de 1978, fue ampliándose hacia un modelo universalista. En el artículo 136 se regula la incapacidad permanente para trabajar en sus distintos niveles, entre ellos, la gran invalidez, definida como la necesidad de ayuda de otra persona para las actividades de la vida diaria. El capítulo V de dicha Ley General de la Seguridad Social se dedica a los “servicios sociales”, definiéndolos como “prestaciones complementarias” de la Seguridad Social. La gestión de estos servicios sociales complementarios fue encomendada al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), organismo de competencia estatal, hasta que se culminó totalmente el proceso de transferencias a las diecisiete comunidades autónomas (CC AA), las cuales podían asumir, de acuerdo con las previsiones constitucionales, y efectivamente asumieron, competencias en materia de asistencia social y servicios sociales. En el ámbito del diseño de políticas integrales, que fueron articuladas a través de planes cuyas prioridades y financiación se establecían mediante acuerdos anuales de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y firma de los correspondientes convenios, aquel organismo fue el encargado de la elaboración y seguimiento del Plan Gerontológico para los años noventa, así como del Plan de Acción para las personas con discapacidad para el mismo período. En 2006 el mencionado organismo, hoy Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), gestiona todavía algunos centros de atención a personas con discapacidad y ha iniciado el diseño y gestión de centros de referencia

(para la atención de personas afectadas de daño cerebral, para trastornos mentales crónicos, para pacientes de Alzheimer, etc.).

Teniendo en cuenta, por otra parte, que también se le han asignado funciones en materia de las políticas de atención a la dependencia, ha sido el responsable de la elaboración del Libro Blanco (IMSERSO, 2005a) y del Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia que va a ser debatido en el Parlamento.

- B) La Constitución española de 1978** establece, como es bien sabido y se acaba de mencionar, un modelo de Seguridad Social de carácter universalista (art. 41), ya consolidado en el desarrollo legislativo. Por otra parte, existen en nuestra norma máxima diversos artículos referidos a la atención de las personas con discapacidad y las personas mayores. El art. 49 se refiere a la protección de las situaciones de discapacidad: “Los poderes públicos realizarán una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”. Por su parte, el art. 50 va dirigido expresamente al colectivo de personas mayores: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”. La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), vino a desarrollar el artículo 49 de la Carta Magna de forma pionera y amplia y supuso un paso decisivo en la consagración de derechos y en el desarrollo de políticas públicas, tales como la educación, las pensiones, el acceso al empleo y otras formas de integración social.
- C) Las leyes de servicios sociales.** En todas y cada una de las diecisiete CC AA del Estado español fueron regulándose durante la década de los ochenta y primeros años noventa sus respectivas leyes para su ámbito de actuación específico, acogiéndose para ello al artículo 148.20 de la Constitución. Posteriormente, se fueron produciendo nuevas ediciones de estas leyes, denominadas de segunda generación, por algunas CC AA, a saber: Galicia, País Vasco, Comunidad de Valencia, La Rioja, Principado de Asturias, Madrid y Murcia (Guillén, 2005).
- D) Las corporaciones locales** (municipios, cabildos insulares y diputaciones provinciales y forales) tienen también competencias en el área de servicios sociales. La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, menciona alguna de las funciones que corresponden a estos niveles de la Administración (obligatoriamente a los municipios mayores de 20.000 habitantes) y que sobre todo tienen que ver, en el ámbito municipal, con los denominados servicios sociales generales o comunitarios que en su

territorio se presten. Para el impulso de la red de servicios sociales y las prestaciones de este nivel administrativo fue decisivo el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales, que se desarrolla desde el año 1988 por impulso de la Administración General del Estado y financiación conjunta entre ésta, las respectivas CC AA y las comunidades locales (CC LL).

En noviembre de 1993, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) aprobó un catálogo sobre mayores competencias para las CC LL (entre ellas, en materia de servicios sociales), que se formuló como petición o reivindicación formal. Esta iniciativa se conoció con el nombre de “Pacto Local”, y ha dado origen a una serie de iniciativas legales de algunas CC AA para articularlo en sus respectivos territorios (Alonso, 2004). El que se haya anunciado recientemente una nueva Ley estatal para el ámbito local puede favorecer que se puedan incluir en ella aquellos aspectos que resulten de interés para realizar una mejor ordenación y prestación de servicios a la ciudadanía, entre ellos los de los servicios sociales. Entre otras cuestiones, sería absolutamente relevante que se valorara la oportunidad de proceder a una reorganización territorial que redujera el número de las actuales demarcaciones municipales, tal como ha ocurrido en muchos otros países (luego se volverá sobre esta dimensión, considerada trascendental para una eventual reforma de los servicios sociales).

**E) Otras medidas legislativas** que vinieron a perfeccionar los sistemas de protección social a las personas con dependencias en España fueron la Ley General de Sanidad (1986), que universaliza prácticamente la atención sanitaria (médica y farmacéutica) a toda la población, y la Ley de Prestaciones no Contributivas (1990), que extiende los beneficios de la Seguridad Social a todas las personas sin recursos que, ya sea por edad o por enfermedad o accidente, no puedan trabajar, aunque tampoco hayan cotizado suficientemente para tener derecho a las pensiones y otras prestaciones de carácter contributivo.

Por otra parte, y de manera más reciente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), pendiente de desarrollo, establece medidas importantes en el ámbito de la dependencia, ya que por primera vez se habla de “prestaciones sociosanitarias” como respuesta a situaciones de graves discapacidades y situaciones de dependencia. Según esta norma, son destinatarios de dichas prestaciones “aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características puedan 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). Señala que, por lo que atañe al ámbito sanitario, comprenderá las prestaciones siguientes: a) los cuidados de larga duración, b) la atención sanitaria de convalecencia, y c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Sin entrar en el análisis detallado de los mecanismos por los que nuestro sistema ya protege algunas situaciones de dependencia, porque ya se ha realizado por juristas especializados

en la materia (Aznar, 1999; Jiménez *et al.*, 1999, Vilá, 1999b, 2004), sí quieren mencionarse en este capítulo de contexto las prestaciones existentes para subvenir a las necesidades extraordinarias que se originan en los casos de dependencia:

- a) Prestaciones económicas de carácter contributivo.** Se encuentran reguladas fundamentalmente en la Ley General de Seguridad Social aludida. Son las pensiones por gran invalidez, las prestaciones por hijo a cargo y las pensiones en favor de familiares. La primera de ellas, que, como es bien sabido, consiste en un incremento de la pensión de incapacidad permanente absoluta en un 50% de la misma, “para remunerar a la persona que atienda al inválido”, es una prestación clara de apoyo a las personas con dependencia establecida por nuestro sistema de Seguridad Social desde hace ya muchos años. Se prevé también en esta norma la posibilidad de sustituir dicho incremento por la atención en un centro asistencial.
- b) Las prestaciones económicas de carácter no contributivo.** Se incorporaron a la citada Ley General de Seguridad Social. Actualmente, la misma contempla, dentro de las prestaciones a favor de familiares, las prestaciones económicas por hijo a cargo mayor de 18 años y afectado por un grado de minusvalía igual o superior al 75%, que están reguladas en los artículos 181 al 184. Por otra parte, y como ya se ha mencionado, existen previsiones protectoras para los casos de dependencia por minusvalía e invalidez sufrida por aquellas personas que no están amparadas por la Seguridad Social contributiva, al encontrarse fuera de las relaciones laborales o no haber cotizado suficientemente: la “ayuda de tercera persona” (Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos) y la “gran invalidez” (instituida por Ley 26/1990, de 20 de diciembre, de Prestaciones no Contributivas y recogida después en la Ley General de Sanidad en sus artículos 144 a 149).

Además de las prestaciones reseñadas, existen otras medidas, como son, por una parte, los estímulos de carácter fiscal, en forma de deducciones y bonificaciones del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF), que también se aplica por algunas CC AA sobre el tramo autonómico de dicho impuesto; por otra parte, hay que mencionar los beneficios familiares, como la excedencia con reserva de puesto de trabajo para el cuidado de niños o personas adultas en situación de dependencia, cuyo primer año tiene la consideración de período de cotización efectiva, a efectos de las prestaciones de Seguridad Social por jubilación, incapacidad permanente, muerte o supervivencia y maternidad (art. 180. del TRLGSS).

Con la mención resumida de estas disposiciones, ha querido destacarse, sobre todo, que la protección social de la dependencia no es asunto nuevo en nuestro ordenamiento jurídico, sino que en España se ha venido considerando, desde hace ya mucho tiempo, que la necesidad de ser atendido por una tercera persona para realizar las AVD, debe ser protegida. Otro asunto es el insuficiente alcance que han alcanzado las diferentes medidas desarrolladas; la discriminación que introduce su ámbito protector, que deja fuera a la mayor parte de las personas con dependencias (menores de 18 años y mayores de 65), así como la escasa adecuación de algunas de las prestaciones ofrecidas (la gran invalidez

establece una prestación económica para la ayuda de otra persona, no en función de la dependencia, sino según la cuantía de la pensión de origen).

## 1.2 Las iniciativas políticas de la Administración General del Estado de finales de los ochenta y primeros años noventa

En 1988 se toma políticamente la decisión de reconocer la importancia de lo que bajo la locución “asuntos sociales” agrupaba, entre otras materias, la de los servicios sociales. A tal efecto se creó un nuevo ministerio –el de Asuntos Sociales–, a través del cual (por primera vez en nuestra Historia) se habría de dirigir la política en esta área desde un solo departamento, sin compartir responsabilidades con otros ámbitos de gobierno, como había sido siempre lo habitual. Esta iniciativa supuso un hito, entre otros aspectos, para producir un mayor reconocimiento y mejorar la imagen social de los servicios sociales, algo de lo que andaban éstos muy necesitados. Por otra parte, desde el joven departamento se imprimió un fuerte impulso en sus primeros años de andadura a cuestiones candentes, relacionadas, tanto con el avance del sistema público de servicios sociales y de sus prestaciones en materia de atención a las personas en situación de dependencia (de su propia competencia), como con la influencia que ejerció para que se desarrollaran medidas en esta área y cuya responsabilidad correspondía a otros ministerios.

En primer lugar, hay que destacar el amplio desarrollo que tuvo por aquellos años el denominado Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, con el que se contribuyó a la generalización en este ámbito (el más cercano a la ciudadanía) de los servicios sociales denominados básicos, entre cuyas prestaciones se encontraba la ayuda a domicilio, de enorme trascendencia para la atención de las personas en situación de dependencia.

Por otra parte, la preocupación por el fenómeno del envejecimiento, anunciado a partir de la I Asamblea Mundial del Envejecimiento (ONU, 1982a), sólo fue objeto de inspiración para el desarrollo de políticas en España a finales del año 1988, fecha en que se tomó la iniciativa de la elaboración del Plan Gerontológico (INSERSO, 1993). En éste se contenían propuestas que, en su conjunto, y de haberse realizado, habrían supuesto un gran avance en cuanto se refiere a la protección social de las personas mayores que requieren cuidados de larga duración (Sancho y Rodríguez, 2002): complemento de pensión en favor de los pensionistas en situación de dependencia funcional; mejora de la atención sanitaria a las personas mayores, tanto desde la atención primaria, como desde la especializada; definición de mapas sociosanitarios y establecimiento de unidades específicas y estables de coordinación entre los servicios sociales y de sanidad; regulación de la protección jurídica de las personas mayores para garantizar el ejercicio de sus derechos; regulación normativa de prestaciones para la adaptación de las viviendas, así como para la adquisición de ayudas técnicas; y, por último, alcanzar *ratios* suficientes en los principales servicios formales

(8% en SAD; 12% de las personas que viven solas en teleasistencia; 4,5% en alojamientos alternativos y residencias; y generalización de los servicios intermedios).

Cuando se agotó el período previsto de ejecución del Plan Gerontológico (el horizonte se situaba en el año 2000), pudo constatarse que las previsiones contenidas en el mismo se quedaron muy lejos de su cumplimiento debido a la falta de impulso político y de la correspondiente financiación, amén de la fragmentación de competencias entre las Administraciones públicas. En el ámbito en que más esfuerzo se ha hecho, como es el de desarrollo de equipamientos residenciales, el crecimiento se ha realizado de manera desordenada, con grandes desequilibrios territoriales, gran disparidad en los modelos de atención y predominio de la iniciativa privada (se ha pasado del 67,45% de plazas privadas en 1994 al 75,39% en 2004; IMSERSO, 2005c).

Por lo que atañe a la discapacidad, haciéndose eco de las Recomendaciones contenidas en el Programa de Acción mundial para las personas con discapacidad (ONU, 1982b), por aquel entonces se tomó también la decisión de elaborar un Plan de Acción Integral, cuya redacción comenzó durante este período. Sin embargo, ni la versión definitiva que acabó por aprobarse, ya con un gobierno de otro signo político, ni tampoco su financiación, tuvieron el alcance que en principio se había previsto. No, al menos, en lo referente a las actuaciones dirigidas a la ampliación en calidad y cantidad de recursos de apoyo a las personas con discapacidad y en situación de dependencia que fueran menores de 65 años. Otra iniciativa (fuera de las competencias del Ministerio de Asuntos Sociales, pero propugnada y apoyada desde él) que supuso un claro avance y generó grandes expectativas en el ámbito de la intervención, tanto del sistema sanitario como de los servicios sociales, fue el desarrollo de experiencias de coordinación sociosanitaria para la atención de las personas en situación de dependencia, puestas en marcha a partir del Acuerdo que la titular de Asuntos Sociales y la de Sanidad firmaron en 1993.

Finalmente, quiere recalcar que fue también durante este período cuando se tomó la decisión (esta vez por impulso y desde el Ministerio de Trabajo) de culminar el proceso de universalización de nuestra Seguridad Social previsto en la Constitución, con la promulgación de la Ley de Prestaciones no Contributivas de 1990 ya mencionada. Se estima que esta iniciativa bien pudiera servir de inspiración para el reconocimiento del nuevo derecho social de atención a la dependencia, porque garantiza un derecho subjetivo a pensiones, prestaciones sanitarias y protección familiar dentro de la Seguridad Social, pero financiándose mediante impuestos generales.

### **1.3 La oferta formal en la provisión de recursos sociales para la atención a las personas en riesgo o situación de dependencia**

Se ha mostrado suficientemente que la extensión y desarrollo de estos recursos son sensiblemente más bajos en España que en la media de los países desarrollados. En plazas



de alojamientos para personas mayores, la oferta se sitúa en 3,7 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años (IMSERSO, 2005c), cuando la media de los encuadrados en el ámbito de la OCDE está por encima de 5 (OCDE, 2005). En cuanto al servicio de ayuda a domicilio (SAD), la oferta se sitúa ahora en un 3,1% de *ratio* (IMSERSO, 2005c), muy por debajo de la mayoría de los países de la Europa Occidental. Un recurso tan importante para atender a las personas mayores en situación de dependencia y también para apoyar a sus familias cuidadoras, como son los centros de día, alcanza una modesta *ratio* del 0,13. Véase en la Tabla 1 la situación en cuanto a cobertura de los principales recursos, dentro de una selección de países desarrollados.

**Tabla 1. Comparación de las *ratios* de cobertura en residencias y SAD para personas mayores en algunos países de Europa**

Países	Plazas en residencias y otros alojamientos	Servicios domiciliarios
Francia <sup>(1)</sup>	6,70	12,50
Holanda <sup>(1)</sup>	9,00	20,00
Alemania <sup>(1)</sup>	4,10	8,60
Dinamarca <sup>(2)</sup>	13,00	31,00
<b>España<sup>(3)</sup></b>	<b>3,77</b>	<b>3,12</b>

Fuente: <sup>(1)</sup>Elaboración propia según datos recogidos en los países mencionados (2004).

<sup>(2)</sup>Pacolet, 1999. <sup>(3)</sup>Observatorio de Mayores, IMSERSO (2004).

Nótese al comparar estas *ratios*, no sólo la escasez de cobertura de nuestros recursos fundamentales de atención, sino el desigual reparto de ellos que se produce en nuestro país, en relación con el resto de las naciones seleccionadas. Mientras que en éstas hay un claro predominio de los servicios domiciliarios, en coherencia con el lema “envejecer en casa”, en España sigue siendo mayor la oferta de las residencias. Eso explica que el coste de las tres Administraciones públicas para financiar el SAD dirigido a personas mayores sólo signifique el 10% del total del gasto en programas y recursos de los servicios sociales (excluidas las prestaciones económicas), según se recoge en el Libro Blanco (IMSERSO, 2005a).

Por lo que se refiere a la atención a las personas en situación de dependencia menores de 65 años, el desequilibrio entre el esfuerzo que se dedica a centros y el que se aplica al apoyo en el domicilio es aún mayor, pues, según la misma fuente (aunque con mayores cautelas, teniendo en cuenta las dificultades encontradas para recoger datos estadísticos relacionados con los recursos sociales en el ámbito de la discapacidad), el gasto de las Administraciones públicas en los servicios de apoyo domiciliario sólo significa el 2% del total sufragado en centros y servicios (excluidas las pensiones y otras prestaciones económicas).

Para avanzar en el desarrollo de dispositivos de apoyo a la dependencia entre las personas que aún no han alcanzado la edad de la vejez, existe también suficiente literatura especializada que ha puesto de relieve la eficacia de la intervención basada en el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades preservadas y en el desarrollo de recursos de apoyo comunitario, integrados en el contexto habitual de las personas que se adaptan a cada caso y a cada momento del ciclo vital de las personas con discapacidad (Casado, 1995; Oliver y Barnes, 1998; Priestle, 1998; Stewart *et al.*, 1999; Janicki y Ansello, 2000; Verdugo y Jordán de Urries 2001; Real Patronato sobre Discapacidad, 2003; Rodríguez *et al.*, 2003; Barnes y Mercer, 2003).

En el contexto de nuestro país, conseguir que realmente se favorezca la permanencia en el entorno de las personas con dependencia y su plena participación en la sociedad implica realizar una revisión profunda de determinados recursos tradicionales. Por ejemplo, en los servicios de ayuda a domicilio deben contemplarse de manera más ajustada las necesidades de las personas según su potencialidad, e incorporarse en los mismos la figura del asistente personal, así como dar mayor cabida a las tareas realizadas fuera del domicilio, pues el SAD no ha de concebirse para tener a las personas, cualquiera que sea su edad, confinadas en sus casas, sino para favorecer el desarrollo de su autonomía dentro y fuera del domicilio. En este sentido, el enfoque comunitario que deben tener las intervenciones (y que puede decirse que casi ha desaparecido de nuestra realidad) es muy conveniente que se recupere. Por tanto, la formación de los trabajadores/as que realizan estos apoyos ha de incorporar, además de contenidos relacionados con los cuidados de salud y el conocimiento sobre los diferentes tipos de deficiencia, enfermedad o trastorno origen de la dependencia, otros relacionados con habilidades y estrategias para basar la intervención en el modelo comunitario y en la promoción de la autonomía y la reducción de la dependencia.

Finalmente, resulta muy recomendable acometer una política de viviendas y alojamientos totalmente accesibles para personas con discapacidades, incluso las que presentan graves afectaciones. El diseño puede ser bien en forma de apartamentos individuales, bien en equipamientos en los que convive un pequeño grupo de personas, con el fin de aportar más diversidad al modelo actual de alojamientos y que vaya erradicándose definitivamente la pervivencia del modelo institucional clásico, definitivamente superado. Esta política de viviendas debe contemplar también los apoyos y prestaciones necesarios para realizar las adaptaciones del hogar, incluyendo el uso de las nuevas tecnologías y los avances en domótica.

Por lo que se refiere a la importante cuestión del gasto social en España, es de considerar que la insuficiencia en cantidad (y también en calidad) de nuestro sistema de servicios sociales se traduce en que nuestro gasto en los mismos (0,31% del PIB) está muy por debajo del conjunto de los países desarrollados, y en concreto de la UE (1,3% de media), tal como se puso de relieve en un estudio comparado (Rodríguez Cabrero y Montserrat, 2002). En el Libro Blanco (IMSERSO, 2005a) se recoge que el gasto español en protección a la dependencia, que en 1995 alcanzaba el 0,23% del PIB, ha evolucionado hasta un modesto

0,32% en 2003, muy lejos de países como Italia (0,7%), Alemania y Francia (1,2%) o los países escandinavos u Holanda, que superan el 2,5%. En alguno de los estudios realizados sobre el coste adicional que supondría implantar el nuevo sistema protector de atención a la dependencia en España se ha estimado que aquél no llegaría al 1% del PIB (Rodríguez Cabrero, 2004a).

## 1.4 El apoyo informal y su anunciada crisis

Las investigaciones del IMSERSO sobre apoyo informal (Colectivo IOÉ/IMSERSO/CIS, 1995; IMSERSO, 2005b) han puesto de relieve que la inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes que no están en residencias son asumidos por familiares y allegados (el 83,5% del total que reciben), es decir, que los realiza el llamado apoyo informal. Por su parte, la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud (INE, 2001) corroboró este predominio de la familia en el cuidado de las personas con discapacidad de todas las edades.

La feminización de la figura del denominado “cuidador principal familiar” es abrumadora (por no decir escandalosa) en nuestro país, según muestran los resultados de la investigación en este ámbito y los análisis comparativos realizados al respecto (OCDE, 2005; Rodríguez Rodríguez, 2004; en prensa). De los resultados que arrojan las encuestas del IMSERSO, cabe destacar que si en 1994 el 83% del total de cuidadoras/es eran mujeres, ese porcentaje, por más que pueda resultar sorprendente, no se ha modificado con el paso del tiempo, sino que, incluso, parece apuntarse una tendencia al alza en este indicador.

La generosidad y resistencia de nuestro apoyo informal, que suscita admiración en otros lugares del norte de Europa, se sigue produciendo todavía en los albores del siglo XXI, pese a que, desde hace años, se vienen anunciando las tendencias que vaticinan el debilitamiento pro-

**Tabla 2. Estructura de la población española por grandes grupos de edad en números absolutos (miles) y relativos (%) (1970-2001)**

Año	0-14	15-64	65 y más	Total
1970	9.460 (27,8%)	21.290 (62,5%)	3.291 (9,7%)	34.041
1981	9.686 (25,7%)	23.761 (63,0%)	4.237 (11,2%)	37.683
1991	7.528 (19,4%)	25.847 (66,7%)	5.352 (13,8%)	38.727
2001	6.267 (15,7%)	26.972 (67,5%)	6.690 (16,7%)	-

Fuente: J. Pérez Díaz (2003), La madurez de masas, IMSERSO.

gresivo de la tradicional red informal de apoyo aportada por la familia en general y las mujeres de manera muy particular (Jani-Le Bris, 1993; Jamieson, 1993; Twigg y Atkin, 1994; OCDE, 1996 y 2005; European Foundation for the improvement of living and working conditions, 1995). Comenzando por datos puramente objetivos derivados de la evolución demográfica que se está experimentando en España, considérese la radical transformación de la estructura por edades de la población española que se está produciendo (Tabla 2), fruto del incremento constante de la esperanza de vida y de la caída de la fecundidad producida, sin solución de continuidad, desde el inicio de nuestra transición a la democracia en la segunda parte de la década de los setenta.

En consonancia con lo anterior, véase en la Tabla 3 cómo evoluciona el llamado “potencial de cuidados familiares” (eufemismo utilizado por los demógrafos, que parecen no atreverse a decir explícitamente “potencial de cuidados por mujeres”).

Algunas de las consecuencias de la evolución que se anuncia se concretarán, por ejemplo, en que cada vez habrá más personas mayores que vivan solas (en la actualidad el 20%, lejos del 50% de algunos países del Norte); o que, en un futuro muy cercano, muchas de las personas mayores no tendrán ninguna posibilidad de ser atendidas por una hija o un hijo: unas porque, sencillamente, no los han tenido y, otras, porque el único o los dos que tienen vivirán en distinta ciudad, cuando no en diferente país.

Otras tendencias que influyen considerablemente en la provisión futura de cuidados a las personas en situación de dependencia son el tamaño más reducido de las viviendas, la generalización entre toda la población, incluidas las personas mayores, de nuevas pautas culturales entre las que destaca, como un valor, la independencia en los modos de vida; las grandes transformaciones ocurridas en los modelos de familia, y, de manera muy destacada, la transformación profunda de la posición social de las mujeres y, por ende, de su rol dentro y fuera de la familia.

---

**Tabla 3. Evolución del indicador de potencial de cuidados a las personas mayores. España\***

Años	Índice A	Índice B	Índice C
1950	1,61	2,68	5,18
1970	1,34	2,18	3,98
1991	1,01	1,53	2,46
2011	0,96	1,35	2,00

\* En el numerador de los tres índices se considera el número de mujeres entre 45-69 años. En el denominador figura: Índice A (población mayor de 65 años); Índice B (mayores de 70 años); Índice C (personas de 75 años y más).

---

Fuente: Fernández Cordón (1992), Informe español para el Observatorio Europeo de Familia.

---

Sin embargo, según las investigaciones sobre el apoyo informal a las personas mayores a que se ha hecho referencia, la intensidad actual de la ayuda familiar es muy elevada. El 85% del total de personas entrevistadas en la encuesta respondió que los cuidados que suministran son diarios, mientras que la media de dedicación es de diez horas al día. Con respecto al tiempo que llevan cuidando, medido en años, un 28% declaró llevar más de diez años realizando esta tarea. ¿Qué decir de la duración del cuidado en los casos de personas que presentan graves discapacidades desde el nacimiento, o adquiridas a edades tempranas?

La conclusión de otra investigación reciente, sobre el apoyo informal a personas con enfermedad crónica, es que las familias cuidadoras no tienen las mismas posibilidades para su desarrollo humano que el resto de la población. Además, en ella se confirma también que “las familias no se niegan a cuidar con mucho cariño a sus enfermos, pero manifiestan haber llegado al límite de sus fuerzas por abandono social y político” (Martínez, 2002 y 2005).

Como conclusión de este apartado, resulta fácil colegir la dificultad, si no la imposibilidad, de que las familias puedan mantener en el futuro su apoyo a las personas con dependencias, al menos en cuanto atañe a la intensidad de la atención que prestan en la actualidad.

## 1.5 Hacia una protección social que deconstruya el sistema de género

La envergadura de la dedicación a los cuidados de las personas que se encuentran en situación de dependencia (lo mismo que la que se dispensa durante la infancia), en ausencia de suficientes recursos formales, sólo puede ser asumida por quienes carecen de (o renuncian a) obligaciones sociolaborales muy relacionadas con el desarrollo y la autorrealización personal. Ello explica que el perfil de las personas cuidadoras se concentre aún en mujeres que en su mayoría no tienen relación con el mundo laboral y que también presentan un bajo nivel de estudios.

El reparto de bienestar entre familia y Estado continúa penalizando a las mujeres y las reformas que se han ido produciendo no tienen la dimensión que se precisaría para ajustarlas a las nuevas necesidades. Desde este enfoque, se realiza una atribución excesiva a las familias (a las mujeres) en la producción de bienestar, y se da la paradoja de que es justamente en los países en los que se produce una mayor generosidad intrafamiliar donde existen menos prestaciones públicas de apoyo a la familia y un menor desarrollo de los servicios sociales. Es decir, la solidaridad familiar ha venido sustituyendo la acción protectora de los poderes públicos, a pesar de estar anunciado desde hace años su agotamiento progresivo. Dentro de la Unión Europea, España es el último de los quince (composición de la UE hasta mediados de 2004) en gasto social de apoyo familiar, según porcentaje de los respectivos PIB. Esta pervivencia del “modelo de protección social invisible” castiga de manera muy especial a las mujeres en diferentes dimensiones que afectan de manera adversa a su completo desarrollo y

bienestar: al dedicarse a cuidar a cuantos miembros familiares lo precisan, desde la cuna a la tumba, sacrifican a menudo el desarrollo de una vida laboral plena (renuncian a la búsqueda de empleo o lo abandonan, reducen jornadas, rechazan oportunidades de promoción...) y, al final de su vida, se encuentran con escasos recursos y sin prestaciones sociales suficientes para vivir su propia vejez con calidad de vida (Rodríguez Rodríguez, 2002a).

La resistencia que se ha observado en la modificación del reparto de papeles entre los géneros en las labores de cuidado (Rodríguez, 2004; Durán y Rogero, 2004; Martínez, 2005) obliga a ser cuidadosos en las prestaciones que se provean de “apoyo a las familias”, porque algunas de ellas pueden tener el perverso efecto de condenar a las mujeres a seguir asumiendo en solitario un rol que las excluye socialmente. Ello ocurriría con la puesta en marcha de medidas de apoyo directo a las familias (ayudas económicas, permisos laborales, etc.) sin la evaluación individualizada de cada caso (imposibilidad real de incorporación al trabajo de la mujer cuidadora) y sin combinarlas con un amplio desarrollo de servicios sociales y sanitarios. Porque son éstos los únicos que pueden garantizar que quienes optan por cuidar personalmente, renunciando a muchos aspectos de su vida sociolaboral, lo hagan realmente por elección.

A estas alturas de la historia hemos de defender el derecho de todos, varones y mujeres, a cuidar de nuestros hijos e hijas o a nuestros padres y madres, pero también hay que defender el derecho a conciliar la prestación de ese apoyo con la realización personal y profesional. Conciliación que sólo es posible si existen servicios disponibles y accesibles que puedan complementarse y converger con la atención familiar.

Se entiende que algunas de las respuestas que se han venido proponiendo en los últimos años frente al incremento de la demanda de cuidados, como el pago directo a las familias u otras prestaciones económicas indirectas (incrementos de deducciones en el IRPF), o limitarse a regular permisos y excedencias, sin asumir cotizaciones sociales y, por tanto, en muchos supuestos, impidiendo la generación de derechos directos contributivos y protectores, permanecen ancladas en valores de un modelo de sociedad patriarcal totalmente superado y que atenta contra los principios de igualdad entre los sexos. Algunos de los efectos adversos que puede originar, tanto a las personas en situación de dependencia como a sus familias cuidadoras, ese tipo de propuestas, son los siguientes:

- El pago directo a “cuidadores” condena a la mujer a su rol tradicional, al impedírsele de manera implícita (si se ve “obligada” a seguir asumiendo todo el cuidado) que se incorpore al mercado de trabajo. Es un argumento retórico defender que acogerse a este tipo de ayudas pueden hacerlo igual varones y mujeres.
- Mientras persista la escasez de ofertas formales públicas alternativas (servicios y recursos) se imposibilita *de facto* la oportunidad real de elección y, por tanto, se “empuja” a la familia (mujeres, por el mandato aún vigente del rol) a asumir el cuidado totalmente a sus expensas.

- No se garantiza que el dinero se emplee realmente en la prestación de cuidados personales de calidad a la persona que los necesita.
- Se priva a la persona en situación de dependencia del beneficio de intervenciones profesionales especializadas.
- No se trata con la dignidad debida a las personas en situación de dependencia porque, siendo ellas quienes tienen el “problema”, los beneficiarios de las ayudas son sus familiares, lo que lesiona los derechos de aquéllas.
- No crea puestos de trabajo ni genera dinamismo en el sistema económico.

### **1.6 La voz y la opinión de la ciudadanía sobre la atención a la dependencia (reparto de bienestar y tipología de recursos preferidos)**

Además de todo lo anterior, es de interés resaltar que la población española en su conjunto, tanto la que en este momento se encuentra prestando de manera altruista cuidados de larga duración como las propias personas mayores, ha expresado suficientemente su opinión acerca del papel que deben cumplir las Administraciones públicas en relación con la atención a las situaciones de dependencia, así como sus preferencias sobre los diferentes recursos formales de apoyo. Véanse en las tablas y gráficos que siguen los resultados de las diferentes encuestas aplicadas en 2004 a los diferentes segmentos de población mencionados, que hablan por sí mismos acerca de la inequívoca demanda ciudadana hacia los poderes públicos en esta materia.

Como es bien conocido y se ha puesto de relieve en el apartado 1.3, la residencia es el recurso que en España se ha desarrollado más, en detrimento de otros recursos de proximidad y apoyo en el entorno. Existe una gran diversidad en este tipo de alojamientos, entre otras

---

**Tabla 4. Opinión de la población española >18 años sobre el papel de la Administración con respecto a su colaboración en la atención a las personas en situación de dependencia**

---

Debe participar mediante recursos de apoyo	26%
Principal responsable con participación de la familia	40%
Debe hacerse cargo de todo o casi todo el cuidado	30%
Son las familias las que deben hacerse cargo	4%

---

Fuente: CIS. Barómetro de noviembre 2004. Estudio nº 2.581

---

---

**Tabla 5. Opinión de la población >65 años sobre el papel de la Administración con respecto a su colaboración en la atención a las personas en situación de dependencia**

---

Debe participar mediante recursos de apoyo	38%
Principal responsable con participación de la familia	30%
Debe hacerse cargo de todo o casi todo el cuidado	21%
Son las familias las que deben hacerse cargo	10%
No contesta	1%

---

Fuente: Encuesta sobre condiciones de vida 2004. IMSERSO (2005).

---

---

**Tabla 6. Opinión de cuidadores/as de personas mayores sobre el papel de la Administración con respecto a su colaboración en la atención a las personas en situación de dependencia**

---

Debe participar mediante recursos de apoyo	65,3%
Principal responsable con participación de la familia	18,1%
Debe hacerse cargo de todo o casi todo el cuidado	9,9%
Son las familias las que deben hacerse cargo	6,4%

---

Fuente: Encuesta de apoyo informal 2004. IMSERSO (2005).

---

---

**Tabla 7. Importancia de las medidas más importantes a tomar por las Administraciones públicas para apoyar a las personas con dependencias y a sus familias, en opinión de la población española >18 años (1ª mención)**

---

Desarrollar más los servicios de ayuda a domicilio	30,8%
Hacer más centros de día	13,5%
Teleasistencia y ayudas técnicas	3,5%
Más estancias temporales para respiro familiar	4,5%
Más residencias y otros alojamientos	15,8%
“Salario mensual” al cuidador/a familiar	17,3%

---

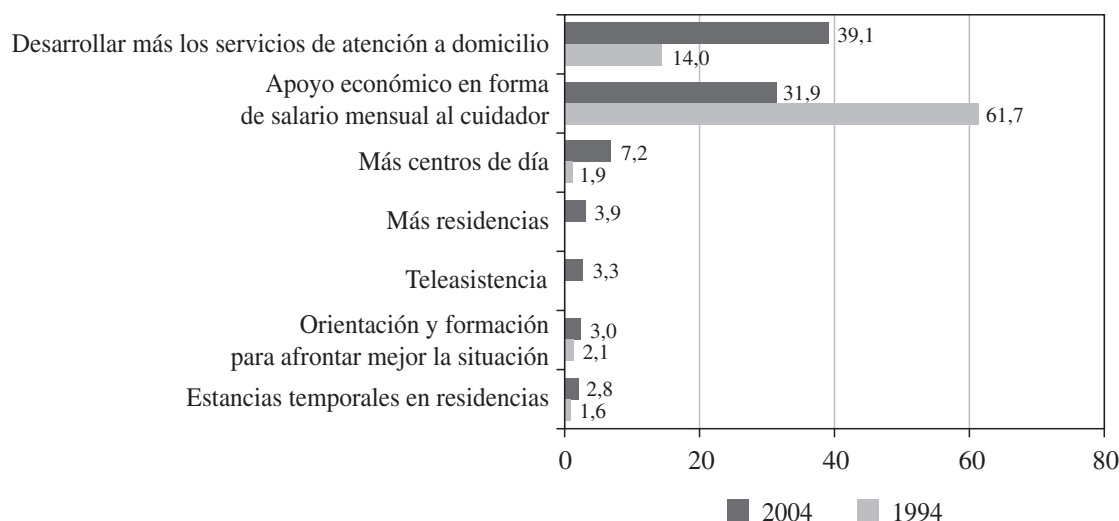
Fuente: CIS. Barómetro de noviembre 2004. Estudio nº 2.581

---

muchas otras dimensiones, con respecto a su tamaño. Como quiera que la tendencia mayoritaria, tanto de la oferta pública como de la privada, parece estar decantándose por centros de más de noventa plazas, en contra de las recomendaciones deducidas de evaluaciones e investigaciones, y teniendo en cuenta, por otra parte, que el tamaño puede ser muy



**Gráfico 1. Importancia de las medidas a tomar por las Administraciones públicas para apoyar a personas mayores y familia, a juicio de los/as cuidadores/as (1ª mención). Comparación 1994-2004**



Fuente: Encuesta de apoyo informal 2004. IMSERSO, 2005.

determinante en muchos aspectos que afectan a la calidad de vida de las personas que viven en las residencias, se preguntó, en las tres encuestas que estamos analizando, acerca de esta cuestión. En la Tabla 8 se muestran los resultados obtenidos en ellas, obviándose comentarios adicionales a la claridad de las respuestas.

En la encuesta aplicada a la población general se incluyó también la opinión sobre el número de plazas de las residencias y alojamientos para personas con discapacidad menores de 65 años con graves afectaciones, obteniéndose resultados muy parecidos, si bien aún fue mayor el porcentaje de la muestra que se decantaba por alojamientos pequeños, de 10 a 15 plazas (35,3%).

En cuanto a las expectativas y deseos sobre el lugar donde preferirían vivir en caso de llegar a necesitar cuidados de larga duración, la inmensa mayoría de la población general (72,5%) y de las personas cuidadoras (71%) manifiestan su preferencia por continuar viviendo en su casa y recibir en ella la atención y los cuidados necesarios. Finalmente, en la encuesta aplicada al conjunto de la población española mayor de 18 años, se incluyeron preguntas relacionadas con la iniciativa política de desarrollar un nuevo sistema de atención a las personas en situación de dependencia y su posición ante la posibilidad de colaborar en la financiación del sistema. Véanse en la Tabla 9 las principales cuestiones planteadas y los resultados obtenidos.

**Tabla 8. ¿Cómo cree Vd. que deberían ser las residencias para personas mayores? (porcentajes)**

Tamaño según número de plazas	Población general <sup>(1)</sup>	Personas de 65 años y más <sup>(2)</sup>	Familiares cuidadores de personas mayores <sup>(3)</sup>
+ de 90 plazas	14,7	20,8	12,5
De 50 a 80	19,5	16,5	11,0
Menos de 50	27,5	17,8	16,3
De 10 a 15	30,4	25,6	38,9
N/S o N/C	7,9	19,3	21,3

Fuente: <sup>(1)</sup> CIS. Barómetro de noviembre 2004. Estudio nº 2.581

<sup>(2)</sup> Encuesta sobre condiciones de vida 2004. IMSERSO (2005).

<sup>(3)</sup> Encuesta de apoyo informal 2004. IMSERSO (2005).

**Tabla 9. Opinión de los/as españoles/as ante la iniciativa política del Gobierno de España de desarrollar un sistema de atención a las personas en situación de dependencia para colaborar con las familias en la atención**

Opinión	Porcentaje	(N)
Es una prioridad. Debe hacerse de manera inmediata	76,1	(1900)
No es problema prioritario. No debe desarrollarse la iniciativa	10,3	(258)
Es un problema importante, pero para plantearlo dentro de unos años	7,9	(196)
N/S y N/C	5,7	(142)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(2496)</b>
Estoy de acuerdo con pagar más impuestos o cotizaciones para que se ponga en marcha la iniciativa	21,5	(537)
Estoy de acuerdo, pero sólo si el dinero recaudado se destina a ese programa	45,5	(1136)
No, no estoy de acuerdo en pagar más de ninguna manera	24,6	(613)
N/S y N/C	8,4	(210)
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(2496)</b>

Fuente: CIS. Barómetro de Noviembre 2004. Estudio nº 2.581

## 2. Propuesta de un modelo de intervención en las situaciones de dependencia basado en el conocimiento

### 2.1 Evidencia científica y consensos internacionales

Conforme se decía en la Introducción, recientemente se ha justificado la existencia de suficiente conocimiento científico para orientar las bases de un modelo de atención que responda de manera adecuada a las necesidades que plantean las personas que tienen, cualquiera que sea su edad, una situación de dependencia, así como las de sus familias cuidadoras (Rodríguez Rodríguez, 2005a). Tal modelo debiera, pues, basarse en ese importante acervo producido y centrarse en aspectos que se han mostrado determinantes para la calidad de vida de las personas afectadas, tales como los siguientes:

- La prevención primaria, secundaria y terciaria, por haberse demostrado fehacientemente su eficacia en la compresión de la morbilidad y en la reducción de la dependencia (Fries, 1980; Gómez *et al.*, 2003; Rui Pérez, 2004).
- Fortalecer con las intervenciones las capacidades preservadas (Janicki *et al.*, 2000; Montorio y Losada, 2004) e insistir en la inversión del modelo que propicia el exceso de dependencia (Little, 1988).
- Plantearse objetivos que mejoren permanentemente la calidad de la atención y, entre ellos, los que favorecen de manera especial el modelo de calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).

Asimismo, en la definición del modelo deben aplicarse las recomendaciones y propuestas de aquellos organismos internacionales en cuyo seno se han logrado consensos sobre la correcta atención gerontológica, a la discapacidad y a las personas en situación de dependencia, como han sido:

- La Organización Mundial de la Salud. Ha propuesto ocho principios en el ámbito de los cuidados de larga duración, relacionados con la accesibilidad a los servicios sociales y sanitarios dirigidos a las personas en situación de dependencia y a sus cuidadores/as

informales (OMS, 2000). Asimismo, mediante sus clasificaciones sobre la discapacidad, primero propugnó y difundió el llamado “modelo social de la discapacidad” en contraposición al “modelo médico” (OMS, 1983) y, posteriormente, los integró en una nueva clasificación (la CIF), con la que se intenta conseguir una síntesis y así proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social (OMS, 2001). Finalmente, este mismo organismo también ha aportado una importante contribución en el ámbito de la prevención y correcta atención de la dependencia durante la edad avanzada, mediante el paradigma del “envejecimiento activo” (OMS, 2002).

- Por su parte, Naciones Unidas, mediante sus dos Planes Internacionales sobre el Envejecimiento (ONU, 1982a y 2002), ha propiciado que en todo el mundo se perciba el fenómeno del incremento sin precedentes de la esperanza de vida como una oportunidad y un reto para los países respectivos. El objetivo central de las propuestas contenidas en estos planes es propiciar que las personas puedan envejecer con seguridad (prestaciones y cuidados) y participando activamente en sus comunidades. En el Plan Internacional de 2002, se llama la atención sobre el fenómeno emergente del envejecimiento de las personas con discapacidad, que debe ser suficientemente conocido y tenido en cuenta para promover el desarrollo de programas y recursos en esta área. Asimismo, tuvo gran repercusión el Programa de Acción mundial para las personas con discapacidad, que Naciones Unidas promovió, elaboró y difundió en la década de los ochenta (ONU, 1982).
- La OCDE ha venido trabajando intensamente todos los aspectos relacionados con la atención a las personas que, al llegar a una edad avanzada, presentan situaciones de dependencia. Entre las numerosas y atinadas propuestas que se realizaron por este organismo fue proverbial su insistencia, desde los primeros informes, en proclamar el lema de “envejecer en casa” en condiciones de dignidad. Recomendaba para hacerlo posible la disposición de recursos y programas de proximidad, en un *continuum* asistencial, desde los que se tuviera en cuenta las necesidades tanto de las personas mayores como de sus familias cuidadoras (OCDE, 1996, 2000, 2005).
- Finalmente, el Consejo de Europa (1998) planteó a los países miembros la necesidad de asumir la dependencia como contingencia a proteger por los sistemas de protección social, definió la misma y recalcó la importancia de no identificar esta situación con la vejez.

Por lo que se refiere a la manera de organizar y planificar las intervenciones, hay coincidencia entre los expertos y los organismos internacionales en la necesidad de ofrecer una atención integral, diversa, flexible y accesible, que garantice la continuidad de cuidados y en la que se tenga presente que, en muchas ocasiones, la situación de dependencia precisa que éstos sean tanto de carácter social como sanitario.

## 2.2 Destinatarios de los programas de intervención y de la red de recursos

En la cuantiosa literatura existente, se plantea la necesidad de incluir en el diseño de los recursos formales de atención la necesidad de desarrollar clara y generalizadamente los principios de complementariedad y convergencia con el apoyo informal. Ello quiere decir que, para satisfacer de forma efectiva las necesidades y demandas de cuantas personas se encuentren en situación de dependencia o fragilidad, todos los servicios y programas de la red formal relacionados con la prevención o la atención a la dependencia deben tener en cuenta (y cuidar) la atención insustituible que prestan las personas allegadas.

Lo mismo cabe decir de las intervenciones: en los programas que se desarrollen por parte de los profesionales será preciso fijar objetivos y actuaciones dirigidos tanto a la persona con dependencias como a quien realiza la atención.

En este sentido, tanto la persona en situación de dependencia como aquella identificada como cuidadora principal han de participar activamente en los apoyos formales que vayan produciéndose a lo largo de todo el proceso de dependencia, comenzando por la propia elaboración del programa individualizado de atención. Igualmente, desde los servicios formales deben evaluarse las necesidades de los/as cuidadores/as informales para diseñar y ejecutar diferentes programas de apoyo dirigidos específicamente a los mismos.

## 2.3 Áreas de actuación y objetivos

Poniendo en juego el conocimiento producido, puede deducirse que las políticas de atención a las personas en situación de dependencia han de tener dos ejes o áreas de intervención claramente definidos, que se consideran de igual relevancia en lo que se refiere a la incidencia en su calidad de vida:

- Prevención y rehabilitación de las discapacidades y atención de las situaciones de dependencia.
- La integración social y la participación.

En cuanto a la segunda de estas áreas, es muy importante no dejar de plantearla en el modelo, con el fin de evitar malos hábitos como el de considerarla restringida a las personas que no tienen una situación de dependencia. Al entenderlo así, se da por bueno que los apoyos dirigidos a estas personas han de limitarse al domicilio o a los centros de atención, lo que es absolutamente rechazable.

Además de estos dos grandes ámbitos de intervención, que se dirigen hacia las personas mayores o con discapacidades y a sus familias cuidadoras, es necesario fijarse otro más, dirigido a promover en la sociedad actitudes proclives a la comprensión del fenómeno del envejecimiento y de las situaciones de discapacidad y a fomentar actitudes de solidaridad y compromiso hacia los problemas sociales en general y hacia las personas con necesidades especiales, en particular. Se define, pues, un nuevo eje de intervención, de carácter transversal:

- Avances en la creación de una sociedad incluyente, accesible y solidaria.

Para cada una de las tres áreas mencionadas, cabe plantearse los correspondientes objetivos de intervención.

#### **A) Objetivos generales a plantearse en el área de prevención y atención de las situaciones de dependencia**

- Garantizar la intervención preventiva temprana para evitar o minimizar el riesgo de aparición de deficiencias en momentos clave: preconcepcional, prenatal, perinatal y posnatal.
- Mejorar la rehabilitación de los procesos agudos derivados de enfermedades o accidentes y generalizar la de mantenimiento en los casos etiquetados como “crónicos”.
- Capacitar en educación para la salud a las personas mayores y a las personas con discapacidad, para favorecer su autocuidado y la incorporación del paradigma del envejecimiento activo.
- Apoyar, mediante recursos y programas, a las personas frágiles, para evitar o minimizar las situaciones de dependencia.
- Desarrollar programas dirigidos a aumentar el voluntariado y las redes de amistad de las personas con discapacidad y personas mayores, especialmente de aquéllas que sufren aislamiento y soledad.
- Incluir el enfoque de género en las intervenciones, para reducir las peores condiciones de vida de las mujeres con discapacidad y de edad avanzada y su menor acceso a los servicios y recursos.
- Orientar y adecuar los recursos de atención hacia las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia (accesibilidad y dotaciones).
- Desarrollar una cartera integral de recursos y servicios con las características de diversificación y flexibilidad.

- Incorporar enfoques de prevención y rehabilitación en las intervenciones a desarrollar en casos de dependencia.
- Favorecer la permanencia de las personas en situación de dependencia dentro de su entorno habitual, mediante un amplio abanico de apoyos y servicios de proximidad que garanticen la calidad de vida.
- Desarrollar más iniciativas en alojamientos alternativos a las residencias, para atender a personas con dependencias y evaluar sus resultados en términos de coste-beneficio económico y social.
- Introducir la innovación y la investigación-acción para una exploración de nuevos servicios de proximidad, con el fin de que sean acordes con las preferencias de las personas.
- Corregir situaciones de inequidad en el acceso a los servicios de las personas que viven en hábitats rurales, mediante el desarrollo de programas singulares adaptados a los contextos de intervención.
- Incluir en la planificación de recursos y programas la atención de las necesidades de las familias cuidadoras (servicios de “respiro”).
- Avanzar en una atención social y sanitaria coordinada que posibilite la eficacia en la intervención y la continuidad de los cuidados.
- Incorporar con carácter obligatorio la práctica de la interdisciplinariedad en las intervenciones con personas en situación de dependencia.
- Incorporar la transferencia de conocimientos entre el ámbito de la discapacidad y el de la gerontología, para optimizar y aprovechar en beneficio mutuo sus respectivos desarrollos.
- Generalizar la aplicación de las nuevas tecnologías, las ayudas técnicas y la accesibilidad universal.
- Garantizar en las intervenciones la dignidad de la persona y la salvaguarda de sus derechos.
- Progresar en la mejora de la calidad de los servicios mediante la investigación permanente, la transferencia de conocimientos, el desarrollo de la innovación y las buenas prácticas, la formación profesional y la inclusión sistemática de indicadores y sistemas de evaluación, que tengan por eje fundamental el paradigma de calidad de vida.
- Salvaguardar el ejercicio de los derechos de las personas mediante regulaciones legales que lo garanticen.

- Garantizar en las intervenciones el respeto a los principios éticos básicos y, de manera especial, los dirigidos a fomentar la autonomía de las personas.

### **B) Objetivos generales para promover la integración social y la participación de las personas en riesgo o en situación de dependencia**

- Identificar a la población con riesgo por fragilidad o dependencia, detectar sus necesidades y ofrecerle información sobre los recursos disponibles.
- Incluir a esta población en programas de promoción del envejecimiento activo y/o desarrollo de la autodeterminación y vida saludable y activa.
- Promover la innovación para desarrollar más programas y servicios de proximidad con claro enfoque de intervención comunitaria.
- Mantener o incrementar las redes de apoyo informal, no sólo centradas en la familia.
- Desarrollar actitudes y aptitudes de autocuidado y de autoeficacia.
- Involucrar a las personas con riesgo de fragilidad o dependencia en actividades de ocio y asuntos cívicos, con el fin de mantener su compromiso con la vida.
- Informar/formar a las familias de personas con discapacidad y dependencia sobre modelos de autodeterminación y vida independiente.

### **C) Objetivos generales de las intervenciones dirigidas a la sociedad, como eje transversal**

- Avanzar hacia una sociedad para todos mediante la generalización del conocimiento sobre el fenómeno del envejecimiento y de las situaciones de discapacidad, tanto en el plano social como en el individual.
- Contribuir a la modificación de estereotipos e imágenes sociales negativos acerca de las personas con dependencia, en colaboración con los medios de comunicación.
- Fomentar el compromiso ciudadano a través del desarrollo de programas de incorporación social de personas en riesgo o situación de dependencia, en colaboración con los movimientos sociales de la comunidad.
- Incrementar la solidaridad social hacia las personas con riesgo o situación de dependencia, mediante el fomento del voluntariado.



## 2.4 La promoción de la autonomía y la atención a personas en situación de dependencia

Cuestión que se considera capital en el campo de la intervención es atender a la diferenciación entre los conceptos “dependencia” y “falta de autonomía”, porque la confusión que muchas veces surge al respecto se traslada a la práctica de las intervenciones, tanto en el medio profesional como en el familiar. Ello produce que se desarrollen con harta frecuencia actuaciones y comportamientos que resultan absolutamente inadecuados y contraproducentes, no sólo porque afectan a la autodeterminación de las personas, sino debido a que también se impide corregir o minimizar la situación de dependencia, llegándose, incluso, a incrementarla con la intervención (Little, 1988; Rodríguez, 1998; Rodríguez y Valdivieso, 2003). Por esta razón, se estima que ha resultado muy acertado el criterio de denominar a la Ley que se va a debatir “de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia”, porque así se evoca, desde el propio nombre de la norma que regulará los nuevos derechos, la necesidad de plantearse desde la intervención dos objetivos nítidamente diferenciados, pero complementarios entre sí.

Para atender correctamente el menoscabo de la persona, al tiempo que se trabaja el incremento de su autoestima y la generación de autonomía, será necesario reforzar la formación en habilidades de manejo por familiares y profesionales, con el fin de conseguir y mantener una adecuada actitud en la atención de una persona en situación de dependencia, persiguiendo así resultados en dos áreas:

- Por una parte, la relacionada con la situación de dependencia, cuyo objetivo es minimizar el debilitamiento o la pérdida de función que presenta la persona a la que se atiende. Para ello, se la ayudará en sus dificultades, estimulándola o haciendo con ella las actividades para las que tenga un resto de capacidad conservada, o realizando por ella, con la máxima delicadeza y respetando sus deseos, aquéllas que le resulten imposibles de desarrollar.
- Por otra parte, la relativa a la autonomía, que cabría resumir en un refuerzo permanente de la autoestima de la persona con dependencia, y en un respeto absoluto a su dignidad personal y al ejercicio de su voluntad para que pueda, si no ha perdido totalmente sus facultades mentales, decidir libremente sobre su vida en aspectos accesorios o importantes (tener en cuenta su opinión y sus anhelos, respetar su intimidad, estimular su capacidad de decisión, su creatividad, etc.).

## 2.5 Los principios y criterios sustentadores de la intervención

Naciones Unidas elaboró, en la década de los ochenta sobre discapacidad, y en la de los noventa sobre gerontología, una serie de principios de intervención que fueron difundidos por

todo el mundo. Acerca de la discapacidad, enfocando siempre el objetivo de autonomía y vida independiente, se proclamaron principios como los de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades (ONU, 1982b).

Por su parte, en 1999, declarado por el mismo organismo “Año Internacional de las personas mayores”, bajo el lema general de “una sociedad para todas las edades”, su Asamblea General aprobó cinco principios con el objetivo de ayudar a las personas a vivir mejor los años que se han ido ganando a la vida humana: independencia en el acceso a los recursos y en la toma de decisiones; participación social y política; garantía de acceso a los cuidados formales e informales; autorrealización (desarrollo pleno de su potencial); y dignidad en el tratamiento y la atención.

En el marco de estos principios generales, y recogiendo el conocimiento científico disponible en materia de intervención a que se ha aludido, a continuación se proponen ocho grandes principios y sus correlativos criterios, que se estima deben ser aplicados en las intervenciones y, por tanto, ser tenidos en cuenta a la hora de proponer reformas en los sistemas organizativos existentes. El respeto y atencimiento a los mismos comportará, por otra parte, un necesario cambio de enfoque en el desarrollo de las políticas sociales dirigidas a la atención a las personas de cualquier edad: pasar de poner el acento en las necesidades a hacer hincapié en los derechos y deberes sociales de ciudadanía.

Los principios hacen referencia a las personas a las que se dirigen los programas y a sus derechos, y sientan la filosofía de la atención. Constituyen el eje alrededor del cual deben girar las intervenciones que se desarrollen y, por tanto, éstas han de estar siempre supeditadas al cumplimiento de los principios.

Los criterios constituyen la metodología que hará posible el cumplimiento de los principios. Por tanto, principios y criterios se reclaman recíprocamente. Los criterios tienen que ver con una correcta praxis profesional, con la calidad de los programas y con la idoneidad de los apoyos que se determinen para hacer posible el cumplimiento de los principios sustentadores. Es determinante tenerlos bien definidos, para poder proponer y conceptualizar los diferentes ámbitos relativos al proceso de intervención.

Todos los agentes de este proceso (planificadores, gestores, personas con discapacidad o mayores, profesionales y familias) deben tener conocimiento y sentirse partícipes de esta filosofía, para el cumplimiento de sus fines y para que los objetivos y actuaciones resulten consensuados y coordinados y sean significativos para todos ellos. Los principios y criterios son los siguientes:

- **Principio de autonomía y elección.** Las personas destinatarias de los programas tienen derecho a mantener el control sobre su propia vida, es decir, podrán actuar con libertad.

Este principio es el esencial de cuantos se proponen. Hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas para tomar sus propias decisiones (incluso cuando presentan situaciones de dependencia importante). Por tanto, han de poder elegir libremente y sin coacciones externas, entre diferentes opciones y alternativas.

- **Criterio de diversidad.** En el momento de decisión política y en el proceso de planificación subsiguiente debe tenerse en cuenta este criterio y realizar un diseño en el que se contemple una oferta diversificada de respuestas ante las necesidades, capaz de componer un abanico amplio de posibilidades. La metodología de trabajo en los diferentes programas y servicios permitirá, por otra parte, que las personas muestren sus preferencias y puedan elegir entre opciones diversas relacionadas con los procesos que les afecten.
- **Principio de participación.** Íntimamente ligado con el anterior: las personas con discapacidad y/o dependencia tienen derecho a participar en ámbitos como el educativo, la formación profesional, el empleo, los entornos arquitectónicos y urbanísticos, el transporte, las nuevas tecnologías. Asimismo tienen derecho a disfrutar de interacciones sociales suficientes y al pleno desarrollo de una vida personal libremente elegida (sexualidad, trabajo, vida de pareja, relaciones sociales, vivienda...).

Por otra parte, quienes precisan atención y cuidados de larga duración (y también sus familias cuidadoras) tienen derecho a estar presentes y participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida. En las intervenciones participarán tanto en la elaboración del plan de atención como en el desarrollo de la misma.

- **Criterios de accesibilidad e interdisciplinariedad.** Hay que planificar e intervenir para que en los diferentes contextos se incluyan elementos facilitadores que mejoren el funcionamiento y reduzcan la discapacidad (ayudas técnicas y otros desarrollos tecnológicos, domótica, soportes informáticos accesibles, teleasistencia y sus derivados...), así como promover actitudes sociales que sean proactivas e integradoras. También para la supresión de las barreras u obstáculos que limitan el funcionamiento y generan discapacidad, ya sean de carácter urbanístico, del transporte, de comunicación, o provocadas por actitudes sociales estigmatizadoras e inhibidoras de la integración.

La interdisciplinariedad ha de impregnar todo el proceso de intervención: la planificación, la aplicación, la intervención y la evaluación. El conjunto de profesionales de las diferentes disciplinas que operan en estos procesos ha de estar en relación con las personas concernidas en cada uno de los momentos y aplicar la interdisciplinariedad mediante técnicas de trabajo en equipo.

En los programas de intervención es preciso incorporar este criterio y determinar las vías mediante las que todos los participantes (profesionales, personas destinatarias

de los programas, comunidad, familias...) actuarán desde unos valores y objetivos compartidos y mediante una metodología y actuaciones coherentes con ellos.

Para promover la participación de las personas en riesgo o en situación de dependencia (y de las familias cuidadoras), en las planificaciones han de contenerse objetivos y medidas dirigidas al desarrollo de habilidades para la participación, así como desarrollar sistemas y cauces que la garanticen. Cuando los programas se realicen desde un centro, los cauces de participación se recogerán en el correspondiente reglamento de régimen interior.

– **Principio de integralidad.** La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

- **Criterio de globalidad.** Las intervenciones que se planifiquen han de satisfacer las necesidades básicas, emocionales y sociales de la persona. Este criterio de globalidad ha de considerarse en todos los programas que se contemplen en las planificaciones y en el mismo proceso de intervención, desde una dimensión sistémica en la que interactúen los diversos agentes del proceso: persona con discapacidad o mayor, familia, profesionales, ambiente físico y psicológico y contexto comunitario.

– **Principio de individualidad.** Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto.

- **Criterios de flexibilidad y atención personalizada.** Los programas y servicios que se planifiquen deben diseñarse de manera que tengan capacidad de adaptación a las necesidades específicas de las personas y no al revés. Para ello se deben ofrecer planes funcionales adaptables, programas diversos e intervenciones personalizadas que tengan en cuenta los cambios que se producen a lo largo del tiempo.

La intervención y/o los planes personalizados de cuidados han de tener siempre en cuenta el estilo de vida de la persona, respetando sus preferencias personales y socio-culturales.

– **Principio de integración social.** Las personas mayores y las que tienen una discapacidad son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as con derechos. Por ello, en una situación de dependencia deben tener posibilidad de permanecer en su entorno y tener acceso y posibilidad de disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existan, en igualdad con el resto de la población. Asimismo, tienen derecho a tener espacios de participación social.

- **Criterios de proximidad y enfoque comunitario.** Los recursos de apoyo para la atención a la dependencia han de situarse en el entorno más próximo y cercano a donde viven las personas. Las intervenciones se realizarán con enfoque comunitario, promo-

viéndose la participación activa de las personas con discapacidad y de los mayores en los recursos existentes en la comunidad (culturales, artísticas, deportivas...), y, por tanto, se evitará la tendencia que existe a la concentración de las actividades exclusivamente en centros de mayores o de discapacidad o a planificar desde el SAD actividades exclusivamente en el domicilio de la persona.

Se incrementará, con las intervenciones, el control de las personas sobre el medio, así como su empoderamiento, con el fin de que tengan más capacidad de influencia en el desarrollo de la vida comunitaria.

Asimismo, deben promoverse iniciativas dirigidas a la propia sociedad con el fin de desterrar las imágenes sociales negativas sobre las capacidades de las personas mayores o discapacitados y conseguir que las conozcan mejor y que se creen espacios para la interacción con las mismas.

– **Principio de independencia.** Todas las personas han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía. Aquéllas que presentan situaciones de fragilidad o de dependencia tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su situación, minimicen su dependencia y faciliten su bienestar subjetivo.

- **Criterios de prevención y rehabilitación.** Entre los programas que se planifiquen deben contenerse aquellos dirigidos a la prevención primaria, secundaria y terciaria, según los grupos de personas a los que se dirigen. Existe evidencia científica cuantiosa que demuestra los excelentes resultados de la prevención y la rehabilitación. Por tanto, en la planificación han de contemplarse objetivos y actuaciones con este enfoque.

Cuando los programas de intervención se dirijan a personas que tienen dependencias severas se establecerá un reajuste permanente de los objetivos, siendo la calidad de vida el eje vertebrador de tales objetivos. Es necesario abandonar las creencias erróneas que existen sobre la ineficacia de la intervención en este grupo de personas y, por ende, planificar acciones cualquiera que sea su grado de afectación. Este criterio niega con rotundidad el nihilismo terapéutico y la consecuente deserción de explorar nuevas posibilidades de intervención. Al contrario, reafirma que siempre es posible restaurar o descubrir capacidades y prevenir el incremento de la dependencia.

– **Principio de continuidad de cuidados.** Las personas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia tienen derecho a recibir los cuidados que precisan de manera continuada y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso.

- **Criterios de coordinación y convergencia.** En las planificaciones que se desarrollen hay que contemplar mecanismos formales y estructurados de coordinación y complementación para que los recursos puedan adaptarse al proceso de dependencia,

que suele ser cambiante en el tiempo. Esta coordinación se refiere tanto a los diferentes recursos, prestaciones y niveles de los servicios sociales, como entre los diferentes sistemas (social y sanitario), cuando ambos han de intervenir conjuntamente en la atención de los casos.

Asimismo, los recursos formales que se apliquen se harán con el enfoque de convergencia con el apoyo informal con el que cuente la persona, es decir, desde el sector formal (ya se trate de servicios sociales o sanitarios) ha de apoyarse con las intervenciones que corresponda en cada caso, tanto a las personas en situación de dependencia como a quienes sean identificadas como cuidadoras principales de la red informal, a las cuales deben ofrecerse, además de los denominados recursos “intermedios o de respiro”, programas y servicios de soporte dirigidos específicamente a ellas, tales como actividades formativas, grupos de autoayuda, etc. Del mismo modo, los cuidadores y cuidadoras familiares han de participar activamente tanto en la elaboración del plan de cuidados como a lo largo del proceso de las intervenciones.

Debido a criterios probados de eficacia, eficiencia y efectividad, la metodología de intervención adecuada es la de gestión de casos.

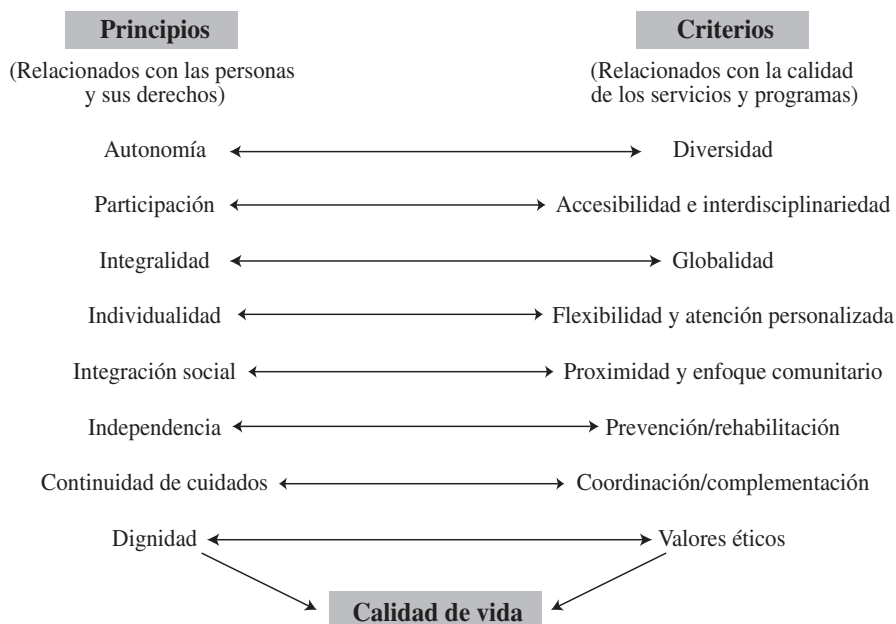
- **Principio de dignidad.** Las personas mayores y/o las que tienen una discapacidad tienen derecho al respeto de la diferencia y al de su propia dignidad, cualquiera que sea el estado en que se encuentren con respecto a su capacidad funcional.
- **Criterio de incorporación de valores éticos en la intervención.** La ética profesional ha de estar siempre presente en todo el proceso de intervención. Por tanto, hay que incluir en las programaciones vías para que la práctica profesional esté impregnada de un profundo respeto a los derechos humanos: defender la privacidad, el respeto a la diferencia y a la libertad personal, a la par que desechar actitudes sobreprotectoras y actuaciones que puedan caer en la infantilización de las personas adultas.

En el esquema del Gráfico 2 se presenta una síntesis de la correspondencia que ha de existir entre principios y criterios y su relación estrecha con la calidad de vida de las personas en riesgo o en situación de dependencia, objetivo central que deben tener las intervenciones en este ámbito.

## 2.6 Catálogo de prestaciones a desarrollar

En el establecimiento de un modelo como el que se está tratando de diseñar, es preciso determinar un conjunto integrado de programas y servicios que, fundamentándose en los contenidos recogidos en los apartados anteriores, constituyan un catálogo de prestaciones en ámbitos como los siguientes:

## Gráfico 2. Principios y criterios de intervención



Fuente: Elaboración propia.

a) **De carácter preventivo.** Una situación de dependencia puede tener su origen en factores congénitos, producirse a causa de un accidente o provenir del desarrollo de una enfermedad o trastorno. En muchas ocasiones, y sobre todo cuando hablamos de personas mayores, la dependencia es un efecto multifactorial de un largo proceso que tiene que ver con inadecuados comportamientos, malos hábitos de salud y falta de preparación y adaptación a los cambios. Por ello, y para las diversas causas que pueden producirla, debe fomentarse la investigación y desarrollarse acciones informativas y formativas sobre los factores que previenen su aparición y que tienen que ver con aspectos bio-psico-sociales, así como con la promoción de estilos saludables de vida. Este tipo de acciones debe proyectarse para que tenga la mayor repercusión posible entre la población y, por lo tanto, se impulsará desde diferentes sectores y ámbitos: educación, sanidad y servicios sociales.

b) **De reforzamiento y ampliación de los dispositivos y servicios de atención del ámbito sanitario.** En concreto, se planificará para actuar, según los niveles en:

- **Atención primaria:** programas generalizados de formación a los equipos en geriatría y gerontología y en materia de discapacidad; protocolización de la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad; generalización de la atención domiciliar programada, en coordinación con los servicios sociales.

– **Atención especializada:** ampliación de los programas de rehabilitación para los casos de mantenimiento de funcionalidad en personas con discapacidades y en procesos agudos (fracturas de cadera, ACV...). Desarrollo amplio de unidades de geriatría hospitalaria y de los equipos de valoración y cuidados geriátricos; generalización de equipamientos para personas convalecientes; unidades de cuidados paliativos. También es preciso resolver de una vez el modelo de cuidados de larga duración de tipo institucional: clara conceptualización y establecimiento explícito del apoyo sanitario a las residencias u otros alojamientos en los que viven personas en situación de dependencia (personal sanitario, formación, farmacia, etc.). En este aspecto, en la redacción definitiva del Anteproyecto de Ley de Dependencia sería bueno que se incorporasen las prestaciones previstas en el artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, al tiempo que se realizara el desarrollo legislativo de esta última norma.

c) **De políticas en vivienda.** Los responsables de cualquiera de las Administraciones públicas en materia de vivienda han de proveer las necesidades de alojamiento accesible y adecuado a las necesidades de las personas en situación de discapacidad y dependencia. Asimismo, deben contemplar medidas y prestaciones para la adaptación de los domicilios, en cuanto se refiere a la supresión de barreras, y promover los avances en domótica que resulten aconsejables a cada caso.

d) **Servicios de apoyo en el domicilio o en el entorno** para favorecer la efectividad de los lemas “envejecer en casa” y “vida autónoma”:

– Los SAD y el asistente personal. Entre la variedad de servicios a impulsar, el primero de todos debe ser el SAD, el cual debe ser programado individualizadamente, atendiendo tanto a las necesidades de la persona como a las de su cuidador/a principal. Tal y como se ha dicho en otro lugar (Rodríguez y Valdivieso, 2003), es necesario referirse ahora a este tipo de apoyos como servicios de ayuda a domicilio en plural o, mejor aún, de servicios de apoyo en el entorno. Se explica este cambio de denominación para dotar de mayor coherencia conceptual a una prestación que, ya en estos momentos, y de mayor forma en el futuro, debe responder a unas necesidades y demandas que cada vez serán más diversas, por lo que es preciso concluir que estamos, no ante uno, sino ante un conjunto de servicios. Los SAD, acaso porque en su inmensa mayoría (alrededor del 90%) van dirigidos a personas mayores, tienen un enfoque gerontológico excesivo, lo que está provocando el rechazo de las personas con discapacidad, por lo que deben corregirse para adaptarse de manera adecuada a cada caso. Este programa debiera concebirse como de apoyo en el entorno y, por tanto, enfatizar en mayor medida la necesidad de desarrollar actividades de soporte para mejorar la participación en la vida comunitaria y social. Es decir, dentro de los SAD deben contemplarse también las tareas que desarrolla la figura del asistente personal.

En definitiva, los SAD dirigidos a las personas en situación de dependencia, cualquiera que sea su edad, deben consistir en un amplio conjunto de servicios, tales como:



- Prestación personal a través de una serie de tareas que deben corresponderse estrictamente con la situación técnicamente evaluada, pero en las que debe prevalecer la atención y los cuidados personales tanto en el domicilio como fuera del mismo.
  - La educación/información a la persona en situación de dependencia y a la allegada que es identificada como cuidadora principal.
  - El acercamiento de servicios, como comidas y lavandería a domicilio.
  - Programas complementarios de acompañamiento.
  - Programas de intervención especializados (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional...), dirigidos tanto a las propias personas afectadas de discapacidad o dependencia como a sus familias.
- La **teleasistencia** domiciliaria, principalmente dirigida a las personas que viven solas o con otras personas en situación de vulnerabilidad.
- Impulsar el conocimiento y la utilización de **ayudas técnicas y de las nuevas tecnologías** que resulten adecuadas de manera individualizada, con el fin de favorecer el máximo de independencia y de autonomía y reducir riesgos de accidentes.
- Implementar programas y servicios **dirigidos directamente a las familias cuidadoras**: información, asesoramiento, formación, grupos de autoayuda, grupos psicoeducativos, etc.
- Desarrollar actuaciones que favorezcan un **reparto equitativo** entre los sexos en la asunción de los cuidados familiares.
- Impulsar la creación de **nuevos servicios de proximidad** (comidas y lavandería, peluquería, podología, fisioterapia, transporte para acudir a los servicios y actividades socioculturales, etc.), que se acerquen a los domicilios y entornos, cuidándose especialmente de no generar falta de equidad en las zonas rurales (García y Rodríguez, 2004).
- Incluir decididamente, dentro de la red, los programas y recursos **intermedios o de respiro**, que sirven para mejorar la calidad de vida tanto de la persona en situación de dependencia como de la persona o personas que se ocupan de su cuidado (centros de día, ocupacionales o de apoyo a la integración, estancias diurnas, estancias temporales en residencias, vacaciones...).
- e) **Alojamientos**. Finalmente, cuando, según las valoraciones técnicas correspondientes, y contando con la opinión de las propias personas, no es posible que éstas puedan continuar viviendo en su casa en condiciones adecuadas para su calidad de vida, es preciso

planificar y desarrollar un amplio elenco de dispositivos de alojamiento, garantizándose la calidad de todos ellos mediante dispositivos de acreditación. A este respecto, además de las residencias tradicionales, que debieran acondicionarse para distribuir a las personas en módulos pequeños de vida independiente, es recomendable impulsar la creación de recursos que promuevan la vida en pequeños grupos, porque así se produce un menor desarraigo, no se interrumpe la interrelación con las redes sociales y el conjunto de la comunidad y, por otra parte, en ellas es más fácil reproducir un modo de vida cuasifamiliar, al tiempo que se ofrece la atención que precisan las personas en situación de dependencia. Las alternativas que se sugieren son las siguientes: viviendas compartidas, alojamientos heterofamiliares, apartamentos o viviendas con servicios, unidades de convivencia y minirresidencias.

En definitiva, se trata de ofrecer un abanico amplio de posibilidades. Esta diversificación en la oferta, como ya se ha mencionado, es una cualidad esencial que, junto a la flexibilidad, deben tener los sistemas de atención a las personas con dependencias.

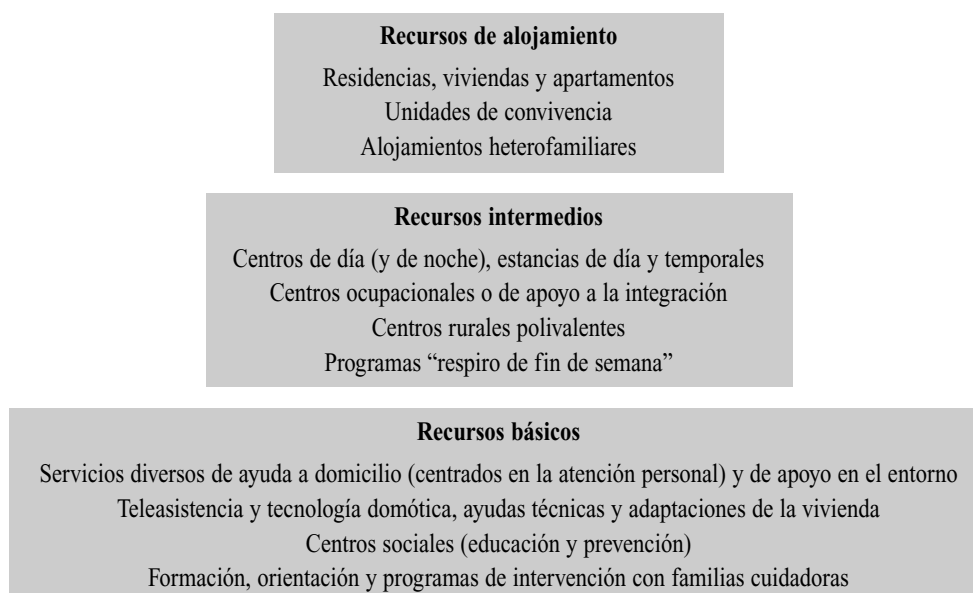
## **2.7 Estructura de la red de servicios y programas de atención social dirigidos a las personas en situación de dependencia**

Como es sobradamente conocido, y también se ha repetido aquí, tradicionalmente la residencia ha predominado en la oferta de recursos sociales dirigidos a las personas con necesidad continuada de atención, siendo justamente el recurso menos deseado y el que más desarraigo provoca.

Esto implica, además de que los poderes públicos optan por el servicio que, en general, resulta más caro, que se produzca una demanda impropia e inadecuada dirigida a las residencias. Al no existir otros servicios que apoyen real y suficientemente el mantenimiento en el entorno, que es, por otra parte y como hemos visto, lo que prefieren las personas, éstas o sus familias se ven obligadas a recurrir a la institución, al ser el recurso que realmente es visto como capaz de resolver el problema de la familia. Hay que priorizar, por tanto, la extensión de los servicios de atención a domicilio y de apoyo en el entorno, así como los de carácter intermedio y, por lo que se refiere a los alojamientos, indispensables en la cadena asistencial, ha de proseguirse el esfuerzo de incremento de su calidad y de integración en el ámbito comunitario.

En definitiva, y para que los dispositivos resulten adecuados a los requerimientos que se están proponiendo, es necesario reestructurar toda la red de servicios a fin de hacerla acorde a las necesidades reales que están suficientemente detectadas y diagnosticadas, así como para acercarla a los deseos expresados por la ciudadanía. En el Gráfico 3 se presenta la estructura que debieran tener los servicios dirigidos a la atención de las personas en situación de dependencia y a sus familias cuidadoras:

### Gráfico 3. Estructura de la red de recursos



Fuente: Elaboración propia.

La forma piramidal de la figura indica el grado de intensidad y amplitud con que deben desarrollarse cada uno de los recursos. Los más numerosos, los que están en la base de la atención, deben ser los recursos que en la figura son denominados “básicos”. Al mismo tiempo, debe desarrollarse más el conjunto de programas que se recogen con la denominación de recursos intermedios, y que también permiten a las personas con dependencias permanecer en su entorno.

Para aquellos casos cuyas necesidades no puedan resolverse mediante la utilización de cualquiera de estos servicios (pueden combinarse varios), debe planificarse una red variada de recursos de alojamiento con el mismo requisito de proximidad, desechando el modelo predominante (la residencia tradicional) y buscando fórmulas más innovadoras y acordes con los deseos y las necesidades que precisan las personas que los necesitan. Existen a este respecto evidencias y ejemplos suficientemente evaluados en otros países de Europa sobre estos alojamientos alternativos que, sin embargo, no son desarrollados en España, restringiéndose su uso, de manera reticente, a las personas que no presentan problemas de dependencia.

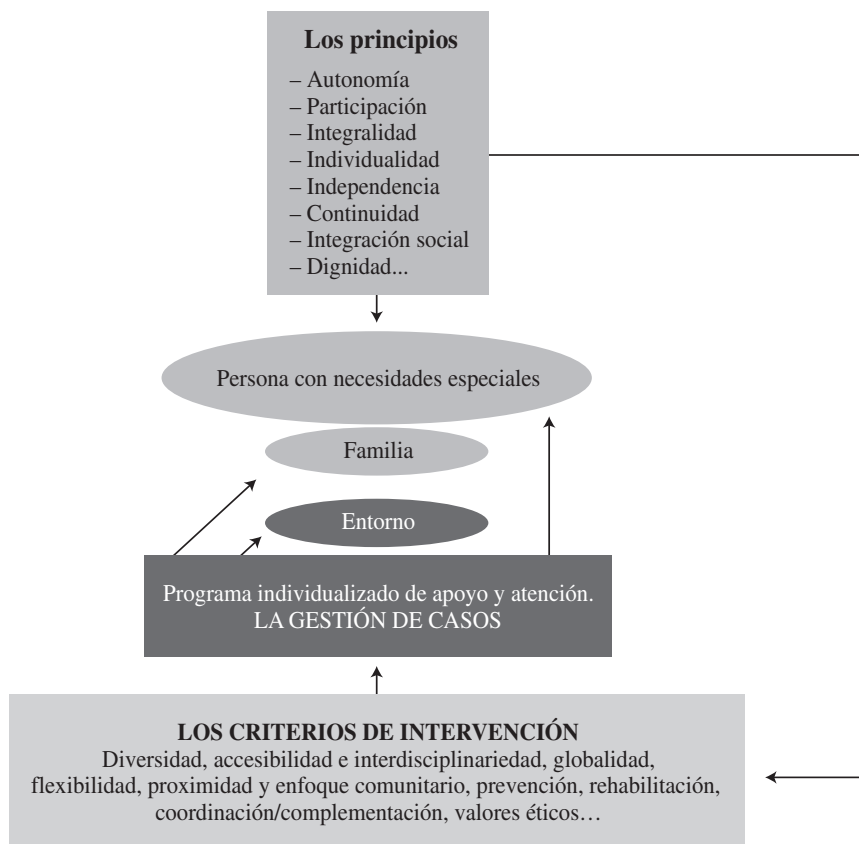
## 2.8 El esquema del modelo de intervención propuesto

Recogiendo cuantos elementos se han venido detallando a lo largo de este capítulo, se presenta ahora el modelo sintetizado esquemáticamente en el Gráfico 4.

---

### Gráfico 4. El modelo de intervención en situaciones de dependencia

---



---

Fuente: Elaboración propia.

---

### **3. El modelo de atención a la dependencia y los sistemas de protección social en España (SNS, servicios sociales y Seguridad Social)**

Para realizar una política que garantice poder hacer efectivo un modelo parecido al propuesto en el capítulo anterior, se precisaría que los poderes públicos tomaran un conjunto de decisiones que signifiquen, por una parte, un fuerte impulso en diferentes áreas de las políticas sociales y, por otra, algunos cambios en los sistemas de protección vigentes. Entre las principales medidas a desarrollar, habría que destacar el establecimiento en España de un “sistema” coherente de servicios sociales, del que todavía carecemos, aprovechando la oportunidad que brinda la extensión de los nuevos derechos que se van a implantar, porque siendo verdad que el ámbito de los servicios sociales es mayor que la atención a la dependencia, también lo es que la atención a la dependencia forma parte, en su mayor medida, de los servicios sociales. Y aunque, en su dimensión más inmediata y cuantitativa, se concretaría este esfuerzo en un sustancial incremento de los recursos y dotaciones materiales y humanas de los servicios sociales para lograr la accesibilidad universal a quienes tienen una situación de dependencia, no se trata sólo de eso.

En este capítulo se comienza por analizar las características básicas de nuestro SNS y se señalan algunas de las insuficiencias que, en relación con la atención a la dependencia, se producen en su modelo prestacional. Asimismo, se recogen las notas esenciales de nuestros servicios sociales y se indican las enormes diferencias que todavía mantienen con respecto al sistema sanitario, así como sus insuficiencias para la atención de la dependencia. A continuación se propone, para hacer posible el cumplimiento del principio “continuidad de cuidados” y el criterio “coordinación/complementación”, la metodología basada en la gestión de los casos. Finalmente, y habida cuenta de las concomitancias existentes entre el sistema de Seguridad Social y los servicios sociales, se sugieren algunas vías para el perfeccionamiento de uno y otros y su complementariedad en la protección a la dependencia.

#### **3.1 El Sistema Nacional de Salud y sus insuficiencias en la atención y cuidados a las personas en situación de dependencia**

Las diferencias entre el sistema sanitario y los servicios sociales son enormes. Derivan, fundamentalmente, de su diferente grado de maduración, estructuración y consolidación

en el conjunto de las políticas de protección social. Los servicios sanitarios están totalmente extendidos y conceptualizados (todo el mundo sabe cuál es y dónde está el centro de salud o el de consultas de especialistas o el hospital que le corresponde, quién es su médico de atención primaria, su pediatra, etc.) y el acceso a las prestaciones sanitarias (gratuitas en lo que atañe a la atención) constituye un derecho universal garantizado para toda la población. Por su parte, los servicios sociales adolecen de falta de estructuración y suficiente extensión, no tienen esa consideración de gratuidad y permanecen anclados en la mayoría de los lugares en una antigua concepción residual y asistencialista, que limita su campo de actuación a quienes tienen escasez de rentas y carecen de suficiente apoyo social.

Las razones de estas diferencias estriban fundamentalmente en que el sistema sanitario, y aún más el educativo, han tenido un largo recorrido de conformación y tradición histórica, de modo que ambos llegan a la democracia como sistemas muy consolidados y con muchos recursos, al contrario de lo que ocurrió con los servicios sociales, mucho más recientes y mezclados con sus antecedentes de carácter benéfico y caritativo (Vilá, 2004).

La extensión de los diferentes niveles en que se estructura la asistencia del SNS está absolutamente generalizada para garantizar la accesibilidad a toda la ciudadanía. La consagración de este derecho quedó consolidada, como ya se dijo, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, si bien la reforma de la atención primaria se había iniciado a partir del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, con antecedentes filosóficos claros en la Declaración de Alma Ata de 1978. En ésta, como reacción frente al hospitalocentrismo tradicional, se propugnó la noción de “atención primaria” como primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema de salud, que debe situarse en el entorno donde éstos viven y trabajan, y se ligaba este concepto al de desarrollo social y económico de la comunidad. Mediante la reforma que se llevó a cabo a lo largo del último lustro de los ochenta y a lo largo de los noventa, se estableció el centro de salud como estructura física y funcional para el desarrollo de una atención primaria sanitaria que se definía como coordinada, integral, permanente y continuada, consolidándose así la importancia de este primer nivel asistencial y la mejora de sus prestaciones.

Este grado de maduración permitió que los servicios y prestaciones sanitarias fuesen homogéneamente definidos y debidamente organizados para todo el Estado, con lo que quedaba garantizado el derecho fundamental de igualdad, previamente a producirse su traspaso a las diferentes CC AA. Ésta es una diferencia esencial con los servicios sociales, como podrá verse más adelante.

Por lo que atañe a la atención específica a personas en situación de dependencia, el sistema sanitario tiene en funcionamiento, de manera generalizada, pero sin suficiente desarrollo en muchos lugares, programas como los siguientes: Programa de actividades de prevención y promoción de la salud (PAPPS), Programa del anciano y Programa de atención

domiciliaria, desglosándose este último en dos subprogramas: atención a pacientes inmovilizados y atención a terminales.

Otras iniciativas producidas, como el desarrollo de los denominados equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), no han alcanzado suficiente extensión, mientras que los denominados programas de atención a domicilio-equipos de soporte (PADES), con muy buenos resultados de funcionamiento en las evaluaciones efectuadas, reducen su ámbito de actuación al territorio de Cataluña.

Con todo, el sistema sanitario también adolece de deficiencias en cuanto atañe a la atención a las personas en situación de dependencia, como es, por ejemplo, que el desarrollo de la atención especializada en geriatría, según un estudio reciente (Ruipérez *et al.*, 2003), no está homogénea ni suficientemente extendido, ya que sólo un 32% de los hospitales españoles la ofrecen. Además, existe una distribución de los recursos geriátricos muy desigual entre las diferentes CC AA (la mayor cobertura se produce en Cataluña, Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla-León y La Rioja; mientras el País Vasco, Cantabria, Ceuta y Melilla carecen de asistencia geriátrica hospitalaria).

Por otra parte, aunque sí es verdad que cualquier ciudadano/a tiene derecho a la asistencia sanitaria (por consiguiente, también las personas con discapacidad, las mayores y quienes tienen una situación de dependencia), no puede colegirse de ello que la filosofía de atención del SNS y sus prestaciones contemplan de manera adecuada la necesidad de atención que precisan aquellas personas a las que este sistema etiqueta como “crónicos”.

Nuestro sistema sanitario ha hecho del diagnóstico y la curación sus piedras angulares. Pero, sin restar un ápice de importancia a estas dos dimensiones esenciales de la sanidad, es necesario reconocer que falta por realizar su adecuación a los fenómenos ocurridos en el último tercio del siglo XX, esos que han originado una enorme transformación de la sociedad, tales como el incremento progresivo de la esperanza de vida, la pervivencia de graves situaciones de discapacidad y la emergencia del fenómeno de la dependencia. Esta última ha pasado de ser un problema individual, que afectaba antes a unas pocas familias, a convertirse en una necesidad social que afecta a un número muy importante de ciudadanos/as y que requiere de servicios asistenciales no basados en la curación, sino en los cuidados.

A este respecto el Consejo de Europa (Sancho, 1999), en su Recomendación (98) 11, sobre la organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos, ha llamado la atención sobre la importancia que tienen los sistemas sanitarios de los países europeos para desarrollar una adecuada atención a las personas en situación de dependencia y recomienda las estrategias siguientes:

- La asistencia sanitaria debe adecuarse a las necesidades específicas de los enfermos crónicos.

- La atención sanitaria debe orientarse a reforzar la autonomía de este tipo de pacientes y dar gran importancia a la prevención.
- Los servicios sanitarios han de ser equitativos y accesibles y han de priorizar la atención domiciliaria.
- La atención a estos pacientes debe presentar características de continuidad y de flexibilidad y ofrecer una gama amplia que englobe la prevención, el tratamiento y el seguimiento permanente.
- Los servicios sanitarios han de ofrecer apoyo y asesoramiento a las familias cuidadoras y a los pacientes educación para el autocuidado.
- La atención debe estar fundamentada en la evidencia científica.

Se estima, en síntesis, que, pese al grado de extensión, perfección y desarrollo de nuestro sistema sanitario, éste, debido a sus peculiaridades y características, no responde de manera adecuada a las necesidades que plantean las situaciones de dependencia, por lo que todavía necesitamos avanzar en la mejora de la atención sanitaria en aspectos clave como los siguientes:

- Desarrollo amplio y armónico en los diferentes territorios del Estado de la atención especializada en geriatría.
- Ampliar los programas de formación continuada, incluyendo contenidos en geriatría, en gerontología y en discapacidades, sobre todo entre los equipos de atención primaria para intervenciones preventivas y asistenciales.
- Definición de sistemas estables de coordinación con los servicios sociales en la atención domiciliaria, en la ambulatoria (centros de día, fundamentalmente) y en las residencias y otros alojamientos.
- Compromiso para garantizar la adecuada atención sanitaria a las personas en situación de dependencia, que viven en residencias u otro tipo de alojamientos dependientes de los servicios sociales, para lo que es urgente el desarrollo de la Ley de Cohesión y Calidad.
- Desarrollar programas de rehabilitación de mantenimiento para personas con discapacidades establecidas.

Quiere enfatizarse (por la importancia que se le concede) una característica esencial del desarrollo del sistema sanitario ya destacada con anterioridad: el importante trabajo que se desarrolló durante los años ochenta y noventa, tanto desde la Seguridad Social como desde la Administración General del Estado, para conseguir su ordenación y sistematización hasta



lograr configurar la atención sanitaria como un auténtico derecho subjetivo dentro del SNS, cuyas prestaciones y servicios, claramente definidos, se garantizan legalmente en condiciones de igualdad y no discriminación, estando sus recursos básicos distribuidos de manera equitativa por todos los territorios de nuestro país. Sólo después de haberlo conseguido fue produciéndose la descentralización hacia las CC AA, lo mismo que ocurrió también con el sistema educativo.

Realidad bien distinta es la que atañe a los servicios sociales, cuyo traspaso a las CC AA se produjo sin que previamente se hubiera producido un acuerdo sobre su naturaleza, ámbito, estructura y contenidos prestacionales y sin que, desde luego, se llegara a vislumbrar por aquel entonces el incremento espectacular de la demanda de recursos formales de atención que iba a producirse en el ámbito de la dependencia, debido a la intensidad de fenómenos como el envejecimiento de la población, los cambios en las familias y la transformación del rol de las mujeres.

### **3.2 Los servicios sociales: desestructuración, inequidad y limitada accesibilidad**

La Constitución Española sólo menciona el término “servicios sociales” en una ocasión (en el artículo 50) y para definir lo que éstos no son (“Los poderes públicos... promoverán su bienestar [el de las personas de la tercera edad] mediante un sistema de servicios sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”). Es el término “asistencia social” el que los constituyentes utilizaron para referirse a lo que ha evolucionado hacia lo que hoy prefiere denominarse de manera generalizada “servicios sociales”. Como se ha mencionado ya, nuestra Carta Magna incluye en su artículo 148.1 la asistencia social (inciso 20) entre las competencias que las CC AA podrán asumir en régimen de exclusividad, como de hecho han asumido todas ellas. Por el contrario, se asigna un rango competencial diferente a la Seguridad Social (y, por tanto, a los servicios sociales complementarios a las prestaciones básicas de la misma), al reservarse el Estado competencia exclusiva sobre su legislación básica y régimen económico, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las CC AA (art. 149.17). Esta reserva no ha sido utilizada hasta el momento por la Administración General del Estado.

Como se ha señalado suficientemente (Aznar, 1988; Casado, 1981, 1988 y 2002), esta ambigüedad constitucional o, cuando menos, la diferente consideración de niveles competenciales que introduce la Constitución, ha originado serios problemas conceptuales (Lorenzo, 1981; Montraveta y Villa, 1985; Casado, 1988) y también ha paralizado iniciativas políticas juzgadas en algunos sectores como muy necesarias, verbigracia la existencia de una ley estatal básica de servicios sociales que garantice el principio fundamental de igualdad mediante la consagración del derecho universal a recibir prestaciones de este sistema (Rodríguez Rodríguez, 1992, 1995 y 1998; Rodríguez Cabrero, 2000; Casado, 2002; Asociación de Di-

rectores y Gerentes de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Alcorcón y Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, 2005).

En la actualidad, y por razones como algunas de las apuntadas, el heterogéneo desarrollo que han tenido los servicios sociales ha originado que sus prestaciones y recursos tengan diferentes contenidos y, además, que se extiendan de manera insuficiente y desigual, de modo que, dependiendo de los territorios del Estado en que vivan las personas con necesidades especiales, cuentan con diferente extensión de recursos, distintos requisitos de acceso y diverso contenido y atención profesional. Ello origina, circunscribiéndonos al ámbito de la atención a la dependencia, que no se cumple tampoco el principio fundamental de igualdad, porque, mientras obtener algún servicio de apoyo en el entorno (ayuda a domicilio, asistente personal, programas dirigidos a familias cuidadoras, acceso a centros de día u ocupacionales...) o una plaza residencial o en otro tipo de alojamientos puede ser relativamente fácil en algunos lugares, como Navarra, Castilla La Mancha o el País Vasco, es bastante más difícil en otros, como, por ejemplo, en Galicia, Murcia o en Canarias (véase a este respecto IMSERSO 2005a y 2005c).

Por otra parte, teniendo en cuenta que los servicios sociales se han venido caracterizando por estar destinados a personas de escasos recursos económicos, siendo discrecionales en su concesión e indeterminados en su cuantía, los recursos se ofrecen, aparte de en función de los presupuestos disponibles, mediante prueba de necesidad (escasez de rentas), al contrario de lo que ocurre en los sistemas de acceso universal, como las pensiones o las prestaciones sanitarias. A ello se une que todavía en muchos lugares, llevándose al extremo el principio de subsidiariedad, se puntúa negativamente en los baremos de acceso a los recursos la existencia de apoyo familiar, lo que produce un castigo a las familias más generosas, que ven a su vez cómo son postergadas en la concesión de servicios con respecto a los casos de familias insolidarias.

Sin embargo, los servicios sociales se proclaman en las leyes de las diferentes CC AA como universales, es decir, accesibles a cualquier persona en situación de necesidad, cuando, hoy por hoy, se trata de un derecho puramente retórico, que no puede compararse de ninguna manera al derecho subjetivo que tienen los sistemas de protección ya consolidados. Muchas personas (y en especial las pertenecientes a las clases medias) se encuentran en situación paradójica cuando acuden en demanda de un servicio social colaborador en el cuidado de un familiar en situación de dependencia. Se les deniega el servicio público por sobrepasar el nivel de renta establecido en los baremos (son consideradas ricas), y, cuando acuden en busca de un servicio privado, encuentran que no pueden pagarlo (son y se sienten pobres).

La medida que determina el acceso a la mayoría de los recursos de los servicios sociales para la atención a la dependencia es una evaluación previa de necesidades que se realiza a través de la aplicación de baremos y otras escalas de valoración, considerados como el modo más objetivo de evaluación y posterior asignación de recursos. Muchas CC AA y CC LL han elaborado sus propios instrumentos de acceso, entre los que suelen incluirse

dimensiones a puntuar similares (salud, dependencia, situación sociofamiliar, aspectos económicos, vivienda), pero concediendo prioridad y peso diferente a cada una de ellas, con lo que en este importante aspecto de la accesibilidad a los servicios existen discrepancias que originan, de nuevo, que se esté vulnerando también en este aspecto el principio fundamental de igualdad de la ciudadanía.

De cara al futuro, la ley que regule la atención a la dependencia debe establecer, como se ha realizado en otros países de nuestro entorno y tal como se recomendaba en el Libro Blanco y se ha recogido en el Anteproyecto de Ley, la homologación en todo el Estado de los requisitos de acceso, la determinación de prestaciones y recursos del sistema de atención a la dependencia, así como del modelo de evaluación. En relación con este último, debe garantizarse para todos los territorios un único procedimiento de valoración de la dependencia, a cargo de técnicos facultativos especialmente formados para ello, así como un único instrumento de medida, con el fin de que la diversidad en el modo de acceder a los servicios sociales deje de ser la norma, ya que, hoy por hoy, de ninguna manera puede decirse que se garanticen los principios de igualdad, equidad y solidaridad entre las diferentes CC AA y, dentro de ellas, entre los diferentes entes locales (en unos lugares las prestaciones son gratuitas; cuando existe aportación económica, ésta varía según los territorios; algunas reglamentaciones establecen tope de ingresos para considerar el acceso al servicio, otras no...).

Sin embargo, pese a esta situación deficitaria de nuestros servicios sociales, se produce con respecto a ellos una situación paradójica, y es que reciben demandas que les son impropias: las que son desatendidas por los sistemas a los que realmente corresponde. Pongamos el caso paradigmático de la atención a personas con discapacidad, con respecto a las cuales los servicios sociales suelen con harta frecuencia recibir demandas como las siguientes:

- Educativas (cuando la persona termina su ciclo educativo obligatorio y precisa recibir formación ocupacional o profesional para su acceso a un empleo).
- De empleo (apoyos en iniciativas de centros especiales de empleo y otros proyectos, sensibilización del sector empresarial, centros ocupacionales...)
- Sanitarias. Cuando la persona termina su proceso agudo y deja de recibir rehabilitación del sistema sanitario, solicita apoyo de los servicios sociales para rehabilitación de mantenimiento. ¿Qué decir de la atención sanitaria en centros de día o de alojamiento, que está siendo provista y financiada por el débil sistema de atención social?
- Vivienda y accesibilidad al medio urbano. Para adquisición, adaptación funcional, supresión de barreras, ayudas técnicas, transporte...

En casos como los enumerados, los servicios sociales se convierten en un auténtico “cajón de sastre” en el que vienen a parar cuantas demandas son consideradas excrecencias de los

grandes y poderosos sistemas de protección social. Lo que se hace en realidad por parte de éstos es discriminar a una parte de los ciudadanos: la mayoría de las veces, debido a políticas de ahorro de gasto que recaen sobre el segmento más frágil e indefenso de la población; y, en otras ocasiones, porque no se han tenido en cuenta sus especiales necesidades a la hora de configurar las prestaciones y la metodología de las intervenciones, razón por la que a su vez muchas de las personas en situación de dependencia, debido a sus peculiares características, no pueden adaptarse a las rigideces y procedimientos establecidos.

### **3.3 La continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria**

Como se ha especificado en la justificación del modelo, un objetivo clave a la hora de determinar la adecuada atención a las personas en situación de dependencia es el de que el programa y las prestaciones establecidas les permita permanecer en el entorno el mayor tiempo posible. La OCDE (1996), ampliando su lema “envejecer en casa”, ha expresado este objetivo de la manera siguiente: “Desarrollar políticas que permitan a las personas, incluidas las que necesitan cuidados de larga duración, continuar viviendo en sus casas y, en caso de no ser posible, residir en un ámbito que les ofrezca seguridad, protección y cuidados, pero que también se ubique en su entorno habitual tanto en el aspecto social, como en el geográfico”.

Aunque el contexto de la cita anterior se refiere a las personas mayores, no cabe duda de que la propuesta resulta igualmente válida para las personas con dependencias de cualquier edad. Recuérdese a este respecto que, como también se ha señalado arriba, fue desde el ámbito de la discapacidad donde se estableció de manera pionera la exigencia de diseñar apoyos normalizados y ubicados en contextos comunes al conjunto de la ciudadanía, de modo que pudiera hacerse posible el modelo de vida independiente y la mayor participación.

Pero, para prestar de manera adecuada la atención permanente y de larga duración que requieren quienes tienen importantes niveles de dependencia, existe un concepto que es crucial para definir el modo de organizar los diferentes servicios y la metodología de la intervención, y por eso se ha incluido como uno de los principios fundamentales a tener en cuenta en las intervenciones. Se trata de la denominada “continuidad de cuidados”, con cuyo desarrollo quieren conjurarse los efectos nocivos que una inadecuada disposición de recursos puede originar, tanto a la persona que precisa la atención como a la familia que se la presta.

Lo habitual para la mayoría de la población ha sido (y continúa siendo) que la persona que tiene una situación de dependencia sea atendida por su familia (de manera fundamental, por una mujer), a la que se presta poco o ningún apoyo por parte del sistema formal de atención, salvo momentos de crisis agudas, que son atendidos por el sistema sanitario. El carácter sumamente restrictivo de los servicios sociales a que se ha hecho referencia conduce a que

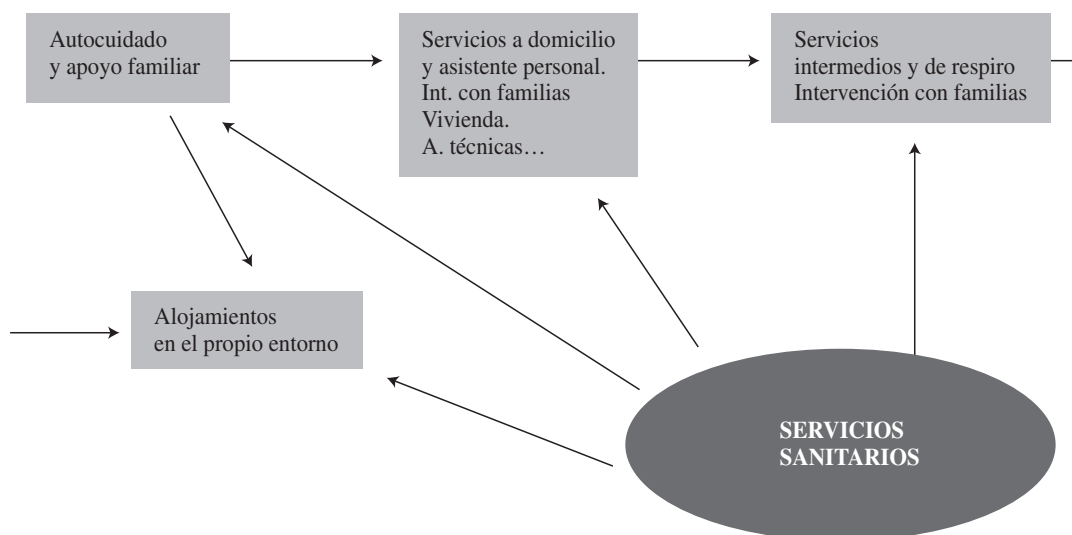
las personas afectadas y sus familias, sobre todo las de clase media y alta, intenten resolver por sus propios medios el apoyo que precisan y ni siquiera se planteen acudir, al menos en demanda de información, a los servicios sociales (Rodríguez Rodríguez, en prensa).

Cuando se produce la claudicación familiar, a menudo por agotamiento y coincidiendo con una situación de crisis o agravamiento de la dependencia, suele adoptarse, en ausencia de suficientes servicios comunitarios que sean accesibles, la decisión que menos se prefiere por las familias y las personas afectadas, pero que es la que se percibe como única capaz de resolver el problema: recurrir a la institución residencial.

Por el contrario, la disponibilidad de una diversidad de recursos de proximidad que sean accesibles a cuantos los precisan y que estén diseñados con capacidad de adaptación a las peculiaridades y necesidades de cada persona, familia y contexto, que casi siempre son cambiantes en el tiempo, haría posible prestar la atención integral (muchas veces, social y sanitaria) que necesitan las personas en situación de dependencia y ofrecer soporte y apoyo a sus familias cuidadoras sin necesidad de someterse al desarraigo que puede provocar una institución ubicada muchas veces fuera de su entorno habitual.

A continuación se propone una definición del concepto mencionado, así como su representación gráfica:

**Gráfico 5. Continuidad de cuidados y coordinación sociosanitaria**



Fuente: Elaboración propia.

La continuidad de cuidados consiste en el derecho que tienen las personas en situación de dependencia a recibir atención formal e informal adecuada. Para ello, ha de organizarse y disponerse un conjunto diversificado de servicios de proximidad –sociales y sanitarios– que puedan ser utilizados consecutiva o simultáneamente y que puedan combinarse con flexibilidad y eficacia para adaptarse a la concreta situación de dependencia y a la evolución que experimente a lo largo del tiempo.

Como es bien conocido, muchas personas en situación de dependencia precisan, de manera simultánea y conjunta, atención sanitaria y social. Y, como también se ha mencionado, ocurre en muchas ocasiones que el sistema sanitario no está respondiendo de manera adecuada a quienes presentan una situación clara de necesidad permanente de cuidados, como son las personas en situación de dependencia. Para evitar situaciones en las que se producen claras deficiencias e insuficiencias de atención sanitaria, los propios servicios sociales han asumido a sus expensas la contratación de profesionales sanitarios (médicos, de enfermería y, a veces, también farmacéuticos) para cuidar y asistir a las personas que residen en residencias u otro tipo de alojamientos. Los servicios sociales también atienden y cuidan mediante los SAD a las personas con dependencias que viven en sus domicilios, pero sin que se produzca, salvo excepciones, la participación ni la supervisión que correspondería de profesionales del sistema sanitario. Éste, por su parte, mantiene sus propios programas tradicionales de atención domiciliaria y otros más novedosos y singulares (ESAD, PADES), pero ninguno de ellos se ha concebido para desarrollarse de manera complementaria y coordinada con los SAD de los servicios sociales.

Sin embargo, tanto por la doctrina como por la mayor parte de los países de nuestro entorno, incluso en los que más han avanzado en esta línea, como pueden ser Dinamarca u Holanda, se ha venido identificando este problema de la falta de coordinación y/o integración entre la atención social y la sanitaria como uno de los puntos candentes a resolver si realmente se quiere ofrecer una atención integral adecuada a las personas que se encuentran en situación de dependencia. Como se ha constatado en las evaluaciones efectuadas, aunque en muchos países se ha avanzado en el desarrollo de este concepto y, por consiguiente, también en el desarrollo de la interdisciplinariedad, la división social y sanitaria refleja todavía dos culturas que conforman realidades diferentes tanto desde el punto de vista de las estructuras organizativas, de las políticas, del avance y gestión del conocimiento, de la praxis profesional y de los lenguajes utilizados.

Tal es la importancia que en el entorno de la UE se concede a este asunto, que se están desarrollando importantes iniciativas en esta área. Una de ellas es el impulso del proyecto PROCARE, que se realiza en nueve países (Austria, Alemania, Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Francia, Grecia, Italia y Reino Unido) en el contexto del Quinto Programa Marco de la UE “Calidad de vida y gestión de los recursos vitales: el envejecimiento de la población y las discapacidades” (Leichsenring, 2005).

En España algo se avanzó, como se ha dicho, desde el Estado y durante los primeros años noventa, en el ámbito de la coordinación sociosanitaria, sobre todo mediante el Acuerdo Marco que suscribieron en 1993 las titulares de los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales y las experiencias piloto que le siguieron. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cataluña ha venido funcionando desde 1986 el Programa “Vida als anys”, que, aunque con importante sesgo sanitario, ha sido referente para propuestas en otros ámbitos autonómicos. Sin embargo, esta experiencia ha desaparecido sin que parezca que haya tenido capacidad de convertirse en modelo de atención integral a las personas en situación de dependencia. Con posterioridad se han venido produciendo infinidad de propuestas de la comunidad científica para apoyar este enfoque, y también se han ido desarrollado algunas iniciativas políticas que no han llegado a cuajar en la práctica cotidiana de la intervención, salvo experiencias aisladas (Sancho, 2000).

Pero lo que sí es cierto es que existe un consenso generalizado entre los profesionales, tanto del ámbito sanitario como de los servicios sociales, acerca de la necesidad de definir e impulsar decididamente un modelo de atención integral a las personas en situación de dependencia, que para serlo ha de ser forzosamente sociosanitario, lo que no debe suponer en absoluto la creación de una red específica, en oposición a lo que algún sector defendió hace un tiempo (Rodríguez Cabrero, 2000). Por el contrario, la propuesta consiste en garantizar la continuidad de los cuidados mediante el trabajo en red de los dispositivos, tanto del SNS como de los servicios sociales, estableciéndose vías estables para el trabajo interdisciplinar desde ambos sistemas públicos.

Por todo lo anterior, en el Gráfico 4 (p. 44) se incluye la necesaria involucración sistemática y organizada del sistema sanitario en los diferentes niveles asistenciales de los servicios sociales (y que puede hacerse desarrollando el art. 14 de la Ley de Cohesión y Calidad). Teniendo en cuenta la importancia central que se atribuye a esta cuestión, se propone que la misma no quede relegada ni en el momento de tomar decisiones sobre el ámbito protector del nuevo sistema ni, mucho menos, a la hora de plantear el desarrollo organizativo y competencial de los recursos destinados a atender a las personas en situación de dependencia, porque hacerlo así sería comenzar con una seria insuficiencia del modelo (recuérdese la experiencia francesa), pues los servicios sociales, por sí mismos, no pueden atender de manera integral a muchas personas en situación de dependencia, salvo que se asuman funciones que no son, en absoluto, propias de la atención social.

Se estima, por tanto, que además de la Ley de Dependencia y del necesario y urgente desarrollo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, debe elaborarse una ley estatal básica de servicios sociales, así como un plan de atención integral a la dependencia, en el que se establezcan las medidas complementarias a los servicios sociales que deben ser tomadas en consideración por otros sistemas de nuestra protección social, como la atención sanitaria, los sistemas y procedimientos estables de coordinación, los instrumentos y protocolos a utilizar, etc.

### 3.4 La metodología de gestión de casos en el modelo de intervención

Finalmente, hay que señalar que para que sea posible que la continuidad de cuidados se produzca de manera adecuada, sin interrupciones, con la utilización más eficiente y eficaz de los programas y servicios disponibles y contando con la participación de la persona afectada y de su cuidador/a familiar, es necesario introducir importantes cambios en los modelos de intervención social.

Entre ellos, se propone incluir la metodología de gestión de casos, de amplia tradición en los países nórdicos, Estados Unidos, Canadá, Holanda y Reino Unido, y que también se fue introduciendo con posterioridad en otros países europeos, como Austria, Alemania, Francia o Italia, con resultados de evaluación que han refrendado de manera palpable la utilidad de esta metodología para la intervención en el ámbito abordado (Leichsenring, 2005).

Como es bien sabido, la gestión de casos, caracterizada por una clara orientación a la persona afectada y su familia, aspira a hacer coincidir la oferta y la demanda en situaciones de complejidad de la atención, tal como se produce en muchas ocasiones en la dependencia (Davis, 1992; Challis *et al.*, 2002). Implica que existe una figura profesional, que puede ser dependiente de los servicios sociales o sanitarios (según los países es un/a trabajador/a social o un/a enfermero/a), a su vez encargada de “acompañar” a la persona y a su familia, desde el momento mismo de la evaluación y la elaboración del plan de cuidados y a lo largo de todo su proceso de dependencia, buscando y gestionando en cada momento los servicios y programas que resulten más adecuados al momento de su evolución y haciendo la evaluación permanente de los resultados obtenidos.

En nuestra realidad se están produciendo algunas iniciativas en este ámbito (el “profesional de referencia” que contempla la Ley madrileña de servicios sociales, por ejemplo) que indican que esta figura está comenzando a ser tenida en cuenta. El desarrollo de esta metodología en España implicaría determinar, como primeras medidas, cuáles son los objetivos y el perfil profesional más adecuado a nuestro contexto (titulación adecuada y formación adicional requerida), definir sus cometidos y competencias (capacidad de decisión sobre los recursos existentes, enfoque comunitario de las intervenciones...) y, naturalmente, ampliar las dotaciones del capítulo de personal.

A título indicativo, baste señalar que en el Reino Unido existe un profesional por cada 5/8.000 habitantes y en Dinamarca hay, como media, 4 ó 5 profesionales por cada 10.000 personas mayores de 65 años. En una estimación realizada con motivo del Proyecto canadiense SIPE, que fue implantado en dos zonas de Montreal, se estimó que el número de supuestos a gestionar por cada profesional dedicado a la gestión de casos debería ser, como máximo, de cuarenta (en principio se habían previsto sesenta), para poder desarrollar esta tarea con efectividad. Por otra parte, entre los resultados de la evaluación de este proyecto de gestión de casos, se destacan los siguientes (Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2004):



- Las personas en situación de dependencia y sus familias incrementaron su nivel de satisfacción en cuanto a su calidad de vida y la percepción de la calidad de la atención.
- Se redujo la utilización de los servicios de urgencias, de estancias hospitalarias y de ingresos en residencias.
- La figura del gestor de casos se reveló como muy adecuada para coordinar y movilizar los recursos más adecuados en cada momento, tanto de los servicios sociales como sanitarios.

Resultados igualmente óptimos han tenido otras experiencias, como la del programa PACE, desarrollado en Estados Unidos, además de otras muchas que funcionan en Europa.

### **3.5 La atención a la dependencia y el perfeccionamiento y complementariedad de los sistemas de Seguridad Social y de servicios sociales**

Como síntesis de todo lo anterior, y tal como ya se ha hecho constar, se estima que la entrada en vigor de los nuevos derechos de atención a la dependencia nos colocan ante una oportunidad muy interesante que puede ayudar a consolidar un verdadero sistema público estatal de servicios sociales, puesto que, por cuantas razones han sido ya invocadas, debe aprovecharse el momento para articular sus prestaciones a través precisamente del perfeccionamiento de nuestros servicios sociales y también de nuestro sistema de Seguridad Social. En este sentido, es recomendable huir de modelos como el alemán, en el que la atención a la dependencia se ha diseñado como un sistema que funciona, dentro de la Seguridad Social, pero de manera paralela al de la asistencia social selectiva (que continúa vigente), lo que está provocando importantes disfunciones en la operatividad del modelo y no pocos efectos perversos. Tampoco se trata de adoptar sin más modelos como el escandinavo, el inglés o el francés, y menos aún de manera inmediata y sin realizar un trabajo previo de clarificación, sistematización y ordenación de los recursos de los servicios sociales, teniendo en cuenta la gran heterogeneidad que en estos momentos se produce en España.

La propuesta que se realiza sería adoptar un modelo mixto singular combinado (de Seguridad Social y de servicios sociales), adaptado a nuestra realidad. Según este modelo se complementarían, por una parte, las prestaciones y recursos de los servicios sociales, que han de ser desde luego ampliamente incrementados, y las prestaciones económicas de la Seguridad Social, cuantificadas caso por caso y en función del grado y nivel de dependencia, ya se financie la dependencia mediante cotizaciones de la Seguridad Social (modelo gran invalidez) o se haga vía fiscal (modelo PNC). En este supuesto, bien de oficio o a demanda de la persona que crea reunir los requisitos para beneficiarse de las nuevas prestaciones, debe producirse la correspondiente valoración técnica en el domicilio de la persona para de-

terminar su grado y nivel de dependencia por el equipo correspondiente de su zona, ya sea mediante la ampliación de los equipos de valoración y orientación de las CC AA o bien de los dependientes de la Seguridad Social para la valoración de las incapacidades. Si la persona obtiene una puntuación por encima de la mínima establecida legalmente (hecho causante), recibirá el oportuno certificado en el que se determinará su grado y nivel de dependencia y la estimación de una cuantía de carácter finalista (que la Seguridad Social o el Estado abonaría, bien a la persona en situación de dependencia, bien a la comunidad autónoma correspondiente) para contribuir a la financiación de los servicios o programas que la persona utilice, de acuerdo con lo que se determine después en su correspondiente programa individualizado de atención. De esta manera, se produciría una complementariedad de actuaciones respetando el actual sistema competencial existente: el Estado, vía Seguridad Social, garantiza una cuantía que equivale al 50% del coste estimado de las prestaciones básicas (la ayuda personal requerida mediante cuidados y asistencia); mientras que las CC AA y las CC LL se obligan a completar el resto. Las personas beneficiarias del nuevo sistema colaborarían a financiar las prestaciones no básicas (la manutención y el alojamiento, las tareas domésticas a domicilio...), según su nivel personal de renta. En cuanto al resto de prestaciones (ayudas técnicas, adaptaciones del hogar, medidas preventivas, etc.), se establecerán y financiarán según un plan integral de atención a la dependencia, consensuado entre las diferentes Administraciones públicas.

En cualquier caso, y con independencia del modelo que se adopte, lo que es indudable es que la iniciativa política que está en ciernes nos ofrece una excelente oportunidad para revisar y repensar nuestros sistemas de protección social y avanzar en su perfeccionamiento. En el caso de los servicios sociales, cuyo protagonismo en los dispositivos de atención requeridos es innegable, estamos en el momento más adecuado para intentar llegar a acuerdos que acaben por consolidarlo como un nuevo sistema de protección social del mismo rango y parecida naturaleza que el SNS. Ello significaría volver a considerar la posibilidad de elaborar, previo consenso entre las tres Administraciones públicas, los partidos políticos y los agentes sociales, una ley de bases de servicios sociales, lo que originaría, una vez aprobada por las Cortes, la revisión de cada una de las leyes autonómicas. En este sentido, se recuerda que sólo la Ley 1/2003 de Servicios Sociales del Principado de Asturias, entre las recientes leyes de segunda generación a que se aludía antes, establece la obligación de elaborar un catálogo de prestaciones, “que distinguirá como fundamentales aquellas que serán exigibles como derecho subjetivo... (y que) tendrá carácter complementario respecto de las prestaciones de la Administración General del Estado en el ámbito de la Seguridad Social...” (art. 20.2 y 3).

#### **4. Cambios estructurales y organizativos a introducir en el sistema público de servicios sociales para posibilitar la utilización del modelo propuesto**

Naturalmente, hacer posible una atención con las características que se han descrito exigiría contar con una estructura organizativa y competencial de los servicios sociales y sanitarios que dista mucho de la que actualmente existe en nuestra realidad.

Por otra parte, no es tarea fácil proceder a una reorganización de la envergadura que se precisaría, teniendo en cuenta la distribución de competencias que la Constitución otorgó a la “asistencia social” (hoy convertida en servicios sociales) y, sobre todo, porque todas las CC AA tienen desarrollados sus correspondientes sistemas con normativa legal y reglamentaria muy abundante.

Se considera de interés, a estos efectos y como se ha mencionado arriba, considerar las diferencias entre la evolución histórica experimentada en el sistema sanitario y en el educativo, perfectamente definidos, sistematizados, organizados y dotados de suficientes recursos antes de producirse el traspaso a las CC AA, y los servicios sociales, que, debido a su escaso grado de maduración, cuando se produjo su traspaso no se tenía claro ni siquiera su propio concepto. Ello obligó a un enorme esfuerzo de las administraciones autonómicas en el que el voluntarismo, la imaginación y los escasos recursos se combinaron en el intento de estructurar, equilibrar e intentar conceptualizar una materia que permanentemente se ha ido transformando, mientras la demanda no ha dejado de crecer y presionar. A este respecto, basta con revisar en las correspondientes leyes autonómicas de primera generación las imprecisiones y vaguedades que se contienen a la hora de contemplar la definición de su objeto, su ámbito de actuación, sus funciones o sus responsabilidades, así como la indeterminación del alcance de la responsabilidad pública. Lo normal es que se establezcan declaraciones genéricas (y puramente retóricas) de derechos, que no se pudieron acompañar de las correspondientes garantías jurídicas para los ciudadanos ni con respecto a su efectividad, ni tampoco para el acceso a las prestaciones.

En este capítulo final, se van a presentar algunas propuestas relacionadas con los cambios estructurales y organizativos que pudieran introducirse en el ámbito de los servicios sociales, así como su repercusión en los ámbitos territoriales, funcionales, competenciales y de gestión, que, junto a las cuestiones relacionadas con la calidad, conforman las líneas de la reforma que se propone para ser debatida en las instancias que correspondan.

Obviamente, si bien las propuestas que aquí se contienen surgen al hilo de la reflexión y el análisis sobre la adecuación de los servicios sociales a las necesidades que plantean las situaciones de dependencia, éstas brindan una excelente oportunidad para, contemplándolas dentro de un contexto general, contribuir al debate que ya ha comenzado (Rodríguez Cabrero, 2000; Casado, 2002 y 2004; Asociaciones y Gerentes de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Alcorcón y Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, 2005; Red, 2005) y que ha de anteceder a los cambios que convenga propiciar para hacer que nuestros servicios sociales se conviertan en un auténtico sistema público de protección con garantía del principio constitucional de igualdad.

#### **4.1 Contra la fragmentación de los servicios sociales: la ruptura del hiato comunitario/especializado**

Con evidente influencia de la estructura organizativo-competencial del sistema sanitario, la inmensa mayoría de las leyes autonómicas de servicios sociales configuran dos niveles de atención, si bien basándose en criterios diferentes a los de aquél:

- Los servicios sociales primarios, generales o comunitarios, según las diferentes denominaciones, constituyen el primer nivel y se configuran como contacto inmediato con la ciudadanía con las características de proximidad, universalidad y enfoque comunitario de la intervención. La identificación confusa de este primer nivel hace que en muchos lugares de cualquiera de las tres Administraciones públicas se denomine al mismo “servicios sociales comunitarios”, mezclando así conceptos y jerarquías que confunden contenido semántico (relativo a la intervención) con la ordenación funcional (relativa a la estructura del sistema). Por otra parte, en muchos lugares se atribuyen a los ayuntamientos como competencias de este primer nivel las cuatro funciones que se recogen en el Plan Concertado para el Desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, a saber: información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento y prevención de la marginación e inserción social, para lo que cuentan con un conjunto de equipamientos básicos, como son los centros de servicios sociales, los albergues y centros de acogida.
- Los servicios sociales especializados, salvo algunas excepciones como, por ejemplo, la última Ley (11/2003) del Principado de Asturias, se configuran, no por la complejidad técnica de las intervenciones (como ocurre en el sistema sanitario), sino por los diferentes “colectivos” a los que se dirigen las prestaciones: discapacidad, mayores, infancia y familia... Entre las funciones que se atribuyen a las CC AA, como parte de este nivel especializado, figuran las relativas a la gestión de los diferentes centros de atención, ya sea ambulatoria (centros de día, centros ocupacionales, centros socioculturales...) o permanente (centros de acogida, alojamientos infanto-juveniles, alojamientos y residencias para personas con discapacidad, mayores, etc.).

Mayoritariamente, a su vez, dentro de la Administración autonómica, las estructuras de las consejerías competentes se organizan, por una parte, alrededor de los grupos de población antedichos y, por otra parte, hay una dirección general que se ocupa de los llamados servicios sociales comunitarios. Con esta fragmentación se perjudica seriamente la visión de conjunto, la continuidad de cuidados y la práctica de la interdisciplinariedad, que son, como se ha tratado de defender, elementos indispensables para ofrecer una oferta de calidad ajustada a las necesidades reales. En el caso de la atención a la dependencia, el perjuicio que ha originado esta práctica segregacionista y compartimentalizada ha sido muy alto, pues, como ya se ha manifestado anteriormente y en otros lugares (Rodríguez *et al.*, 2002, Rodríguez, 2005b), los importantes desarrollos científicos y avances en intervención que se han venido produciendo, tanto en el ámbito de la discapacidad como en el de la gerontología, así como en el campo del trabajo social comunitario, no han podido ser traspasados y compartidos para general conocimiento y aprovechamiento respectivo. De esta manera, puede afirmarse que la (si no excesiva, quizá sí autárquica) especialización con que se viene trabajando en la atención a las personas con riesgo o situación de dependencia perjudica una mejor comprensión del fenómeno y provoca una fragmentación de los conocimientos. Lo mismo cabe decir de la separación de niveles. Los profesionales que trabajan en la llamada “atención comunitaria” saben muy poco del trabajo desarrollado en el nivel “especializado” y de la teoría y la práctica de las intervenciones sectoriales, mientras que los profesionales que trabajan con los diferentes “colectivos” suelen desconocer los modelos de intervención con enfoque comunitario y hasta la estructura y contenidos de los servicios sociales como conjunto.

Ese divorcio se ha mantenido durante muchos años y aún sigue produciéndose en la mayoría de las realidades, tanto de la Administración del Estado (por una parte, el IMSERSO; por otra, la Dirección General de Servicios Sociales), como de las CC AA (Direcciones Generales de Mayores, de Discapacidad, de Servicios Sociales Comunitarios...), así como de la Administración local, fundamentalmente ayuntamientos, que, salvo algunos de los más grandes, limitan sus competencias en casos de dependencia a las de información, orientación y ayuda a domicilio. El papel de las diputaciones provinciales (o forales, en el País Vasco) en las CC AA pluriprovinciales suele ser bastante dinámico en aspectos como la ordenación, planificación, coordinación y gestión de la diversa tipología de servicios y programas, sobre todo en el contexto de los municipios menores de 20.000 habitantes, aunque tampoco puede decirse que su desarrollo sea homogéneo entre los diferentes territorios.

Y si esto pasa en el ámbito de los servicios sociales, ¿qué decir de la proverbial separación entre los recursos sanitarios y los de los servicios sociales? Diferentes ministerios y consejerías se ocupan (planifican, regulan, gestionan...), por una parte, de un inmenso “Goliat” bien estructurado y poderoso (con un alto bagaje científico/técnico y un modelo de intervención profesional basado en la protocolización de la asistencia), y, por otra, de un diminuto “David” que adolece de debilidad estructural, escasez de recursos y medios técnicos y del que se mantiene una percepción social (que tiñe también a muchos profesionales del sector) de constituir un subsistema marginal restringido a las capas

sociales de escasos recursos económicos y subsidiario del papel asistencial de la familia. Con todo, los servicios sociales, pese a sus graves carencias de todo tipo, aún tienen que acoger, junto a una demanda propia que no para de crecer, muchas otras que les son impropias y que no son atendidas por el gran gigante. Sin embargo, tal como se ha reflejado arriba y ocurre en la mayoría de los países más avanzados en intervención social, resulta absolutamente necesario que se produzca una verdadera convergencia entre ambos sistemas de atención si se quiere dar una respuesta adecuada a buena parte de las situaciones de dependencia.

Como se decía en el apartado 2.5., los recursos formales de apoyo a las personas que tienen una situación de dependencia han de reunir una serie de criterios para poder cumplir los principios centrados en el ejercicio de los derechos de la persona, y conseguir así con las intervenciones el incremento de su calidad de vida. Entre ellos, quieren destacarse ahora, por su relevancia para la efectividad del modelo, los principios de autonomía, de integración social y de continuidad de cuidados y los criterios de intervención que les corresponden: diversidad, proximidad/enfoque comunitario de las intervenciones y coordinación/complementación.

Para hacerlos efectivos, teniendo en cuenta la escasez de recursos existente y su falta de flexibilidad para adaptarse a las peculiaridades de cada caso, resulta obvio concluir la necesidad de un esfuerzo inversor considerable (la LAPAPED lo posibilitará). Pero a ello hay que unir el reconocimiento de que la actual estructura y organización por niveles de los servicios sociales a que se ha hecho referencia lo que hoy favorece es la fragmentación, la descoordinación y la rigidez, por lo que resulta forzoso acabar concluyendo que, si realmente se quiere aplicar el modelo propuesto u otro que se fundamente en la racionalidad y el conocimiento, es necesario acometer una reforma profunda de la estructura actual de los servicios sociales.

Como se ha mencionado, tal estructura tuvo su inspiración en la organización de los recursos del SNS (primaria: centro de salud; especializada: hospital como centro). Sin embargo, en el modelo que se está defendiendo no sirve reproducir la estructura sanitaria, porque todos los recursos, incluidos los alojamientos (“las residencias son para vivir”) han de estar al servicio de la consecución de la calidad de vida tal como se ha planteado, por lo que las características de globalidad, proximidad y continuidad resulta esencial que se mantengan en todos y cada uno de los recursos de atención.

En consecuencia, la base de la reforma debería consistir, como primera condición, en que toda la red de recursos de atención a la dependencia tenga la característica de proximidad y, por tanto, que deba planificarse y disponerse de ella en el lugar más cercano a la vida cotidiana de sus destinatarios. Correlativamente, por lo que se refiere a las intervenciones, han de realizarse, cualquiera que sea el dispositivo o recurso desde el que se atienda a la persona, con un enfoque comunitario, al que los/as profesionales de los servicios sociales en este ámbito debieran retornar (Rodríguez Rodríguez, 2004; Fantova, 2005, Ramos, 2005).

Por supuesto, este requisito no debe concebirse como antagónico a la atención especializada que se requiere en las intervenciones en dependencia, que debe ser practicada en un contexto de interdisciplinariedad de la mayor amplitud, para evitar efectos perversos como los ya señalados.

En síntesis, cabría concluir que, en contra de las denominaciones y concepciones vigentes, una correcta atención a la dependencia exige la disposición de toda la red de recursos en entornos locales de proximidad y que las intervenciones estén marcadas, conjuntamente, por la especialización y el trabajo comunitario.

## **4.2 Cambios organizativos en la ordenación funcional y territorial del sistema público de servicios sociales: el protagonismo local como meta**

Las características que se han venido predicando con respecto al modelo de atención a la dependencia determinan que deba considerarse llevar a cabo iniciativas dirigidas a producir la correspondiente adaptación al mismo de los servicios sociales (y también de los sanitarios).

Una de ellas es que debe volver a retomarse la idea del protagonismo local en la prestación y organización de los servicios sociales (De las Heras y Cortajarena, 1979; Ordinas, 1984), si bien se estima que no debiera situarse tal protagonismo en el ámbito municipal de manera generalizada (imposible, por criterios racionales de planificación, que en la mayoría de los pueblos de nuestra geografía cuenten con todo tipo de recursos), sino en demarcaciones definidas tanto por las características del territorio como por la densidad de la población potencial a atender. A efectos operativos, tales demarcaciones podrían ser las áreas de servicios sociales, que, para hacer posible los criterios de coordinación y complementación, sería conveniente hacerlas coincidir con las sanitarias, tal como se recomendaba en el Plan Gerontológico y se recoge, por ejemplo, en la Ley asturiana de servicios sociales.

Ahora bien, dicho lo anterior, hay que añadir inmediatamente que para desarrollar una iniciativa de la envergadura que se propone, es indispensable disponer de un período suficiente de tiempo durante el que pueda procederse a la reordenación del sistema y verificar su adecuado funcionamiento. Y, aunque naturalmente tal iniciativa deba ser liderada por la Administración autonómica, se estima como muy conveniente encuadrar la reforma de acuerdo con las bases que para todo el Estado se fijan en una Ley Básica de Servicios Sociales, en cuya elaboración, y antes de su envío al Parlamento para el debate, debiera lograrse un acuerdo previo del conjunto de Administraciones públicas, de los partidos políticos, así como de los agentes sociales y las entidades representativas de la sociedad civil.

Entre los cambios que se estima debieran contemplarse en la reforma que se propugna, se destacan los siguientes:

- En la ordenación funcional del sistema debería huirse de la atribución de distintos niveles en cuanto a la prestación. Se propone un único nivel, basado en los criterios de proximidad y enfoque comunitario de las intervenciones, en el que deben situarse todos los recursos de apoyo a la dependencia (desde los de carácter preventivo hasta la atención a enfermos terminales), salvo los que, por su naturaleza, no sea posible descentralizar (p. ej., centros de desarrollo tecnológico y ayudas técnicas, de investigación o de formación). Las responsabilidades de gestión de toda la red de recursos de atención a la dependencia recaerán durante el período de tiempo que requiera su total funcionamiento sobre la Administración autonómica (incluido el SAD dirigido a las personas en situación de dependencia), si bien esta gestión se realizará descentralizadamente en las áreas sociosanitarias que se determinen y en colaboración con los servicios sociales municipales y los dependientes de las diputaciones provinciales o forales. A este respecto deberían crearse equipos multidisciplinares de área, a los cuales se les encomendará la responsabilidad de llevar a cabo la valoración integral de los casos y la correspondiente elaboración del programa individualizado de atención, así como su seguimiento y la gestión de aquéllos que presenten una especial complejidad. Una vez conseguida la reordenación y el correcto funcionamiento del sistema (se estima de 8 a 10 años), procedería el traspaso total de competencias de gestión a la Administración local, acompañado de la correspondiente financiación.
- Entre las funciones de ámbito autonómico no debieran figurar, pues, cuando el sistema llegue a su consolidación, las que tienen que ver con la gestión de centros o programas de atención a las personas, aunque sí deba retenerse la gestión unificada de las prestaciones económicas, como las PNC. Por tanto, las funciones autonómicas en el ámbito de la dependencia se circunscribirían al final del período acordado a algunas como las siguientes: valoración para el acceso a las prestaciones por dependencia; planificación y ordenación general del sistema y de los dispositivos de atención (mapas de recursos); regulación legal en cuanto al reconocimiento de derechos y establecimiento de deberes, garantías jurídicas para su ejercicio, modalidades de acceso a las prestaciones, etc.; establecimiento de estándares de calidad de los diferentes recursos y prestaciones; mantenimiento de sistemas de información; procedimiento y ejecución de los procesos de autorización, registro y acreditación; regulación, colaboración, asesoramiento y control de la actividad de la iniciativa privada; apoyo y fomento a las entidades de la iniciativa social; establecimiento de órganos consultivos y de participación; inspección, control y potestad sancionadora como garantía del correcto funcionamiento de los servicios; coordinación y apoyo a la Administración local; investigación, formación...
- Por lo que atañe a la organización territorial del sistema público de servicios sociales a cargo de las CC AA, habrá de realizarse por ellas teniendo en cuenta las características de los respectivos territorios y atendiendo a sus peculiaridades (si son grandes urbes, islas o hábitats rurales, por ejemplo). La organización territorial que se establezca debiera regularse mediante los correspondientes mapas de servicios sociales, que sería bueno que contemplaran, siempre que sea posible, que las áreas de servicios sociales resulten coincidentes con las sanitarias.



- La calidad de la atención dispensada por el sistema público de servicios sociales ha de garantizarse por medios objetivos y evaluables, lo que debiera contenerse en la regulación legal. Y ello tanto en lo que se refiere al respeto de los principios y criterios que componen la calidad de vida de las personas a las que se atiende, según el esquema planteado en 2.5, como en lo relativo a cuanto afecta a la gestión de calidad de los procesos, organizaciones y sistemas. En este sentido, debe utilizarse adecuadamente el conocimiento adquirido en este ámbito y las herramientas y procedimientos que la facilitan. La calidad de los recursos humanos pasa por la incorporación al modelo de gestión de la formación inicial y permanente de los profesionales, cuidándose especialmente que los contenidos curriculares contemplen la obtención de competencias que tengan en cuenta las actitudes y valores adecuados para la intervención con personas en situación de vulnerabilidad. Por otra parte, y desde un enfoque de género, conviene tener presente la actual realidad de muchas mujeres cuidadoras, que carecen de formación y de experiencia laboral debido a su especialización en la dedicación a los cuidados familiares, pero que han adquirido gran competencia en el ámbito de la atención a las personas a lo largo de su vida. En este sentido, sería bueno que se contemplara la posibilidad de convalidar su experiencia como formación, igual que se ha hecho en otros países, con el fin de facilitar así su acceso al mundo del trabajo. La obtención de la calidad también implica, como es lógico, invertir en investigación e innovación, tema que es especialmente relevante en un sector en el que, si es muy necesaria una buena gestión y aplicación del conocimiento ya existente, como se ha dicho, lo es tanto o más seguir destilando más conocimiento, de manera especial del que se deriva de las buenas prácticas y de las experiencias innovadoras, que deben ser promovidas y diseminadas.

Antes de dar por finalizado este apartado, se vuelve a traer la reflexión sobre la posibilidad y conveniencia de proceder, en el marco de la nueva regulación de régimen local que parece se está fraguando, a una reorganización territorial que reduzca el excesivo número de municipios que actualmente tenemos, como garantía de mejora de la eficacia organizativa en el deseable proceso descentralizador y en evitación de desigualdades entre territorios. A estos efectos, recuérdese que en Suecia se pasó de 2.498 municipios en 1950 a 286 en 1994; mientras que en Dinamarca, y para las mismas fechas, los 1.390 municipios iniciales se redujeron a 275, encontrándose este país (pionero en la descentralización de los servicios de proximidad) embarcado en una nueva reestructuración. Recientemente, también en Grecia se ha llevado a cabo una drástica reducción del número de municipios, habiéndose pasado de 5.825 en 1996 a 1.033 en 1999 (Hlepas, 2005).

### **4.3 La Ley estatal básica de Servicios Sociales y el Plan integral de promoción de la autonomía y prevención y atención a las personas en situación de dependencia**

La iniciativa política que se ha previsto por el actual Gobierno para la constitución de nuevos derechos sociales que garanticen la atención a las personas en situación importante de

dependencia, se llevará a cabo mediante una regulación legal que está a punto de presentarse al Parlamento para su debate y posterior aprobación. En ella parece que se contendrán, además de sus principios básicos y de la configuración del nuevo sistema, aspectos como el papel de las Administraciones públicas, el catálogo de prestaciones y servicios, el establecimiento de acceso (la valoración de la dependencia), la financiación, la calidad...

Pero, debido a las características de los servicios sociales a que se ha venido haciendo referencia a lo largo de este trabajo, sería conveniente pensar también en la regulación del modo de imbricación entre estos nuevos derechos y la mejora del sistema público de servicios sociales, con el que, como se ha venido repitiendo, debe existir una estrecha conexión. A este respecto se ha justificado y se reitera ahora la conveniencia de desarrollar una reforma importante en los aspectos organizativos y funcionales existentes e, incluso, una nueva iniciativa legal, como sería la elaboración y aprobación de una ley básica estatal de servicios sociales.

Se considera que ello constituye una condición necesaria para dotar a los sistemas públicos (nacional y autonómicos) de servicios sociales de coherencia y sistematización, así como para garantizar los principios de universalidad, equidad, solidaridad, proximidad y, sobre todo, el derecho a la igualdad de toda la ciudadanía (vivan donde vivan las personas) en el acceso a las prestaciones de atención a la dependencia, pero también de otras prestaciones de los servicios sociales. Se estima, en definitiva, que la mencionada ley básica sería la fórmula más idónea para que lleguemos a contar con un auténtico “sistema” de servicios sociales, del mismo rango que la Sanidad o la Educación, y que la atención a la dependencia propicia un momento muy oportuno para llevarlo a cabo.

Naturalmente, y como también se ha repetido, la oportunidad de llevar adelante esta iniciativa, así como las bases de tal norma legal, deben ser consensuadas entre las tres Administraciones y los partidos políticos, dando participación igualmente a los agentes sociales y a las entidades más representativas del sector. Es decir, debe propiciarse un gran pacto interinstitucional en aras del interés general y del mejor servicio a la ciudadanía para conseguir la salvaguarda de los principios enunciados (y, en especial, el de igualdad constitucional) y llegar a acuerdos en elementos esenciales como la conceptualización del modelo y de sus prestaciones, los indicadores y estándares mínimos de cobertura y calidad, los modelos de gestión y financiación, etc.

Por otra parte, y como también ha quedado reflejado en estas páginas, una correcta atención a la dependencia exige las prestaciones de otras áreas de nuestro sistema de protección social, como son las necesidades de vivienda adecuada y la atención sanitaria, cuidando especialmente de su coordinación sistemática con los servicios sociales. Asimismo, la puesta en funcionamiento del sistema de atención a la dependencia requerirá de cambios en algunas prestaciones y medidas vigentes en la actualidad, como, por ejemplo, el sistema fiscal o la Seguridad Social. Y no hay que olvidar la necesidad de determinar y organizar el conjunto de apoyos que requieren las personas que tienen riesgo o situación de dependencia

y sus familias, en aquellos casos cuya situación no les permita acceder a las prestaciones del nuevo sistema (prevención, atención temprana, apoyos educativos, formativos, de empleo, programas de envejecimiento activo, sensibilización y compromiso social...).

Para todo ello, se recomienda la elaboración de un plan integral de promoción de la autonomía y prevención y atención a las personas en situación de dependencia, en colaboración con los diferentes ministerios, consejerías, Administración local, agentes sociales, entidades representativas de las personas con discapacidad y personas mayores, y entidades proveedoras de recursos.

## 5. Conclusiones y propuestas

El presente trabajo se asienta en un momento que puede calificarse de histórico para el avance de nuestras políticas sociales: se ha tomado la decisión política de elaborar una Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAPED), mediante la que se garantizará la atención a estas situaciones, ampliándose así los derechos sociales de ciudadanía.

Al hilo de esta realidad, que abre una enorme esperanza para muchas personas y familias, parece obligado plantearse el análisis y la reflexión sobre los paradigmas de la intervención que resulten más adecuados a la aplicación del nuevo sistema, así como sobre la naturaleza y funcionamiento de los servicios sociales, donde la iniciativa se incardina, y sus conexiones con otros ámbitos de nuestra política social (el Sistema Nacional de Salud, la Seguridad Social...). En eso consiste, fundamentalmente, el contenido de este trabajo, en el que se trata de responder a dos cuestiones que alumbren un nuevo debate: ¿cuál es el modelo de intervención más adecuado para responder a las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias cuidadoras?; ¿qué cambios habría que introducir en nuestros sistemas de protección social, especialmente de servicios sociales, para que este pueda llevarse a cabo?

Para responder a la primera pregunta, se ha realizado un repaso de la normativa española de Seguridad Social, destacándose que la protección social de la dependencia no es asunto nuevo en nuestro ordenamiento jurídico, si bien el alcance de sus prestaciones, pese al avance que supuso la Ley de Prestaciones no Contributivas (1990), deja fuera a muchas de las personas que tienen esta situación actualmente (de manera especial, las mayores de 65 años y las menores de 18). La universalización de las prestaciones sanitarias culminada por La Ley General de Sanidad (1986) y la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases de Régimen Local, supusieron avances de envergadura. Del mismo modo, y en el ámbito estricto de los servicios sociales, se resaltan las principales iniciativas que fueron jalonando avances en su conformación: la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), las respectivas leyes autonómicas, el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales (1988), el Plan Gerontológico (1990) y el Acuerdo Interministerial para la Coordinación sociosanitaria (1993).

Con todo, el análisis de los dispositivos de los servicios sociales de atención a la dependencia arroja resultados bien conocidos, marcados por su escasez (especialmente en atención domiciliaria y de centros de día), desigual distribución territorial, diferentes mo-

dalidades de acceso, aunque todas sometidas a prueba de necesidad (recursos escasos), y su carácter subsidiario de la atención familiar. Con respecto a ésta, se enfatiza la sobrecarga que muestra la investigación desarrollada, así como su excesivo carácter de género, que hace recaer sobre las mujeres un peso abrumador en tiempo dedicado e intensidad de la atención, con graves efectos adversos sobre su propia salud y oportunidades de desarrollo. En este aspecto, la nueva LAPAPED puede contribuir decisivamente a desarrollar un modelo de atención mediante el que se deconstruya el sistema de género que ha sido predominante desde tiempo inmemorial, y apoyar, también en el asunto de los cuidados, a la acomodación de nuestro país al tipo de sociedad igualitaria a la que debemos aspirar.

- Teniendo en cuenta que no existe, en el ámbito de la atención a la dependencia, un modelo de intervención cuyas bases fundamentales sean comunes a las diferentes CC AA, se plantea como necesidad candente su elaboración para promover un debate que deseablemente debería acabar en un consenso técnico. La definición del modelo de intervención que se sugiere se basa en el conocimiento científico producido, en las recomendaciones y propuestas de los organismos internacionales, en las aportaciones realizadas por profesionales y expertos en la materia y en las aspiraciones y deseos de las personas con discapacidad y las personas mayores.

Las líneas principales del modelo son: incluir como destinatarios de la atención tanto a las personas afectadas por riesgo o situación de dependencia como a sus familias; fijarse objetivos que contemplen la complementariedad entre la promoción de la autonomía y la prevención y atención de la dependencia; y sustentar el modelo en el paradigma de calidad de vida que pone en el centro del proceso de intervención a las personas y el respeto a sus derechos.

- Se aborda también el catálogo de prestaciones que debe comprender una correcta atención a las personas en situación de dependencia, entre las que se incluyen las de carácter preventivo, las que debe disponer el sistema sanitario, las que afectan a políticas de vivienda y, naturalmente, las que corresponden a los dispositivos de los servicios sociales.

Entre éstos, se recomienda proceder a un amplio desarrollo en cantidad y calidad de todos ellos, pero, de manera prioritaria y preferente, de los SAD. Éstos deben configurarse como un conjunto de servicios muy diversificados y flexibles para adaptarse a las necesidades cambiantes de cada caso. Por otra parte, también debe propiciarse una sensible reorientación de este conjunto de servicios englobados en los SAD, con el fin de que contemplen entre sus prestaciones los apoyos en el entorno y la asistencia personal.

Desde cualquiera de los dispositivos de atención social (SAD, centros de día, residencias...) debieran incluirse programas y servicios dirigidos directamente a las familias, las cuales deben participar, por otra parte, a lo largo del proceso de atención en las intervenciones que se realicen a la persona en situación de dependencia.

El carácter de servicios personales de proximidad que han de tener los dispositivos de atención a las personas en situación de dependencia exige ir incorporando algunas de las nuevas propuestas de marcado carácter comunitario que se están produciendo en la actualidad en diferentes países. En consecuencia, en los procesos de diseño y planificación debe tenerse en cuenta esta necesidad de innovación, así como participar en las redes de buenas prácticas existentes. Esto afecta a cualquiera de los servicios existentes, pero de manera más acusada a los sistemas de alojamientos y residencias, que deben ver sensiblemente mejorada su calidad de atención.

- Se plantean las relaciones (y discrepancias) entre el modelo propuesto, basado en la racionalidad y en el interés de las personas afectadas, y los dispositivos sanitarios y sociales existentes. En este sentido, tras señalar las enormes diferencias existentes entre el SNS y los diferentes sistemas de servicios sociales autonómicos, se apela a que éstos se configuren como un auténtico sistema de ámbito estatal para garantizar la igualdad constitucional de las prestaciones básicas. A este respecto, se reflexiona sobre la diferente evolución histórica que tuvieron ambos y cómo el traspaso de competencias a las CC AA se realizó en un caso (el SNS) cuando el sistema se encontraba sistematizado, estructurado y suficientemente extendido, mientras que en los servicios sociales se llevó a cabo cuando no se tenía clara ni siquiera su conceptualización y sin prever el formidable desarrollo que habría de tener con posterioridad, sobre todo a causa de las demandas derivadas de la dependencia. Con todo, se señalan algunas deficiencias que mantiene el sistema sanitario y se propone que el SNS asuma la adecuada atención a las personas con dependencia, fundamentalmente mediante el desarrollo legislativo de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS, y la extensión de la atención geriátrica.

La necesidad de garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria para llevar a cabo una correcta atención, implican que no debe descuidarse esta importante cuestión en las reformas a realizar, asumida como crucial en el entorno de los países más avanzados en políticas sociales.

Fundamentándose en la salvaguarda del respeto a los aspectos competenciales entre Administraciones públicas, en la mayor claridad del derecho para los ciudadanos que introducirá la LAPAPED y en la simplificación de la gestión de sus prestaciones, se sugiere la conveniencia de considerar la posibilidad de que la parte que el Estado garantice en la atención a la dependencia se lleve a cabo al amparo de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, con independencia del modelo de financiación que se adopte. Se produciría así una complementariedad de actuaciones: el Estado, vía Seguridad Social, garantiza una cuantía que equivale al 50% del coste estimado de las prestaciones básicas (la ayuda personal requerida mediante cuidados y asistencia); mientras que las CC AA y las CC LL se obligan a completar el resto. Las personas beneficiarias del nuevo sistema colaborarían a financiar las prestaciones no básicas (la manutención y el alojamiento, las tareas domésticas a domicilio...), según su nivel personal de renta.

Se realizan también una serie de propuestas relacionadas con los cambios estructurales y organizativos que llevarían implícita la adecuación de los dispositivos de atención social a una correcta intervención en situaciones de dependencia, que debe tener en cuenta inexcusablemente la continuidad de cuidados. En este sentido, se recomienda acabar con la fragmentación y dispersión de competencias que en la actualidad se produce y también con el modelo de intervención, que ha de combinar en los casos de dependencia la especialización y un marcado enfoque comunitario.

Entre las recomendaciones más destacadas que se propugnan destacan dos: en primer lugar, se plantea que toda la red de recursos de atención –incluidos los alojamientos– se descentralicen en entornos de proximidad y que la gestión, al final del proceso, se realice por la Administración local; por otra parte, se propone que se valore la conveniencia y oportunidad de elaborar, previo consenso interadministrativo, político y de los movimientos sociales, una Ley Estatal Básica de Servicios Sociales, de parecida naturaleza y espíritu de la Ley General de Sanidad, como vía para garantizar el principio constitucional de igualdad para toda la ciudadanía y de fijar las bases comunes de las prestaciones de los servicios sociales.

Finalmente, y en cuanto atañe al marco estricto de la atención a la dependencia, también se propone la elaboración de un plan integral de promoción de la autonomía y prevención y atención a las personas en situación de dependencia, en el que se recoja la intervención de todos los ámbitos de la protección social relacionados.

## Índice de Tablas y Gráficos

### Tablas

Tabla 1. Comparación de las <i>ratios</i> de cobertura en residencias y SAD para personas mayores en algunos países de Europa .....	17
Tabla 2. Estructura de la población española por grandes grupos de edad en números absolutos (miles) y relativos (%) (1970-2001) .....	19
Tabla 3. Evolución del indicador de potencial de cuidados a las personas mayores. España .....	20
Tabla 4. Opinión de la población española >18 años sobre el papel de la Administración con respecto a su colaboración en la atención a las personas en situación de dependencia .....	23
Tabla 5. Opinión de la población >65 años sobre el papel de la Administración con respecto a su colaboración en la atención a las personas en situación de dependencia .....	24
Tabla 6. Opinión de cuidadores/as de personas mayores sobre el papel de la Administración con respecto a su colaboración en la atención a las personas en situación de dependencia .....	24
Tabla 7. Importancia de las medidas más importantes a tomar por las Administraciones públicas para apoyar a las personas con dependencias y a sus familias, en opinión de la población española >18 años (1ª mención) .....	24
Tabla 8. ¿Cómo cree Vd. que deberían ser las residencias para personas mayores? (porcentajes) .....	26



Tabla 9. Opinión de los/as españoles/as ante la iniciativa política del Gobierno de España de desarrollar un sistema de atención a las personas en situación de dependencia para colaborar con las familias en la atención .....	26
--	----

## Gráficos

Gráfico 1. Importancia de las medidas a tomar por las Administraciones públicas para apoyar a personas mayores y familia, a juicio de los/as cuidadores/as (1ª mención). Comparación 1994-2004 .....	25
Gráfico 2. Principios y criterios de intervención .....	39
Gráfico 3. Estructura de la red de recursos .....	43
Gráfico 4. El modelo de intervención en situaciones de dependencia .....	44
Gráfico 5. Continuidad de cuidados y coordinación sociosanitaria .....	53

## Bibliografía

- Abellán, A., y Puga, M.<sup>a</sup> D. (2002), Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010, Madrid, Fundación Pfizer.
- Alberdi, I. (1999), La nueva familia española, Madrid, Taurus.
- Alonso, J. M.<sup>a</sup> (2004), La atención a la dependencia y el “Pacto local”, en Casado, D., Respuestas a la Dependencia, Madrid, Ed. CCS.
- Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Alcorcón y Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (2005), Los servicios sociales, la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia, Madrid.
- Aznar, M. (1988), Nuevas variaciones sobre la descentralización de los servicios sociales: la interpretación “inglesa” de un modelo constitucional “a la francesa”, en VV AA, Descentralización de los Servicios Sociales, Madrid, Acebo.
- Aznar, M. (1999), La protección social de la dependencia en España (legislación del Estado), en Rodríguez Cabrero (coord.), La protección social de la dependencia, Madrid, IMSERSO.
- Barnes, C., y Mercer, G. (2003), Disability, Cambridge Polity Press.
- Casado, D. (1981), Conceptos y organismos y entidades y Estructura de los servicios sociales y asistenciales, en Organización y Administración de servicios sociales, Madrid, Marsiega.
- Casado, D. (1988), Criterios para la descentralización territorial de los servicios asistenciales y sociales, en VV AA, Descentralización de los Servicios Sociales, Madrid, Acebo.
- Casado, D. (1995), Ante la discapacidad, Buenos Aires, Ed. Lumen.
- Casado, D. (2002), Reforma política de los servicios sociales, Madrid, Ed. CCS.
- Casado, D. (2004) (dir.), Respuestas a la Dependencia, Madrid, Ed. CCS.
- Casado, D., y López Casanovas, G. (2001), Vejez, dependencia y cuidados de larga duración, Barcelona, Fundación La Caixa.
- CERMI (2004), La protección de las situaciones de dependencia en España. Una alternativa para la atención de la personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad, Madrid.
- CERMI (2005), Posición del movimiento asociativo articulado de la Discapacidad ante la futura regulación legal de la promoción de la autonomía personal y la atención a las situaciones de dependencia, en *Revista CERMI*, diciembre.

- Challis, D., *et al.* (2002), *Care management in social and primary health care: the Gateshead Community Care Scheme*, Aldershot, Ashgate.
- Colectivo Ioé/INSERSO/CIS (1995), *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, Madrid, INSERSO.
- Consejo de Europa (1998), Resolución sobre Recomendación (98)9, del Comité de ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia, en Sancho, T. (coord) (1999), *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, Madrid, IMSERSO.
- Consejo Estatal de Personas Mayores (2001), II Congreso Estatal de Personas Mayores. Una sociedad para todas las edades, Conclusiones.
- Consejo Federal de CC OO (2000), *Los servicios de atención a las personas dependientes*, Madrid.
- Davis, B. (1993), *Care Management, Equity and Efficiency: The International Experience*, Personal Social Services Research Unit. Kent, University of Kent at Canterbury.
- De las Heras, P., y Cortajarena, E. (1979), *Introducción al Bienestar Social*, Pamplona, Federación de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- Defensor del Pueblo (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid.
- Durán, M.<sup>a</sup> A. (1999), *Los costes invisibles de la enfermedad*, Madrid, Fundación BBVA.
- Durán, M.<sup>a</sup> A. (2005), Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania, *Boletín sobre envejecimiento*, nº 16, Madrid, Observatorio de Mayores, IMSERSO.
- Durán, M.<sup>a</sup> A., y Rogero, J. (2004), *Nuevas parejas para viejas desigualdades*, Madrid, INJUVE.
- Esping-Andersen, G., Duncan, G., Hemerick, A., y Milles, J. (2002), *Why we need a new Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995), *Who will care? Future prospects for family care of older people in the European Union*, Shankill, Co. Dublin.
- EUROSTAT (2005), *Conciliation entre vie professionnelle et vie familiale: Des écarts entre les femmes et les hommes*, Luxemburgo, European Communities.
- Fantova, F. (2005), Los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y la gestión del conocimiento, en Casado, D. (dir.), *Avances en bienestar basados en el conocimiento*, Madrid, Ed. CCS.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997), Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales, en *Anuario de Psicología*, 73.
- Fries, J. F. (1980), The compression of morbidity: near or far?, en *Milbank Quarterly*, 67, 2.
- Fundació Institut Català d'Envel·liment (2004), *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia*, Madrid, Edad y Vida.

- García, J., y Rodríguez, P. (2004), Rompiendo Distancias. Un programa para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en contextos rurales, en *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40,1:22-34.
- Gil Calvo, E. (2002), Familismo, *El País*, 25-11.
- Gómez, J., Sepúlveda, D., e Isaac, M. (2003), Reducción de la dependencia en el anciano, Servicio de Geriátría de la Cruz Roja, Madrid.
- Guillén, E., (2005), Sobre las segundas leyes de servicios sociales, en Guillén, E. (comp.), Sobre problemas y respuestas sociales, Barcelona, Ed. Hacer.
- Hlepas, N. K. (2005), Grècia. La democratització a través de la descentralització?, Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials, Col·lecció Món Local, 14.
- IMSERSO (2005a), La atención a las personas en situación de dependencia en España, Libro Blanco, Madrid.
- IMSERSO (2005b), Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- IMSERSO (2005c), Las personas mayores en España. Informe 2004, Madrid.
- INE (2001), Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Madrid.
- IMSERSO (1993), Plan Gerontológico, Madrid.
- Jamieson, A. (1993), El apoyo informal en Europa, en Comparación de políticas de atención a las personas mayores, Barcelona, Ed. SG.
- Jani-Le Bris, H. (1993), Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays del Communautés Européennes, Dublin, Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Janicki, M. P., y Ansello, E. F. (2000), Community supports for aging adults with lifelong disabilities, New York, Brookes.
- Jiménez, A., et al. (1999), La protección de la Seguridad Social por incapacidad permanente, Madrid, Ed. Fundación ONCE, Escuela Libre Editorial.
- Kalache, A., y Kickbusch, I. (1997), A global strategy for healthy ageing, en *World Health*, 4-5.
- Leichsenring, K. (2005), Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea, *Boletín sobre el envejecimiento*, n.º 15, Madrid, IMSERSO.
- Little, A. (1988), Psychological aspects of working with elderly clients, en Squires, A. J. (ed.), Rehabilitation of the older patient, Sydney, Croom Helm.
- Lorenzo, R. (1981), Los servicios sociales en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía, en Cambio social y servicios sociales, Madrid, PSOE.
- Martínez, M.<sup>a</sup> A. (2002), Las familias ya no podemos más: Riesgos de exclusión social de las familias que cuidan a enfermos crónicos, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 35:145-65.

- Martínez, M.<sup>a</sup> A. (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, E. (comp.), Sobre problemas y respuestas sociales, Barcelona, Ed. Hacer.
- Montorio, I., y Losada, A. (2004), Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional, *Boletín sobre envejecimiento*, nº 13, Observatorio de Personas Mayores, Madrid, IMSERSO.
- Montraveta, I., y Villa, A. (1985), La legislación autonómica de servicios sociales, en *Revista de Servicios Sociales y Político Social*, 4,7.
- OCDE (1996), Caring for frail elderly people. Policies in evolution, Paris, OCDE.
- OCDE (2000), A System of Health Accounts, Paris, OCDE.
- OCDE (2005), Long-term Care for older people, Paris, OCDE.
- Oliver, M., y Barnes, C. (1998), Disabled People and Social Policy. From Exclusion to Inclusion. Addison Wesley Longman Ltd, Harlow.
- OMS (1983), Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, Madrid, IMSERSO.
- OMS (2000), Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores, Ginebra, Programa sobre Envejecimiento y Salud.
- OMS (2001), Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Madrid, OMS/OPS/IMSERSO.
- OMS (2002), Active Ageing, Ginebra.
- Ordinas, T. (1984), Los servicios sociales a lo claro, Madrid, Ed. Popular.
- Organización de Naciones Unidas (1982a), Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento, Nueva York, Naciones Unidas.
- Organización de Naciones Unidas (1982b), Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. Aprobado por Resolución 37/52, de 3 de diciembre. Versión española en Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía, 1988, Madrid.
- Organización de Naciones Unidas (2002), Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (2):12-36.
- Pacolet, J., et al. (1988), Social Protection for dependency in old age in the 15 EU members States and Norway, Bruselas, Comisión Europea.
- Pérez Díaz, J. (2003), La madurez de masas, Madrid, IMSERSO.
- Priestley, M. (1998), Discourse and resistance in care assessment: Integrated living and community care, en *British of Social Work*, 28:659-73.
- Ramos, C. (2005), A vueltas con el enfoque comunitario, en Guillén, E. (comp.), Sobre problemas y respuestas sociales, Barcelona, Ed. Hacer.

- Real Patronato sobre Discapacidad (2003), Necesidades de apoyo para la vida activa de las personas en situación de dependencia funcional, *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, Madrid.
- Red, N. de la (2005), Hacia la intervención integral en los servicios sociales, en Guillén, E. (comp.), *Sobre problemas y respuestas sociales*, Barcelona, Ed. Hacer.
- Rodríguez Cabrero, G. (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- Rodríguez Cabrero, G. (2000), Las necesidades sociosanitarias de la población dependiente en España: Modelos de cuidados prolongados y coordinación de recursos. El debate profesional (Informe de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología), en Defensor del Pueblo, *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid, Defensor del Pueblo.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004a), *Protección social de la dependencia en España*, Madrid, Fundación Alternativas, Documento de trabajo 44.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004b), La población dependiente española y sus cuidadores, en Casado, D. (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Madrid, Ed. CCS.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004c), *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollos y retos*, Madrid, Ed. Fundamentos.
- Rodríguez Cabrero, G., y Montserrat, J. (2002), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1992), El Plan Gerontológico y el esfuerzo compartido en acciones para la vejez, en *Documentación Social*, 86, Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1995), Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal, en VV AA, *Jornadas por una vejez activa*, Madrid, Fundación Caja Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1998), El problema de la dependencia en las personas mayores, en *Documentación Social*, Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1999), *Residencias para personas mayores. Manual de Orientación*, 2.ª ed. Madrid, Ed. Panamericana.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2002a), Mujeres mayores y sistema de género, en Maquieira, V. (comp.), *Mujeres mayores en el siglo XXI*, Madrid, IMSERSO.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2002b), Familias y cuidados en la vejez. Más protección social a las personas en situación de dependencia, en *Envejecimiento y Familia*, UNAF
- Rodríguez Rodríguez, P. (2004), El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencia. Una visión desde el análisis de género, en *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación entre la vida laboral y familiar*, Forum de Política Feminista, Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2005a), La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales, en Casado, D. (dir.), *Avances en bienestar basados en el conocimiento*, Madrid, Ed. CCS.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2005b), *Política social para la atención a las personas mayores*, Barcelona, Ed. Fundación Iberoamericana de Formación y Universidad de Granada.

- Rodríguez Rodríguez, P. (en prensa), El apoyo informal en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
- Rodríguez, P., Aguado, A. L., y Carpintero, A. (coord.) (2003), Discapacidad y Envejecimiento, Madrid, Escuela Libre Editorial.
- Rodríguez, P., y Sancho, T. (1995), Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 30(3):141-52.
- Rodríguez, P., y Valdivieso, C. (2003), Los Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares, 2.ª ed., Madrid, Panamericana.
- Ruipérez, I. (2004), Prevención geriátrica de la dependencia, en Casado, D., Respuestas a la dependencia. Madrid, Ed. CCS.
- Ruipérez, I., Midón, J., et al. (2003), Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38 (5):281-7.
- Sancho, M. T. (coord.) (1999), Vejez y protección social a la dependencia en Europa, Madrid, IMSERSO.
- Sancho, M. T. (2000), La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, en Defensor del Pueblo: La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos, Madrid, Informe del Defensor del Pueblo.
- Sancho, T., y Rodríguez, P. (2002), Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro, *Revista de Intervención Psicosocial*, (10), 3:259-75.
- Sarasa, S. (2003), Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores, Madrid, Fundación Alternativas, Documento de trabajo 15.
- Shalock, R. L., y Verdugo, M. A. (2003), The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners, Washington D.C, American Association on Mental Retardation.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (2000), Geriatria XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España, Madrid, SEGG.
- Stewart, J., Harris, J., Sapey, B. (1999), Disability and dependency: origins and futures of "special needs" housing for disabled people, en *Disability & Society*, 14:5-20.
- Twigg, J., y Atkin, K. (1994), Carers perceived: Policy and practice in informal care, Buckingham, Open University Press.
- Verdugo, M. A., y Jordán de Urries, B. (ed.) (2001), Apoyos, autodeterminación y calidad de vida, Salamanca, Amarú.
- Vilá, A. (1999), El derecho a los servicios sociales: ¿mito o realidad?, en *Quaderns de serveis socials*, Barcelona, Diputació, 14:8-18.
- Vilá, A. (1999), Legislación autonómica sobre dependencias, en Rodríguez Cabrero (coord.), La protección social de la dependencia, Madrid, IMSERSO.
- Vilá, A. (2004), Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España, en Casado, D., Respuestas a la Dependencia, Madrid, Ed. CCS.

## Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13\*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.



- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M<sup>a</sup> Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M<sup>a</sup> Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos)**. José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal**. Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos**. María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria**. Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España**. Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate**. José M.<sup>a</sup> Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada**. Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral**. Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático**. Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España**. Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español**. Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España**. Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia**. Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable**. Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales**. Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos**. Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información**. Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital**. Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias**. Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito**. José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión**. Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social**. Francisco Sevilla.