



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE
ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD
SOCIAL

RELACIÓN ENTRE EL FUTURO SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA Y LA SEGURIDAD SOCIAL, Y ENTRE AQUEL Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: POSIBLES MEDIDAS DE COORDINACIÓN

**RESPONSABLE: M^a DEL CASTILLO GALLARDO FERNANDEZ
UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE**

Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TAS/1587/2006, de 17 de mayo (subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)

La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.



'Relación entre el futuro sistema nacional de dependencia y la Seguridad Social, y entre aquel y el sistema nacional de salud: posibles medidas de coordinación'

Investigación financiada al amparo de lo previsto en la Orden TAS/1587/2006, de 17 de marzo (Subvenciones para el Fomento de la Investigación Social FIPROS)

Autores:
M^a del Castillo Gallardo Fernández
Juan Carlos Navarro Zafra
Pedro Chicharro Rodríguez

2007-2008

INFORME.....	5
1. Estados de Bienestar y Personas en situación de Dependencia	6
1.1. Bienestar Social y Estado de Bienestar	6
1.2. Tipologías del Estado de Bienestar	9
1.3. Crisis del Estado de Bienestar	13
1.4. Continuidad o Superación del Estado de Bienestar	15
1.5. Situación Actual de los Estados de Bienestar	17
1.6. Estado de Bienestar Español.....	18
1.7. Estados de Bienestar: Familia y Género	21
2. Bienestar Social y Personas Dependientes: Modelos de Protección Social.....	27
2.1. Modelos de Protección Social	27
2.2. Características genéricas	32
3. Dependencia.....	34
3.1. Algunos conceptos relacionados en torno al concepto de dependencia.....	34
3.2. Concepto de Dependencia.....	35
3.3. Diferentes clasificaciones.....	35
3.4. Del análisis multicausal del concepto de dependencia	38
3.5. Causas de la Dependencia	39
3.6. CONCLUSIONES.....	39
4. COORDINACIÓN ENTRE SISTEMAS	42
4.1. Modelos de coordinación	42
4.2. Modelos de coordinación en Europa	42
4.3. Modelos de coordinación en España.....	44
5. EL MODELO SOCIOSANITARIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	45
5.1. El concepto de Atención Socio-sanitaria.....	45
5.2. Marco Institucional	49
5.3. Marco Legal en la Comunidad de Extremadura	51
5.4. El modelo de la Comunidad Autónoma de Extremadura	52
5.5. Estructura de los Programas en la Comunidad Autónoma de Extremadura para la Atención Socio-sanitaria.....	55
5.6. Descripción de los recursos y funcionamiento de redes.....	58
5.7. El Programa "Extremadura te cuida"	63
5.8. Espacios de Coordinación.....	65
5.9. El proceso asistencial	67
5.10. Mecanismos de Evaluación y Garantías de calidad.....	69
6. EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA.....	71
1. Introducción. La atención a la Dependencia en Andalucía hasta la entrada en vigor de la Ley promoción de la Autonomía personal y Dependencia.....	71
1.1. Las prestaciones monetarias.....	71
1.2. Servicios de la Junta de Andalucía.....	72
2. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia. Naturaleza, características, Derechos y prestaciones.....	74
2.1. Conceptos de Autonomía personal y Dependencia.....	74
2.2. Prestaciones y Servicios.....	75
2.3. Valoración de la Dependencia.....	76
2.4. La financiación del Sistema.....	77
3. El desarrollo de la Ley 39/2006, en Andalucía.....	78
3.1. El Decreto 168/2007, de 12 de mayo por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de Dependencia y el Derecho a las prestaciones del	

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su evaluación.....	79
3.2. La Intensidad de los Servicios y prestaciones	82
3.3. Régimen de compatibilidades de los servicios y prestaciones económicas	85
3.4. Régimen de prestaciones económicas y ayudas para facilitar la autonomía personal.....	86
3.4.1. Prestación económica vinculada al servicio.....	86
3.4.2. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.	86
3.4.3. La prestación económica de asistencia personal.	87
3.5. Ayudas económicas complementarias.....	88
3.6. El Servicio de Ayuda a Domicilio	89
3.6.1. Características generales, objetivos y condiciones de acceso	89
3.6.2. Actuaciones básicas del Servicio de Ayuda a Domicilio.....	90
3.6.3. Organización y funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio.....	92
3.6.4. La función del Trabajador Social en el Servicio de Ayuda a Domicilio.....	92
3.6.5. Financiación del Servicio de Ayuda a Domicilio y participación de los beneficiarios/as	93
4. La relación del Sistema de Autonomía y atención a la Dependencia en Andalucía y el Sistema Sanitario Andaluz	94
5. La relación del Sistema de Autonomía y atención a la Dependencia en Andalucía y el Sistema de Seguridad Social.	97
5.1. Reconocimiento de las situaciones de gran invalidez y necesidad del concurso de otra persona.....	97
5.2. Pasarelas entre las prestaciones del Sistema de Autonomía y atención a la Dependencia y el régimen de pensiones y prestaciones de la Seguridad Social.	98
CONCLUSIONES:	100
PROPUESTAS	103
BIBLIOGRAFÍA	104
TABLAS Y GRÁFICOS	116
NOTAS.....	117

INFORME

Relación entre los Sistemas de Protección Social Sanitario y de Seguridad Social con el Sistema de Dependencia: Andalucía y Extremadura

Se ha visto necesario un análisis, tanto conceptual como de desarrollo de los Estados de Bienestar y sus sistemas de protección, delimitándolo a las situaciones de dependencia. Se ha centrado en dos Sistemas Autonómicos: de Andalucía y Extremadura

Metodología

El presente informe es fruto de una investigación de carácter descriptiva y analítica, por medio del análisis de la bibliografía, artículos, legislación publicada y entrevista en profundidad mantenidas con personas-clave de diversos órganos administrativos de diversas Administraciones Públicas, de las Comunidades Autónomas de Andalucía y Extremadura.

El estudio realizado ha revestido una especial complejidad, debido fundamentalmente a dos razones:

- El Sistema de Autonomía Personal y atención a la Dependencia está emergiendo y se encuentra en una etapa muy incipiente de consolidación. Ello nos ha obligado a estar permanentemente actualizando nuestros contenidos y las fuentes de los datos, ya que al realizar el estudio al mismo tiempo que se desarrollaba el sistema, nos obligaba a rehacer el camino iniciado.
- En segundo lugar, no ha habido un paralelismo en los procesos de implantación del sistema en las distintas Comunidades Autónomas. Un ejemplo evidente son los modelos diferentes de implantación que se han desarrollado en las comunidades de Andalucía y de Extremadura.

No obstante lo anterior, la metodología desarrollada en la elaboración del presente informe es la siguiente:

- a) En primer lugar se ha realizado un bosquejo bibliográfico sobre Dependencia tanto en el ámbito español como internacional, principalmente de países europeos y de América del Norte.
- b) Se ha analizado la diversa legislación publicada en materia de Dependencia, tanto a nivel Estatal como de Comunidades Autónomas, principalmente de Andalucía Extremadura y Cataluña. Cabe recordar que la implantación del hábeas legislativo en las Comunidades ha sido muy desigual.
- c) Entrevistas en profundidad, con personas-clave de diversos Centros Directivos de los ámbitos de la Salud, Servicios Sociales, dependencia (en aquellos casos en los que se habían creado órganos específicos) y de la Seguridad Social. Un hecho significativo de estas entrevistas es que la incertidumbre sobre el desarrollo del sistema, expresada por los técnicos superaba, en ocasiones, a la certeza en las cuestiones planteadas en las entrevistas.
- d) Análisis de contenido de la documentación y de las entrevistas en profundidad, y discusión de los resultados por parte del equipo de investigación.

1. Estados de Bienestar y Personas en situación de Dependencia

1.1. Bienestar Social y Estado de Bienestar

Habría que hacer distinción entre lo que de forma coloquial se entiende por bienestar social y lo que se entiende por Estado de Bienestar Social.

Utilizamos el término con una visión general amplia, comúnmente hacemos referencia a un estar bien todos y cada uno de los miembros de una sociedad, pero si le añadimos el término de Estado tendríamos que perfilarlo y delimitarlo mucho más.

En primer lugar tendríamos que ver cuales fueron los inicios de este Estado, cuales han sido sus premisas económicas, jurídicas y sociales. Y también tendríamos que ver cual es su situación actual y su situación de futuro.

El Estado Social tiene sus comienzos, raíces en la revolución industrial supone una transformación convulsiva de las condiciones de vida de miles de familias que vivían en comunidades agrícolas. El traslado de esos propietarios de minifundios agrícolas, de los pequeños artesanos no competitivos de las ciudades, y sobre todo, de sus mujeres e hijos, a los barrios pobres de las ciudades, va a posibilitar que la pobreza sea en primer lugar visible a los ojos de la sociedad; y, en segundo lugar, pero no menos importante, que la pobreza se organice y se perciba por el status quo como un fenómeno colectivo al que no se puede dar una respuesta y tratamiento individualizado sino político - social.

Se establece una distinción entre Estado Social y Estado de Bienestar, mientras el primero hace referencia una dimensión de la política estatal, a las finalidades del Bienestar Social. En cambio el segundo incluye no sólo aspectos del bienestar sino también los problemas generales del sistema de nuestro tiempo (García Pelayo: 1987).

Hay dos posiciones teóricas en torno a la creación del Estado de Bienestar:

De la Demanda, lo explican como resultado de las presiones sociales y de la capacidad de movilización por parte de los grupos sociales.

De la Oferta, asociadas a la política económica, se oponen a la anterior y lo fundamentan en el esfuerzo del Estado con sus instituciones y tecnócratas. Para esta corriente es el Estado tiene la suficiente estructura y autonomía como para hacer avanzar las políticas sociales (Ashford, 1.989; Garcés, 1.996; Ochando: 2000).

Haciendo un primer intento de definir eso que se ha dado en llamar Estado de Bienestar podríamos decir de él, lo siguiente:

Se funda en una industrialización sostenida, una economía terciaria, en un desarrollo cuantitativo de las clases medias, integrando a obreros especializados, y en una idea del estado basado en un amplio consenso político sobre un núcleo central de valores que legitiman el sistema.

Para Mishra (1.989) tendría las siguientes características:

1. - Intervención estatal en la economía para el pleno empleo.
2. - Provisión pública de una serie de Servicios Sociales universales.
3. - Responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo.

Hay un determinado consenso al decir que el Estado de Bienestar se asentó en una política social, en un pacto social entre empresarios, sindicatos y gobierno, y en la política económica keynesiana que legitimaba teóricamente la necesidad de que el estado interviniera en la economía de mercado para asegurar el pleno empleo y el evitar las recesiones económicas.

Se constatan diferentes formas de entender el surgimiento y desarrollo del Estado de Bienestar, así la Política de Bienestar es el resultado de dos tipos de intereses y necesidades (García Pelayo, 1.977). Por una parte, los de las clases dirigentes ligados a la necesidad de encontrar nuevas formas de desarrollo capitalista, una vez que la crisis del 29, que desembocó en la segunda guerra mundial, había cuestionado seriamente la economía de libre mercado, y que por razones socio-económico-políticas no podía estar presidida por un sistema político nazi-fascista. Por la otra, las fuerzas progresistas que habían ganado protagonismo social por su decidida participación en la lucha contra las potencias del Eje y que reclamaban la democracia social como complemento de la democracia política, o mejor dicho como realización práctica de dicha democracia política. El Estado de Bienestar integra con sus contradicciones estas dos tendencias.

Las bases del Estado de Bienestar las encontramos, en una primera instancia en las propuestas económicas de J.M. Keynes. En segunda, en las propuestas sociales del Report Beveridge. Y en tercera, en los avances en los derechos sociales y civiles de la población.

Algunas de sus propuestas económicas y sociales son:

Las propuestas Keynesianas son propuestas sociales pero con objetivos meramente económicos. Sus tesis son elaboradas como alternativa a la situación deflacionista de los años 30 y a la Ley Say cuestionada ante los hechos, viendo al Estado como impulsor de la demanda. Su propuesta era que las administraciones públicas emplearan a personas desempleadas generándoles así ingresos y por tanto generando demanda por lo que así la situación de deflación desaparecería. Se pretendía el pleno empleo.

Con la Teoría general de J. M. Keynes, se trataba de acabar con las crisis del capitalismo, debidas a la no realización de la producción en el mercado. Esta técnica permitía un relanzamiento de la economía sin cuestionar la propiedad privada de los medios de producción y pudiéndose ejercer a través de una cierta estabilidad social y política, al poder integrar a través del consumo, la posición de las clases trabajadoras.

Estas tesis económicas no fueron aceptadas en un primer momento, pero según nos dice J. K. Galbraith (Historia de la Economía), fue la situación económica y social tan crítica que uno de los gobiernos americanos como casi última salida acepto y puso en marcha las tesis Keynesianas, esto es el New Deal de Roosevelt (1.933).

El Report Beveridge (1942) trataba de afrontar las circunstancias de la guerra y suavizar las desigualdades sociales a través de una doble redistribución de la renta que actuase sobre la seguridad social y otras subvenciones estatales. Los primeros pasos en esta línea tuvieron lugar en la primera legislación de seguridad social de Bismark a finales del siglo XIX.

El resultado fue un Estado de Bienestar que ha durado desde la II GM hasta 1.973 aproximadamente. Este se desarrolló dentro del marco de período de crecimiento económico sin precedentes, asegurando el nivel de vida, el empleo, los Servi-

cios Sociales básicos - salud, educación, jubilación -, incentivando el mercado y la producción, fomentando la paz, la estabilidad social y siendo un ferviente defensor del consenso entre las distintas fuerzas sociales.

Esta Política de Bienestar gestada desde arriba se trasluce claramente en las cifras del gasto público y el aumento de las cargas fiscales. En el primer caso, los países de la OCDE durante la última década rondan el 50 % del Producto Nacional Bruto (Thebom, 1.984), lo que supone que el Estado se ha convertido en el empresario más importante de los países capitalistas avanzados (Picó, 1.984), y con respecto a las cargas fiscales, el aumento de las tasas en los países europeos se ha doblado en un período de veinte años. Esta línea de gasto social a partir de los años 90 tiene un descenso progresivo al compás de los procesos de mundialización.

Ha quedado un poco olvidado el aspecto jurídico del Estado de Bienestar pero que no cabe duda que ha tenido y tiene una importancia vital. La amplitud en el avance de los derechos sociales ha hecho que desde la Revolución Francesa se halla producido un reconocimiento, sin precedentes en la historia, de la participación de los ciudadanos en la vida política. Esta participación ha hecho que los individuos / sociedades demanden cada vez más derechos sociales en orden a cubrir sus necesidades individuales / sociales.

Marshall (1.976) reconoce en el ámbito de la ciudadanía tres elementos: el civil, el político y el social, que pueden configurarse en un desarrollo histórico de presencia de los derechos civiles (S. XVIII), de los derechos políticos (S. XIX), y de los derechos sociales en el XX, reunificándose e integrándose en un concepto moderno de ciudadanía y desarrollo en el Estado del Bienestar. La presencia de los derechos sociales en el status de configuración de la ciudadanía del Estado de Bienestar representa una intromisión correctora al papel del mercado como sistema de asignación y distribución de recursos, y una valoración de la capacidad de los sujetos por encima de su valor dentro del sistema de intercambio representado por el mercado. Esto supone una función de impacto sobre las finalidades de reducción de las desigualdades sociales.

El Estado de Bienestar lo que viene a significar es la garantía del gobierno para asegurar unos niveles mínimos de renta, alimentación, salud, alojamiento e instrucción, como parte de los derechos políticos del ciudadano y no como caridad (Donati y Lucas, 1.987).

El Estado de Bienestar es una de las tres fuentes de gestión de los riesgos sociales; las otras dos la familia y el mercado...hasta el siglo XIX, la mayoría de los riesgos no se consideraban sociales (es decir asunto del estado) (Esping-Andersen, 2000:50)

Haveman (1.985 cit. por Esteve: 2000) desde el punto de vista económico y desde un análisis costo-beneficios describe el Estado de Bienestar en términos de ganancias:

Reducción de la incertidumbre - por la seguridad social y el seguro de desempleo.

Incremento en el capital humano - por los gastos públicos en educación, vivienda, y salud.

Reducción de las diferencias de renta - por la progresividad fiscal y las transferencias y la provisión de bienes públicos.

Incremento en la estabilidad macroeconómica - por el papel de estabilizadores automáticos de los gastos sociales.

Promoción de los cambios tecnológicos - al facilitar la protección social su implementación.

Incremento en la cohesión social.

El logro histórico más importante que se ha alcanzado por el Estado de Bienestar haya sido la institucionalización de los llamados derechos sociales. La implantación de un sistema universal de seguridad social, de un conjunto de servicios y equipamientos colectivos para la salud y para la obtención de unos niveles educativos mínimos y protección social y de garantía de recursos para quienes tienen dificultades de inserción y en la provisión, también universal, de un conjunto de servicios y equipamientos colectivos para la salud y para la obtención de unos niveles educativos mínimos en consonancia con los tiempos.

La conceptualización la acabaría con la aportación de Anisi (1.995) que nos dice que el pacto keynesiano proporcionaba las bases para la edificación del Estado de Bienestar, la democracia política legitimaba formalmente el proceso, los organismos internacionales cuidaban de los aspectos globales, comerciales, financieros y militares, y los trabajadores occidentales se aprestaban a adentrarse en dos décadas de bienestar jamás soñadas ni por sus antepasados ni por ellos mismos.

El paso del Estado liberal al Estado de Bienestar Keynesiano se ha ido produciendo con características propias en los diferentes países, sin embargo, se pueden distinguir a grandes rasgos cuatro etapas:

La fase de experimentación, que va desde las últimas décadas del siglo XIX hasta la crisis del 29.

Fase de consolidación desde 1.930 hasta el final de la Segunda Guerra mundial.

Fase de expansión hasta la crisis de los años setenta.

Actual de reestructuración.

Las áreas de actuación del Estado de Bienestar Keynesiano son:

La política social y la seguridad social.

Regulación del mercado de trabajo y la política de pleno empleo.

La intervención en la economía y el ciclo económico.

1.2. Tipologías del Estado de Bienestar

Tipologías. Diferentes autores han realizados tipologías en función de las diferentes teorías y parámetros que nos son interesantes para su relación con el objeto de estudio, las más conocidas son las desarrolladas por autores como Gosta Esping-Andersen (2000), Adelantado y Gomá (2000), Mishra (1992), Moix (1987), Titmuss(1975) (Tabla. 21)

Autores como Wilensky y Lebaux (1.965), y Titmuss (1975) fueron los primeros en establecer unas tipologías.

Mishra (1.990) clasifica los países entre 'Estados de Bienestar Diferenciados' y 'Estados de Bienestar integrados', Moix también hace esta diferenciación entre el institucional y el residual.

(Tabla. 1) Tipologías de Estados de Bienestar por autores

Gosta Esping-Andersen (2000) Cuatro modelos:	Socialdemócrata. Liberal. Continental. Mediterráneo
Adelantado y Gomá (2000) Cuatro categorías:	Keynesianismo. Protección Social. Regulación del Mercado de Trabajo. Familias
Mishra (1992) Dos modelos:	a- Keynesiano. (Diferenciado) Diferenciado la regulación económica de las políticas sociales b- Post-keynesiano. (Integrado) Integración de la relación entre la economía y las políticas sociales
Moix (1987) Dos regímenes:	Institucional. Residual
Titmuss (1975) Tres modelos:	Residual. Institucional. Corporativo

La tipología basadas en formulas políticas. Una de las clasificaciones de mayor aceptación fue la Esping-Andersen que planteaba que los Estados de Bienestar están relacionados con la estratificación social, de tal manera que las políticas sociales se dirigen a los problemas de estratificación, pero también los produce. Es decir que si bien un determinado diseño de las políticas es fruto de una estructura de poderes anterior, a su vez, esas mismas políticas sociales están determinando una estratificación social futura, en función de si inciden o no en las causas de las desigualdades. Este autor hace una distinción de tres modelos de capitalismo de bienestar: Liberal en el engloba a países tales como: Estados Unidos, Canadá y Australia. El corporativo o conservador y el socialdemócrata.

En los últimos años se estimo la necesidad de completar, de ampliar estos modelos, al menos a uno más; este modelo correspondería a los países europeos del área mediterránea tales como Grecia, España, Italia y Portugal. Estos países comparten las siguientes características: Una industrialización tardía, la persistencia de muchas áreas atrasadas y marcados dualismos económicos, la gran disparidad de sus estructuras ocupacionales, largos períodos de autoritarismo, la fuerza de la Iglesia Católica, el bajo 'estatismo', el radicalismo de izquierdas y los antagonismos entre subculturas. Y más recientemente se habla de nuevos modelos como los de la Europa del Este o el modelo asiático.

Después de las críticas a su primera clasificación desarrolladas en los 'Tres mundos' desarrolla una forma alternativa de clasificar los regímenes del bienestar (Esping-Andersen, 2000:115-116) consistiría en precisar su planteamiento dominante a la hora

de gestionar los riesgos sociales en los mercados de trabajo, en cuanto al estado y en lo que respecta a la familia quedando la siguiente clasificación:

En función a la regulación del mercado de trabajo:

Regulación escasa (Tradición Anglosajona: Australia, Canadá, Dinamarca, Gran Bretaña, EE.UU.)

Regulación media (Tradición nórdica: Japón, Irlanda, Países Bajos, Finlandia, Noruega, Suecia)

Regulación intensa (Tradición continental: Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Italia, España y Portugal)

Estados del Bienestar en función de los regímenes de protección social.

Asistencialista: Residuales (Austria, Canadá, EE.UU., Nueva Zelanda)

Redistributivo: Universalistas (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia, Países Bajos)

Asegurador: Seguridad Social (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Japón y España)

En relación a la consideración de la provisión de las Familias:

La diferencia vital estriba en si las familias están destinadas a constituir el lugar principal de provisión del bienestar (familiarismo) o no; es decir, si el Estado del Bienestar garantiza o no, los derechos de la familia.

Familiaristas (Austria, Alemania, Italia, Japón, Países Bajos, Portugal, España)

No Familiaristas (Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Gran Bretaña y EE.UU.)

Los diferentes Modelos de tradición en la conformación y desarrollo de los Estados de bienestar y de las Políticas Sociales: Modelos de tradición Nórdica. Modelos de tradición Anglosajona. Modelos de tradición Continental. (Tabla. 2)

(Tabla. 2) Principales rasgos de los modelos según de las diferentes tradiciones

Modelos de tradición	Ideologías en los que se inspiran	Modelo de protección Social. Tipo de prestaciones	Regulación mercado de trabajo	Participación de la familia en el Bienestar
Tradición nórdica:	Socialdemócratas	Redistributivos Universalista	Media	No familistas
Tradición anglosajona:	Liberal	Asistencial Residual	Escasa	No familistas
Tradición continental:	Conservador	Asegurador Seguridad Social	Intensa	Familistas

Se ha avanzado bastante en el análisis de los Estados de bienestar aunque existen algunos vacíos, en este sentido Polanyi plantea que en toda sociedad se dan tres tipos de intercambios:

1. Los de intercambio obligatorio, es decir, aquellas en las que interviene el Estado.
2. Los de intercambio voluntario interesado, es decir, las que establece el sistema de mercado,
3. Los de reciprocidad, que serían aquellas relaciones de intercambio recíproco o voluntario.

En los últimos debates se están incluyendo nuevas variables para la formulación y análisis de los Estados de bienestar. Algunas de éstas son el voluntariado, la Iglesia católica y el género y/o familia; que hacen que cambien las tipologías, o las construcciones analíticas de los Estados de Bienestar hasta la fecha. Algunas de estas clasificaciones son las que tienen en cuenta las políticas de género, quizás las más recientes hacen referencia a la relación del Estado de Bienestar y los sistemas familiares haciendo referencia a los distintos Sistemas de Bienestar según los Sistemas Familiares (Therborn, 2004).... (Tabla. 3)

(Tabla. 3) *Sistemas de Bienestar según los Sistemas Familiares*

Sistemas familiares	Características
Sistemas familiares principales	
Familia cristiana europea (Europa y Ultramar)	En una regulación laica (semilaica). Matrimonio contractual monogámico con libre elección de compañero marital.
Familia islámica de Asia Occidental y África del Norte	En una regulación basada en ley sagrada del Islamismo. Matrimonio contractual con poligamia masculina. Divorcio por repudio del marido.
Familia de Asia del sur	Es una regulación basada en ley sagrada del Hinduismo. Matrimonio indisoluble monógamo. Acuerdos de casta. Familia patriarcal.
Familia confuciana de Asia Oriental	En una regulación basada en ley sagrada del Confucionismo. Matrimonio indisoluble monógamo. Acuerdo mutuo o del esposo. Familia patriarcal. Veneración a los ancianos.
Conjunto familiar del África Subsahariana	Conjunto de sistemas y normas. matrimonio-alianza con pago de bienes por la novia. Poligamia. Culto a los ancianos .
Sistemas intersticiales	
Familia del Sudeste Asiático	Se basa en el pluralismo religioso. Matrimonio de reglas flexibles de selección de pareja y divorcio. Estructura patriarcal.
Modelo familiar criollo	En una regulación mixta marcada por la dualidad de reglas, con fuerte proporción de parejas informales.

Fuente: Therborn, 2002; 2004

1.3. Crisis del Estado de Bienestar

Se comienza a cuestionar el Estado de Bienestar a partir de la crisis económica radicada en 1.973 y de la nueva situación social que esta genera entre otros motivos, que pondrán de manifiesto sus puntos débiles. Se empieza a hablar del nuevo marco de producción, del déficit público e inviabilidad del Bienestar, del nuevo intervencionismo estatal, de los nuevos referentes para la protección social, del déficit de legitimidad.

Algunos autores señalan que el Estado de Bienestar estaba destinado a entrar en crisis desde el mismo comienzo Hecló, 1.981, Esping - Andersen, 1.997-2000 este último nos describe los principales síntomas de la perenne crisis del Estado de Bienestar: (Tabla. 24)

(Tabla. 4) Principales síntomas de la perenne crisis del Estado de Bienestar

Década de 1959	Década de 1.960	Décadas 1970-80	Década de 1.990
Crea inflación Perjudica al crecimiento	No produce igual Demasiado burocrático	Estanflación Desempleo Posmaterialismo Excesiva carga sobre el gobierno	Globalización Desempleo Rigideces Desigualdades, exclusión Inestabilidad familiar

Fuente: Esping - Andersen, 2000

Para comprender esta/s crisis es necesario hacer un análisis de los factores sociales, económicos, productivos.

En cuanto a este último, es decir el marco de producción podemos ver como las nuevas relaciones entre capital y trabajo han cambiado notablemente en favor del capital. Se produce una transformación cualitativa de las relaciones entre capital y trabajo a través de la flexibilización del mercado de trabajo que supone un abaratamiento de la mano de obra por unidad de producción, flexibilización de las condiciones de acceso al trabajo y al despido, y una desigual distribución de las posibilidades de empleo. Se asiste a un mercado de trabajo eventualizado que supone además, del abaratamiento de coste por unidad de producción, un gasto social más barato de forma indirecta. De otra parte, se desarrolla una economía sumergida que sitúa parte de su actividad empresarial fuera de la legalidad laboral.

Se produce así mismo un proceso de internacionalización de la economía. Y las nuevas tecnologías generan una relación de poder basada en la capacidad tecnológica dentro del mercado e influyen directamente en aumentar la productividad, lo que permite generar un aumento de las tasas de ganancia, en ocasiones se afirma que la introducción de nuevas tecnologías supone una segura destrucción de puestos de trabajo.

En el plano económico el gasto público se sitúa en una interrelación contradictoria ante el impulso de crecimiento por razones objetivas (variables demográficas, efectos de la crisis económica, reivindicaciones sociales, etc.), el deterioro de las re-

laciones fiscales por los efectos de la crisis, y las profundas modificaciones que se producen en las sociedades de los años 80 (en ocasiones se utilizan las instituciones y sus presupuestos como plataformas de resolución de determinados conflictos sociales y políticos). Así el Estado debe responder de forma dual a los cambios que se dan en la estructura social y de producción, pero debe igualmente evitar su ruptura interna. Las necesidades del sistema productivo devienen en imperativos para la política social que queda condicionada y limitada a las posibilidades de éste.

Haveman (1.985 cit por Esteve: 2000) desde el punto de vista económico y desde un análisis costo-beneficios describe el cuestionamiento del Estado de Bienestar en términos de costes:

Reducción del esfuerzo en el trabajo.

Reducción del ahorro privado.

Reducción del crecimiento de la productividad - causada por las regulaciones y reglamentaciones al comportamiento autónomo del sector privado incluyendo las de tipo medioambiental.

Incrementos en los costes administrativos.

Pérdidas asociadas a la limitación en la soberanía de los consumidores - por regulaciones directas y la provisión de bienes públicos.

Aumento de la economía sumergida - por el efecto de los mayores impuestos.

Los factores sociales responden a los cambios sociales acaecidos en las últimas dos décadas. Los cambios demográficos influyen notablemente en la dinámica social. Este es el caso de la caída de la mortalidad que supone un incremento considerable de la población anciana; conllevando un aumento de los gastos de pensiones y de los costes sanitarios, incrementados por los altos costes de las nuevas tecnologías. La incorporación de la mujer al trabajo hace que se nazcan nuevas necesidades sociales, consideradas con anterioridad como necesidades particulares: el cuidado de niños, enfermos y ancianos...

El Estado de Bienestar es cuestionado por: la quiebra fiscal del Estado, por la quiebra de su legitimidad y por su excesiva burocratización.

En cuanto a la quiebra fiscal, decir en primer lugar que se le cuestiona porque ante una situación de crisis económica y una situación de desempleo, da lugar a que el Estado recaude menos. Y al tener menos ingresos no puede hacer frente a todos gastos, lo que supone su quiebra.

Sobre legitimación nos dice Luhmann (1995) que los sistemas de poder se estabilizan a sí mismos legítimamente en cuanto actúan de acuerdo a normas legales positivamente establecidas. En la medida en que estos sistemas producen decisiones dentro de los límites del procedimiento legal formal, el contenido de sus decisiones se puede considerar también legitimado. Este proceso de legitimación a través de procedimientos legales descansa, sin duda, sobre valores compartidos. Hay bastantes autores (de entre ellos Habermas: 1986) que mantienen que aunque se pudiera afirmar su crisis, no se puede hablar de deslegitimación. Y la prueba la tenemos en los países occidentales que aunque han visto como tenían problemas para mantener el Estado, lo han mantenido haciendo las reformas oportunas.

En cuanto a la burocratización se plantea que el Estado gasta más en su estructura de intervención que en la intervención misma. Es decir que existe mayor dota-

ción para la infraestructura en Servicios Sociales, por ejemplo, que para los programas de intervención en sí.

Dentro de los cambios en el contexto económico y político de los Estados de Bienestar que pueden afectar a su sostenibilidad, algunos factores a considerar serían, que si bien ninguno de ellos individualmente es de entidad suficiente para afectar de forma importante para el normal desenvolvimiento del Estado de Bienestar, su acumulación hace que no se puedan desestimar como intrascendentes para su futuro (Muñoz de Bustillo, 2000:51-100):

El fin del consenso keynesiano.

Los efectos perversos de la política social y de la financiación del Estado de Bienestar.

Los fallos del Estado.

El cambio demográfico: el envejecimiento y cambio en los patrones familiares.

La globalización de la economía.

El cambio en el funcionamiento del mercado de trabajo.

La debilitación del efecto de legitimación y pérdida de lealtad

1.4. Continuidad o Superación del Estado de Bienestar

Hasta la década de los años 90 aunque se había cuestionado de forma permanente los estados de Bienestar se mantienen hay continuidad así Pierson: 1994 (cit. por del Pino: 2006) demostró que a pesar de las presiones y de los intentos de reducir el Estado de Bienestar, el recorte efectuado por los gobiernos de estos países no había sido significativo. La explicación que daba las atribuía fundamentalmente a la inercia de las propias instituciones, la estructura de las organizaciones, y la tendencia de los gobiernos de la evitación de la culpa y ser castigados en las urnas. Esto dio lugar a que los investigadores se centraran en cuales eran los factores obstaculizadores de los recortes y sus mecanismos de funcionamiento que parecían conducir a la estabilidad y no al cambio.

Diversas presiones internas e externas a los Estados de Bienestar han provocado que el mantenimiento de las estructuras y los programas sociales básicos hayan dejado de ser un tema en el que exista acuerdo unánime, por lo que la reforma del Estado de Bienestar esta en la agenda de muchos países como tarea prioritaria.

En cuanto a las presiones externas se encuentran las de índole macrosocial en las que se englobarían las derivadas de Y por otra las presiones internas en las que se incluirían los derivados de los efectos de la post-industrialización así como los cambios en la población, en la estructura social y en la familia.

Según lo expuesto dentro de la reforma del Estado de Bienestar se contemplan dos posturas fundamentales una primera de persistencia reformada y una segunda de superación que contemplaría su desaparición creando una nueva formula de 'Bienestar': Dentro de la primera postura se encontrarían la de aquellos que se reafirman en la persistencia del Estado de Bienestar, si bien contando con un redimensionamiento del mismo. El Estado pasaría de la 'estatalización' a la 'privatización'. Pasando papeles de acción social desde el ámbito de la administración pública al ámbito privado. Y del 'universalismo' al 'particularismo', centrándose en la acción social sobre individuos y grupos concretos. Y dentro de la segunda se englobaría la postura de

aquellos que están de acuerdo con la superación de tal forma estatal por nuevos conceptos tales como 'Sociedad de Bienestar' o 'Bienestar Social Internacional' a la luz de las transformaciones que la internacionalización de los procesos y la llegada de la Tercera Revolución industrial conllevan. La 'Sociedad del Bienestar' se caracteriza por la participación de todos los elementos integrantes de la Sociedad en la generación del bienestar. Y La planificación global, superando e integrando tanto medidas asistenciales como preventivas. Se plantea que el Estado post-welfarista daría satisfacción a necesidades post-materiales; los problemas fundamentales de los que se ocuparía el estado estarían más relacionados con problemas referidos al ámbito cultural o socio-psicológico que la económico... (Alemán, C. y García, M., 1.999:114-117). En cuanto al 'bienestar internacional' (Moix, 1.980:331) implica tratar de remediar la desigualdad entre naciones, ya que la diferencia entre los mismos supone tanto una amenaza a la seguridad internacional como una ofensa a la dignidad humana

En relación a las presiones internas y dentro del ámbito de los Servicios Sociales, Garcés y Fernández (1999: 133-134) plantean que la cultura de la protección social y la interiorización del Estado del Bienestar como una institución naturalmente europea por parte de sus ciudadanos, hacen prácticamente imposible pensar en un desmantelamiento radical de los avances conseguidos en materia de bienestar. Sin embargo, se puede apreciar un proceso que podría denominarse 'reducción calculada' del Estado del Bienestar. Esta reducción implica:

Una reducción del papel del Estado en materia de bienestar.

Introducción de medidas tendentes a endurecer los criterios de acceso a determinadas prestaciones sociales.

Reducción de la oferta de servicios de bienestar públicos cuyo gasto debe supeditarse al crecimiento económico.

Sustitución del Estado del Bienestar por la Sociedad del Bienestar; ésta última no es más que un intento de activar la cohesión social a través de mecanismos de auto-organización de la sociedad civil, con el fin de servir de base para una legitimidad política distinta a la que sostenía la ideología bienestarista. A través del concepto de sociedad del bienestar se transmite la idea de que la sociedad civil tiene la responsabilidad de construir el contrato social a través de supuestas obligaciones morales recíprocas.

En este sentido (Noguera, 2000:497-8 y Muñoz del Bustillo, 2000:101) se plantea que con relación a la reestructuración del Estado de Bienestar o de reelaboración del Estado de Bienestar, el debate entre las opciones en torno a la defensa (socialdemócrata), la reforma (liberal) o la superación del mismo en distintas direcciones (ya fuera desde el neoliberalismo radical como desde la izquierda marxista) se enfrentaron durante los años setenta y ochenta. Pero en la actualidad esas opciones parecen haber quedado reducidas, en el debate público, a dos: o reforma neoliberal o defensa matizada de un Estado de Bienestar devaluado.

Y en relación a las presiones externas la mejora en la gobernabilidad de la globalización (Garde, 2000:13), aparece como un factor especialmente decisivo para el desarrollo futuro del Estado de Bienestar en los países desarrollados y para que se creen las condiciones necesarias de un desarrollo sostenido con equidad en los países emergentes y del Tercer.

Con el comienzo de siglo se plantea la necesidad de reformas estructurales en el Estado de Bienestar sobre todo por los estudios y consiguientes recomendaciones

de la comisión europea sobre los problemas de déficit económico que se predicen para el 2050 como consecuencia del incremento de de las pensiones.

Pierson en trabajos posteriores (2001,2006) mantiene que el problema de la variable dependiente (los recortes en los Estados de Bienestar) es un problema que persiste y que en la actualidad nadie pone en duda la necesidad del reajuste de los Estados de Bienestar ante el nuevo contexto social. Por lo que determina que para un análisis adecuado de las reformas en el Estado de Bienestar es necesario determinar las dimensiones de la reestructuración que se podrían concentrar en tres: remercantilización, contención de gastos y re-calibración (racionalización) cada una de estas dimensiones son la característica central de los diferentes regímenes de Bienestar, esto es liberal, socialdemócrata y conservador-continental. El hecho de la necesidad de reajustar el Estado de Bienestar ha marcado los tipos de dimensiones de la reestructuración en cada modelo de Estado de Bienestar así como una dimensión común que es la de contención de gastos. No obstante cabe decir que por las causas anteriormente expuestas se manifiesta la permanencia del Estado de Bienestar eso si contemplándose un panorama de cambios que implican innovaciones, recortes y expansiones coyunturales.

1.5. Situación Actual de los Estados de Bienestar

La situación actual de los Estados de Bienestar se contempla prácticamente desde la perspectiva del gasto social o de la 'variable dependiente'. Algunos autores han criticado este indicador, que lo ven como a veces sesgado, a veces impreciso y sobre todo carente de coherencia interna por la falta de equivalencia conceptual.

Si contemplamos la evolución de las cifras de gasto social en la mayoría de los países de la UE, incluido Reino Unido, no parece que el Estado del Bienestar haya sufrido un retroceso importante. Por el contrario, el gasto social, aunque a ritmos inferiores a los de la década de los años sesenta, ha crecido y ello se explica no sólo por las inercias institucionales y la maduración de los sistemas de protección social, sino también por el apoyo ciudadano y el efecto compensador que el gasto social tiene frente a la crisis.

Cada modelo europeo de protección social, sea nórdico, continental, liberal o latino, se ha adaptado a las crisis compatibilizando su 'diferencia nacional' con la 'convergencia regional', si bien la incapacidad de construir una política social europea ha hecho de los Estados del Bienestar espacios nacionales que filtran los impactos de la globalización.

Pero manteniendo su carácter nacional, los Estados del Bienestar de la Unión Europea parecen evolucionar hacia modelos que refuerzan el de tipo continental corporativo, modificado con dosis de liberalismo. La combinación de ambos conduce, en suma, a modelos corporativos - liberales (Alonso, 2000:330-331, Rodríguez Cabrero, 1999:150-151) que tratan de conciliar la necesidad política de cohesión social con los requerimientos económicos de flexibilidad laboral a éste modelo imperante lo denominan algunos autores como Welfare de la austeridad.

El Estado de Bienestar dentro del consenso generalizado de finales del siglo pasado de no ser desmantelado se plantea que ha de adaptarse a los cambios socioeconómicos que tendrán repercusiones importantes a medio y largo plazo que hacen que a corto plazo se estén tomando medidas de reestructuración que no afectan a corto plazo las estructuras básicas de los modelos pero que a medio y largo plazo puede que si les afecte, y en ese sentido lo expresa las proyecciones de la Unión

Europea sobre todo en relación con la evolución del envejecimiento de la población y sus repercusiones en el desarrollo de las pensiones.

Mientras la Europa social o la dimensión social trata infructuosamente de abrirse camino bajo límites de las instituciones nacionales de bienestar, los modelos de protección continental liberal reconstruidos se van consolidando con mayor (en el sur) o menor (en el centro y norte) grado de asistencialización dentro de esquemas mixtos de producción de bienestar, en los que el estado sigue siendo la clave de regulación y financiación.

Algunos autores como Donati (2004) plantean que tras el Estado Social Paternalista, el Asistencial y el Intervencionista se está dando paso a un nuevo modelo de Estado de Bienestar el Estado Relacional, que buscaría una relación sinérgica entre individuos y grupos sociales, políticas de vinculaciones sociales y derechos relacionales entre las solidaridades primarias y asociativa intermedia entre individuos y Estado. Y cuyas características son:

- Subsidiaridad y personalización del bienestar
- Pluralismo de las instituciones
- Formas contractuales en los intercambios relacionales
- Autogobierno

1.6. Estado de Bienestar Español

Aunque los llamados Estados del Bienestar tienen o pueden tener características comunes, no cabe duda de que cada país haya tenido un desarrollo particular, teniendo en cuenta variables culturales, económicas, geográficas, religiosas... a continuación se describen sus características particulares:

En España el Estado de Bienestar tiene sus antecedentes en las políticas sociales, desarrolladas sobre todo a partir de los años 60, de la etapa franquista pero no es hasta la transición política española, hacia 1.975, cuando empieza una reestructuración importante de la administración central en materia de Servicios Sociales y en 1.978 cuando quedan definitivamente enmarcados en la Constitución Española.

El nacimiento del Estado de Bienestar Español coincide con el cuestionamiento del modelo de Estado de Bienestar desarrollista. El modelo español se ha caracterizado por tener un desarrollo teórico expansionista con objetivos universalistas aunque con base continental y con una inversión socioeconómica desajustada a la baja a sus objetivos de partida. Por lo que se habla de Estado de Bienestar poco desarrollado o poco estructurado.

Se ha debatido entre el universalismo (de algunas) de las prestaciones básicas de los primeros años de 1990 y el mantenimiento de la gestión de las entidades privadas sin ánimo de lucro de los servicios especializados.

Nuestro país se ha incorporado tardíamente a lo que hemos denominado el Estado de Bienestar. Aunque los orígenes de la política social datan de principios de siglo. La transición española es el punto de arranque de los derechos sociales que tienen su desarrollo posterior en Leyes como la de Sanidad, de Educación, de Servicios Sociales, la ley general tributaria tuvo también una importancia decisiva en tanto en cuanto todo el modelo social se basaba en el reparto 'equitativo' de los recursos.

Como se ha señalado anteriormente se manifiesta un cuarto modelo o régimen de bienestar denominado mediterráneo en el que se podría incluir España (Ferrera: 1995; Rodríguez Cabrero: 2000; Adelantado y Gomá: 2000; Esping – Andersen: 2000).

Diversos autores nos han descrito las características de éste Rodríguez Cabrero: 2000; Adelantado y Gomá: 2000:

El modelo español de Estado del Bienestar, para un análisis más detallado, debe ser contemplado desde dos perspectivas complementarias: en su dimensión convergente con otros Estados del Bienestar europeos y en su dimensión diferencial o específica (Rodríguez Cabrero, 1.999:136-150).

1. Desde la dimensión convergente, el Estado del Bienestar español ha seguido la senda de las políticas sociales de los países centrales de los que forma parte. Con períodos diferenciados, el de 1963 a 1.978 donde las políticas desarrollistas de modernización capitalista aplicaron políticas keynesianas que, incluso bajo un régimen de dictadura política, reorientaron las políticas públicas de entonces hacia un mayor grado de desarrollo de la reforma social. Las políticas sociales de reproducción social eran necesarias, funcionales, para un adecuado desarrollo del peculiar Fordismo español de los años sesenta, Fordismo inacabado (Toharia, 1.986) como igualmente lo fueron la negociación colectiva y el desarrollo de la naciente y desigual sociedad de consumo... La ausencia de democracia política impedía el desarrollo pleno de los derechos sociales, haciendo del campo de la protección social un espacio conflictivo a través del cual fueron expresándose las demandas sociales de bienestar (los sindicatos clandestinos, el movimiento estudiantil y los movimientos vecinales de entonces son expresiones más concretas)...La transición política, en cuanto proceso de legitimación institucional de la economía de mercado y de una democracia parlamentaria, tuvo que asumir demandas sociales y políticas que permitieran consolidar el nuevo marco institucional e integrar y canalizar la explosión de la demanda de Derechos Sociales.

El período a partir de 1.980 hasta la actualidad, la globalización económica creciente a partir de 1.980 va a minar y limitar de manera relativa la autonomía de los Estados del Bienestar nacionales, que favorecerán la desregulación, la flexibilidad laboral y la contención del gasto social para favorecer la inserción competitiva de las economías nacionales en el nuevo mercado mundial.

La convergencia de las políticas sociales y del Estado de Bienestar español se ha acelerado con la incorporación de España a la Unión Europea y el progresivo impacto de la globalización, pero igualmente esta integración ha permitido mantener y desarrollar sistemas de protección social altamente legitimados desde el punto de vista político, por constituir parte del capital social y de la cultura política de los países de la UE.

El devenir del sistema de protección social español y, en general, del Estado de Bienestar, va unido, sin duda, a los avatares de los restantes modelos nacionales y al curso que adopte la política social europea hoy por hoy residual y subordinada a los Estados nacionales y limitada a la regulación del mercado de trabajo, salud laboral y libre movimiento de los factores productivos y, simbólicamente, a la lucha contra la pobreza.

b. En cuanto a la dimensión diferencial del Estado protector español.

España tiene un Estado de Bienestar que puede ser situado en un espacio concreto: el llamado modelo de bienestar latino - mediterráneo aún sabiendo que bajo

este paraguas existen importantes diferencias entre países. España en concreto es resultado de la maduración de un sistema de Seguridad Social con profundas raíces históricas (prestaciones sociales contributivas y luego asistenciales), de la relativa socialdemocratización que pone en marcha la transición política (universalización limitada de servicios como sanidad, educación y muy secundariamente los Servicios Sociales), y del doble impacto que sobre el mercado de trabajo - sustrato profundo del Estado de Bienestar- suponen la incorporación a la UE y la inserción de España en una economía globalizada. España es un caso de reestructuración compleja del Estado de Bienestar en el que se están produciendo cambios y desplazamientos contradictorios que están afectando y afectarán al desarrollo de los derechos sociales y al propio curso de la reforma social estos son:

Un Estado de Bienestar de universalización creciente de prestaciones y servicios pero sometido a la vez a una privatización selectiva (ahora amplia como es el caso de los fondos privados de pensiones, dirigida a satisfacer a clases medias y altas en sus expectativas) y sometido también a una creciente asistencialización (compatible con un reforzamiento de la lógica contributiva o del supuesto de que sólo el trabajo genera derecho de prestaciones)

La reestructuración del Estado de Bienestar forma parte de profundas transformaciones sociales, tecnológicas y organizativas de las economías capitalistas avanzadas en la era de la información y que se comprenden bajo lo que se denomina globalización que no solo es un ideología sino una realidad económica y política compleja. La actual fase de reestructuración con sus efectos de paro, fragilidad, el cuestionamiento de la acción pública y la descentralización empresarial y de la acción sindical, no reflejan sino el retroceso profundo de la regulación estatal a favor de otras dos regulaciones y/o desregulaciones: por una parte, a favor de una regulación más global y a favor de otra regulación más local o regional (la descentralización del Estado acerca los servicios y la Administración al ciudadano, pero también genera nuevos desequilibrios de poder y en el reparto del bienestar).

La globalización reduce el poder del Estado, frena el desarrollo de la protección social cuando no la mina y produce fragilidad e inestabilidad sociolaboral. A su vez la regionalización o localización reduce la capacidad de coordinación de las políticas en los territorios y refuerza la asistencialización y la corporatización de la Política Social. Una y otra han contribuido a socavar los cimientos del Estado de Bienestar que se ve abocado a una mayor asistencialización y también a un retorno - casi imposible en el caso español- a la 'familiarización' de las prestaciones y servicios colectivos. Este no es un proceso inexorable ni se rige sólo por los imperativos de la razón económica. Las decisiones políticas y el papel de los actores sociales tienen un papel importante.

El incipiente Estado de Bienestar español se encuentra 'amenazado'. La constante sensación se que no será posible su sostenimiento global, ni de que sean suficientes sus prestaciones, la búsqueda de fórmulas de previsión alternativas (privadas), la incorporación permanente de la gestión a entidades privadas (fundaciones y 'organizaciones sin ánimo de lucro') fundamentada en muchas ocasiones por las características burocráticas de la gestión pública entre otros factores, están contribuyendo a modificar a reestructurar no sólo modelos de gestión sino también las estructuras de protección.

1.7. Estados de Bienestar: Familia y Género

Se tendría que hacer una distinción entre familia y género cuando se relacionan con los Estados de Bienestar.

Por una parte el concepto de familia es un concepto complejo y 'antiguo' en el sentido de que es una institución que ha perdurado en el tiempo, teniendo el precedente más actual el de la familia patriarcal desarrollada en el marco de la sociedad tradicional. Entendida como unidad económica y de socialización. Dentro de este modelo cada individuo tiene sus funciones bien definidas normalmente en función de la edad y del género, así por género las mujeres han tenido un papel muy definido en la reproducción, en el cuidado y las relaciones dentro de la familia, mientras que al hombre lo tiene en la producción y las relaciones con el exterior. En cuanto a la edad cada etapa del ciclo vital también se le da unas atribuciones definidas.

La cuestión de género aparece no cabe duda dentro del contexto de un cierto desarrollo económico y dentro del marco de unas altas cotas de derechos sociales y de libertad política.

A diferencia del concepto de familia, el de género es más actual va apareciendo de forma gradual unido al proceso de individualización social, en el sentido positivo del término, es decir en el sentido de poder de decisión y de autonomía de la persona.

El Estado de Bienestar ha tenido mucha importancia en el desarrollo, pervivencia y tipología de las familias. Así como en el desarrollo de la visión de género y de su construcción.

Hasta hace relativamente poco tiempo a la hora de analizar el Estado de Bienestar las variables que se tenían en cuenta eran fundamentalmente las de empleo, se asimiló con 'pleno empleo', generador éste de la redistribución del excedente y con otras dos variables del Estado de Bienestar como son los Servicios Públicos y las Rentas Básicas (pensiones y prestaciones económicas). Dentro del marco del cuestionamiento y de la reestructuración se plantea una revisión de los objetivos y de las variables sobre las que se construyen los actuales Estados de Bienestar. Por una parte se está trabajado sobre la visualización de los proveedores de Bienestar en la conceptualización y análisis de los diferentes regímenes de Bienestar. Ya no se contemplan como proveedor principal al Estado sino también el mercado, la sociedad y la familia. Y por otra parte las repercusiones que se constatan que tienen los Estados de Bienestar sobre la estructura social esta haciendo necesaria la investigación para la revisión de premisas que se veían muy asentadas, a modo de ejemplo las diferentes políticas familiares repercuten significativamente en las estructuras familiares y éstas en las construcciones de los roles de género que a su vez repercuten en las estructuras del mercado de trabajo que por ende repercuten en la productividad económica de los Estados y por tanto en su supervivencia.

La familia ha sido solo visible como un conjunto indivisible proveedor o receptor. En la medida que se va ampliando los ámbitos de los Derechos Sociales y se van consolidando los procesos de globalización así como sus consecuencias se hacen visibles la situación separada de los individuos tanto en las situaciones de ventaja como en las de desventaja. Esta individualización hace que ese conjunto indivisible de individuos que era la familia cambia de tal manera que se diferencia los roles poniéndose en valor las funciones de cada miembro y sus diferencias en contexto social de tal manera que el Estado de Bienestar tenga que adaptarse a sus objetivos últi-

mos esto es la consecución de los principios de igualdad y justicia social cubriendo unos mínimos sociales analizando las necesidades generadas por las desigualdades sociales que suelen tener su origen en las diferencias sociales, y en los últimos años se ha añadido la mejora de la calidad de vida como consecuencia de dar cabida a las necesidades de la sociedad post-industrial.

Los Estados de Bienestar que estaban diseñados para un modelo específico de sociedad se ven abocados a su reestructuración de tal manera que el avance de los derechos sociales e incorporación al mercado de trabajo la mujer hace que se diferencie del todo indivisible de la familia visualizando todo el trabajo no remunerado de cuidados familiares y de socialización. En la medida que se va incorporando se van evidenciando las tareas que venía realizando, en un primer momento parte por la sobrecarga de trabajo 'superwomen' y mas tarde por la demanda de servicios de apoyo a los cuidados familiares en el torno familiar como puedan ser las abuelas/os, tías solteras... en tanto que la familia mengua o simplemente se agota se busca los apoyos en el mercado que también se agota teniendo que recurrir a trabajadores inmigrantes para realizar estas tareas. Este proceso ha hecho que se ponga en valor las tareas de cuidado llegando a realizar estudios pormenorizados y exhaustivos económicos – sociales de los cuidados familiares, por una parte del costo económico de los cuidados familiares y por otro el coste de oportunidad de esos cuidados por parte de las personas cuidadoras, así como la repercusión y el costo sanitario de los cuidados familiares. Lo expresado anteriormente ha hecho que el modelo de Bienestar Social que se fundamentó y favoreció la familia patriarcal se muestra ineficaz para las nuevas necesidades y demandas sociales, por ello esta es una de las causas de la emergencia de la reestructuración del Estado de Bienestar que ha de ajustarse a la individualización generada por una parte por el mercado y por otra por el desarrollo de los derechos sociales.

Una vez hecha la distinción entre género y familia, nos sería interesante estudiar la relación entre Estado de Bienestar, género y familia, para ello nos son necesarios trabajar algunos conceptos y contextos, que de manera breve se intentarán desarrollar relacionándolos, estos son:

Las desigualdades de género, en el empleo. Los cambios en las funciones y roles familiares. Los diferentes modelos de familias. Las políticas sociales y sus repercusiones en la construcción de las familias. Así como la ética del cuidado.

En cuanto a las desigualdades de género cabe decir que existen en tanto que existen desigualdades en el empleo producidas por las diferencias en el acceso al mercado de trabajo y las diferencias de la calidad de los empleos. Por la evolución del mercado de trabajo que ha tenido un desarrollo desregularizador tendente a la individualización ha hecho que la mujer haya podido incorporado al mercado de trabajo con cierta facilidad, lo que no ha podido conseguir de manera extensiva ha sido calidad en el empleo. Dicha calidad se ha visto reducida por la merma de los costes de oportunidad por la atribución y desempeño de los cuidados familiares, puesto que a las mujeres se les ha ampliado las oportunidades de trabajo remunerado mientras que este cambio no se ha visto acompañado del incremento de la incorporación de los varones al trabajo reproductivo.

Puede existir también una relación entre incorporación de la mujer al trabajo remunerado, empleos de baja calidad, modelos de políticas familiares y sus repercusiones en la demografía y especialmente en las tasas de fecundidad, es de destacar el bajo índice de fecundidad en los regímenes/modelos de bienestar de tipo medite-

rráneo donde las políticas familiares han sido de escasas y en algunos casos nulas apoyándose en las relaciones de solidaridad tradicional dentro de ellas que en no muchos casos ha tenido que optar por sólo por: A) estudio- trabajo (sin hijos, o adopción tardía una vez consolidada la situación laboral), B) sólo familia (tienden a una tardía incorporación al trabajo y de escasa calidad por la baja formación), C) trabajo más familia (es igual a no poder tener opciones a vida personal y social, situaciones de estrés permanente, desatención de menores, tensiones familiares..) Estas tres situaciones repercuten tanto en la vida personal como en la estructura social. Las políticas laborales y sociales pueden repercutir de forma significativa en la conformación de diferencias de la estructura social.

(Tabla. 5) Tasas de fecundidad – crecimiento demográfico

	Población total (millones)		Tasa de fecundidad * (total)		Crecimiento demográfico (% tasa anual)	
	1997	2015	1975	1997	1975/1997	1997/2015
Alemania	82,10	81,60	1,50	1,30	0,20	0,00
Austria	8,10	8,30	1,80	1,40	0,30	0,20
Bélgica	10,10	10,10	1,80	1,60	0,20	0,00
Dinamarca	5,30	5,30	1,80	1,70	0,20	0,10
España	39,60	38,50	2,80	1,20	0,50	-0,20
Finlandia	5,10	5,30	1,60	1,70	0,40	0,10
Francia	58,50	61,10	2,00	1,70	0,50	0,20
Grecia	10,60	10,40	2,30	1,30	0,70	-0,10
Irlanda	3,70	4,20	3,70	1,90	0,60	0,70
Italia	57,40	54,40	2,10	1,20	0,20	-0,30
Luxemburgo	0,40	0,50	1,70	1,70	0,60	0,60
Países Bajos	15,60	15,90	1,70	1,50	0,60	0,10
Portugal	9,90	9,70	2,60	1,40	0,40	-0,10
Reino Unido	58,50	59,60	2,80	1,70	0,20	0,10
Suecia	8,90	9,10	1,70	1,60	0,40	0,10

Algunos ejemplos de estas situaciones los tenemos en los diferentes modelos/regímenes de bienestar y su relación con las tasas de fecundidad – crecimiento demográfico.

Así como de la evolución de la incorporación de la mujer al trabajo remunerado en función de los diferentes modelos/regímenes de bienestar y su relación con las políticas sociales y el empleo femenino, se exponen los porcentajes de trabajadoras en el conjunto de la población femenina de 15-64 en la UE, según modelos de bienestar:

(Tabla. 6) Porcentajes de trabajadoras en la UE según modelos de bienestar

	1960	1974	1995	%(1960-995)
Anglosajón (Reino Unido)	46,1	54,3	66	19,9
Continental (Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Holanda)	42,1	44,9	59,2	17,1
Nórdico (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia)	48,9	60,9	72,5	23,6
Mediterráneo (España, Grecia, Italia y Portugal)	31,6	37,6	49	17,4

Fuente: Esping-Andersen, 2000

Según se aprecia en los datos estadísticos recientes (INE: 2001, IAE: 2007) la tasa de actividad ha evolucionado inversamente proporcional a la tasa de fecundidad.

Lo expuesto anteriormente vemos como los roles de cuidados familiares siguen asignándose de forma aún muy significativa a las mujeres así pues el cambio se ha producido en las mujeres desde el espacio privado hacia el público, pero no a la inversa, al menos no en la misma proporción.

La siguiente tabla nos muestra la provisión del bienestar de la familia (Esping-Andersen, 2000:89) destacando las horas de dedicación a los cuidados familiares. También nos muestra la correlación existente entre los diferentes modelos/regímenes de bienestar y sus políticas sociales con las horas dedicadas al cuidado familiar, destacando que en los países con políticas familiares más débiles existe una mayor dedicación de horas de cuidados no remunerados como son los casos de España e Italia. Y aquellos con políticas sociales familiares más fuertes los que menos como es el caso de Dinamarca. Caso aparte nos merece la dedicación de cuidados en el marco de los regímenes/modelos liberales donde las características del empleo hace que muchas tengan que trabajar para el mantenimiento básico de la familia quedando desatendido los cuidados familiares, hecho este que se corrobora con los altos índices de pobreza y desatención a la infancia en EE.UU. e Inglaterra recientemente denunciados:

(Tabla. 7) Intensidad de la provisión del bienestar de la familia

Intensidad de la provisión de bienestar de la familia			
	Porcentaje de ancianos que viven con sus hijos (medidos de la década de 1.980)	Jóvenes desempleados que viven con sus padres (% del total) (1.991-93)	Horas semanales de trabajo no remunerado (mujeres) (1.985-90)
Regímenes liberales			
Canadá	–	27	32,80
Gran Bretaña	16	35	30,00
Estados Unidos	15	28	31,90
Regímenes socialdemócratas			
Dinamarca	4	8	24,60
Noruega	11	–	31,60
Suecia	5	–	34,20
Europa continental:			
Francia (a)	20	42	36
Alemania	14	11	35
Países Bajos	8	28	38,7
Europa meridional			
Italia	39	81	45,40
España	37	63	45,80
Japón	65	–	33,10

a. Media estimada a partir de INSEE (1.990)

FUENTE: col. 1: OCDE (1.994c, tabla 13); col. 2: para los países de la UE (excepto Alemania), Europanel 1.994 (Bisón y Esping-Andersen, 1.998) y OCDE (1.994^a, tabla 1.18); col. 3: Bonke (1.995)

La relación entre modelo/régimen de bienestar, las características del mercado de trabajo, las políticas familiares y los cuidados familiares, se muestra en la tabla siguiente, Nº 8.

Los cambios en los roles de género, sobre todo los de la mujer, conjuntamente con los cambios en el mercado de trabajo ha hecho que emerjan una diversidad amplia de modelos de familias. Modelos de familia que han existido tradicionalmente pero que no eran reconocidas socialmente (a modo de ejemplo los hijos ilegítimos en la etapa predemocrática existían pero no eran reconocidas a efectos sociales y por ende no eran visibles para las políticas y los beneficios sociales.

Aquí entroncamos con las políticas familiares, los modelos de familia, las políticas de género y la construcción de género. No cabe duda que nos encontramos con una situación de circularidad en tanto que los modelos de familia tienen que ver con la construcción de género y a su vez la construcción de género tiene que ver con los modelos de familia y todo a su vez con las políticas de uno y otro orden. Las políticas de familia están relacionadas con las políticas de género: por una parte en tanto en cuanto la mujer difícilmente puede desarrollar otros roles en los que esta excluida o subrepresentada mientras no cambien las políticas familiares.

(Tabla.8) Características del mercado de trabajo, las políticas familiares y los cuidados familiares según el Modelo/régimen de bienestar

Modelo/Régimen de bienestar	Características mercado de trabajo y del empleo	Políticas Familiares	Cuidados Familiares por parte de la mujer
Liberal	Liberalización Desregularizado	De baja intensidad de provisión privada	Medios-escasos
Socialdemócrata	Regularizado	De alta intensidad de provisión pública	Escasos
Continental	Altamente regularizado con tendencia a la desregularización	De alta intensidad para cotizantes	
Meridional Especialmente España	Desregularizado Tendente a la liberalización Con un alto grado de precarización sobre todo en la franja de edad de entre 18 y 35 años	1. Hasta 1990 inexistente (250 pts por hijo mes) 2. Cambio a partir de 2002 con la tasa de fertilidad más baja del mundo avance en políticas familiares (plan de familia, Ley de Dependencia)	1. Tres situaciones: a) alta (sin trabajo remunerado) b) baja (cuidados y trabajo remunerado poco cualificado) c) baja (cuidados y trabajo remunerado cualificado, sin Servicios Sociales adecuados a su situación)

Fuente: elaboración propia

Hay que decir también que en la medida la sociedad va avanzando en la individualización, el ejercicio de los derechos sociales y el acceso al mercado de trabajo van a establecer de forma casi paralela diversas formas de familias, y por tanto serán necesarias diferentes políticas familiares así como diferentes servicios, prestaciones, programas y acciones sociales.

Por último nos es necesario al menos mencionar y reflexionar sobre la ética del cuidado. Las relaciones intergeneracionales en las familias tradicionales que se habían fundamentado en el deber moral de cuidados primero hacia los menores y más tarde hacia los mayores así como a los enfermos. En estos procesos de individualización.

2. Bienestar Social y Personas Dependientes: Modelos de Protección Social

2.1. Modelos de Protección Social

Sobre lo anteriormente expuesto se retoma la clasificación establecida por criterios conceptuales (Esping-Andersen: 2000, Adelantado: 2000) se pueden establecer diferentes modelos de protección social. En el campo de las dependencias seguimos al profesor Rodríguez Cabrero (2004): Modelo Nórdico. Modelo Liberal. Modelo Continental o de Seguridad Social. Modelo latino

A. Modelo Nórdico: De protección universal para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y de Holanda.

La cobertura es universal, la prueba de recursos sólo existe para gestionar el copago a definir en cada caso concreto en función del nivel de renta.

Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios. Y hasta hace muy poco eminentemente público.

La financiación es de manera dominante de tipo público y compartida por el Estado y las Administraciones Territoriales. Está establecido el copago que varía en función de la renta y el tipo de servicio.

La organización territorial se estructura, en los países escandinavos, en tres niveles de gobierno: Estado, Condado y Municipio.

Los servicios dependen del Municipio (gobierno local).

Los hospitales y algunos otros servicios médicos especializados están basados en el nivel del Condado (gobierno regional).

Los Municipios disfrutan de una considerable independencia dentro del marco de las leyes y de la regulación financiera del Estado.

Existen unas pocas instituciones propiedad de organizaciones privadas, pero están financiadas casi completamente con medios públicos. A pesar de que las organizaciones voluntarias han ido introduciendo nuevos servicios, sin capacidad, sin pretensiones de representar una alternativa a las prestaciones públicas, por lo que los servicios voluntarios están normalmente integrados en el sistema público de atenciones, al que suplementan. No ha sido alentada excesivamente la iniciativa privada con ánimo de lucro en este sector, y su impacto y volumen son bajos.

El acceso a los servicios médicos y sociales es universal, para todos los residentes, de forma gratuita o con una tarifa moderada, y están integrados dentro del mismo sistema general. Son principalmente públicos, aunque en los últimos años hay elementos esenciales que se pueden describir mejor como una mezcla de público y privado.

Es también notable la integración de los servicios sanitarios y sociales bajo el mismo sistema de financiación, lo cual implica que los Servicios Sociales (incluyendo los cuidados de larga duración) son especialmente generosos respecto a los países que tienen concentrados sus recursos en los servicios estrictamente médicos.

Tendencias: Desde hace dos décadas se están promocionando una política de sustitución del cuidado en instituciones por la atención domiciliaria.

En el caso de Holanda la reforma trata de contener el gasto a la vez que racionalizar el sistema estableciendo una clara separación entre el sistema sanitario y el sistema de cuidados.

La atención sanitaria y enfermería formarían parte del sistema sanitario con su propio sistema de financiación y gestión. Por el contrario, los cuidados de larga duración (ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial) formarían un sistema propio dependiente en lo tocante a gestión de los municipios y con su propia fuente de financiación (impuestos, cotizaciones y participación de los usuarios).

Se trata de un modelo que, durante los últimos años, ha tendido a la municipalización, aumento de la producción mercantil de los servicios sobre todo por los ciudadanos con mayor nivel educativo y al aumento de la ayuda informal el recurso en los ciudadanos con menor nivel educativo.

B. Modelo Liberal: Es un modelo de protección social de tipo asistencial con comprobación de recursos económicos. Eminentemente Asistencial también denominado así, dirigido esencialmente a los ciudadanos carentes de recursos.

La cobertura la hace atendiendo de forma preferente a las personas con bajos recursos en función de un baremo y para el resto mediante aportación.

La financiación se realiza mediante impuestos generales y copago de los usuarios en función de la renta. Por Servicios Sociales locales.

En relación a las personas dependientes desde 1990 se introduce el copago y el desplazamiento de la responsabilidad de los cuidados de larga duración a los entes locales, mientras que el Servicio Nacional de Seguridad Social trata de desplazar parte de los costes sanitarios relacionados con los cuidados a los servicios locales.

Existen prestaciones en metálico o servicios para la persona dependiente y para el cuidador en edad de trabajar. Así como residencias específicas.

Las tendencias protectoras contemplan una política de reducción del gasto e incremento de las aportaciones del usuario.

Existen diferencias de aportaciones entre regiones y municipios y diferencias de oferta de servicios.

Hay una continuidad de las políticas de transferencia al individuo, la familia y la sociedad del coste de la dependencia y desde el 2001 mayor control de la Administración Central de las políticas locales, énfasis en planificación, calidad de los servicios.

Tendencias: El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad socio-sanitaria evaluada. El criterio para ser beneficiario de la prestación social pública es la necesidad de cuidados. La prestación, como ya se ha indicado, cubre una parte sustantiva del coste, siendo el beneficiario quien asume el resto.

C. Modelo Continental o de Seguridad Social: Se trata de un modelo de protección a través del Sistema de la Seguridad Social, mediante prestaciones que tiene su origen en cotizaciones.

En este modelo la protección social a la dependencia se sitúa, al igual que las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia, en el ámbito de la Seguridad Social y es, por lo tanto, financiado y gestionado en este marco.

Es el modelo bismarkiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Francia y Luxemburgo.

Todos los países que han optado por este modelo reconocen la naturaleza de derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, superando la tradición asistencialista y de responsabilidad de la familia en este campo.

Esta forma de aseguramiento de la dependencia pretende cubrir las necesidades de servicios de la persona que en su momento puedan presentarse. La prestación puede servir para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.

En general en estos sistemas se da un amplio margen de elección a la persona dependiente o su familia, que puede optar entre prestaciones monetarias y servicios. Esta libertad de elección, basada en el respeto a las tradiciones y preferencias familiares y culturales, no obsta para que se tienda a favorecer la prestación de servicios.

Estos sistemas se financian fundamentalmente con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo y en algunos países también con las de empresarios y de los propios pensionistas. También suele haber financiación vía impuestos, para cubrir las prestaciones no contributivas y/o equilibrar financieramente el sistema.

La gestión de los servicios está descentralizada en las administraciones territoriales.

Las prestaciones están topadas, cubren una parte importante del coste, aunque no la totalidad, lo que obliga al beneficiario a participar en la financiación de los servicios.

Son exponentes los modelos Alemán y Francés que se sitúan dentro del ámbito de la Seguridad Social, son una extensión o un pilar más de la Seguridad Social, junto a las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia.

Alemania:

Seguro tiene un carácter contributivo y constituye, junto a los seguros de accidente, enfermedad, vejez y desempleo, la quinta rama del sistema alemán de Seguridad Social.

Todas las personas con derecho al seguro de enfermedad tienen también necesariamente, al mismo tiempo, derecho al seguro de dependencia.

Su cobertura es universal en función de la necesidad y grado de dependencia evaluada por el sistema nacional de salud dos veces al año (apoyo universal limitado).

Este sistema de prestaciones tiende a dar prioridad a la asistencia domiciliaria frente a la atención residencial en la medida en la que reserva a esta última para

situaciones de ausencia de cuidadores informales o de síntomas de demencia muy graves e incluso peligrosos. De la misma manera, se pretende priorizar la elección de la prestación de servicios sobre las transferencias directas estableciendo para las primeras un importe muy superior.

Hay fallos considerables en infraestructuras, que no las hacen competitivas ni eficaces y ello porque los Landers y los municipios no asumen responsablemente su implicación en esta cuestión, asignando al Estado Federal más responsabilidades de las que le corresponden.

La coordinación socio-sanitaria es insuficiente, compleja, con un mayor peso del sistema sanitario que no termina de funcionar adecuadamente. La colaboración entre centros sanitarios y asistenciales dista mucho de ser aquello que se deduce de la filosofía del propio seguro.

El seguro alemán de cuidados de larga duración ha duplicado entre 1995 y 2004 el número de sus beneficiarios. El sistema ha entrado en una senda deficitaria desde finales de 1999.

La gestión de las prestaciones es competencia de la Unión de Cajas de Enfermedad y, al igual que el sistema alemán, los Servicios Sociales son gestionados por empresas y ONGs.

Las tendencias existentes son: de una extensión del sistema, así como la importancia de la prestación de servicios, con el fin de generar empleo y aumentar la eficacia del sistema protector.

Francia:

Empieza a transformarse en un modelo de tipo universal a partir de julio de 2001 con la aprobación de la ley nº 2001-647 relativa al desarrollo de lo que vendrá a llamarse como "Prestación Personalizada de Autonomía" (APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie).

El nuevo sistema se inicia en enero del 2002 y se concibe como una prestación de derecho si bien, tanto el requisito de la edad necesaria para acceder al mismo (ser mayor de 60 años, aunque paralelamente se promulgó una legislación similar para discapacitados menores de esta edad) como la significación de las correcciones de renta planteadas para determinar la participación del beneficiario en el pago de los gastos de su atención sitúan a este sistema en la frontera de la asistencia social.

Es una prestación de derecho, no discrecional, periódica, finalista, que está inordinada en la acción social, y no en la seguridad social, aunque, algunos gastos se imputen a ella.

Además del requisito de la edad, los beneficiarios que soliciten la prestación deben acreditar la residencia en Francia y presentar un grado de dependencia entre I y IV de los seis de los que consta la escala AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe ISOResources).

El modelo de financiación de la prestación personalizada de autonomía, en general, no responde a una naturaleza de seguro propia de sistemas como el Alemán o el Luxemburgués. Concretamente, el 67% recae en las Regiones, y el resto en la Administración Central, y financiado con el 0,1 de la Contribución Social Generali-

zada a la Seguridad Social y la contribución de los diferentes regímenes obligatorios de seguro de vejez.

La coordinación socio-sanitaria es de bajo nivel.

En líneas generales el sistema francés tiene bastantes problemas...

Las prestaciones para el dependiente son de tipo económico (prestación monetaria o subvención) para la atención residencial o cheque para el cuidador a domicilio. Y para el cuidador, formación y asesoramiento.

La gestión es mixta, la evaluación de la dependencia la realiza el sistema sanitario y la gestión de prestaciones monetarias los Ayuntamientos.

En cuanto a las tendencias: se contempla la consolidación de un sistema protector basado en un derecho subjetivo.

D. Modelo latino: Es un modelo que englobaría a países como España, Portugal e Italia.

Tienen un sistema de atención a la dependencia en los que recae sobre la familia el mayor peso de los cuidados, particularmente sobre la mujer.

El sistema público de cuidados de larga duración es de naturaleza asistencial (para pobres prácticamente), insuficiente en recursos, orientado a las prestaciones económicas más que a los servicios (el déficit de los servicios, comunitarios sobre todo, es una realidad ampliamente reconocida) y con notables desequilibrios territoriales.

Son países que cuentan con un retraso en cuanto a extensión y gasto en Servicios Sociales en relación a los países nórdicos.

Fuerte peso tradicional de las organizaciones no lucrativas (entre ellas las religiosas), y donde el peso de la carga de los cuidados recae, aún, en la familia (las mujeres son más del 80% de la población cuidadora). Una mezcla de progresivo universalismo protector, familismo y asistencialismo, es la característica común a este grupo de países.

Los cuidados de larga duración se dirigen a las personas con insuficiencia de recursos. Como consecuencia, existe un importante déficit de servicios, sobre todo de los comunitarios, y notables desequilibrios territoriales.

Este sistema de protección asistencial deja en una desprotección casi total a las clases medias, puesto que, por una parte, los requisitos de acceso, sobre renta disponible les impide acceder a los servicios de provisión pública y, por otra, sus ingresos son insuficientes para costearse, en el ámbito privado, esos mismos servicios, especialmente los de mayor coste, como son las plazas residenciales.

Los cambios sociodemográficos presionan por la superación de la protección asistencial actual en favor de modelos protectores de garantía de derechos. Sin embargo, las políticas de contención del gasto social y la derivación de la responsabilidad desde el Estado a las Comunidades Autónomas/Regiones y Municipios en materia de Servicios Sociales están inhibiendo el desarrollo de políticas de Estado para la protección de las personas dependientes en aquellos países que todavía mantienen este sistema de protección.

Una creciente demanda social caracteriza a estos países, en los que la gestión privada de los servicios prima sobre la pública.

La descentralización, la gestión privada de los Servicios Sociales y una creciente demanda social caracterizan a estos países. La descentralización de los Servicios Sociales está suponiendo un incremento de los desequilibrios sociales en cuanto a la extensión y calidad de los mismos.

La familia es, en el esquema de los países del sur de Europa, todavía, pieza clave y fundamental en la cultura de los cuidados a las personas dependientes y ahí, en la familia, es el lugar donde se sitúa la responsabilidad del cuidado en los casos de necesidad. Decir familia, en la mayoría de los casos, es decir mujer, con todas las singularidades que ello conlleva, ya que las que cuidan son las mujeres en un porcentaje altísimo, impidiendo con ello, su incorporación al mercado de trabajo.

Los cambios en el sistema de apoyo familiar tradicional y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, están modificando el modelo. En un contexto de envejecimiento, la necesidad de introducir sistemas de solidaridad colectiva, que apoyen a las de tipo informal, se está abriendo paso.

En el caso de España, las nuevas necesidades planteadas por la situación de dependencia ha culminado con la aprobación de la Ley 39 de 2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Protección a las Situaciones de Dependencia.

2. 2. Características genéricas

El modelo de financiación tiende a establecer dos claras separaciones entre sistemas (sanitario y Servicios Sociales) y en cuanto a financiación (niveles contributivo y asistencial) con modulaciones según los diferentes sistemas nacionales.

La Seguridad Social parece predominar como una vía de financiación preferible para poder garantizar el derecho si bien se tiende hacia un mayor reparto de la carga sobre la persona asegurada más que sobre el conjunto del factor trabajo. Los que no han cotizado están protegidos por la vía asistencial.

Son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. La participación, en mayor o menor medida, de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países.

El modelo protector público se responsabiliza de la regulación y financiación básica del sistema; las regiones de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión en equipamientos con ayuda estatal; los ayuntamientos son la pieza clave en el sistema de protección y en la organización de los Servicios Sociales comunitarios; el sector privado (ONGs y empresas) se consolida como proveedores de servicios manteniéndose una red pública de referencia de mayor o menor entidad según los países (mínima en el caso alemán y japonés y máxima en los modelos nórdicos y holandeses).

Escasa atención a las familias cuidadoras. No se han articulado medidas suficientes de apoyo a las familias que, si bien pueden y quieren cuidar a sus familiares dependientes y lo están haciendo, en numerosos casos demandan ayudas de bajo coste, pero imprescindibles, tales como programas de información, formación y asesoramiento para saber cuidar y tratar a una persona dependiente; programas de respiro temporal; estancias diurnas, nocturnas y temporales...

Todos los servicios de atención de la dependencia (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, servicios residenciales...) tienen un enorme potencial de crecimiento en los países del Sur de Europa, debido a la baja cobertura actual, la creciente demanda y presión social, y la necesidad de lograr una convergencia real con las tasas de atención existentes en los países de nuestro entorno.

Los servicios de cuidados a las Personas Dependientes van a tener una expansión enorme, incluso a corto plazo. No se comprende que en nuestro país, fundamentalmente en los programas de formación profesional y ocupacional, no existan apenas planes de formación al respecto.

La inversión en Servicios Sociales (ahorro en prestaciones de desempleo, incremento de la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades) confirma la eficiencia del gasto social como mecanismo de generación de actividad económica y de empleo.

Se pone de manifiesto la tendencia a la unificación de modelos, unos recortan y privatizan otros crecen y universalizan. Así en los regímenes nórdicos se están experimentando cambios hacia el sector privado por las personas de mayor nivel educativo y de un incremento de los apoyos informales como recurso en las de menor nivel educativo. Los modelos continentales financian sus prestaciones y servicios con las contribuciones de la Seguridad Social están experimentando cambios como es el caso de Francia donde en la atención a la Dependencia tiende a repartir las cargas con la incorporación de la financiación pública. Los regímenes liberales tienden al universalismo ante los niveles de desatención de algunos colectivos y situaciones. Y en relación a los países mediterráneos tienden al aumento de las prestaciones y de la universalización.

3. Dependencia

Las situaciones de dependencia están tomando relevancia social por las dimensiones que tienen en el contexto socio-histórico actual y las necesidades de protección social del colectivo.

En España en los últimos 10 años, sobre todo a partir de la encuesta de discapacidades de 1.999 y con el Informe (2001) sobre La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica del Defensor de Pueblo Español, se ha puesto al descubierto esta situación que ha generado una diversidad de estudios y acercamiento al tema desde diferentes perspectivas. Pero sobre todo cobra relevancia su estudio, análisis al contemplarlo en relación al desarrollo de unas prestaciones específicas para éstas.

El concepto de dependencia presenta algunos problemas de conceptualización. Es un término que se utiliza desde hace relativamente poco tiempo. Se suele relacionar con Personas Mayores y de hecho el 60% de las personas con discapacidad (EDES, 99) son mayores de 65 años y de este grupo de edad el 32% tiene alguna discapacidad.

Aunque está íntimamente unido con la discapacidad no suele relacionarse con ella, estableciendo clasificaciones y valoraciones por separado. La discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, pero pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia. La dependencia es una situación de discapacidad en la que interviene el factor contextual de ayudas.

También se tiende a considerar la dependencia como un hecho estático, lineal o progresivo propio de la vejez, sin embargo –al igual que la discapacidad– es propia de diversas situaciones vitales más o menos prolongadas como la infancia, períodos de enfermedad, embarazo... a parte de la vejez. La dependencia es un hecho variable y dependerá entre otras cosas de estados de salud transitorios y significativamente de los factores del contexto real (personal o ambiental) en el que se desenvuelve la persona en cuestión, en ese preciso momento, pudiendo por tanto mejorar o empeorar según las circunstancias.

3.1. Algunos conceptos relacionados en torno al concepto de dependencia

La autonomía es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias.

La independencia se entiende comúnmente como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás.

La calidad de vida es «la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno» (OMS, 1994). A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia...

La esperanza de vida saludable se utiliza comúnmente como sinónimo de «esperanza de vida libre de discapacidad». Mientras la esperanza de vida al nacer sigue siendo una importante medida del envejecimiento de la población, cuánto tiempo pueden las personas esperar vivir sin discapacidad resulta especialmente importante para una población que envejece.

Con la excepción de la autonomía, que es notablemente difícil de medir, todos los conceptos mencionados anteriormente se han elaborado como intentos de medir el grado de dificultad que tiene una persona mayor para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) dentro de las que se incluyen, por ejemplo, bañarse, comer, ir al baño y pasear por la habitación.

Y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) dentro de las que se incluyen actividades como ir de compras, hacer las tareas domésticas y preparar la comida.

Recientemente se han desarrollado una serie de medidas, validadas y más globales, de calidad de vida relacionada con la salud. Es necesario compartir y adaptar estos índices para que se usen en una diversidad de culturas y contextos (OMS).

3.2. Concepto de Dependencia

El Consejo de Europa, en su recomendación N° R (98), define la dependencia como:

Un estado en el que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias'.

Aunque las capacidades físicas como mentales son muy importantes, sólo son una parte de los determinantes de los aspectos relacionados con la dependencia. En general, la comunicación, participación y ciudadanía compartida son elementos fundamentales en la integración social de todas las Personas Mayores y la ausencia de uno de estos factores en sus vidas les lleva a una mayor dependencia. Las personas son interdependientes en relación con la calidad de sus vidas y la necesidad de estar conectadas a otras personas. Es mediante la solidaridad y la interdependencia que las sociedades y las comunidades prosperan mediante la creación de un capital social valioso y sostenible (Consejo de Europa, Conferencia de Oslo, 2000). El capital social es tan importante para las comunidades como el capital físico y económico lo es para la inversión y el desarrollo económico. Es por ello que se ve necesario ir más allá y plantear una definición más global de dependencia, que pudiera quedar así:

La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las Personas Mayores.

La dependencia, al igual que la discapacidad, es un hecho universal que afecta en mayor o menor medida a todos los individuos en ciertos momentos de su existencia.

3.3. Diferentes clasificaciones

Lo anteriormente expuesto es coherente con el planteamiento de la nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del

Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) entre el 14 y el 22 de mayo de 2001 (Organización Mundial de la Salud, 2001), que propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

- Déficit en el funcionamiento (sustituye al término "deficiencia", tal y como se venía utilizando por la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, de 1980): es la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término "anormalidad" se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población).

- Limitación en la actividad (sustituye el término "discapacidad", tal y como se venía utilizado en la CIDDM): son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.

- Restricción en la participación: (sustituye el término "minusvalía", tal y como se venía utilizado en la CIDDM): son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de un determinado individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.

- Barrera: son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como por ejemplo un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

- Discapacidad: en la CIF, es un término "paraguas" que se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).

Según Libro Blanco de la Dependencia. En la explotación oficial de los datos de la EDDES 99 el Instituto Nacional de Estadística seleccionó, de entre el listado de 36 actividades básicas a través de las cuales se operativiza el concepto de discapacidad, 13 actividades que, por su relación con el autocuidado, la movilidad básica y las tareas domésticas, encajan dentro del concepto de "actividades de la vida diaria" (Tabla 2).

Para cada una de las actividades afectadas se registra el nivel de dificultad que la persona encuestada tiene para realizarlas, lo que permite estimar la severidad de las discapacidades, en la escala siguiente:

- Discapacidad inexistente (sin dificultad alguna para realizar la actividad)
- Discapacidad moderada (con dificultad moderada para realizar la actividad)
- Discapacidad severa (con dificultad grave para realizar la actividad)

– Discapacidad total (no puede realizar la actividad)

Se debe considerar la dependencia – al igual que la discapacidad- desde un punto de vista universal, es decir: al igual que todas las personas pueden tener alguna limitación para realizar alguna actividad determinada, todas las personas, en mayor o menor medida, son en ciertas situaciones dependientes (Querejeta, 2003:18). (Tabla 2)

La universalidad e importancia que tienen las situaciones de dependencia en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial.., ha hecho que sean múltiples disciplinas y profesionales las que se encarguen de su estudio desde un punto de vista concreto.

Esta pluridisciplinaredad ha aportado una inagotable fuente de datos, definiciones, baremos... Pero también fuente de confusión. Cabe decir que existe diversidad de interpretaciones para el cálculo de la población dependiente según autor, y tipo de análisis.

(Tabla 9) Actividades de la vida diaria

Actividades relativas al cuidado personal	<ul style="list-style-type: none"> – Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto. – Controlar las necesidades e ir solo al servicio. – Vestirse, desvestirse y arreglarse. – Comer y beber.
Movilidad en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar cambios de las diversas posiciones del cuerpo y mantenerlas. – Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado. – Desplazarse dentro del hogar.
Tareas Domésticas	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios. – Cuidarse de las comidas. – Cuidarse de la limpieza y planchado de la ropa. – Cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa. – Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia
Movilidad extra-doméstica	<ul style="list-style-type: none"> - Deambular sin medio de transporte

Así por ejemplo un mismo autor como es el profesor Rodríguez Cabrero establece una clasificación de Moderado- Grave- Severo que difiere con la establecida en EDDDES-99

Moderada-Severa- total. También en diferentes momentos ha mostrado diferentes datos. En el año 2000 nos da unas cifras en función de datos de 1993. Y en 2004 nos realiza una perfilando aspectos de la encuesta de discapacidades más actual

de 1999, realiza una combinación integrada entre las 12 discapacidades (8 personales y 4 instrumentales) de la vida cotidiana y sus niveles de gravedad respectivos, eliminando los dependientes moderados con menos de dos discapacidades para la vida diaria. Así considera a los dependientes moderados a aquellos que sufren más de dos discapacidades moderadas y menos de diez para actividades de la vida diaria a los que se suman los dependientes graves que sufren dos o menos discapacidades. Como graves se consideran aquellos dependientes que sufren más de dos y menos de diez discapacidades graves. Finalmente, se consideran dependientes severos todos los dependientes con discapacidades severas y los dependientes graves y más discapacidades (Rodríguez Cabrero, 2004:13).

Por ello parece que desde un punto de vista pragmático, se tome como referencia la clasificación que nos hace el Libro Blanco de la Dependencia construida sobre la base de los criterios de la EDDDES adaptados a la nueva clasificación de discapacidad de 2001.

3.4. Del análisis multicausal del concepto de dependencia

La dependencia es un concepto que cada vez aparece más asiduamente en el vocabulario de diferentes profesionales, no solo de la gerontología, sino también de otras disciplinas (Horgas, Waki y Baltés, 1996).

Para el análisis de la dependencia tendremos que hacer referencia a las ideas que quedan implícitas en ella, como son las de multidimensionalidad, la multicausalidad y la multifuncionalidad.

La idea de multidimensionalidad evoca que la noción de dependencia tiene múltiples dominios: mental, físico, económico,..., así como cualquier combinación de los anteriores. Estos dominios pueden ser analizados desde diferentes niveles, en función especialmente del tipo de acercamiento teórico y metodológico que se aplique: conductual, personal, situacional, de dependencia interpersonal,... Si este enfoque es correcto, consecuentemente hay que afirmar que la dependencia no es un fenómeno unitario que exhiba una única configuración.

Si analizamos la idea de multicausalidad, una primera cuestión significativa, es que la dependencia no es sinónimo de vejez. Todas las Personas Mayores no son dependientes y además hay personas dependientes que no son mayores. Tantos factores biológicos, como socioculturales, económicos y ambientales juegan un papel en el desarrollo y mantenimiento de la dependencia.

Igualmente, la "ausencia de", por ejemplo de recursos económicos, puede hacer surgir situaciones de dependencia. Lo mismo se puede decir de factores psicológicos. En general estos factores juntos o separadamente, pueden generar dependencia.

A nivel funcional y habiéndose considerado la dependencia como algo intrínsecamente negativo en las sociedades occidentales, no tiene porque tener en absoluto una única función, ni el carácter general de irreversibilidad, con la que a veces es tratado el concepto. La dependencia bien pudiera tener también una función adaptativa, o bien formar parte de un proceso de maduración...

Hay una idea clave, que quisiéramos recoger nuevamente: la dependencia es un fenómeno complejo, que presenta diversas dimensiones, causas y funciones y que difícilmente es reducible a una única configuración. (Corraliza, J. 2000:229)

3.5. Causas de la Dependencia

Las causas de las deficiencias en España en mayores de 65 años son en un 67'2 % debidas a Enfermedad común y en un 21'5 % a Procesos degenerativos derivados de la edad.

Enfermedades causantes de dependencia en los ancianos son en un 35 % las Osteoartritis y en un 50 %, Alteraciones visuales. Cardiopatías. Demencia, y en un 15 % Enfermedades Vasculares periféricas. Enfermedades Pulmonares. Depresión. Alteraciones auditivas. Diabetes etc.

Entre otros factores de riesgo de Dependencia encontramos (Fornes: 2003) los siguientes:

(Tabla. 10) Factores de riesgo de Dependencia

Edad
Síntomas depresivos
Caídas
Exceso de peso o adelgazamiento
Mala auto – percepción de la salud
Vida sedentaria y de escasas relaciones
Menos status socio económico
Menos años de escolarización
Otros

3.6. CONCLUSIONES

Para el análisis y desarrollo de la intervención con personas en situación de Dependencias, se ven como teorías muy conectadas y adecuadas para enmarcar los estudios de programas y Servicios Sociales, las que se enmarcan dentro de la perspectiva ecológica, destacándose las teorías del medio social y la perspectiva bio-psico-social. Éstas plantean que el comportamiento durante la vejez, dependen tanto de las condiciones biológicas como las sociales. El medio en el que vive la persona engloba el contexto social, junto a las condiciones materiales. Según esta teoría, el nivel de actividad de la persona influyen fundamentalmente tres factores: La salud, la situación del individuo y los apoyos sociales.

Encontrarse sano tanto objetiva como subjetivamente es un factor importante para el Bienestar Social. Así como la cantidad y la calidad de los apoyos sociales sean formales o informales.

Por otra parte el concepto de Dependencia presenta algunos problemas de conceptualización. Es un término que se utiliza desde hace relativamente poco tiempo.

La Dependencia es un hecho variable que dependerá de los estados de salud, y del contexto real en que se desenvuelva la persona en cuestión.

Se suele relacionar con Personas Mayores puesto que un 60 % de las personas con Discapacidad son mayores de 65 años, pero se insiste en que es una situación que puede aparecer en cualquier etapa de la vida. Lo que si es una realidad es que la probabilidad de ser dependiente aumenta con la edad y de forma muy exponencial a partir de los 80 años.

Pero también engloban a otros colectivos como son enfermos mentales, menores y discapacitados.

Aunque está íntimamente unido con la Discapacidad no suele relacionarse con ella, estableciendo clasificaciones y valoraciones por separado. La Discapacidad es un atributo inseparable de la Dependencia, pero pueden existir diversos grados de Discapacidad sin que exista Dependencia. La Dependencia es una situación de Discapacidad en la que interviene el factor contextual de ayudas.

La Dependencia supone una limitación en la actividad como consecuencia de una enfermedad o accidente que no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provocando una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

El concepto de Dependencia viene definido por el Consejo de Europa en la Recomendación 98 define la Dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada (LBD: 2001), plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de Dependencia:

El primero, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.

El segundo, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria.

El tercer, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Pero el Consejo de Europa en la Conferencia de Oslo de 2000 amplía un poco más la el concepto de Dependencia estableciendo que el capital social es tan importante para las comunidades como el capital físico y económico lo es para la inversión y el desarrollo económico. Por lo que 'La Dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las Personas Mayores'.

Como vemos el concepto de la Dependencia es un fenómeno complejo dado la incidencia de múltiples variables. Por ello su estudio se torna también complejo, actualmente las perspectivas sobre las que se están centrado, son fundamentalmente dos: la perspectiva económica y la social.

Con lo que respecta a las líneas actuales de estudio que guíen las pautas de la acción social para el establecimiento de actuaciones, programas y servicios parece que habría que comenzar por la prevención, para ello nos es necesario estudiar, analizar cuales son las causas de las Dependencia, cuales son las variables que pueden intervenir en ella y así poder prevenir o atenuar sus consecuencias.

Una de estas consecuencias son las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social que pueden tomar a medio plazo una importante dimensión ante el aumento de las esperanza de vida y por tanto de las Personas Mayores de 80 años, tramo de edad en las que se incrementa de forma exponencial las situaciones de dependencia. Así como del aumento de las situaciones de desatención de cuidados familiares como consecuencias de los cambios en el mercado de trabajo y en la familia, fundamentalmente en menores, enfermos y personas mayores.

4. COORDINACIÓN ENTRE SISTEMAS

4.1. Modelos de coordinación

La coordinación dentro del marco de Atención a las Personas en situación de Dependencia se debería realizar a varios niveles:

Entre servicios sanitarios y servicios sociales

Entre diversos recursos y niveles de atención de un mismo sistema

Entre los sistemas formales (servicios y profesionales, sociales, sanitarios) y los sistemas informales (familia y sociedad civil)

Entre las diferentes administraciones públicas: Nacional, Autonómicas y Locales.

Las Comunidades Autónomas han previsto la coordinación de forma diferente:

A. Unas con estructuras de coordinación a nivel de Administración que podría denominarse como Coordinación socio-sanitaria entre sistemas.

Se puede definir como el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención socio-sanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia (Sancho Castiello, T. 2000)

Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea.

Este modelo conllevaría una reforma metodológica.

B. Otras con estructuras de coordinación entre servicios que podríamos denominarla como coordinación a través de una Red de Atención Socio-sanitaria.

Conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de las personas en situación de dependencia. Su objetivo es la creación de un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención sociosanitaria. Se trata por tanto de una estrategia de reorientación de los servicios sanitarios y sociales, algunos de los cuales, junto a otros recursos específicos, pasan a formar parte de un tercer sistema o red de atención sociosanitaria.

Este modelo conllevaría la creación de un nuevo Sistema.

4.2. Modelos de coordinación en Europa

En el ámbito europeo es muy difícil establecer los modelos de coordinación socio-sanitaria, nos podríamos acercar a través de una de las prestaciones de ayuda a domicilio. Se expone en la siguiente tabla un resumen comparativo en algunos de los países de la Unión Europea.

(Tabla 11) Modelos de coordinación socio-sanitaria en Europa en el caso de la prestación de Ayuda a Domicilio

País	Sistemas Social y Sanitario	Sistema de Servicios Sociales (Prestación de ayuda a domicilio)	Sistema Sanitario (Servicios domiciliarios)
Reino Unido	Sistemas diferenciados	Gestión local	
Bélgica	Sistemas diferenciados Baja coordinación	De base regional y bajo el control local y asociaciones de voluntarios sin ánimo de lucro	Atención sanitaria está centralizada
Dinamarca y Suecia	Sistemas Social y Sanitario diferenciados con una alta coordinación	Coordinado y gestionado por las autoridades locales	Coordinado y gestionado por las autoridades locales
Finlandia	Sistemas Social y Sanitario integrados con una alta coordinación	Normativa Nacional Coordinado y gestionado por las autoridades locales	Coordinado y gestionado por las autoridades locales
Francia	Sistemas diferenciados Baja coordinación	Delegaciones locales del gobierno nacional	
Luxemburgo	Sistemas diferenciados Baja coordinación	Gestionadas por organizaciones privadas y entidades sin ánimo de lucro	Gestionadas por organizaciones privadas y entidades sin ánimo de lucro
Austria	Sistemas diferenciados Baja coordinación	Se financian y gestionan localmente (grandes diferencias entre regiones)	
Alemania	Sistemas diferenciados Baja coordinación		
Italia	Sistemas diferenciados Baja coordinación	A cargo de unidades sanitarias locales financiadas por los fondos regionales.	A cargo de unidades sanitarias locales financiadas por los fondos regionales
España	Sistemas diferenciados Con baja coordinación	Gestión municipal Financiación pública para personas con bajos ingresos	

Fuente: elaboración propia

4.3. Modelos de coordinación en España

En el ámbito nacional no existe unanimidad en el desarrollo de los modelos de coordinación socio-sanitario. A continuación se desarrolla un cuadro con algunas pinceladas sobre el tema:

NACIONAL	
Ley 63/2003 Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	<p>Su artículo 14 hace referencia a la prestación socio-sanitaria, estableciendo que desde el ámbito sanitario se debe asumir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidados sanitarios de larga duración Atención sanitaria de convalecencia Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable

(Tabla 12) Modelos de coordinación en las distintas Comunidades Autónomas

AUTONÓMICO	
Cataluña	<p>Sistemas diferenciados.</p> <p>Existen comisiones mixtas socio-sanitarias con base territorial</p>
País Vasco	<p>Sistemas diferenciados.</p> <p>Consejo vasco de Atención socio-sanitaria (Órgano máximo de coordinación de los Sistemas sanitarios y Social)</p>
Galicia	<p>Sistemas diferenciados.</p> <p>La Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA) contempla la coordinación entre administraciones públicas</p>
Navarra	<p>Sistemas de Sanidad y de Servicios Sociales diferenciados</p> <p>Crean la figura de coordinador del Plan Foral de Atención socio-sanitaria</p>
Castilla y León	<p>Sistemas integrados.</p> <p>Comisiones socio-sanitarias con base territorial con funciones de gestión de casos y sistemas de información compartidos</p>

Fuente: Elaboración propia

5. EL MODELO SOCIOSANITARIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

5.1. El concepto de Atención Socio-sanitaria

Las sociedades desarrolladas se caracterizan, entre otros aspectos, por la estructura organizativa o red de servicios de que disponen para responder a las necesidades de la población en general, y de los distintos sectores en particular: mayores, menores y jóvenes; personas con discapacidades de distinto tipo; grupos diversos de marginados o excluidos; mujeres en situaciones que precisan ayuda. Las sociedades configuran para ello sistemas de cobertura de necesidades de servicios sanitarios, educativos, culturales, de trabajo, de vivienda, de medio ambiente, de ocio y tiempo libre, y de servicios sociales.

El nivel de bienestar social se determina en función del conocimiento de las necesidades de la población en general y de cada uno de los sectores en particular, de la redistribución de los recursos en cada uno de los sistemas citados, del funcionamiento adecuado de éstos y de la interrelación de todos ellos entre sí. Para que el nivel de bienestar social sea elevado es imprescindible la confluencia de todos los sistemas y la coordinación de las distintas administraciones con competencias en la materia

El sistema sanitario público presenta un modelo implícito de atención al colectivo de personas con patologías crónico-degenerativas, de carácter evolutivo e invalidante y a personas en situación terminal, en el marco de las prestaciones preestablecidas para el conjunto de la población.

El sistema de servicios sociales no alcanza en su desarrollo una plena atención al conjunto de colectivos susceptibles de atención social sino únicamente una atención a aquellas personas que se encuentran en situación de desvalimiento o dependencia por cualquier razón y en las que concurren carencias socio-económicas y familiares y dependencias generadas por problemas psíquicos, cognitivos y/o de comportamiento.

Desde una visión general de las necesidades y demandas que generan este tipo de personas, además de plantear problemas de tipo sanitario, tienen necesidades de orden psicológico, económico, social, etc. La demanda de asistencia se caracteriza por aparecer de manera cambiante y requerir de la actuación en distintos niveles: atención primaria, servicios de salud mental, atención especializada y servicios sociales, provocando la necesidad de una provisión de cuidados continuados y, en algunas ocasiones, permanentes.

Sin embargo, las respuestas de los diferentes servicios suelen ser parciales y puntuales, actuando sobre la sintomatología y olvidándose de la necesaria intervención sobre la multiplicidad de causas que a menudo originan y determinan el problema a tratar.

Como características más relevantes que conforman el modelo actual de atención a estas personas, se pueden destacar las siguientes:

- o El modelo de atención es fundamentalmente curativo y no responde adecuadamente a las necesidades de estas personas

- El modelo de atención primaria "a demanda" no es el más correcto para atender a personas con problemas crónicos donde sin duda las necesidades superan a las demandas.
- Déficit de recursos para la atención de personas mayores dependientes y a personas con discapacidad. El índice de recursos institucionales para personas asistidas es bajo, especialmente para enfermos con demencia, y los recursos comunitarios como hospitales de día y programas de conexión, atención especializada y atención primaria, no están suficientemente desplegados.
- Los recursos institucionales existentes no están suficientemente definidos en los diferentes tipos de necesidades. Esto, junto con la carencia de recursos, produce confusión, en la ubicación de los usuarios-as, en los mecanismos de financiación y en la delimitación de competencias entre los servicios sociales y sanitarios.
- En algunos centros residenciales del Sistema de Acción Social, concebidos en muchas ocasiones para atender a personas mayores sin enfermedad ni dependencia, se produce un empeoramiento gradual de la situación de los mismos que origina un importante aumento de atención sanitaria.
- No existe una suficiente conexión entre los diferentes recursos sociales y sanitarios y tampoco es buena dentro del sistema sanitario la coordinación entre atención especializada y atención primaria.
- Otras deficiencias detectadas hace referencia a aspectos relacionados con el modelo de atención, como son formación específica de los profesionales y el déficit de algunos profesionales considerados como necesarios.

De lo anterior se desprende la necesidad de diseñar y aplicar un modelo de atención específico a los colectivos referidos, un modelo de organización de los recursos que incluya medidas en todos los ámbitos, establecimiento de prioridades en su implementación, y programas de formación de profesionales y medidas de evaluación y seguimiento.

La idea de espacio sociosanitario tiene su origen en diferentes esferas, pero fundamentalmente surge de la consideración de factores como los siguientes:

- Los cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad en las últimas décadas han dado lugar a un incremento de la esperanza de vida. Cada vez más personas viven más años. Este aumento del porcentaje de población envejecida hace que crezca también el de quienes sufren enfermedades crónicas e incapacitantes. En el periodo 1990-1991 la esperanza de vida a partir de los 65 años era de 15 años para los hombres y de 19 para las mujeres, pero se calcula que los hombres pueden vivir cinco de esos años sufriendo una incapacidad, y las mujeres seis. Se está alargando la vida pero a costa de un mayor tiempo viviendo incapacitados, enfermos, con lo que ello supone de peso para el sistema de salud, tanto formal como informal.
- Además, la esperanza de vida de las personas con discapacidades psíquicas, físicas y sensoriales, de distintas clases y en grados diversos, se ha prolongado notablemente. Sin embargo, su organismo envejece a un ritmo más acelerado que el de otras personas y tienen más posibilidades de padecer patologías añadidas, por lo que hay que contemplar sus necesidades con una perspectiva integradora, teniendo en cuenta su edad, su clase y grado de afectación, y su contexto familiar y social.

- o El concepto de cuidados comunitarios (y la consiguiente creación de redes de atención comunitaria), surgido como una alternativa a los problemas derivados de la política de desinstitucionalización desarrollada, sobre todo en los años setenta y ochenta, en los hospitales psiquiátricos.
- o La crisis del sistema sanitario: La media del gasto sanitario público en los países de la OCDE es del 5,6% de su PIB, y más del 90% de este gasto se dedica a la asistencia sanitaria. Los servicios sanitarios se han extendido enormemente, tanto en lo referente a la cantidad de población protegida como a las prestaciones ofrecidas; hay que contar asimismo con lo que ha supuesto la incorporación de nuevas tecnologías, la mayor parte de ellas muy costosas.
- o "Los sistemas sanitarios se desarrollaron para responder a unas necesidades de salud y demanda de cuidados que han cambiado de forma importante; la inadaptación de los sistemas a esta nueva situación disminuye su eficacia. (...). Esto supone para los sistemas sanitarios que, manteniendo el progreso en el desarrollo de las actividades terapéuticas, deban atender a:
 - o Una mayor demanda de cuidados y la necesidad de coordinarse con los servicios sociales de apoyo.
 - o La necesidad de prestar una mayor atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud.
 - o El desarrollo de políticas intersectoriales de actuación sobre los problemas de salud de la población.
 - o Una mayor demanda de actividades de rehabilitación y inserción social".

El concepto de atención sociosanitaria ha ido evolucionando aunque permanece asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente dependencia y patologías crónicas, y que tienen necesidad de cuidados personales y sanitarios al mismo tiempo.

El espacio sociosanitario es entendido como aquel conformado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psiquiátricas, sensoriales o intelectuales, que conlleven distintos niveles de dependencia. Desde la visión pragmática que supone la propia evolución natural de ambos tipos de centros, el término sociosanitario corresponde al nexo común en el que confluyen los sistemas sanitario y social.

Como líneas básicas de actuación de este sistema socio-sanitario se pueden citar:

El desarrollo una intervención alternativa o complementaria al enfoque exclusivamente médico, mediante la coordinación de las acciones desarrolladas entre los distintos niveles asistenciales dirigiendo los servicios hacia la continuidad de los cuidados.

- o La necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinar en la atención a los usuarios, en los que confluye un problema sanitario y social, dando respuesta a las dependencias relacionadas con la capacidad funcional, la movilidad y la relación con el entorno.

- o La especial atención a la asistencia prestada por el entorno familiar (cuidar a las personas cuidadoras) situando la oferta de servicios a este colectivo en la Atención Primaria de Salud.
- o El dar una nueva orientación a los servicios, recursos, programas sanitarios y sociales adaptándolos a las nuevas necesidades de la población, lo que exige una estrecha colaboración y coordinación intersectorial. La actual falta de adecuación y ordenación de los servicios existentes provoca una inadecuada utilización de estos.
- o La necesidad de establecer criterios claros a la hora de designar recursos y servicios ya que, de su correcta utilización, se derivan notables beneficios en la calidad de atención al usuario-a y en los costes de su utilización.

Por tanto, se conoce como Centros "Sociosanitarios", aquellos en los que se ofrecen cuidados personales destinados a la atención a la dependencia y cuidados sanitarios destinados a atender la enfermedad. Generalmente se refieren a Centros que inicialmente fueron concebidos como centros residenciales de atención a la dependencia dentro del entorno de Bienestar Social, y que han ido desarrollando servicios sanitarios en su seno, por las propias necesidades de las personas residentes. Al prestar servicios sociales y servicios sanitarios simultáneamente, se ha hecho cada vez más difícil encuadrar dichos centros dentro de un ámbito exclusivo.

Establecer el espacio sociosanitario como un tercer espacio independiente de los sistemas social y sanitario conllevaría amenazas importantes:

- o Discriminación de determinadas personas ciudadanas por padecer ciertas patologías, o tener un grado de dependencia o edad.¹
- o Separación de las prestaciones sanitarias de agudos o curativos y de crónicos o de cuidados.²

El sistema "curativo" no veía la prevención y los cuidados como alternativa válida y eficiente al uso de recursos curativos cuando estos no pueden ofrecer una solución, sino como disciplinas distintas financiadas por fuentes diferentes³. Los sistemas integrales y globales se muestran como los sistemas más efectivos y eficientes. Si el sistema desarrolla un apartado estanco para la promoción de medidas preventivas, de cuidados y de rehabilitación, no podrá asignar adecuadamente los servicios y recursos necesarios de manera eficiente.

- o Dificultad adicional para la coordinación necesaria en la continuidad de cuidados⁴.

Un modelo de atención sociosanitaria coherente, requiere que los sectores sanitario y social evalúen conjuntamente las necesidades sanitarias y sociales de las personas ciudadanas, y definan las responsabilidades y competencias que cada cual debe asumir, y por tanto, los servicios a ofertar desde su sector. Desde la perspectiva anterior, los servicios sanitarios a desarrollar son competencia de sanidad y los de atención a la dependencia, del sector social.

Un modelo de atención sociosanitaria requiere permeabilidad de los recursos de atención a la dependencia para que el sector sanitario colabore en el incremento de los servicios de los servicios sanitarios que se ofertan en ellos.

La delimitación de competencias propias de cada sector, permitirá ofrecer una auténtica atención integral, resultado de la eficiencia de servicios coordinados, que evite la duplicación y organice en procesos intersectoriales un sistema general centrado en las necesidades reales de las personas ciudadanas. Para ello, el sistema se servirá de la mejor cualificación técnica y tendrá al uso racional de tecnología eficaz, se basará en principio bioéticos⁵ y medidas que cuiden el confort del entorno. Igualmente deberá dotar a la comunidad de mecanismos de organización y consenso entre personas ciudadanas, profesionales y Administración pública.

5.2. Marco Institucional

La atención socio sanitaria se basa en tres elementos fundamentales: derivar a la persona usuaria al recurso más idóneo para su adecuada atención, garantizar una rápida derivación de un recurso a otro en función de los cambios en la situación del usuario-a y para todo ello disponer de una red de servicios suficientemente diversificada y dotada.

Según Maravall, todo esto parece tan obvio que no merece mucha explicación, pero si exige una premisa fundamental: que ambos Sistemas de Protección Social (el Sistema de Salud y los Servicios Sociales), tengan un nivel de desarrollo equilibrado. Ya en la propia Constitución se encuentra un tratamiento muy diferente de las políticas sanitarias y de los servicios sociales.

Así, mientras se reconoce el Derecho a la Salud como un derecho universal para toda la población, no hay tal reconocimiento en lo que se refiere a los servicios sociales. En 1978 se crea el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) y el INSERSO (Instituto de Servicios Sociales de la Seguridad Social) destinado fundamentalmente a los mayores de 65 años y a los discapacitados. Paralelamente la Constitución sitúa las competencias de atención básica en materia de asistencia en las Comunidades Autónomas y en las Corporaciones Locales.

La década de los 80, ha sido la de la universalización de la asistencia sanitaria y la del impulso del nuevo modelo de atención primaria. Y ello combinado con un proceso de descentralización y trasvase de competencias a las CCAA, que se acerca al 60% de la población y eso sí, con un marco de referencia común, como es la Ley General de Sanidad (1986).

Contando incluso el sistema sanitario con una definición de las prestaciones y derechos de los ciudadanos en materia de salud, más allá de las definiciones genéricas de la citada Ley general y del Texto Refundido de la Seguridad Social.

El área de servicios sociales, por otra parte, al carecer de un marco legislativo estatal común, tema polémico constitucionalmente, ha dado lugar a un desarrollo de los Servicios Sociales por parte de las Comunidades Autónomas realmente heterogéneo en cuanto al tipo de prestaciones e intensidad de las mismas.

"Las dificultades estructurales no provienen únicamente del nivel de organización político administrativo sino que radican mucho más en la concepción misma del papel de ambos tipos de servicios: mientras los servicios sanitarios gozan de la consideración legal de derecho universal con características de gratuidad. La mayor parte de servicios sociales tienen la consideración de servicio vicariante que es prestado por el sector público con características "graciables" en función de prioridades y disponibilidad de recursos."⁶

Según Rodríguez Cabrero, frente al problema de la dependencia, la respuesta de las Administraciones Públicas no se ha hecho esperar y ello debe ser constatado:

Primero, a nivel de la Administración General del Estado, entre 1991 y 1999. Baste un simple recordatorio de iniciativas referidas directamente al problema de la dependencia: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991). Plan Gerontológico Nacional (1992-00), recientemente evaluado. Acuerdo Marco y Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Asuntos Sociales (1993), Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria de las Personas Mayores (INSALUD, 1995), Plan Estratégico del INSALUD (1999), Programa de Atención a las Personas Mayores (INSALUD, 1999), Creación del ESAD (INSALUD, 1999), Proyecto de Plan de Acción para Personas Mayores 2000-2005, Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (1999-2005).

Segundo, a nivel Autonómico, a partir del Programa Vidals Anys de Atención Socio-sanitaria de Cataluña en 1986 se han desarrollado otros, tales como: Programa PALET de la CCAA de Valencia (1995) y Plan de Calidad Asistencial Gerontológica 1998-2003. Plan de Servicios Sociales de Andalucía 1993-96. Plan de Atención a las Personas Mayores en Aragón (1995). Plan Gerontológico del Principado de Asturias (1997). Plan Integral de las Personas Mayores de Baleares (1998). Plan de Acción Sociosanitario para el Mayor de Cantabria 1999-2005. Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha 1998-2002. Plan de Atención Sociosanitario de Castilla y León. Programa de Atención Sociosanitaria de Galicia (1997). Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid. Plan Gerontológico de La Rioja (1994). Plan Gerontológico de Navarra (1997-2000). Plan Gerontológico de Euskadi (1994).

De todo este esfuerzo planificador y con todas sus limitaciones emergen varias conclusiones:

1. La situación creciente de personas con dependencia requiere una respuesta socio-sanitaria integral por parte de la sociedad y las Administraciones Públicas, basada en criterios de coordinación de recursos sociales, sanitarios y familiares, la prioridad de la atención comunitaria hasta donde su coste-efectividad sea superior al residencial, la satisfacción de objetivos de prevención y rehabilitación frente a los de curación y soporte personal y la participación de las personas mayores en la definición de sus necesidades y concreción de demandas.

2. La magnitud del problema a partir, sobre todo, del año 2010, requerirá un esfuerzo de previsión y perfeccionamiento de los sistemas de protección social que exigir desarrollos organizativos y financieros importantes por parte de las administraciones públicas y la sociedad civil.

3. Finalmente, de todo este análisis emerge la urgencia de un seguro de dependencia que garantice la atención socio-sanitaria a las personas dependientes de todas las edades y financiado con impuestos generales.

La protección social de la dependencia supondrá un perfeccionamiento de la Seguridad Social y su desarrollo material concreto supone la coordinación del sistema sanitario y los servicios sociales en cada CCAA, así como la concreción de un conjunto de servicios socio-sanitarios comunes en todo el territorio del Estado.

Estará orientado, sobre todo, a los servicios de ayuda y rehabilitación a la persona dependiente, apoyo al cuidador y prevención de discapacidades. La integración de los recursos sociales y sanitarios, la definición de protocolos comunes y la

acreditación de centros y servicios públicos y privados forman parte, entre otros, de los objetivos de una ley de protección de la dependencia.

- o La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- La Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y Calidad del Sistema nacional de Salud, viene a marcar un punto de inflexión dentro del sistema sanitario, definiendo en su artículo 14, la prestación de atención socio-sanitaria como "el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social".
- Más específicamente señala que "en el ámbito sanitario, la atención socio-sanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia, y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable".
- Y amplía haciendo referencia a la coordinación intersectorial: "la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes".

5.3. Marco Legal en la Comunidad de Extremadura

Ley 10/2001, de 28 de Junio, de Salud de Extremadura

- o Esta Ley especifica en su artículo 8 "competencias de la Consejería responsable en materia de Sanidad con relación al Sistema Sanitario Público de Extremadura"
- Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, en el marco de la política sanitaria definida por la Junta de Extremadura
 - Controlar los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias y centros Socio-sanitarios, en los que se refiere a la autorización de creación, apertura, modificación y cierre, así como el mantenimiento de los registros pertinentes, su catalogación y, en su caso, su acreditación.
 - Inspección de todos los centros, servicios, prestaciones y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios de Extremadura, así como el control de sus actividades de promoción y publicidad.
- o En su artículo 51 sobre la "Atención socio-sanitaria" menciona:
 - La atención socio-sanitaria integra los cuidados sanitarios con los recursos sociales de forma continuada y coordinada.
 - El sistema sanitario público de Extremadura dispondrá de los recursos necesarios para prestar una atención socio-sanitaria de calidad. A tal efecto se coordinarán todos los servicios sanitarios y socio-sanitarios de responsabilidad pública con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos.

5.4. El modelo de la Comunidad Autónoma de Extremadura

El Plan de Atención Socio-sanitaria de Extremadura nació como iniciativa de la Junta de esa Comunidad Autónoma a modo de modelo y proyecto consensuado entre las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social. Dicho Plan tiene como objetivo lograr la necesaria coordinación de ambos sectores, a fin de poder atender de manera integral a las personas con dependencia (sensorial, física, intelectual o psiquiátrica) y que presenten, al mismo tiempo, enfermedades crónicas que requieran cuidados sanitarios continuados.

Tras un análisis pormenorizado, comprobamos cómo establece un modelo marco, que delimita en general, la atención a la patología crónica como competencia de Sanidad, y la atención a la dependencia como responsabilidad de Bienestar Social, siendo ambos sectores responsables de la prevención. Concreta de manera orientativa, una serie de objetivos consensuados por ambas Consejerías, para el período 2005-2010.

Como valores generales de este modelo, se expresan:

- o Alcanzar un sistema integral de atención que demuestre el mismo énfasis en la prevención, en los cuidados y en la rehabilitación, que en la asistencia curativa.
- o Desarrollar servicios prestados con la mayor cualificación técnica y calidez humana, acordes con el desarrollo tecnológico actual, y recursos que observen al mismo tiempo medidas de confort.
- o Fomentar un modelo de atención comunitario, que potencie la permanencia en el domicilio y en el ambiente social del ciudadano, evitando en lo posible el hospitalocentrismo.⁷
- o Primar la evaluación integral de las necesidades del paciente: patología, grado de dependencia física, psíquica e intelectual y red social de apoyo.
- o Desarrollar un sistema de información común que evalúe el resultado del proceso de atención socio-sanitario.
- o Conseguir la continuidad asistencial en el proceso de atención, la estructuración en función de niveles de complejidad, y la delimitación de competencias coordinadas entre niveles y sectores como base de la atención integral.
- o Organizar un sistema que evolucione gracias a la implicación y aportaciones de directivos, profesionales, ciudadanos y ciudadanas, pacientes y familias y asociaciones de usuarios y usuarias.
- o Atender integralmente a la persona en todos sus aspectos. Para ello, debe ofrecerse un abordaje interdisciplinar o multidisciplinar (según el caso), con una organización funcional intersectorial coordinada.
- o Potenciar la funcionalidad y efectividad de los servicios, frente a la rigidez de las estructuras en las organizaciones de los recursos.
- o Diversificar la oferta de servicios en función de las necesidades de la población. Con este fin, se desarrollarán recursos polivalentes y flexibles que se adapten a las necesidades cambiantes de las personas atendidas. Asimismo, se facilitará la simultaneidad en la prestación de servicios y el flujo de personas usuarias entre recursos.
- o Temporalizar un crecimiento armónico de la oferta de servicios en sus diferentes áreas de acción. Este crecimiento deberá ser adaptativo y priorizado en función de las necesidades.
- o Organizar un sistema sostenible organizativa y económicamente, valorando la eficiencia, el rendimiento de sus recursos y el resultado integrado de atención.

El Plan Marco de Atención Socio-sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura, propone una serie de objetivos para el período 2005-2010. Vamos a resumir los llevados a cabo en el período 2005-2007.

Objetivos 2005

- Acciones de reorganización, planificación y diseño de estrategias principales:
 - Aprobación del Plan Marco de Atención Socio-sanitaria.
 - Difusión del modelo en sus líneas generales.
 - Estudio de la coordinación de mapas social y sanitario: zonas equivalentes socio-sanitarias.
 - Constitución de la Comisión de Seguimiento del Plan Socio-sanitario y de la Comisión permanente Intersectorial.
 - Creación de la Oficina funcional intersectorial del Plan "Extremadura te cuida".
- Acciones sobre el nivel de atención comunitario.
 - Diseño del Programa de prevención de la Dependencia, "programa del anciano".
 - Análisis de la atención domiciliaria.
 - Diseño del Programa "una enfermería para un sistema integral de cuidados".
 - Aplicación nuevas tecnologías y servicios de apoyo al cuidado y supervisión de personas dependientes en el ámbito comunitario.
 - Evaluación de los programas de rehabilitación comunitaria.
- Acciones sobre nivel de atención residencial-hospitalaria.
 - Concierto de 30 plazas tipo T-1.
 - Concierto de 100 plazas tipo T-2.
 - Prestación de Farmacia Hospitalaria en las grandes residencias.
- Acciones de Formación y apoyo a personas cuidadoras.
 - Establecimiento de líneas de formación y atención psicosocial a personas cuidadoras.
 - Comienzo del servicio de préstamo de ayudas técnicas recuperables.
- Acciones presupuestarias.
 - Consenso en dotación presupuestaria extraordinaria para 2006 en servicios y recursos enmarcados en la Atención Socio-sanitaria.

Objetivos 2006

- Acciones de reorganización, planificación y diseño de estrategias principales.
 - Consolidación de zonas socio-sanitarias.

- Puesta en marcha de las Comisiones Socio-sanitarias de coordinación a nivel comunitario, nivel de gestión y nivel político.
 - Definición de competencias de las Comisiones.
 - Comienzo de la campaña de difusión nacional e internacional) del Programa "Extremadura te cuida".
- Acciones sobre el nivel de atención comunitario.
 - Reorganización y diseño de la estructura residencial en Salud Mental de Badajoz.
 - Programa de Atención Domiciliaria enfocado a la nueva modalidad de Ayudas Intensivas en el Hogar.
 - Implantación final de los protocolos del Programa "una enfermería para un sistema de cuidados".
 - Pilotaje y puesta en marcha del Programa "Demencias y deterioro cognitivo".
 - Evaluación de la actuación de rehabilitación comunitaria en centros pioneros.
 - Programas comunitarios de prevención de la dependencia "proyecto "el ejercicio te cuida".
 - Acciones sobre el nivel de atención residencial-hospitalario.
 - Aumento de la dotación de camas tipo T-1 y T-2.
 - Farmacia a las residencias de tamaño medio.
 - Acciones de formación, apoyo a personas cuidadoras e inserción.
 - Intensificación del Plan de Formación de Cuidadores con Escuela de Salud.
 - Proyecto EMPLEASES.⁸
 - Acciones presupuestarias.
 - Consenso en dotación presupuestaria extraordinaria para 2007 en servicios y recursos enmarcados en la Atención socio-sanitaria.

Objetivos 2007

- Acciones de reorganización, planificación y diseño de estrategias principales.
 - Evaluación de lo conseguido por el Plan de Atención Socio-sanitaria en su primer período.
 - Adecuación a la Ley de Autonomía Personal.
 - Consolidación zonas socio-sanitarias.
 - Evaluación Comisiones Comunitarias de Coordinación Socio-sanitarias.
 - Evaluación campaña del programa "Extremadura te cuida".
- Acciones sobre el nivel de atención comunitario.
 - Evaluación e intensificación de Programas de prevención de la dependencia.

- Crecimiento y consolidación de la atención Socio-sanitaria en el propio domicilio.
- Evaluación del Programa "una enfermería para un sistema de cuidados".
- Evaluación de Programas de rehabilitación comunitaria iniciados en 2006.
- Intensificación de acciones de atención comunitaria a través de Centros de Día.
- Acciones sobre el nivel de atención residencial comunitario.
 - Evaluación de la implantación de Farmacia en Residencias de mayores y ampliación al total de residencias públicas.
 - Financiación de Centros de Atención en función del concierto y de la complejidad socio-sanitaria.
 - Establecimiento de los módulos social y sanitario en los diferentes Centros de Atención.
- Acciones sobre el nivel de atención residencial-hospitalario.
 - Proyectos para la organización de Plantas de Recuperación Funcional.
 - Aumento de plazas de cuidados sanitarios continuados (T-1 y T-2).
- Acciones de formación, apoyo a cuidadores e inserción.
 - Intensificación del Plan de Formación de cuidadores con escuela de Salud.
 - Intensificación de líneas web.
 - Intensificación servicio préstamo material ortoprotésico.
 - Proyecto EMPLEASES.
- Acciones presupuestarias.
 - Consenso en dotación presupuestaria extraordinaria para 2008 en servicios y recursos enmarcados en la atención socio-sanitaria.

5.5. Estructura de los Programas en la Comunidad Autónoma de Extremadura para la Atención Socio-sanitaria.

El Plan de Atención Socio-sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura enmarca sus Programas dentro del virtual "Sistema Integral de Cuidados Continuados".

Este Sistema consiste en la suma y coordinación de los Programas de Atención a la Dependencia desde el sector social y del Programa de atención y Cuidados a la Patología crónica del sector sanitario.

El Sistema Integral de Cuidados Continuados será la parte proveedora de servicios, dentro de un Proyecto de alcance más global. Así, involucrando diferentes sectores y a los agentes sociales se plantea un programa denominado "Extremadura te cuida".

El referido Programa plantea la promoción de Extremadura a nivel nacional e internacional como un espacio vanguardista en las "técnicas de cuidados", siendo esta a su vez, un área fundamental de desarrollo. Fomentará sinergias dentro de los diferentes sectores de la Administración (empleo, cultura, turismo, industria, deportes,

educación, bienestar social, sanidad, etc.), de las Corporaciones Locales, de las empresas (incluyendo las compañías aseguradoras) y de las asociaciones ciudadanas.

Fomentará la inmigración de personas que requieran cuidados y posibilitará el empleo cualificado para atender la demanda. En definitiva, pretende potenciar la capitalización de la región con medidas activas.

o Tipos de personas usuarias.

El modelo planteado agrupa a las personas usuarias en función de características similares las necesidades de la población.

Así, establece la siguiente clasificación:

- Enfermedades crónicas progresivas:
 - Epoc⁹: Insuficiencia cardíaca, hepatopatías, artrosis, enfermedades vasculares, insuficiencia renal, etc.
 - Fragilidad¹⁰ médico- social.
- Enfermedades en situación terminal:
 - Enfermos oncológicos
 - Enfermos no oncológicos con procesos crónicos en su última fase
- Enfermedad convaleciente y recuperación funcional
 - Recuperación de procesos médicos agudos
 - Recuperación de procesos quirúrgicos
- Enfermedad Mental
 - Trastornos mentales severos
 - Trastornos del comportamiento
 - Adicciones
- Discapacidades físicas y sensoriales
 - Enfermedades neurodegenerativas con déficit funcional
 - Déficit funcionales por otras patologías
 - Lesionados medulares, déficits físicos postraumáticos y grandes discapacitados
 - Déficits sensoriales severos
- Psicogeriatría y discapacidades psíquicas o intelectuales
 - Enfermedad neurodegenerativa con discapacidad psíquica
 - Esclerosis
 - Demencias
 - Daño cerebral

- Comas y estados vegetativos persistentes
- Retraso mental

o Tipos de Recursos

Si la intensidad de cuidados sanitarios determina la tipología de asistencia, serán el grado de dependencia y el estado de la red social los que determinen la modalidad asistencial

Estas modalidades abarcan los servicios residenciales, la atención diurna, la atención domiciliaria y el alojamiento. A su vez, también contemplan servicios de apoyo, formación, prevención y coordinación dirigidos a personas usuarias, familiares y profesionales que intervienen en el cuidado y atención integral de los casos.

Tanto los servicios residenciales como el internamiento, el modelo extremeño lo dirige a usuarios que poseen una alta dependencia independientemente de la existencia o no de una red social adecuada. Este internamiento puede ser de media o larga estancia.

En cuanto a la atención domiciliaria, señalar que está dirigida a las personas usuarias con una adecuada red social, y con dependencia moderada y severa. En esa línea establece que la atención diurna será para aquellas personas que se benefician de una baja dependencia y conservan una adecuada red social.

Los servicios de alojamiento, tales como viviendas tuteladas u otras modalidades residenciales, son requeridos por los usuarios con baja dependencia e inadecuada red social de apoyo.

En la búsqueda de la eficiencia, el Modelo de Atención Socio-sanitaria busca la adaptación a las necesidades de las personas. Hemos visto como la propuesta se basa en una organización y financiación de los servicios en función de la intensidad de cuidados que se dispensen, esto va a permitir una ordenación de los mismos en recursos polivalentes.

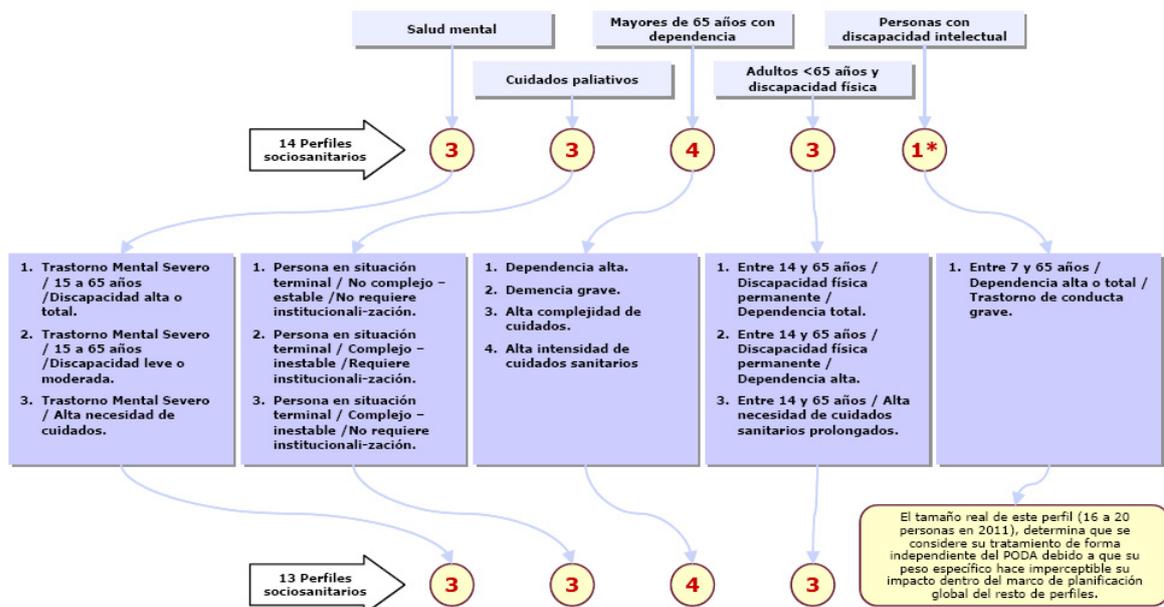
En el caso del modelo extremeño, se agrupan en función de la intensidad y la continuidad de cuidados sanitarios de manera decreciente, y es explicitado y diferenciado en cuanto a los servicios, técnicas y necesidades de recursos humanos y materiales en cada uno de ellos.

- 1 Necesidad de Cuidados Sanitarios Continuados Intensos.
 - a. Dirigidos a personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos¹¹, y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieren cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida. Requieren necesariamente un entorno sanitario.
 - b. Será denominado como Perfil Tipo 1.
- 2 Necesidad de Atención Sanitaria Continuada a Personas Dependientes (asimilable a atención Socio-sanitaria).
 - a. cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes, que poseen un bajo nivel de autonomía y requieren cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno sanitizado¹².

- b. Denominado como Perfil Tipo 2.
- 3 Necesidad de Atención a la Dependencia.
 - a. Recursos residenciales y domiciliarios de atención y rehabilitación de la dependencia.
 - b. Se llamará Perfil Tipo 3.
- 4 Necesidad de medidas de apoyo a la red social de cuidados.
 - a. Económicas, fiscales y laborales

(Figura 1) Perfiles con necesidad de atención Sanitaria y Social

PERFILES CON NECESIDAD DE ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL



Por lo tanto, las variables que determinarán el tipo de servicios y los recursos necesarios vendrán en función de tres ejes: grado de dependencia, necesidad de cuidados y red de apoyo.

5.6. Descripción de los recursos y funcionamiento de redes

Un problema que podemos encontrar en casi cualquier proyecto de coordinación de recursos entre el sistema social y el sanitario es la falta de concordancia en la zonificación de ambas redes.

Por ello, el Plan Marco de Atención Socio-sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura, se marcó como objetivo prioritario la búsqueda de una sectoriza-

ción coincidente entre las zonas utilizadas por Bienestar Social para la planificación y provisión de servicios y las Áreas de Salud utilizadas por la consejería de Sanidad con idéntico fin. El resultado del trabajo fue una propuesta de sectorización entre ambos mapas, inicialmente realizada para la planificación en el área de mayores, pero que actualmente se encuentra pendiente de ser ratificada y aplicada con carácter general.

Los mapas no han de ser necesariamente idénticos, pero si tener al menos establecidas formalmente sus equivalencias. El consenso en el seno de la Junta de Extremadura de una distribución territorial al menos funcional, permitirá establecer las equivalencias territoriales de los sectores sanitario y social. La propuesta que se establece en el modelo es la de creación de 20 zonas funcionales socio-sanitarias, que tomen como base la población mayor,¹³ y se circunscriban a las Áreas de Salud, respetando en su mayoría la zonificación actual de Servicios Sociales.

En cuanto a los recursos Residenciales, el modelo extremeño se centra en aquellos en los que se dan las circunstancias siguientes:

- o Atención social y sanitaria conjunta e intensiva
- o Oferta inadecuada a las necesidades de la población atendida

En esta línea vamos a comenzar con la adecuación de las estancias en los Hospitales de Agudos, y partimos de la base de que en la actualidad y con independencia de las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes, la gran mayoría de las situaciones que podemos considerar como graves o urgentes, son atendidas por los dispositivos de ambas redes. Sin embargo, ello no quiere decir que dicha atención se preste en el recurso más adaptado a la patología o dependencia del paciente. La ausencia o escasez de una red destinada a la atención prolongada de la patología, la atención a la dependencia en jóvenes o la diversificación de la oferta domiciliaria, entre otras, facilita la polarización de la atención en los dispositivos hospitalarios, residenciales o en la familia.

Podríamos señalar que en los dispositivos sanitarios se presta atención a la dependencia y viceversa, esto es, los dispositivos sociales también asumen una parte de la atención a la patología.

Como parte del establecimiento del modelo de atención socio-sanitario, la Administración extremeña analizó el impacto de la atención a la dependencia que se presta en los Hospitales del Servicio Extremeño de Salud, en dos tipos de estudios:

- 1) Análisis de los "outliers"¹⁴ de tipo superior en los Hospitales de la región.
- 2) Estudio de la adecuación de las estancias en los Hospitales de la región medida con la herramienta AEP.¹⁵

Otro estudio complementario al anterior se realizó a fin de analizar la prevalencia de estancias inadecuadas en los Hospitales de Agudos. Se extendió a los 10 Hospitales de la región, con el fin de conocer por un lado, el potencial de mejora existente en la gestión de determinados procesos asistenciales y por otro, el impacto de las variables sociales y de dependencia en la utilización de los servicios hospitalarios.

Para ello se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en junio de 2004 utilizando una herramienta ampliamente validada en el contexto.¹⁶

A modo de resumen de dicho estudio, posemos señalar que sobre una explotación de 616 casos pertenecientes a especialidades médicas (excluidas psiquiatría y pediatría) de los 10 Hospitales regionales, podemos obtener las siguientes conclusiones:

- El 16.3% de los ingresos y el 25% de las estancias globales aplicando el AEP son inadecuadas.
- La principal causa de inadecuación se debería a que el 78% de los casos podría tratarse de forma ambulatoria siendo el principal servicio alternativo (70%) la consulta externa.
- El 19% tenían servicio alternativo de los clasificados como de Atención Socio-sanitaria.
- Como principales pautas de mantenimiento de las estancias sobresalen las conservadoras y la realización de pruebas diagnósticas (40'7%).

Especialmente interesante son los resultados del análisis cualitativo y de coordinación del mencionado estudio. En él, se señala que a pesar de los incrementos producidos en la diversificación de la oferta sanitaria y social en los últimos años, existen una serie de elementos de mejora en dichas redes y en su coordinación, que pasamos a exponer:

- Desde la perspectiva de la relación entre redes
 - Separación administrativa de las entidades proveedoras (Sanidad y Bienestar Social) y ausencia de mecanismos de coordinación formalmente establecidos.
 - Carencia en la explicitación y conocimiento de determinados circuitos asistenciales en los que intervienen ambos sectores.
 - La cobertura de las necesidades residenciales, de integración social y reinserción laboral a personas con enfermedad mental grave se realiza de manera casi exclusiva desde el campo sanitario.
 - Necesidad de creación de mecanismos de coordinación en la inspección sanitaria de centros sociales en los que se presta atención sanitaria
 - Incremento de la coordinación funcional de los médicos de centros asistidos de Bienestar Social y Atención Primaria.
 - Potenciación del suministro de material sanitario de curas y Farmacia. De la determinación de pruebas diagnósticas y prescripción de tratamiento de centros asistidos de Bienestar Social desde el sistema sanitario público.
 - Fomento de la prestación de cuidados con criterio de continuidad, incidiendo en los sistemas de información y derivación.
- Desde la perspectiva de la oferta
 - Mejora de los niveles de cobertura a determinadas necesidades de los pacientes relacionadas con la prevención de la patología, los cuidados intensos y conti-

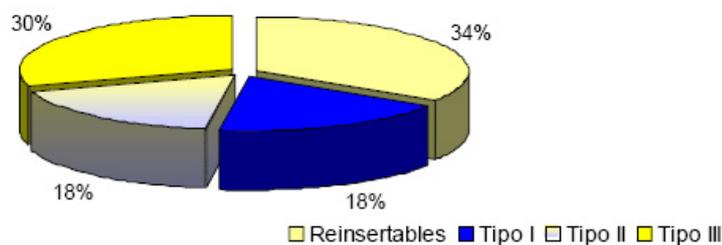
nuados, la hospitalización de larga duración, la convalecencia, la rehabilitación, la hospitalización parcial y diurna, y la atención domiciliaria. Todo ello en determinados grupos de manera significativa como: geriatría, personas con enfermedad mental, personas menores de 60 años con graves afecciones y discapacidad asociada y los trastornos en el desarrollo de los menores.

- Necesidad de diversificar la oferta actual de prestaciones que incremente la posibilidad de plantear opciones razonables, ágiles y flexibles al ingreso hospitalario.
- Revisión de las normativas sociales que plantean criterios de exclusión por motivos de edad o diagnóstico.
- Se detectan algunos déficits de recursos de apoyo social, especialmente graves en el caso de la atención a trastornos mentales, lo que puede llegar a provocar sobrecarga y claudicación de los cuidadores, que acabe incidiendo en el propio sistema.
- Necesidad de incrementar los recursos residenciales adaptados al nivel de dependencia de personas menores de 60 años.
- Se detecta un cierto déficit de prestaciones y servicios para atender las necesidades de las personas de edad avanzada con demencia y el impacto en el entorno familiar.
- La oferta de atención domiciliaria, a pesar de tener en Extremadura una ratio superior a la media nacional, necesita una mayor profesionalización, que permitirá a buen seguro, un incremento de la coordinación con el sistema sanitario y como consecuencia de ello se incrementará el apoyo a los familiares cuidadores en el domicilio.
- Necesidad de aumentar los recursos de formación, así como aquellos destinados al cuidado de los familiares cuidadores y los profesionales que atienden personas con enfermedad crónica y discapacidad.

Como puntos principales del análisis de estos datos del estudio, podemos ver entre otros, la tendencia al ingreso de personas en Hospitales Psiquiátricos que requieren cuidados continuados sanitarios y/o sociales. La atención de personas con necesidades de atención sanitaria continuada en dispositivo con consideración y objetivos prioritarios de cobertura social, sin que dispongan de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para proporcionar los cuidados sanitarios que las personas precisan.

Es cierto, que existen determinadas patologías que requieren un abordaje sanitario más prolongado, intenso y continuado, que por las propias características de la sintomatología presente, se orienta hacia la rehabilitación, el cuidado o la reincorporación. Cuando la sintomatología va acompañada de déficits en el funcionamiento habitual de las personas para manejarse en su contexto habitual o reincorporarse a él con éxito, se producen distintos niveles de dependencia. La unión de estas dos situaciones hace que utilicen de manera conjunta, continuada y permanente las prestaciones sociales y sanitarias. Si además su red de apoyo familiar o comunitario no puede asumir la atención a dichas situaciones de dependencia, se genera una necesidad de cobertura por parte de los sistemas públicos.

(Gráfico 1) Porcentajes de grupos reinsertables



La orientación eminentemente curativa del sistema sanitario, la cobertura limitada de la red social, ha provocado la creación de un filtro en base a criterios de edad o diagnóstico, sectorizando su atención a determinados colectivos y la pervivencia de un grupo de personas usuarias tradicionalmente excluidas de ambas redes, como son las personas que padecen enfermedad mental.

La propuesta del modelo extremeño sería aplicar los recursos y cubrir "lagunas" en la cobertura y la asistencia social y sanitaria de determinadas situaciones, garantizando la coordinación de las actuaciones sin que ello suponga generar un espacio específico conformado por dispositivos de Atención Socio-sanitaria que atiendan exclusivamente a colectivos concretos.

Así, entienden que la población objeto del análisis es aquella en la que concurren de manera significativa una necesidad de cuidados sanitarios más o menos intensa y prolongada, acompañada de diversos grados de dependencia y ausencia de red social o riesgo de quiebra de la misma. Esta situación les convierte en usuarios de los sistemas sanitario y social de manera simultánea.

(Tabla 13) Porcentajes de población dependiente. Necesidad de cuidados sanitarios. Redes sociales en Extremadura

Resultados

		< 60 años (N=251)	>60años (N=251)	TOTAL =389
Dependencia	Total	24 (17.40%)	144 (45.41%)	138 (35.48%)
	Alta	114 (81.88%)	137 (54.58%)	250 (64.27%)
		99.3%	251 (100%)	389 (100%)
Necesidad Cuidados Sanitarios	CCSI (T1)	15 (10.78%)	75 (30%)	90 (23.14%)
	ASD (T2)	123 (10.87%)	176 (70%)	299 (76.87%)
	Exitus	10 (7.24%)	19 (7.60%)	29 (7.45%)
		138 (100%)	251 (100%)	389 (100%)
Red Social	Ausencia	99 (71.74%)	193 (76.90%)	292 (75%)
	Grave riesgo de quiebra	39 (28.26%)	58 (23.10%)	97 (25.00%)
		138 (100%)	251 (100%)	389 (100%)

Se centra más en las necesidades que en los colectivos o grupos de personas usuarias.

5.7. El Programa "Extremadura te cuida"

El Programa "Extremadura Te Cuida", será el marco intersectorial en el que serán fundamentales todos los sectores de la Junta de Extremadura: Bienestar Social, Sanidad, Trabajo, Cultura, Turismo, Industria, etc. El soporte sobre el que se apoye este programa será el "Sistema Integral de Cuidados Continuados".

El programa aportará la orientación, diseño y organización en la provisión de cuidados a la dependencia y atención sanitaria. El Sistema Integral de Cuidados Continuados se compone de la iniciativa del ámbito social (Programa de Atención a la Dependencia) y de la del ámbito sanitario (Programa de Atención Sanitaria a la Dependencia).

El Programa "Extremadura te cuida" expone la idea de Extremadura como una región ideal para ser cuidado. La evolución hacia este concepto integral, requerirá la orientación de múltiples políticas de desarrollo, y progreso hacia el bienestar de sus ciudadanos.

Sus Objetivos serán:

- Promocionar Extremadura como una región de referencia para España y Europa en la provisión de cuidados continuados.
- Aumentar la inmigración de personas que requieran cuidados y fomentar el empleo cualificado de cuidados para atenderla.
- Aportar financiación expresa a los diferentes sectores para fomentar el desarrollo específico de servicios y recursos de cuidados dentro de sus propias organizaciones.

Como bases de su Funcionamiento:

- estará liderado por una oficina intersectorial o interdepartamental. (inicialmente funcional, y posteriormente dotada de estructura propia, de carácter intersectorial)
- Promocionará acciones a través de financiación por objetivos a los diferentes proveedores de servicios.

Los recursos con los que cuenta son:

- Inicial ayuda explícita desde las diversas Direcciones Generales de las distintas Consejerías componentes del Plan, para la elaboración del proyecto.
- Análisis de fondos externos para el desarrollo (UE), e inversión específica como programa para los diferentes componentes en los presupuestos anuales.
- Sinergias organizativas y financiadoras.

El Programa "Extremadura te cuida" cuenta a su vez con dos subprogramas que van a atender a los grupos principales de atención dentro del ámbito socio-sanitario.

- Programa de Atención a la Dependencia

- **Objetivos:**

- Aportar al sistema integral de cuidados continuados, la mejor oferta de servicios y ayudas para atender a la persona dependiente (en cualquiera de

- sus facetas física, psíquica e intelectual), haciendo especial hincapié en la prevención y rehabilitación.
- Reorganizar el marco de competencias y servicios que atenderán a las personas dependientes.
 - Mejorar e intensificar la atención de cuidados personales a las personas dependientes, potenciando en lo posible la permanencia en su ámbito domicilio ofreciendo alternativas a la institucionalización cuando sea posible.
 - Transferir a las corporaciones locales y acercar a los ciudadanos en la medida de lo posible, la gestión de servicios y recursos de atención a la dependencia.
 - Desarrollar un sistema de información compatible con el sistema de información sanitario y social.
 - Fomentar y posibilitar la participación del ciudadano y los propios familiares en los cuidados a la dependencia, así como, fomentar la corresponsabilidad en su atención.
- Funcionamiento
 - Reorganización de las medidas dirigidas a la atención de la dependencia como programa dentro de las Direcciones generales de Bienestar Social.
 - La responsabilidad del programa será de la Dirección General de Servicios Sociales de Bienestar Social.
 - La implementación de las medidas se hará acorde a criterios de racionalización y equidad en la prestación de servicios.
 - Creación de una comisión Permanente Intersectorial Sociosanitaria para la coordinación de recursos y programas específicos con la parte sanitaria.
 - En cuanto a los recursos
 - Incremento de Partidas presupuestaria desde los presupuestos a la Consejería de Bienestar Social.
 - Participación en la iniciativa Extremadura Te Cuida, y posterior obtención de fondos extraordinarios para líneas concretas a través de él.
 - Programa de "Atención a la Patología Crónica"
 - Objetivos
 - Desarrollar un sistema integral de atención sanitaria dedicada al cuidado de personas enfermas crónicas.
 - Reordenar la provisión actual de servicios necesarios para la correcta atención de cuidados del paciente.
 - Mejorar la atención sanitaria de las personas con dependencia, en todos los niveles y recursos, potenciando en lo posible la permanencia en su ámbito y ofreciendo alternativas a la hospitalización cuando sea posible.

- Derribar las barreras que dificultan la coordinación intersectorial, facilitando la atención del proceso de manera integral e intersectorial.
- **Funcionamiento**
 - Desde la perspectiva sanitaria, la reorganización e implementación de los diferentes programas referentes al sistema de cuidados continuados, será anunciada públicamente y acometida por el Servicio Extremeño de Salud según las directrices de la Dirección Gerencia del SES, a indicación de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud de acuerdo con el cronograma aprobado para el Plan Director de Atención Sociosanitaria de Extremadura.
 - A tal efecto, se dotarán presupuestariamente las medidas necesarias propuestas por el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad y Consumo, con carácter anual.
 - Para la reorganización como la implementación, las acciones serán facilitadas y encaminadas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, quien asumirá, obviamente dichos servicios como dependientes de ella misma, y objetivos de reorganización como prioritario dentro del plan anual de acciones. Estas medidas, facilitarán la priorización de medidas del presente plan y evitarán la separación de determinados recursos y servicios en un sector independiente.
 - Una vez vayan siendo reordenados los recursos y procesos, será notificado por la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud al Gerente del Servicio Extremeño de Salud, pasando a ser competencia su evaluación y seguimiento habitual por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria como el resto de programas.
 - Se facilitarán el flujo habitual de la información entre las Direcciones Generales de ambas Consejerías; no obstante, la asunción de acuerdos se llevará a cabo en la Comisión Intersectorial Socio-sanitaria.
 - Dentro del proceso de coordinación se ha creado la Consejería de Salud y Dependencia para base para el establecimiento de ésta.
- **Recursos**
 - Partida presupuestaria desde los presupuestos a la Consejería de Sanidad y Consumo el Servicio Extremeño de Salud.
 - Participación en la iniciativa "Extremadura Te Cuida", y posterior obtención de fondos extraordinarios para líneas concretas a través de él.

5.8. Espacios de Coordinación

Después de haber estudiado las propuestas desde el punto de vista técnico del modelo extremeño, una de nuestras grandes incógnitas son los diferentes espacios de coordinación de carácter intersectorial y transversal que aparecen señalados en muchos de los puntos aquí expuestos.

Dentro del modelo integral intersectorial coordinado, la Junta de Extremadura establece la posibilidad de crear Organismos de Coordinación¹⁷.

Principalmente son cuatro Comisiones dentro de la coordinación Socio-sanitaria:

- Comisión de seguimiento del Plan Socio-sanitario:
 - Comisión formal paritaria de trabajo intersectorial entre las Consejerías de Sanidad y Consumo Bienestar Social para la adopción de acuerdos y seguimiento del presente Plan de implementación. Reunión al menos semestral.
 - Comisión permanente intersectorial Socio-sanitaria
 - Órgano intersectorial dotado de funcionalidad y espacios concretos para el desarrollo de su labor, obtendrá dedicación específica semanal de sus miembros, así como normas de funcionamiento y procedimiento. La comenzarán conformando miembros de las Direcciones Generales de Servicios Sociales de Bienestar Social y de Atención Sociosanitaria y Salud del SES, y serán codirigidas por ambos directores generales, cada uno responsable de las acciones que se enmarquen dentro de sus competencias (sanitarias y sociales) para el rendimiento al plan anual.
 - Supone el órgano central de control sobre el que gira la coordinación y organización del sistema integral de cuidados continuados y, por lo tanto, la supervisión constante del funcionamiento de las Comisiones Socio-sanitarias del Área del Plan de Atención Sociosanitario.
- Comisión de Zona Socio-Sanitaria
 - Deben existir foros conjuntos con capacidad de decisión, que oferten la mejor solución dentro de las posibilidades existentes, con la responsabilidad de la correcta gestión compartida de ambos sectores. Estará compuesta al menos por representantes de los recursos tanto sanitarios como sociales del área de salud a la que pertenezcan.
 - Estas comisiones estarán formadas por representantes de ambas Administraciones (Sanitaria y Social) y se crean con el objeto de ofertar servicios y prestaciones provenientes del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales a personas usuarias que requieran respuestas que superen el ámbito comunitario.
 - Para ello, la Comisión dispondrá de una cartera de servicios constituida por plazas reservadas o cedidas por los servicios sanitarios y sociales de la Junta de Extremadura, y en la compra o concertación de servicios privados provenientes de otras entidades o empresas.
 - Esta Comisión podrá decidir en relación con la prioridad sobre el acceso a un servicio de carácter socio-sanitario, además de efectuar el seguimiento de los casos mientras el usuario no ingrese definitivamente en un Centro o ya no necesite atención¹⁸.
- Comisión Socio-sanitaria Comunitaria
 - Conformada por profesionales de los Servicios Sociales de Base y profesionales del Equipo de Atención Primaria de Salud. Cruzarán todos los casos en programa de atención desde sus respectivos programas de ayuda a domicilio y de atención domiciliaria, derivando las peticiones a las Comisiones

Socio-sanitarias de Zona, para la tramitación de un recurso más especializado cuando fuera necesario.

- De forma progresiva se irán formando conexiones entre los Servicios Sociales de Base y los Centros de Salud. Este proceso dará lugar a la aparición de unos equipos de cooperación continua para maximizar y racionalizar la atención de personas usuarias comunes.

5.9. El proceso asistencial

Una vez que hemos definido los mecanismos de coordinación, es importante establecer la gestión del proceso asistencial, o lo que es lo mismo el diseño "compartido" de los servicios desde los diferentes ámbitos y sobre todo en lo referente a las prestaciones socio-sanitarias.

La definición de los procesos que habrán de ser priorizados en función a:

Gravedad y necesidad de atención (intensidad).

- Prevalencia.
- Variabilidad de la práctica de atención.
- Diversidad de servicios que intervengan: cuantos más servicios por proceso, mayor necesidad de ser organizados en la intervención.

Para el diseño de dichos procesos, se designará a grupos interdisciplinares de expertos, y habrá de quedar reflejada la complementariedad de ambos sectores desarrollando cada cual los servicios que estén dentro de sus competencias. Dentro de cada grupo de expertos, se designarán los directores del proyecto, responsables del resultado del mismo en tiempo y forma ante la Comisión.

Dichos procesos marcarán claramente los servicios a ser prestados y la responsabilidad de cada sector a lo largo del seguimiento del caso, y serán planteados bajo una perspectiva integral. Contemplarán la evidencia existente sobre la efectividad de los servicios, costes aproximados, sistemas diagnósticos y de evaluación para la puerta de entrada en el proceso, itinerario terapéutico y de intervención, estrategias de coordinación de los servicios en el proceso, e indicadores de evaluación de resultado. Con este cometido, desde la perspectiva sanitaria, la valoración de los servicios deberá ser coordinada con la Comisión de Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud, la cual por tanto, dentro de su plan anual, contemplará una serie de servicios referidos al cuidado continuado de las personas usuarias.

El diseño de procesos requerirá el consenso de protocolos de atención y derivación, validados de forma conjunta entre Sanidad y Bienestar Social a través del pilotaje de experiencia en las zonas elegidas, y aplicados tanto por los recursos como por los profesionales. Desde Sanidad, corresponderá a la Dirección General de Asistencia Sanitaria la aprobación del mismo y el ordenamiento de su cumplimiento bajo ordenamiento formal por escrito, y a las direcciones asistenciales de cada Área de Salud, su cumplimiento y rendimiento de indicadores tanto a la Dirección de Asistencia Sanitaria como a la Comisión Intersectorial.

Los protocolos mencionados, deberán guiar las decisiones que se adopten en las Comisiones funcionales de atención socio-sanitaria. (Compuestas por profesiona-

les sanitarios, sociales y de los recursos específicos, que se encuentren dentro de la equivalencia territorial que finalmente sea fijada para los mismos).

Identificar la puerta de entrada a los diversos servicios es imprescindible, para orientar el desarrollo del modelo.

A fin de evitar la creación de unidades extraordinarias para esta función, y mientras dicha medida no sea valorada, la Comisión Intersectorial Sociosanitaria, consensuará criterios básicos de institucionalización para los perfiles de cuidados sanitarios continuados intensos (tipo 1), atención sanitaria a la dependencia (tipo 2) y atención a la dependencia (tipo 3)¹⁹, sirviendo inicialmente para el resto de prestaciones, los establecidos hasta el momento. Dichos criterios podrán ser renovados mediante las órdenes oficialmente dictaminadas por las pertinentes Direcciones Generales de cada sector, a petición de la citada Comisión.

Se considera básico disponer de instrumentos de valoración comunes y validados del usuario, que faciliten la planificación de los cuidados y la provisión de servicios. Debemos tener en cuenta que la publicación y puesta en marcha de este Plan es anterior a la Ley 39/2006, en la que ya existe un Baremo y el Plan deberá adecuarse al mismo²⁰.

Para tener acceso a procesos de atención y servicios que se refieran al sistema de cuidados continuados (unidades de convalecencia y recuperación funcional hospitalarias, programa de atención y ayuda a domicilio, centros de atención a la dependencia, etc.), los informes de valoración del ciudadano deberán hacer referencia a:

- o Patología del paciente, plan de cuidados e intensidad de cuidados sanitarios requeridos: emitidos por médico y enfermera responsables por el servicio que emite el informe.
- o Grado de dependencia para la realización de actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Emitidos por la Enfermera o cuidador cualificado o trabajador social del servicio actual, o de los servicios sociales de base.
- o Valoración Social (nivel de renta en caso de solicitud de ayudas económicas o de cobertura pública de servicios no universalizados) y red de apoyo social (identificación de cuidadores). (Emitido por el trabajador social del centro, o servicio social de base).

Sólo con la combinación de las tres variables, podrá ser asignado el recurso necesario. Los diferentes casos serán coordinados y compartidos por los equipos comunitarios de valoración socio-sanitaria como equipos funcionales.

Será importante, igualmente, la puesta al día de este Plan para la correcta aplicación de la Ley de Dependencia²¹, y la estructura creada con anterioridad, podrá ser la piedra angular de niveles de protección adicional tal como recoge la Ley en su artículo 8.

Otro de los puntos de esencial importancia para un sistema socio-sanitario es determinar cuál y cómo será la puerta de entrada al mismo. En el modelo socio-sanitario extremeño, la Comisión Intersectorial Sociosanitaria, consensuará criterios básicos de institucionalización para los perfiles de cuidados sanitarios continuados intensos (tipo 1), atención sanitaria a la dependencia (tipo 2) y atención a la dependencia (tipo 3), sirviendo inicialmente para el resto de prestaciones, los establecidos

hasta el momento. Haciendo uso de los mencionados criterios, los Equipos de Valoración, vehicularán la petición de admisión o solicitud del servicio, a los órganos competentes en cada caso, salvo en el cupo de Ayudas Intensivas en el Hogar que tengan adjudicadas. Para el consenso y evaluación de medidas para el mejor de funcionamiento y asignación de recursos, se establecerá un Grupo de trabajo intersectorial de Trabajadores Sociales provenientes de los sectores social y sanitario, que actuarán como elemento consultivo de la Comisión Intersectorial Sociosanitaria.

Para tener acceso a procesos de atención y servicios que se refieran al sistema de cuidados continuados (unidades de convalecencia y recuperación funcional hospitalarias, programa de atención y ayuda a domicilio, centros de atención a la dependencia, etc.), los informes de valoración del ciudadano deberán hacer referencia a:

- o Patología de la persona usuaria, plan de cuidados e intensidad de cuidados sanitarios requeridos: emitidos por médico y enfermera responsables por el servicio que emite el informe.
- o Grado de dependencia para la realización de actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Emitidos por la Enfermera o cuidador cualificado o trabajador social del servicio actual, o de los servicios sociales de base²².
- o Valoración Social (nivel de renta en caso de solicitud de ayudas económicas o de cobertura pública de servicios no universalizados) y red de apoyo social (identificación de cuidadores). (Emitido por el trabajador social del centro, o servicio social de base)²³.

Sólo con la combinación de las tres variables, podrá ser asignado el recurso necesario. Los diferentes casos serán coordinados y compartidos por los equipos comunitarios de valoración socio-sanitaria como equipos funcionales compuesto por profesionales de AP y de los SSB que faciliten la coordinación el seguimiento y dispensación adecuada de todos los servicios en el ámbito comunitario.

El modelo extremeño considera esencial la participación de las personas usuarias, y en su caso de la familia o cuidador principal, en el proceso de toma de decisiones a partir de una información suficiente y veraz. En cada solicitud, deberá constar la voluntad del ciudadano o su tutor legal asignado en la aplicación elección del recurso y se respetará sus estilos de vida y preferencias²⁴.

En cuanto a mecanismos de copago, refiere que en aquellos recursos en los que el ciudadano reciba unos servicios sanitarios y otros de carácter social de atención a la dependencia, el ciudadano tendrá la obligación de coparticipar en su financiación, no en lo que respecta a su atención sanitaria, pero sí en lo que a la atención de su dependencia incumbe. Su nivel de participación no tendrá que ver con criterios de edad, sino con el nivel de renta. Esta situación permanecerá en tanto no exista un cambio en la legislación vigente por la que los servicios de atención a la dependencia sean también de cobertura pública, o mediante otro tipo de aseguramientos. En este punto, el sistema local se adecuará a la cohesión con el resto del territorio nacional.

5.10. Mecanismos de Evaluación y Garantías de calidad

El Plan extremeño plantea una serie de mecanismos y sistemas de evaluación. Hasta disponer de estos sistemas unificados²⁵, los recursos de cada sector rendirán los indicadores requeridos a través de sus directivos pertinentes a la Comisión Intersecto-

rial, que hará valoración de resultados con una periodicidad mínima de seis meses, estableciendo formalmente las medidas correctoras pertinentes.

La evaluación de procesos debe dirigirse cada vez más a la gestión eficaz del caso, a la efectividad del proceso de atención y en definitiva, a variables de resultado. La financiación de determinados programas o procesos asistenciales se verá en un futuro influida directamente por esto.

La evaluación complementaria de la realidad de las personas ciudadanas y de su atención requiere "un conjunto mínimo de datos común", que rinda a ambos sistemas, el sanitario y el social, la información necesaria a cada sector en el tránsito a través del sistema, nexo de unión de los ámbitos. Para ello, deberán introducirse con la suficiente y necesaria confidencialidad, datos básicos referidos a la patología y los cuidados sanitarios necesarios, dependencia y red de apoyo social.

El Servicio Extremeño de Salud aborda desde octubre de 2004 uno de los grandes retos de todo Sistema Sanitario: El Proyecto Jara²⁶. Consiste en la implementación de un sistema de información que integra no sólo la actividad asistencial, sino la salud pública, la gestión de recursos humanos y la gestión económica, y que ofrecerá un sistema de evaluación y análisis integral de las necesidades de la población, de la gestión de la oferta de servicios y de la efectividad de la misma. Centrado en la persona, el Proyecto Jara desde su diseño, persigue el análisis del proceso de atención.

Se establecerán unos mínimos estructurales por parte de la Comisión, en cuanto a recursos humanos y a medidas de accesibilidad y confort del entorno. Dichas medidas serán exigidas para la autorización y acreditación de los centros y servicios, otorgada por las Direcciones Generales competentes en cada sector. En los recursos en los que la naturaleza de los servicios prestados sea mixta la acreditación será realizada por Bienestar Social con la aprobación del organismo competente de la Consejería de Sanidad.

En determinados servicios y recursos será necesaria la revisión de la normativa actual para adecuarse a los criterios mínimos de calidad que se establezcan.

Esto mismo será exigible para los centros subvencionados y concertados. Mientras las medidas legales pertinentes sean adoptadas para dar forma a los criterios de acreditación de estos centros, los conciertos con centros de estas características deberán ser aprobados por la Comisión Intersectorial, quien contará con al menos dos técnicos a tal efecto, uno designado desde cada Dirección General.

Independientemente, los centros y recursos estarán sujetos a las inspecciones y evaluaciones que tanto la Consejería de Bienestar Social como Sanidad estimen oportuno, en cuanto a condiciones higiénico sanitarias y asistenciales, tal y como marca la legislación vigente.

Se instará a las direcciones de los servicios y recursos a adoptar un modelo de calidad en cada centro, en el que profesionales y directivos concreten medidas de mejora y evaluación de las mismas cada seis meses, que serán enviadas para su valoración a la Comisión Intersectorial con tal periodicidad.

Con independencia de los trámites normalmente establecidos para la tramitación de quejas, sugerencias y reclamaciones, los centros y servicios, tanto públicos como subvencionados, estarán obligados a dar cumplida cuenta a la Comisión Intersectorial de cuantas reclamaciones los usuarios les hicieran explícitas, las cuáles serán aportadas junto a la evaluación de objetivos de carácter semestral.

6. EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA

1. Introducción. La atención a la Dependencia en Andalucía hasta la entrada en vigor de la Ley promoción de la Autonomía personal y Dependencia.

Al no existir un Sistema Público de atención a la Dependencia propiamente dicho, hasta la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia, la atención en Andalucía a las situaciones dependencia se ha desarrollado por medio de un conjunto de prestaciones económicas y de servicios, vinculadas, en su mayoría, a prestaciones gestionadas por la, entonces, Consejería de Asuntos Sociales, actualmente Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, y que se ha concretado básicamente en prestaciones económicas vía subvenciones de carácter anual y Servicios Sociales tanto de carácter autonómico como municipal y/o provincial.

La ausencia de una norma con rango de Ley impedía reconocer el Derecho a la atención a las personas en situación de Dependencia como un Derecho subjetivo y su basamento legal ha sido un conjunto de normativas con rango de Decreto y Órdenes que, a fecha de la presente investigación, se encuentran actualmente en vigor. Estas normativas basadas en el desarrollo de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, ha permitido desarrollar un germen de servicios de atención a personas dependientes y, sin lugar a dudas, han supuesto el disparo de salida para la conformación del actual Sistema Público de autonomía y atención a la Dependencia en Andalucía que comienza su andadura en la actualidad. Las prestaciones y Servicios que han persistido hasta la actualidad se pueden concretar en los siguientes:

1.1. Las prestaciones monetarias.

- a.** En primer lugar podríamos hablar de las Pensiones no Contributivas de la Seguridad Social que, si bien la competencia en cuanto a normativa básica y de desarrollo es competencia Estatal, la gestión del reconocimiento del Derecho y el seguimiento de las mismas está transferido en su totalidad a las Comunidades Autónomas. En este sentido cabe destacar el complemento de la pensión de invalidez no contributiva, que se dirige a cubrir el exceso de gasto derivado de la necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos y supone un importe correspondiente al complemento de la necesidad de otra persona establecido en el 50% de la cuantía de la pensión de invalidez no contributiva, que se determina con carácter anual.
- b.** Por su parte aún persiste el Subsidio por ayuda de tercera persona. Este se dirige a compensar el exceso de gastos que afecta a personas con minusvalías que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesitan de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. En la actualidad es una prestación residual, ya que, con la entrada en vigor de las pensiones o contributivas quedó relegado a aquellos que ya lo estaban percibiendo.
- c.** En el apartado de subvenciones hay que tener en cuenta la existencia de un conjunto de prestaciones, en forma de subvenciones institucionales e individuales. Estas subvenciones son otorgadas por la Consejería para la

Igualdad y Bienestar Social y por la de Obras Públicas y Transportes y se concretan, de forma resumida, en las siguientes:

- Subvenciones institucionales para la atención a las personas mayores: El objeto de las mismas es financiar, total o parcialmente la realización, entre otras, de actuaciones a realizar por asociaciones de familiares y cuidadores de personas en situación de dependencia, incluyendo actuaciones que tengan carácter preventivo.
- Subvenciones individuales destinadas a personas mayores y personas con discapacidad para la asistencia en centros: El objeto de la misma es complementar la financiación de la atención residencial de personas mayores en situación de dependencia. Esta subvención ira desapareciendo en la medida en que se consoliden las prestaciones de la Ley 39/2006. Esta subvención ha desaparecido en la Orden de enero de 2008.
- Ayudas para adecuación funcional básica de viviendas. Se trata de una medida contemplada en el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas. Son gestionadas por la Consejería de Obras Públicas y Transportes y el objeto de las mismas es mejorar la seguridad y adecuación funcional de las viviendas que constituyan residencia habitual y permanente de personas mayores. Consisten en la subvención de una cuantía de hasta el 70% del presupuesto de las obras necesarias así como de la asistencia técnica si ésta fuera preceptiva (proyecto técnico, etc.).

Se consideran obras necesarias:

- Adaptación de la instalación eléctrica a la normativa vigente.
 - Instalación de alumbrado conmutado en dormitorio u otro espacio que se requiera.
 - Adecuación de la instalación de gas a la normativa vigente, así como la dotación de elementos de fácil y segura manipulación.
 - Adecuación del ancho de puerta, sanitarios y grifería a las necesidades de los usuarios, incluyendo la instalación de apoyos y asideros.
 - Instalación de suelo antideslizante en cuartos de baño.
 - Colocación de pasamanos en pasillos.
- d. Subvenciones para la adquisición, renovación y reparación de prótesis y órtesis, subvenciones destinadas a facilitar la mayor autonomía posible dentro del entorno familiar y social a aquellas personas con discapacidad y graves problemas de movilidad y comunicación. Estas subvenciones están destinadas tanto a personas mayores de 65 años, como a personas con Discapacidad y, si bien no se trata de una subvención específica para personas en situación de Dependencia, sí son estas personas las principales beneficiarias.

1.2. Servicios de la Junta de Andalucía.

La entrada en vigor del Decreto 137/2002 de 30 de abril supuso la primera gran apuesta de la Junta de Andalucía para abordar una política social de apoyo a la

familia, teniendo como uno de los buques insignia de la misma el apoyo a las familias para el abordaje de las situaciones de Dependencia que vivían en su seno.

En este sentido el Decreto estableció un conjunto de medidas, servicios y ayudas que reflejaban un apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global, abordando cuestiones como la protección social, la salud, la educación, la protección de mayores y personas con discapacidad, la inserción laboral o la adecuación de sus viviendas.

Entre las medidas más destacadas que, en apoyo a la situación de Dependencia contempla el referido Decreto destacan las siguientes:

- a. Las Unidades de Estancia Diurna: Están destinadas a personas mayores con problemas graves de demencia y a personas con Discapacidad, tienen como objetivo fundamental conseguir o mantener el mayor grado de autonomía personal de los usuarios, prestando una atención integral durante parte del día, evitando el ingreso innecesario en Centros Residenciales. Este recurso, supone, al mismo tiempo, un "alivio" para la persona que asume la responsabilidad de cuidar al enfermo, la mayoría de las veces miembros de la misma familia y generalmente mujeres.

El programa de estancia diurna garantiza una asistencia mínima en los centros de treinta y nueve horas semanales, cinco días a la semana y once meses al año. En este programa se proporciona como manutención de las personas usuarias, desayuno, almuerzo y merienda, y se ofrece, asimismo, servicio de transporte adaptado, en su caso, a los usuarios/as con atención en horario completo.

- b. Las Estancias Temporales en Centros Residenciales para personas dependientes, también se le denomina, acertadamente, como Programas de Respiro Familiar. Son unidades residenciales en las que las personas en situación de Dependencia permanecen por un período de tiempo predeterminado y, fundamentalmente, para descanso de los familiares cuidadores. Está destinado a intervenir en el proceso de atención a la familia cuidadora para posibilitar la evolución eficaz de la dinámica familiar, condicionada por la asistencia que dispensa a una persona con graves problemas de dependencia.

El programa de respiro familiar incluye alojamiento y manutención completa del/la usuario/a.

Asimismo la Junta de Andalucía cuenta con un amplio abanico de Centros Residenciales, tanto propios como concertados, destinados a personas con discapacidad psíquica, física y parálisis cerebral. Se configuran como recursos de atención integral dirigidos a aquellas personas que, no pudiendo ser asistidas en su medio familiar, lo precisan temporal o permanentemente. Tienen la siguiente clasificación:

- Residencia para personas Gravemente Afectadas: Son centros residenciales configurados como recursos de atención integral, destinados a atender, en régimen

de internado, a personas con una discapacidad tan grave que precisen de la ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria y no puedan ser asistidos en su medio familiar.

- Casas-Hogar para personas enfermas mentales: Son Centros residenciales de alojamiento y convivencia para personas a partir de 18 años con escaso nivel de autonomía personal consecutiva a una enfermedad mental, debiendo garantizar la cobertura de las necesidades de atención no sanitaria de los pacientes. Tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente. Estos son centros gestionados por la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (F.A.I.S.E.M.) y para pacientes de salud mental, menores de 60 años y con un diagnóstico psicopatológico y que son derivados y atendidos por dispositivos de salud mental.

2. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia. Naturaleza, características, Derechos y prestaciones.

La Ley fue aprobada con un abrumador consenso por parte de las Cortes Generales. El artículo 1 de la misma viene a reconocer un nuevo Derecho de Ciudadanía en España, universal y subjetivo como es el derecho a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (S.A.A.D).

La Ley contempla una serie de principios que inspiran la misma y entre los que destacan:

- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y no discriminación.
- La participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias

2.1. Conceptos de Autonomía personal y Dependencia.

Si bien el eje fundamental de la Ley es la atención integral a las personas en situación de Dependencia y sus familias, no deja de ser un objetivo de primer orden de la misma atrasar los efectos que el incremento de la esperanza de vida y las diferencias discapacidades provocan en las personas que la padecen, de manera que no se vea mermada la autonomía de la persona para el libre desenvolvimiento en su vida cotidiana.

En este sentido, el artículo 2.1 de la Ley define autonomía como "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Por su parte la Dependencia se define en el Artículo 2.2 de la Ley como el estado de carácter permanente en el que se encuentran personas que precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades

básicas de la vida diaria o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, otros apoyos para su autonomía personal. Esa dependencia puede estar producida por la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligada a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

Por último entiende por Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como aquéllas que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

2.2. Prestaciones y Servicios.

El artículo 14 de la Ley contempla un abanico de prestaciones y Servicios que denomina catálogo de prestaciones y servicios, si bien estos últimos tendrán carácter prioritario y se prestarán a través del Sistema Público de Servicios Sociales, competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

El Catálogo de Servicios del Sistema, recogido en el artículo 15, es el siguiente:

- o Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- o Servicio de Teleasistencia.
- o Servicio de Ayuda a domicilio.
- o Servicio de Centro de Día y de Noche.
- o Servicio de Atención Residencial.

Para poder prestar estos servicios la Ley contempla una red de centros que estará formada por los Centros Públicos de las Comunidades Autónomas, los Centros de referencia estatal y los centros privados debidamente acreditados y con los que exista una concertación.

En el capítulo de prestaciones, la Ley contempla tres prestaciones que suponen una novedad en relación con las prestaciones sociales actualmente existente, a saber:

- a. Prestación económica vinculada al servicio: Personal y periódica, sujeta al grado y nivel de dependencia y a la capacidad económica del beneficiario. Está destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención (PIA), siempre y cuando no sea posible la atención por un servicio público o concertado. Asimismo, el servicio deberá ser prestado por entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.
- b. Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: Tiene un carácter excepcional y su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda. Al igual que las otras prestaciones se establece en el PIA e igualmente está sujeto al grado y nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario. Por último, el cuidador se incorpo-

rá a la Seguridad Social y podrá realizar programas de formación, información y descanso.

Con el objeto de materializar esta posibilidad, el Consejo de Ministros ha aprobado recientemente el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. De acuerdo con esta norma, podrán asumir la condición de cuidadores no profesionales de una persona en situación de dependencia, su cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco. Asimismo, el Real Decreto contempla que esta función pueda realizarla otra persona del entorno, aunque no reúna el requisito de parentesco si la persona en situación de dependencia tiene su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención.

- c. Prestación económica de asistencia personal: El objeto de esta prestación es facilitar la promoción de la autonomía de la persona con gran dependencia, con independencia de su edad y contribuir a la contratación de una asistencia personal que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al trabajo y el ejercicio de las Actividades básicas de la vida diaria.
- d. La Ley también contempla la posibilidad de que se puedan recibir otras ayudas, de carácter complementario que faciliten la autonomía personal. Estas ayudas, bajo la forma de subvención, tienen como fin bien apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria, bien facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.
- e. Para aquellos niños que nacen con graves discapacidades, menores de 3 años, la Ley contempla especiales medidas que se adaptan a las características y peculiaridades de esta población. Asimismo la Ley contempla la elaboración de un Plan Integral de Atención por parte de las Administraciones Públicas para estos menores de 3 años en situación de dependencia, que facilite la atención temprana y la rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

Con el objeto de armonizar las prestaciones y servicios que se desarrollarán en las Comunidades Autónomas, el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas contenidas en la Ley 39/2006.

2.3. Valoración de la Dependencia.

La Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 contempla tres grados de dependencia:

- o Grado I, de dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- o Grado II de dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- o Grado III de gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Cada uno de estos grados se clasifica, a su vez, en dos niveles en función de la autonomía y atención y cuidado que requiere la persona.

Para baremar la Dependencia de un individuo, el artículo 27 de la Ley establece la existencia de un único baremo en todo el Estado español, para valorar la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

Para ello el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, modificado por el Real Decreto 1.198/2007, de 14 de septiembre.

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de Dependencia está desarrollado en Andalucía por el Decreto 168/2007, de 12 de mayo, y cuyo contenido se verá en el apartado 3.1 del presente estudio.

2.4. La financiación del Sistema.

El coste del sistema de Atención a la Dependencia es elevadísimo, no en vano está suponiendo un problema de primer orden en aquellos países que ya lo tienen consolidado, habida cuenta del incremento progresivo que la población mayor de 80 años está suponiendo en los países del "Viejo Continente". En el caso español se ha optado con una vía de Cofinanciación, con participación de la persona beneficiaria. Desde un primer momento se acordó que la fuente de financiación no fuera la Seguridad Social, ya que, era imposible que el sistema de Seguridad Social abordara este coste sin que quebrara a corto plazo, como está empezando a ocurrir en otros países con sistemas de dependencia ya consolidados. De esta forma el Sistema se financia de la siguiente forma:

- o La Administración General del Estado financiará el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios, dejando la posibilidad abierta para que puedan suscribirse convenios anuales o plurianuales con las Comunidades Autónomas al objeto de incrementar este nivel mínimo.
- o Las Comunidades Autónomas deberán aportar anualmente, al menos, una cantidad igual a la de la Administración General del Estado en su territorio.
- o Por último, los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas atendiendo a su capacidad económica personal, teniendo en cuenta esta capacidad para la determinación de la cuantía de las

prestaciones económicas. Asimismo la ley deja explícitamente claro que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

Con el objeto de poder hacer frente al elevado coste de la puesta en funcionamiento del Sistema, la Ley contempla un calendario de aplicación de la misma, de tal forma que la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia se realizará progresiva y gradualmente a partir del 1 de enero de 2007 de acuerdo al siguiente calendario:

- o 2007. Personas valoradas con un Grado III de gran dependencia, niveles 2 y 1.
- o 2008-2009. Personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 2.
- o 2009-2010. Personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 1.
- o 2011-2012. Personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 2.
- o 2013-2014. personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 1

De esta forma en el ejercicio 2015 el Sistema estará plenamente consolidado y habrá adquirido lo que podríamos denominar una "velocidad crucero".

3. El desarrollo de la Ley 39/2006, en Andalucía.

El Estatuto de Autonomía de Andalucía, aprobado por la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, reconoce en su texto un conjunto de nuevos Derechos Sociales, entre otros, el Derecho a la atención a las personas en situación de Dependencia. El artículo 10.3.15º dispone que "es objetivo básico de nuestra Comunidad Autónoma la especial atención a las personas en situación de dependencia" y, en el artículo 37.1.4º, considera principio rector en la orientación de las políticas públicas "la especial protección de estas personas que les permita disfrutar de una digna calidad de vida.

De esta forma, el artículo 24 del referido Estatuto de Autonomía, establece que "las personas en situación de dependencia tienen derecho a acceder, en los términos que establezca la ley, a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública necesarios para su desarrollo personal y social".

La entrada en vigor de la Ley 39/2006 y su desarrollo reglamentario ha permitido materializar, mediante Derecho subjetivo, el derecho que recoge el Estatuto Andaluz.

En efecto una vez que se acordaron por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia -del que forman parte todas las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado- los criterios para el establecimiento de las características comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de la situación de dependencia, que tienen carácter público, así como la fijación de los criterios básicos del procedimiento para el reconocimiento de esta situación y, en su caso, del derecho a las prestaciones del Sistema para la mencionados elementos se aprobó por parte del Gobierno de España el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, modificado por el Real Decreto 1.198/2007, de 14 de septiembre.

Este basamento legal ha permitido a la Comunidad Autónoma Andaluza regular las características específicas y propias de dichos órganos, así como el procedimiento por el que se realizará el reconocimiento de la situación de Dependencia. En

su virtud, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía en su reunión de 12 de junio de 2007 aprobó el Decreto 168/2007, de 12 de mayo.

3.1. El Decreto 168/2007, de 12 de mayo por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de Dependencia y el Derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su evaluación.

El artículo 28 de la Ley 39/2006 regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema, por medio de dos actos administrativos y que se concretan en los siguientes:

- o El reconocimiento de un determinado grado y nivel de dependencia.
- o El establecimiento del derecho a una serie de recursos.

Pues bien, el Decreto 168/2007, viene a desarrollar lo establecido en la Ley, teniendo por objeto "regular el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia", es decir del grado y nivel de dependencia, "y del Derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía personal y Atención a la Dependencia en Andalucía" (art. 1).

El Decreto, vincula e integra las prestaciones que establece la Ley 39/2006 al Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, por tanto no podemos hablar del establecimiento de un nuevo Sistema Público, sino del fortalecimiento del, ya existente, Sistema Público Andaluz de Servicios Sociales.

Por otra parte y siguiendo con la vocación municipalista que estableció la Ley 2/1998, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, el Decreto da un destacado protagonismo al papel de los Servicios Sociales Comunitarios como iniciadores del procedimiento y ponentes del Programa Individualizado de Atención P.I.A.

En este sentido el art. 4.1 del Decreto dispone que "las Entidades Locales de Andalucía participarán en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del Sistema". Asimismo el párrafo tercero del referido artículo establece que "corresponde a los Servicios Sociales Comunitarios correspondientes al municipio de residencia de las personas solicitantes iniciar la tramitación del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como la elaboración de la propuesta de Programa Individual de Atención".

Por su parte a las Delegaciones Provinciales de la Consejería competente en materia de Servicios Sociales -actualmente la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social-, les corresponde la resolución de los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia, la prescripción de servicios y prestaciones, así como la gestión de las prestaciones económicas que se establezcan en el P.I.A.

El artículo 27.1 de la Ley 39/2006 dispone que: serán las distintas Comunidades Autónomas las que determinen los órganos de valoración de la situación de dependencia y emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley, el Decreto 168/2007 crea, en cada una de las

ocho Delegaciones Provinciales unos órganos de valoración que son los encargados de determinar el grado y nivel de la dependencia. Estos órganos están formados por personal del área social y sanitaria, es decir, trabajador/a Social, médico y psicólogo y que tienen encomendadas las siguientes funciones:

- Recabar el informe sobre la salud de la persona solicitante conforme al modelo establecido al efecto.
- Aplicar el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia y la escala de valoración específica para los menores de tres años establecidos en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia.
- Establecer la correspondencia entre el resultado del baremo citado en el apartado anterior con la información relativa a las condiciones de salud.
- Formular una propuesta de Resolución sobre el grado y nivel de dependencia.

El Capítulo III del Decreto está dedicado al procedimiento para el reconocimiento de la situación de Dependencia. (Ver figura 2)

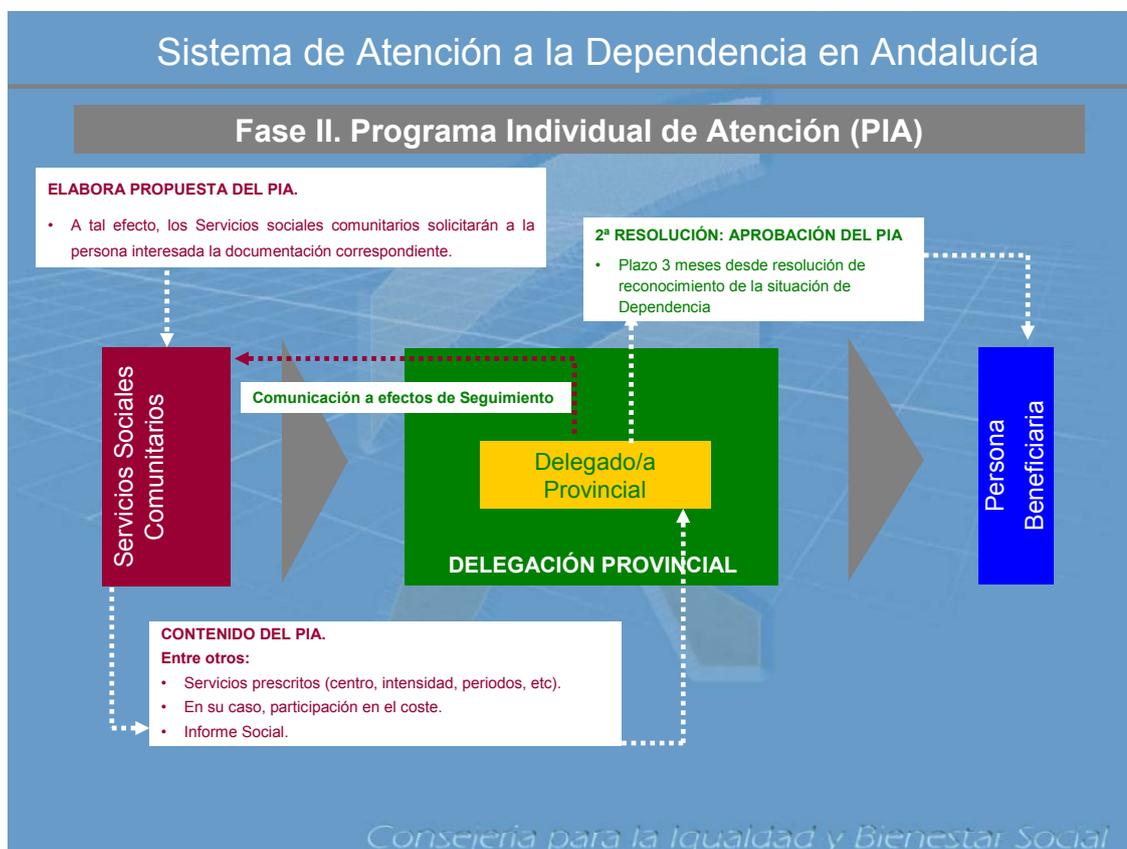
(Figura 2)SADA. Fase I: Reconocimiento de la situación de Dependencia



- o El procedimiento se inicia una vez que la solicitud de la persona interesada tiene entrada en su Centro Municipal de Servicios Sociales. El personal competente del Centro inicia la tramitación del expediente completando la documentación que debe acompañar al expediente.
- o A continuación se remite a la persona solicitante al órgano de valoración, facilitándole el día y hora en que los profesionales del citado órgano acudirán a su domicilio o lugar de residencia para efectuar la valoración.
- o Una vez concluida la valoración, El órgano de valoración eleva a la Delegación Provincial la propuesta de resolución conteniendo el dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, especificando, además los servicios y prestaciones que la persona pueda requerir, y que servirán de base para el contenido del P.I.A.
- o Los Delegados/as de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social dictarán una primera resolución que remitirán a la persona interesada y, además, al Centro Municipal de Servicios Sociales, con el siguiente contenido:
 - a. El grado y nivel de dependencia de la persona solicitante.
 - b. Los servicios o prestaciones que, en su caso, correspondan, a la persona interesada de acuerdo con su grado y nivel de dependencia.

Hay que tener en cuenta que el reconocimiento de la situación de dependencia tendrá validez en todo el territorio del Estado.

(Figura 3) SADA. Fase II: Programa Individual de Atención (PIA)



El Capítulo IV del Decreto está referido al Programa Individual de Atención (P.I.A). Como se indicó en páginas anteriores son los Servicios Sociales Comunitarios los competentes en la elaboración y propuesta del P.I.A

- o Los Servicios Sociales Comunitarios requerirán a la persona interesada diversa documentación acreditativa sobre renta y patrimonio así como de las circunstancias personales y familiares alegadas por ésta.
- o A continuación aquéllos elaboran un informe social en el que se detalle la situación social, familiar y del entorno de la persona en situación de dependencia y darán audiencia a la persona interesada y a sus familiares, elaborando una propuesta de P.I.A que se remitirá a la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de Servicios Sociales.
- o La Delegación Provincial dictará resolución por la que se aprueba el Programa individual de Atención, de acuerdo al siguiente contenido:
 - a. Datos y circunstancias personales y familiares de la persona en situación de dependencia.
 - b. Servicio o servicios prescritos, con indicación de las condiciones específicas de la prestación de éste, así como de la participación que en el coste del mismo pudiera corresponder a la persona en situación de dependencia según su capacidad económica.
 - c. De no ser posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, prestación económica vinculada al servicio.
 - d. También se contempla, de manera excepcional, la prestación económica para cuidados familiares, cuando la persona beneficiaria esté siendo atendida en su entorno familiar y se reúnan las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda.
 - e. En su caso, prestación económica de asistencia personal, con indicación de las condiciones específicas de acceso a dicha prestación.
- o Por último la resolución con el P.I.A se comunica a la persona beneficiaria y a los Servicios Sociales Comunitarios, iniciándose la materialización de las prestaciones y/o servicios que se contemplen en el mismo. El seguimiento de las medidas del P.I.A corresponden a los Servicios Sociales Comunitarios.

El capítulo V está dedicado a la revisión, seguimiento y control de las medidas.

3.2. La Intensidad de los Servicios y prestaciones

En el B.O.J.A nº 161 de 16 de agosto se publicó la Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Mediante esta Orden se desarrolla lo dispuesto en el Decreto 168/2007 de 12 de mayo y lo establecido en el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006.

El Art. 5 de la Orden desarrolla las prestaciones y servicios que se contempla en el Sistema de atención de la Dependencia en función al grado y nivel de Dependencia y que son los siguientes:

- a.** Dependencia moderada. Grado I. Nivel 1 y 2.
 - Teleasistencia.
 - Ayuda a Domicilio.
 - Centro de Día (UED) y de Noche (UEN).
 - Estancias residenciales temporales en centros residenciales.
 - Prestación económica vinculada al servicio.
 - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

- b.** Dependencia severa. Grado II. Nivel 1 y 2.
 - Teleasistencia.
 - Ayuda a Domicilio.
 - Centro de Día (UED) y de Noche (UEN).
 - **Atención residencial.**
 - Estancias residenciales temporales en centros residenciales.
 - Prestación económica vinculada al servicio.
 - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

- c.** Gran dependencia. Grado III. Nivel 1 y 2.
 - Teleasistencia.
 - Ayuda a Domicilio.
 - Centro de Día (UED) y de Noche (UEN).
 - Atención residencial.
 - Estancias residenciales temporales en centros residenciales.
 - Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
 - Prestación económica vinculada al servicio.
 - **Prestación de asistencia personal.**

Los artículos 7 al 10 de la referida Orden están dedicados a la intensidad de los servicios. Esta intensidad había sido previamente acordada en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y regulada en el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio. La intensidad de los servicios se concreta en los siguientes:

- a. El servicio de Teleasistencia se prestará las veinticuatro horas del día durante todos los días del año para las personas en situación de dependencia, conforme a lo establecido en el Programa Individual de Atención.
- b. El servicio de Ayuda a Domicilio comprende la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y la cobertura de las necesidades domésticas, mediante los servicios previstos en el artículo 23 de Ley 39/2006. La intensidad del servicio de Ayuda a Domicilio estará en función del Programa Individual de Atención y se determinará en número de horas mensuales de servicios asistenciales, mediante los siguientes intervalos según grado y nivel de dependencia:
 - Grado III. Gran Dependencia Horas de atención
 - Nivel 2 Entre 70 y 90 horas mensuales
 - Nivel 1 Entre 55 y 70 horas mensuales
 - Grado II. Dependencia severa Horas de atención
 - Nivel 2 Entre 40 y 55 horas mensuales
 - Nivel 1 Entre 30 y 40 horas mensuales

El Servicio de Ayuda a Domicilio ha sido desarrollado por la Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Esta Orden deroga la Orden de 22 de octubre de 1996.

El contenido de lo regulado en la Orden de 15 de noviembre se desarrolla en el apartado 3.7 de este documento.

- c. El servicio de Centro de Día o Unidad de Estancia Diurna pública o acreditada ajustará los servicios establecidos en el artículo 24 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, a las necesidades de las personas en situación de dependencia atendidos según su grado y nivel.
- d. El servicio de Atención Residencial ofrece una atención integral y continuada, de carácter personalizado y social, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. La intensidad del servicio Atención Residencial estará en función de los servicios del centro que precisa la persona con dependencia, de acuerdo con su Programa Individual de Atención.
- e. El servicio de estancias temporales en centro residencial o de respiro familiar se ajustará a la normativa aplicable y se prestará en función de la disponibilidad de plazas del Sistema en la Comunidad Autónoma de Andalucía y del número de personas atendidas mediante cuidados en el entorno familiar. Esta normativa no es otra que el Decreto 137/2002, de apoyo a las familias andaluzas y su desarrollo, al que hemos hecho referencia a lo largo del presente estudio.

3.3. Régimen de compatibilidades de los servicios y prestaciones económicas

El artículo 11 de la referida Orden está dedicado al régimen de compatibilidades entre los servicios y prestaciones del sistema y que queda definido de la siguiente manera:

- El servicio de Teleasistencia será compatible con todos los servicios y prestaciones salvo con el servicio de Atención Residencial y con la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio de esta misma naturaleza.
- El servicio de Ayuda a domicilio será incompatible con todos los servicios y prestaciones, con excepción de:
 - El servicio de Teleasistencia.
 - La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de asistencia personal durante el período vacacional de la persona cuidadora o asistente.
- El servicio de Centro de Día será incompatible con todos los servicios y prestaciones económicas con excepción de:
 - El servicio de Teleasistencia.
 - El servicio de Atención Residencial cuando el Centro de Día sea de terapia ocupacional.
 - La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de asistencia personal durante el período vacacional de la persona cuidadora o asistente.
- El servicio de Centro de Noche es incompatible con los demás servicios y prestaciones económicas con excepción de:
 - El servicio de Teleasistencia.
 - La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de asistencia personal durante el período vacacional de la persona cuidadora o asistente.
- El servicio de Atención Residencial será incompatible con todos los servicios y prestaciones, con excepción de:
 - Unidades de estancia diurna con terapia ocupacional.
 - La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de asistencia personal durante el período vacacional de la persona cuidadora o asistente.
- La prestación económica vinculada al servicio será incompatible con todos los servicios y prestaciones, con excepción de:
 - El servicio de Teleasistencia, salvo cuando se trate de prestación económica vinculada para la adquisición de un servicio de Atención Residencial.
 - La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales durante el período vacacional de la persona cuidadora.

- o La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales será incompatible con todos los servicios y prestaciones, con excepción de:
 - El servicio de Teleasistencia.
 - Los servicios de Ayuda a domicilio, Centro de Día y de Noche y Atención Residencial, así como con la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio de esta última naturaleza, durante el período vacacional de la persona cuidadora.
- o La prestación económica de asistencia personal es incompatible con los demás servicios y prestaciones, con excepción de:
 - El servicio de Teleasistencia.
 - Los servicios de Ayuda a domicilio, Centro de Día y de Noche y Atención Residencial, durante el período vacacional de la persona asistente.

3.4. Régimen de prestaciones económicas y ayudas para facilitar la autonomía personal

El Capítulo IV de la Orden contempla las prestaciones económicas y ayudas para facilitar la autonomía personal, reconocidas en la Ley 39/2006 y que son la prestación económica vinculada al servicio, Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y la prestación económica de asistencia personal.

3.4.1. Prestación económica vinculada al servicio

Esta prestación está destinada a contribuir a la financiación del coste de los servicios establecidos en el catálogo, únicamente cuando en el correspondiente ámbito territorial no sea posible la atención a través de los servicios públicos o concertados de la Red del S.A.A.D en Andalucía.

Se considera que no es posible la atención en los siguientes casos:

- o Servicio de Atención Residencial: Cuando no se disponga de plaza adecuada en los centros públicos o privados concertados en el ámbito de la provincia en que resida la persona beneficiaria, en el caso de personas mayores o de ámbito autonómico en los casos personas con discapacidad.
- o Servicios de Centro de Día y de Noche: Cuando no se disponga de plaza o de transporte adecuados o éstos se encuentren a una distancia máxima de cuarenta y cinco minutos desde su domicilio.
- o La inexistencia o insuficiencia del servicio de Ayuda a Domicilio se certificará por los Servicios Sociales Comunitarios del Municipio de residencia de la persona beneficiaria.

3.4.2. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Esta prestación tiene el objeto de contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada por la persona cuidadora no profesional, pudiendo ser reconocida en cualquier grado y nivel de dependencia. El coste de la cotización a la

Seguridad Social y las acciones de formación del cuidador corren a cargo de la Administración General del Estado.

Para recibir esta ayuda deben reunirse una serie de condiciones, entre ellas:

- o Que se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda para el desarrollo de los cuidados necesarios.
- o La persona cuidadora no profesional deberá ser mayor de 18 años, residir legalmente en España y ser pariente por consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado de parentesco (en situaciones excepcionales podrá no tenerse en cuenta la relación de parentesco). Asimismo deberá contar con idoneidad para prestar el servicio y no estar vinculada a un servicio profesional.

3.4.3. La prestación económica de asistencia personal.

Su objeto es contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de un asistente personal, que posibilite una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria a las personas con gran dependencia, facilitándoles el acceso a la educación y al trabajo.

Las condiciones para acceder al servicio son las siguientes:

- o Haber sido valoradas en el grado de gran dependencia, en cualquiera de sus niveles.
- o Tener capacidad para determinar los servicios que requiere, ejercer su control e impartir instrucciones a la persona encargada de la asistencia personal de cómo llevarlos a cabo por sí mismo o su representante legal.
- o Que la persona encargada de la asistencia personal preste sus servicios mediante contrato con empresa prestadora de estos servicios, o directamente mediante contrato laboral o de prestación de servicios con la persona beneficiaria.

Los requisitos de la persona a contratar son similares a los de la prestación para cuidados en el entorno familiar, salvo la condición de parentesco.

La cuantía de las prestaciones se percibirá íntegramente o se reducirá de acuerdo con la siguiente tabla (Tabla 14):

Capacidad económica de acuerdo con la cuantía del IPREM	Prestación Económica		
	Vinculada al Servicio	Para cuidados en el entorno familiar	De asistencia personal
Menos de un IPREM	100%	100%	100%
De una a dos veces el IPREM	90%	95%	90%
De dos a tres veces el IPREM	80%	90%	80%
De tres a cuatro veces el IPREM	70%	85%	70%
De cuatro a cinco veces el IPREM	60%	80%	60%
Más de cinco veces el IPREM	50%	75%	50%

IPREM: Indicador público de renta de efectos múltiples. Es una cuantía económica que se establece anualmente en los Presupuestos Generales del Estado. Para el año 2008 asciende a 509,40 euros mensuales y a 6.112,80 euros anuales.

Del importe de las cuantías a percibir se deducirán aquellas prestaciones que perciban los interesados y que tienen análoga naturaleza y finalidad, en concreto:

- o El complemento de gran invalidez de la Seguridad Social.
- o El complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%.
- o El complemento por necesidad de tercera persona de la P.N.C.
- o El subsidio por ayuda de tercera persona (LISMI).

3.5. Ayudas económicas complementarias.

Estas ayudas están previstas en la disposición adicional tercera de la Ley de Dependencia y tienen por objeto facilitar, mediante subvenciones, una mayor autonomía personal y favorecer la permanencia en la vivienda habitual a las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles. Estas ayudas no son otras que las subvenciones individuales destinadas a personas mayores y con Discapacidad previstas en la Orden anual de ayudas públicas de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y que pretenden financiar los gastos ocasionados por:

- a.** La adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- b.** Las obras necesarias para facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar de la persona en situación de dependencia que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

3.6. El Servicio de Ayuda a Domicilio

3.6.1. Características generales, objetivos y condiciones de acceso

El Servicio de Ayuda a domicilio no es una prestación genuina del Sistema de Promoción de la Autonomía personal y la atención a la dependencia, sino que cuenta con una dilatada trayectoria en el Sistema Público de Servicios Sociales en tanto que prestación básica de los Servicios Sociales Comunitarios. Lo que no cabe duda es que con ocasión de la implantación del sistema de Dependencia este Servicio va a experimentar una transformación considerable y va a permitir acceder al mismo a un importante número de personas, para lo que se pondrá en funcionamiento financiación, personal, empresas y dispositivos. No en vano es una prestación que puede prescribirse para cualquiera de los grados y niveles del catálogo de servicios previstos en la Ley 39/2006.

El Servicio de Ayuda a domicilio se ha desarrollado en la Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de 15 de noviembre de 2007 (BOJA nº 231 de 23 de noviembre de 2007).

El artículo 2 define el Servicio de Ayuda a Domicilio como una prestación, realizada preferentemente en el domicilio, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, un conjunto de actuaciones preventivas, formativas, rehabilitadoras y de atención a las personas y unidades de convivencia con dificultades para permanecer o desenvolverse en su medio habitual y está destinado a todas aquellas personas y unidades de convivencia que carezcan o tengan mermada la autonomía, temporal o permanentemente, para mantenerse en su medio habitual de vida y que residan en cualquier municipio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Los objetivos del Servicio de Ayuda Domicilio son los siguientes:

- a. Promover la autonomía personal en el medio habitual, atendiendo las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- b. Prevenir y evitar el internamiento de personas que, con este servicio, puedan permanecer en su medio habitual.
- c. Apoyar a las unidades de convivencia con dificultades para afrontar las responsabilidades de la vida diaria.
- d. Favorecer el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.
- e. Promover la convivencia de la persona en su grupo de pertenencia y con su entorno comunitario.
- f. Favorecer la participación de las personas y de las unidades de convivencia en la vida de la comunidad.
- g. Atender situaciones coyunturales de crisis personal o convivencial.
- h. Servir como medida de desahogo familiar apoyando a las personas cuidadoras en su relación de cuidado y atención.

La principal novedad de esta norma, en relación con la derogada Orden de 22 de octubre de 1996, es que el Servicio de Ayuda a Domicilio funcionará tanto como prestación básica de los Servicios Sociales, como prestación vinculada al Sistema de Promoción de la autotomía personal y atención a la Dependencia.

Los criterios para la prescripción del Servicio de Ayuda a Domicilio son los siguientes:

- o Grado y nivel de dependencia reconocido por la consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Hay que tener en cuenta que este grado y nivel puede ser reconocido en cualquier otra comunidad autónoma teniendo el mismo valor y consideración.
- o Situación de discapacidad física, psíquica o sensorial.
- o Dificultades personales especiales, previa valoración técnica de la situación psicosocial de la persona.
- o Situación de la unidad de convivencia, previa valoración de su composición y grado de implicación en la mejora de su situación.
- o Situación social previa valoración de la red de apoyo de la persona.
- o Características de la vivienda habitual, previa valoración de las condiciones de salubridad y habitabilidad de la misma.

Al igual que la solicitud del grado y nivel de dependencia, el acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio se realiza por medio de los Servicios Sociales Comunitarios. En este sentido la prescripción del mismo dependerá de dos posibles situaciones:

- a. Tener reconocida la situación de dependencia y haberle sido prescrito el servicio en la resolución aprobatoria del Programa Individual de Atención.
- b. No tener reconocida la situación de dependencia o, teniéndola reconocida, no corresponderle la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia conforme al calendario previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (ver disposición final primera de la Ley) y haberle sido prescrito el servicio por los Servicios Sociales Comunitarios. Para ello se aplicará un baremo de acuerdo con la capacidad funcional, situación socio-familiar y redes de apoyo, situación de la vivienda habitual, situación económica y otros factores. (Ver anexo I de la Orden).

3.6.2. Actuaciones básicas del Servicio de Ayuda a Domicilio

a) **Actuaciones de carácter doméstico:** Son aquellas actividades y tareas que van dirigidas fundamentalmente al cuidado del domicilio y sus enseres como apoyo a la autonomía personal y de la unidad de convivencia. Se concretan en las siguientes actividades:

- o Relacionadas con la alimentación:
 - Preparación de alimentos en el domicilio.
 - Servicio de comida a domicilio.
 - Compra de alimentos con cargo a la persona usuaria.
- o Relacionadas con el vestido:

- Lavado de ropa en el domicilio y fuera del mismo.
- Repaso y ordenación de ropa.
- Planchado de ropa en el domicilio y fuera del mismo.
- Compra de ropa, con cargo a la persona usuaria.
- Relacionadas con el mantenimiento de la vivienda:
 - Limpieza cotidiana y general de la vivienda, salvo casos específicos de necesidad en los que dicha tarea será determinada por el personal técnico responsable del servicio.
 - Pequeñas reparaciones domésticas. En éstas quedarán englobadas aquellas tareas que la persona realizaría por sí misma en condiciones normales y que no son objeto de otras profesiones.
- b) **Actuaciones de carácter personal:** Son aquellas actividades y tareas que fundamentalmente recaen sobre las personas usuarias dirigidas a promover y mantener su autonomía personal, a fomentar hábitos adecuados de conducta y a adquirir habilidades básicas, tanto para el desenvolvimiento personal como de la unidad de convivencia, en el domicilio y en su relación con la comunidad. Se concretan en las siguientes actividades:
 - Relacionadas con la higiene personal:
 - Planificación y educación en hábitos de higiene.
 - Aseo e higiene personal.
 - Ayuda en el vestir.
 - Relacionadas con la alimentación:
 - Ayuda o dar de comer y beber.
 - Control de la alimentación y educación sobre hábitos alimenticios.
 - Relacionadas con la movilidad:
 - Ayuda para levantarse y acostarse.
 - Ayuda para realizar cambios posturales.
 - Apoyo para la movilidad dentro del hogar.
 - Relacionadas con cuidados especiales:
 - Apoyo en situaciones de incontinencia.
 - Orientación tempo-espacial.
 - Control de la administración del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud.
 - Servicio de vela.
 - De ayuda en la vida familiar y social:

- Acompañamiento dentro y fuera del domicilio.
- Apoyo a su organización doméstica.
- Actividades de ocio dentro del domicilio.
- Actividades dirigidas a fomentar la participación en su comunidad y en actividades de ocio y tiempo libre.
- Ayuda a la adquisición y desarrollo de habilidades, capacidades y hábitos personales y de convivencia.

La Orden excluye del Servicio las siguientes actuaciones:

- a. La atención a otros miembros de la unidad de convivencia que no hayan sido contemplados en la valoración, propuesta técnica y concesión del servicio.
- b. Las actuaciones de carácter sanitario y otras que requieran una cualificación profesional específica.

Asimismo se contempla un régimen de Derechos y Deberes. (Ver artículos 13 y 14 de la Orden),

3.6.3. Organización y funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio

La Orden establece que el Servicio de Ayuda a Domicilio es de titularidad pública y su organización es competencia de las Corporaciones Locales de Andalucía (ayuntamientos con población superior a los 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales para los municipios que no cuenten con esta población).

El Servicio se puede gestionar directamente por el ayuntamiento o Diputación o de forma indirecta por medio de entidades externas concertadas por el Ayuntamiento. En este caso las entidades prestadoras del servicio deben estar "acreditadas", cumpliendo para ello un conjunto de requisitos materiales, funcionales y de personal.

La acreditación es el acto por el que la Administración garantiza que las entidades a las que se otorga reúnen los requisitos y estándares de calidad necesarios para la prestación del servicio. Ello permite a las entidades concertar plazas o poder acceder a los concursos para la contratación de gestión de servicios públicos, que se desarrollan por medio de la ley de contratos del Estado. La acreditación tiene una validez temporal de 4 años pudiendo ser renovada trascurrido este periodo. (Ver artículos 17 y 18 de la Orden)

3.6.4. La función del Trabajador Social en el Servicio de Ayuda a Domicilio

El artículo 19 de la Orden dispone que el equipo básico para la prestación del servicio esta formado por trabajadores y trabajadoras sociales y auxiliares de ayuda a domicilio. Asimismo, la norma prevé que con el objeto de posibilitar una actuación integral del mismo puedan participar otros profesionales de los servicios sociales sin concretar los mismos.

En cuanto al ámbito del Trabajo Social, este personal tiene asignadas las siguientes competencias:

a) Respetto a la persona usuaria, en cada caso:

- Estudiar y valorar la demanda.
- Elaborar el diagnóstico.
- Diseñar un proyecto de intervención adecuado.
- Programar, gestionar y supervisar en cada caso.
- Realizar el seguimiento y evaluar su idoneidad y eficacia.
- Favorecer la participación de los miembros de la unidad de convivencia como apoyo al servicio.

b) Respetto al servicio:

- Intervenir en la programación, gestión y supervisión del servicio.
- Realizar el seguimiento y evaluar su idoneidad y eficacia.
- Orientar, coordinar, realizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones del voluntariado en relación al servicio.
- Facilitar y promocionar la formación y reciclaje del personal auxiliar de ayuda a domicilio.
- Coordinarlo con el resto de servicios y recursos de la Red de Servicios Sociales o con otros sistemas de protección social.

También se establecen las funciones y características que deben cumplir las personas auxiliares de ayuda a domicilio. (Ver artículo 21 de la Orden).

3.6.5. Financiación del Servicio de Ayuda a Domicilio y participación de los beneficiarios/as

Al tratarse de un Servicio que pretende cubrir dos líneas de necesidades: las propias del sistema de atención a la Dependencia y las del Sistema Público de Servicios Sociales, la financiación también está polarizada:

- El Servicio que se preste a beneficiarios del Sistema de promoción de la Autonomía personal y atención a la dependencia y que tengan reconocida la situación de dependencia y se les haya prescrito el Servicio de Ayuda a Domicilio en la resolución aprobatoria del Programa Individual de Atención, el servicio se financiará con las aportaciones de la Administración General del Estado y de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- En tanto que prestación básica del Sistema Público de Servicios Sociales, es decir, el servicio destinado a personas que no tengan reconocida la situación de dependencia o de aquéllas que, teniéndola reconocida, no les corresponda la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia conforme al calendario establecido, el servicio se financiará con las aportaciones de la Administración General del Estado, Comunidad Autónoma de Andalucía y Corporaciones Locales, a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas en materia de Servicios Sociales, así como con la aportación de la persona o unidad de convivencia destinataria del servicio.

4. La relación del Sistema de Autonomía y atención a la Dependencia en Andalucía y el Sistema Sanitario Andaluz

El artículo 3 del Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración, establece que la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el ámbito de sus competencias, reconoce y garantiza la oferta de las prestaciones establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, integrándolas en el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.

En efecto en Andalucía la atención a la Dependencia conforma un subsistema del Sistema Público de Servicios Sociales y se renuncia a la instauración de un sistema sociosanitario, al menos a corto plazo, como sí ha ocurrido con otras Comunidades Autónomas de España, como es el caso de la Comunidad Autónoma Extremeña.

Asimismo, la Disposición final primera del referido Decreto 168/2007, referida a los dispositivos de coordinación sociosanitaria establece que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11.1.c) de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, mediante Orden conjunta de las Consejerías competentes en materia de salud y de servicios sociales se establecerán los procedimientos de coordinación entre el Sistema Público Social y Sanitario, así como los instrumentos que procedan para garantizar una efectiva atención a las personas en situación de dependencia.

En este sentido podemos destacar que la participación del Servicio Andaluz de Salud en materia de Dependencia es, hasta la fecha, sencillamente testimonial, en la medida en que tan sólo participa en la elaboración del preceptivo informe médico en el momento de la valoración de la dependencia. Este informe es remitido electrónicamente a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social una vez que ésta lo solicita, también por medio electrónicos, al Servicio Andaluz de Salud, una vez que el expediente de solicitud dependencia se encuentra en manos de los equipos de valoración.

Con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2006 se mantuvieron contactos, tanto a nivel político como técnico, para el establecimiento de protocolos de coordinación y actuación conjunta entre los dispositivos de Servicios Sociales y de Salud en el ámbito de la atención a la Dependencia, pero que no desembocaron en ningún acuerdo concreto, quedando en manos del Sistema Público de Servicios Sociales el inicio, reconocimiento y materialización de las prestaciones y Servicios del S.A.A.D.

Cabe aclarar que existen especiales dificultades para el establecimiento de dispositivos sociosanitarios en Andalucía, toda vez que, para ello, se requiere desarrollar un sistema integrado de servicios y recursos, basado en la reorientación progresiva de los servicios y dispositivos existentes.

Los ejes en los que se sustenta un enfoque sociosanitario son los siguientes:

- o Reorientación de los Servicios Sanitarios y Sociales basada en la continuidad asistencial, la prevención de la dependencia y la atención por procesos.
- o Dotación de recursos sociales, ajustados a las necesidades detectadas en la planificación del sistema.

- o Asegurar la atención sanitaria a la población institucionalizada en centros especializados de Servicios Sociales, así como la atención social en los centros y servicios sanitarios.
- o Definición y desarrollo de un modelo general para la atención sociosanitaria, sustentado en la aplicación innovadora de nuevas tecnologías de calidad y eficiencia.

Para abordar un modelo sociosanitario en Andalucía se requeriría, en primer lugar, desarrollar un conjunto de estrategias comunes entre el Sistema Sanitario Andaluz y el de Servicios Sociales:

- a. En primer lugar se hace imprescindible desarrollar un **espacio común sociosanitario**, de organización conjunta entre el Sistema de Salud y de Servicios sociales: en la atención sociosanitaria no vale el distrito Sanitario o la Zona de Trabajo Social. Sería necesario establecer un Distrito o Zona sociosanitaria y un mapa autonómico de atención sociosanitaria. Hasta la fecha los planteamientos realizados en este sentido por la administración andaluza no han caminado en esta dirección.
- b. En segundo sería lugar necesario organizar un **sistema de atención y cuidados de larga duración** para personas en situación de dependencia, garantizando la **continuidad asistencial**, tanto para las **personas institucionalizadas** en Centros de Servicios sociales Especializados, como las que permanecen en su **hábitat habitual**, potenciando, para ello, el uso de las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones (Ello supone la adecuación de los sistemas de información del sistema de salud y de Servicios Sociales).

Los dispositivos para cuidados de larga duración en Andalucía se están desarrollando desde las Direcciones Generales de Personas Mayores y de Personas con Discapacidad, respectivamente, por medio de conciertos con entidades privadas, pero sin intermediación de los dispositivos del Servicio Andaluz de Salud y sin que se establezcan protocolos específicos de coordinación entre los profesionales de los Servicios Sociales y los de Salud.

- c. Es también necesario el potenciar la participación de las **asociaciones de ayuda mutua y de autocuidado**, a **las entidades prestadoras de servicios de atención temprana** (ayuda domiciliaria, Estimulación precoz, etc.), así como apoyar los **cuidadores informales**, con el objeto de desarrollar un sistema que dé respuesta desde los primeros estadios de la dependencia y desde una respuesta global, aprovechando y maximizando todos los recursos.

Es en este punto donde mejor queda plasmada la polaridad existente en Andalucía en materia sociosanitaria entre Salud y Servicios Sociales. En efecto, tras la aprobación del Decreto 137/2002, de 30 de abril, se aprueba en 2003 el Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer, impulsado por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y el Plan Andaluz de Alzheimer impulsado por la Consejería de Salud, sin que ambos tengan una vinculación orgánica ni mecanismos específicos de coordinación entre ambos sistemas.

Las líneas programáticas de ambos planes son las siguientes:

El Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer se aprobó por la, entonces, Consejería de Asuntos Sociales con el objeto de servir de apoyo a las necesidades sociales de la ciudadanía andaluza que sirven de soporte a las personas mayores

de 65 años que padecen la enfermedad de Alzheimer, a fin de proporcionar respuestas que supongan una mejora sustancial de sus condiciones de vida. Dicho Plan. Está dirigido a las personas diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer, a sus familiares y cuidadores y tiene como principal objetivo potenciar el apoyo a las familias que atienden en su hogar a una persona mayor con esta enfermedad, facilitando la conciliación entre la vida familiar y laboral de los cuidadores y retrasando su ingreso en un Centro residencial.

El Plan se estructura en seis áreas de actuación:

- Prestaciones y ayudas económicas.
- Información, sensibilización e investigación.
- Nuevas tecnologías.
- Formación de cuidadores.
- Recursos sociales especializados.
- Colaboración con las asociaciones.

Por su parte la Consejería de Salud impulsó en 2003 el Plan Andaluz de Alzheimer, en colaboración con la Federación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer –FEAFA, con el objeto de dotar de una mayor calidad de vida, tanto a los familiares asociados como a los enfermos que atiende en su Unidad de Estancia Diurna, estableciéndose, para ello, canales de cooperación que desembocaron en pautas comunes de actuación a desarrollar en toda la Comunidad Andaluza.

El plan se fundamenta en la puesta en marcha de tres programas conjuntos para la atención a familiares y enfermos de Alzheimer:

- Programa ERES (Evaluación, Rehabilitación, re-Educación y Seguimiento).
- Programa FIN: (Familia y Niños).
- Programa PASA (Programa de Acceso y seguimiento desde Atención Primaria)

No deja de sorprender, que ante una sola realidad, un mismo territorio y una sola administración pública se planteen, para un mismo periodo de tiempo, dos estrategias distintas, sin mecanismos específicos de coordinación.

- d. Por último hay que destacar que para el desarrollo de un sistema de atención sociosanitaria se requieren mecanismos formales de **coordinación interdepartamental**, para la elaboración y desarrollo de protocolos e instrumentos de derivación y valoración conjunta de la intervención sociosanitaria. El ejemplo expuesto en el apartado anterior relativo a la actuación en materia de la enfermedad de Alzheimer es suficientemente ilustrativo sobre el déficit existente en esta materia.

No quisiéramos finalizar este apartado sin romper una lanza a favor de la Junta de Andalucía. En la actualidad el Servicio Andaluz de Salud que tiene afrontar nuevos retos como son superar el desbordamiento de los servicios de urgencia; el nuevo catálogo de prestaciones y servicios sanitarios; dar respuesta al importante incremento de población española susceptible de recibir asistencia sanitaria, principalmente por la, cada vez mayor, presión migratoria, dotar de nuevos servicios sanitarios al colectivo de personas mayores, etc. Asumir, desde el ámbito sociosanitario la atención a la Dependencia, por medio de los dispositivos de salud y Servicios Sociales, hubiera comportado un desbordamiento absoluto del Sistema Sanitario Andaluz.

Queda esperar que lo dispuesto en la Disposición Final Primera del Decreto 168/2007, sobre coordinación de dispositivos de coordinación sociosanitaria culmine más pronto de que tarde en el establecimiento de un efectivo Sistema Sociosanitario Andaluz.

5. La relación del Sistema de Autonomía y atención a la Dependencia en Andalucía y el Sistema de Seguridad Social.

Habida cuenta del escaso tiempo transcurrido desde la fecha de entrada en vigor de la Ley 38/2006, y la celeridad con que las administraciones autonómicas han tenido que proceder para poder adaptar sus estructuras administrativas a la enorme demanda de prestaciones y servicios que ha comportado el sistema de Autonomía personal y atención a la Dependencia, hasta la fecha no se ha establecido un protocolo de comunicación y coordinación entre la Junta de Andalucía y los entes que conforman la Seguridad Social (Instituto y Tesorería).

Si bien no se han establecido cauces formales de coordinación, tanto la normativa autonómica como la Estatal contemplan pasarelas de interconexión entre las prestaciones de la Seguridad Social y el catálogo de prestaciones y servicios de la Ley 39/2006.

5.1. Reconocimiento de las situaciones de gran invalidez y necesidad del concurso de otra persona.

La disposición adicional novena de la Ley 39/2006, establece la efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de necesidad de ayuda de tercera persona, de tal forma que quienes tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de asistencia de tercera persona según el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, tendrán reconocido el requisito de encontrarse en situación de dependencia, en el grado y nivel que corresponda y que se establece en el desarrollo reglamentario de la ley 39/2006.

Para hacer efectivo el precepto legal el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, en su Disposición adicional primera establece la efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de la necesidad del concurso de otra persona. El apartado 1º de la Disposición dispone que, a efectos de lo previsto en la disposición adicional novena de la Ley, a las personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez, se les reconocerá la situación de dependencia, con el grado y nivel que se determine mediante la aplicación del correspondiente baremo, garantizando en todo caso el grado I dependencia moderada, nivel I.

El apartado 2º de la referida Disposición dispone que a las personas que tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona, determinado según el baremo del anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de grado de minusvalía, se les reconocerá el grado y nivel que les corresponda, en función de la puntuación específica otorgada por el citado baremo, de acuerdo con la siguiente tabla (Tabla 15):

(Tabla 15) Grado y nivel de correspondencia en función de la puntuación baremo

o De 15 a 29 puntos: Grado I de dependencia, nivel 2.
o De 30 a 44 puntos: Grado II de dependencia, nivel 2.
o De 45 a 72 puntos: Grado III de dependencia, nivel 2.

Asimismo, Las personas que tengan reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona, de acuerdo con el anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, continuarán disfrutando de todos los efectos jurídicos de dicho reconocimiento, cuando deban acreditarlo ante cualquier Administración o entidad pública o privada, en tanto no les sea reconocido el grado y nivel de dependencia que le corresponda conforme al presente baremo.

El Real Decreto 504/2007, prevé las mismas medidas para el caso de las Pensiones no Contributivas de la Seguridad Social. La Disposición adicional segunda dispone que la determinación de la situación de dependencia y de la necesidad del concurso de otra persona a que se refieren los artículos 145.6, 182 bis 2.c), y 182 tercera del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social se realizará mediante la aplicación del baremo aprobado por el presente Real Decreto, con las especificaciones relativas a la edad y tipo de discapacidad que se establecen en el mismo. La determinación de la situación de dependencia, mediante la aplicación de este baremo, servirá también para el disfrute de cualquier beneficio, servicio o ayuda establecidos por cualquier Administración Pública o entidad en los casos en que sea necesaria la acreditación de ayuda de tercera persona.

Con el objeto de realizar la transposición de lo previsto en el Real Decreto 504/2007, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobó el, ya referido, Decreto 168/2007, de 12 de mayo. En la Disposición Adicional Segunda del mismo se establece que a las personas que tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona según el baremo del Anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, se les reconocerá el grado y nivel que les corresponda, en función de la puntuación específica otorgada por el citado baremo.

El Decreto contempla que para esta situación no se serán de aplicación los artículos 12 y 13 del Decreto 168/2007, referidos al procedimiento de valoración de la Dependencia, estableciéndose, por tanto una pasarela directa.

5.2. Pasarelas entre las prestaciones del Sistema de Autonomía y atención a la Dependencia y el régimen de pensiones y prestaciones de la Seguridad Social.

El artículo 31 de la Ley 39/2006, establece que la percepción de una de las prestaciones económicas previstas en esta Ley deducirá de su cuantía cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos de protección social, y hace una referencia a los complementos de dependencia previstos en las Pensiones contributivas y no contributivas, así como las prestaciones, a extinguir, previstas en la LISMI.

En tanto que desarrollo reglamentario de la Ley 39/2006, el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, contemplando un conjunto de deducciones en las prestaciones del SAAD por la percepción de prestaciones de análoga naturaleza y finalidad que éstas.

Por su parte, con el objeto de hacer efectivo lo previsto en la Ley 39/2006 y en el Real Decreto 727/2007, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social aprobó la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

El Artículo 19 de la referida Orden dispone que de la cuantía de las prestaciones que se reconozcan se deduzca cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos de protección social. En particular, se deducirán las siguientes:

- El complemento de gran invalidez.
- El complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75 por ciento.
- El complemento por necesidad de tercera persona de la pensión de invalidez no contributiva.
- El subsidio de ayuda a tercera persona, previsto en el artículo 12.2.c), de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, (LISMI).

CONCLUSIONES:

El incremento, previsto por las causas anteriormente expuestas (demográficas y estructurales), de la demanda de servicios sociales y sanitarios hace necesaria la planificación y racionalización de servicios 'personalizados-individualizados'.

La necesidad de optimización de los recursos sociales y socio-sanitarios, la distribución territorial equilibrada de los mismos, las garantías de calidad básica para todos los ciudadanos y la propia seguridad para los gestores y responsables de la iniciativa privada hacen necesario un marco básico y estable de coordinación y colaboración entre las Administraciones Públicas y la iniciativa privada.

Una adecuada coordinación se tendría que establecer de forma integral debería realizarse a varios niveles:

- o Entre servicios sanitarios y servicios sociales
- o Entre diversos recursos y niveles de atención de un mismo sistema
- o Entre los sistemas formales (servicios y profesionales, sociales, sanitarios) y los sistemas informales (familia y sociedad civil)
- o Entre las diferentes administraciones públicas: Nacional, Autonómicas y Locales.

En España no existe un modelo uniforme de coordinación socio – sanitaria.

Aunque si se han realizado diferentes iniciativas para dar respuesta a la coordinación entre sistemas, como es el caso de:

- o 1.991.- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud
- o 1.993.- Acuerdo Marco Interministerial
- o 2.003.- Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

A nivel europeo tampoco existe un modelo uniforme de coordinación socio – sanitaria. El país que tiene un mayor nivel de coordinación es Finlandia que tiene un modelo integrado de sistemas y servicios con una distribución de competencias multinivel. Y en el plano internacional esta el caso de Canadá también de modelo integrado donde los servicios de atención primaria ubicados en el ámbito local son centros socio-sanitarios compartiendo estructura física, funcional, de programas...

En Europa existen experiencias aisladas de centros integrados de atención socio-sanitaria en Grecia.

En España existen diferentes experiencias interesantes de centros integrados, los Centros Cívicos creados en los 90 centrados en el ámbito socio-cultural, y en la primera década del 2000 dentro del ámbito social Centros Integrados de Servicios Sociales (en Andalucía existe un centro de atención integral pero desde la perspectiva sólo social, es un Centro de Servicios Sociales, Unidad de Estancia Diurna y Mini Residencia, en la localidad de El Cuervo de Sevilla).

Las Comunidades Autónomas han previsto la coordinación de forma diferente:

- o Unas con estructuras de coordinación a nivel de Administración, modelo de coordinación socio-sanitaria.
- o Otras con estructuras de coordinación entre servicios, modelo de red de socio-sanitaria.

Tanto una como otra tienen sus ventajas y sus inconvenientes.

Las dificultades a la hora de buscar modelos comunes las encontramos en las siguientes variables:

- Tipos de prestaciones

Existen diferentes servicios, prestaciones, programas... para atender diferentes situaciones de necesidad, que hasta la fecha se establecía una clara diferenciación entre lo económico que lo asumía el Sistema de Seguridad Social, las enfermedades que las asumía el Sistema de Salud. Y las sociales que lo asumía el Sistema de Servicios Sociales.

Cada vez tanto desde las perspectivas teóricas (bio-psico-sociales, ecológicas...) como prácticas tienden a no tenerse tan claro los límites entre los determinantes de lo sanitario, de lo social o de lo económico.

Por otra parte existen una gran variedad de prestaciones y servicios, unos más desarrollados (física, estructural y económicamente) que hace que dificulte la homogeneización de prestaciones y se establezcan canales desiguales de atención. Algunos ejemplos lo tenemos en los servicios y recursos para enfermos mentales...

- Tradiciones asistenciales

Existen diferentes tradiciones asistenciales que pueden influir en los modelos de coordinación. Así por ejemplo las tradiciones de atención diferenciada, con pocos o nulos espacios de comunicación han sido poco favorecedoras de la coordinación. Aunque sí hubo en los inicios de la Reforma del Sistema de Salud espacios de comunicación interesantes como los Centros de Salud se diseñaron como espacios de salud comunitaria con espacios compartidos con lo social, educativo... bajo los principios de la Declaración de Alma-Ata.

- Diferentes percepciones sociales

Algunas de las dificultades de coordinación se encuentran las diferencias de estatus (versus dotación presupuestaria) o de percepción de importancia social, de los diferentes Sistemas. Sin lugar a dudas los Sistemas más valorados son los de Seguridad Social (prestaciones económicas) y el Sanitario. Quedando muy por debajo el Sistema de Servicios Sociales.

- Tradiciones de coordinación

Los Sistemas de Seguridad Social tienen una larga tradición de coordinación 'formal' de prestaciones. Prestaciones que se complementan. Prestaciones que se recortan. Incompatibilidades entre ellas.

También tiene una larga tradición de coordinación 'formal' de prestaciones y servicios el Sistema Sanitario.

Sin embargo el Sistema de Servicios Sociales adolece de tradición de coordinación 'formal' pero sí ha tenido una larga tradición de coordinación 'informal'.

También ha existido una mayor tradición de coordinación en el mismo Sistema, que entre dos o más Sistemas.

- Diferentes niveles competenciales y de gestión

Los procesos de descentralización administrativa que se han producido en el todo el territorio nacional ha hecho que los municipios tomen un protagonismo importante sobre todo en la gestión de servicios. Pero ese proceso no ha venido acompañado de un proceso de armonización con los demás niveles, hecho que puede dificultar la coordinación.

En toda Europa parece que se está produciendo este proceso de municipalización de gestión de prestaciones de cuidados a personas dependientes. Se ha comprobado que una intervención en el medio habitual de vida con el fomento de los apoyos informales los procesos de vulnerabilidad y de fragilidad disminuyen. También se ha comprobado que la inversión en el ámbito municipal a medio plazo resulta más rentable económicamente que los servicios especializados y las prestaciones económicas también disminuyen.

El peso de la gestión de los municipios en una diversidad de sectores y problemáticas a atender con un componente alto de dinamismo y cambio, no se ha visto correspondido con la adecuada autonomía financiera y de gestión. Los municipios se han convertido en unas empresas subcontratistas de las demás administraciones sin autonomía de gestión.

PROPUESTAS

- Para el establecimiento de una coordinación eficaz pasaría por un trabajo integrado en red de todos los proveedores de bienestar (mercado, familia, sociedad civil, estado (administraciones públicas) y usuarios)
- Así como el trabajo en red con los profesionales.
- El establecimiento de servicios, programas, equitativos para cada situación o grupo vulnerable.
- El establecimiento en red del acceso y distribución a los servicios, programas...
- Potenciando los niveles comunitarios de intervención.
- Delimitando la tipología de recurso.
- Delimitando funciones.
- Crear cultura de relación entre profesionales.
- Crear cultura de relación entre instituciones.
- Fomentar experiencias de integración en los propios Sistemas.
- Fomentar experiencias de integración entre diferentes Sistemas.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán A, et al (1.996) Envejecer en España. Fundación Caja Madrid. Madrid.

Abellán, A. y Puga, Mª D. (2002), Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Fundación Pfizer. Madrid.

Abrahamson, P. (1995) Regímenes europeos del Bienestar Social y políticas Sociales europeas: ¿convergencia de solidaridades? En El Estado del Bienestar en la Europa del Sur, Sarasa y Moreno (Comp.) CSIC Madrid. Pág.: 113-156

Adelantado y otros, (2000): Cambios en el Estado de Bienestar. Icaria. Barcelona.

Adelantado, J. y Gomá, R.. (2000) El contexto: la reestructuración de los regímenes de bienestar europeos, en Adelantado (Coord.) Cambios en el Estado de Bienestar. Icaria. Barcelona. Pág.63-98

Adelantado, J. y Gomá, R. (2000) Las políticas sociales: entre el Estado del Bienestar y el Capitalismo Global, en Políticas Públicas en la Unión Europea. Francesc Morata (Coord.) Ariel. Barcelona. Pág. 189 - 214

Aguilar, y otros, (1989) El salario social sudado. Popular. Madrid.

Alemán, C. Y García, M. (1.999) Fundamentos de Bienestar Social. Tirant lo Blanch. Valencia.

Alonso, LE. (2000) 'Las transformaciones del Estado de Bienestar: participación social, Sociedad Civil y ciudadanía' en Garde, J. A. (Ed.) Informe 2000. Políticas Sociales y Estado de Bienestar en España. FUHEM. Madrid

Anisi, D. (1.995) Creadores de escasez: del bienestar al miedo. Alianza. Madrid.

Anneli, A. y Sipilá (1997) Cinco Regímenes de Servicios Sociales de Atención en Moreno, L. Unión Europea y Estado de Bienestar. CICS Madrid.

Arroyo, A. y Sáez, H. (2001) Las personas mayores en Andalucía, en La sociedad Andaluza (2000. Córdoba. CCA.

Ashford, D. (1.989) La aparición de los Estados de Bienestar. M T y S.S. Madrid.

Aznar, M. (2000) Los derechos sociales en España y en la Unión Europea: Marco actual y líneas prospectivas, en Nuevas perspectivas de los Servicios Sociales. Díaz JA. Y Salvador, Mª J. (Coord.) UNED. Madrid. Pág.: 9-44

Barea, J. (1.997) El gasto público en Servicios Sociales en España. Vol. 1. MTAS. Madrid.

Barenys, P. (1993) RTS: Revista de Treball Social. Nº. 131. Barcelona. Págs. 16-27

Barrera, E. (2006) Postjubilación y aulas Universitarias, en VVAA : Vejez con calidad de vida. Dykinson. Sevilla. Págs. 71-84

Bazo, T. (1999) *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Panamericana. Madrid.

Beck, U. (1998) *La sociedad del riesgo*. Paidós. Barcelona

Belloni, M.C.; Bimbi, F. (1997). *Microfísica della cittadinanza: Città, genere, politiche dei tempi*. Milán: Franco Angeli.

Beltrán Aguirre, J. L. 1992 *El régimen jurídico de la acción social pública I.V.A.P.* Oñate.

Beltrán, M. (2002) *Cinco vías de acceso a la realidad social*, en García Ferrando (Coord.) *El Análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Universidad. Madrid.

Beltrán, M. (1986) *Cuestiones previas acerca de la ciencia de la realidad social*, en VVAA. *El análisis de la realidad social*. Alianza. Madrid. Págs. 17-30

Bericat, E. (1998) *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Ariel. Barcelona.

Berzosa, C. y Fernández, T. (1992) *El sistema de Bienestar en crisis*, en revista de Servicios Sociales y Política Social. CGCOTS y AS. Madrid.

Berzosa, C.(1999) *Desigualdad económica y Estado de Bienestar*, en *Crítica y futuro del Estado de Bienestar: reflexiones desde la izquierda*, en Fernández y Garcés (Coord.) *Tiranch lo blanch*. Valencia. Pág. 35-52

Bonoli, G. (2006) *Instituciones políticas, puntos de veto y el proceso de adaptación del estado de bienestar*. En Del Pino, E. y Colino, C. (Coords.) *Reforma del Estado de Bienestar*. Zona Abierta. Madrid. Págs. 265-206

Carrasco, C. (1998) *Mujeres, trabajos y políticas sociales*. MTAS. Madrid.

Casado Marín, D. y López Casasnovas, G. (2001) *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Fundación la Caixa. Barcelona.

Casado, D. (Coord.) (2005) *Avances en Bienestar basados en el conocimiento*. CCS. Madrid.

Casado, D. (Coord.) (2004) *Respuestas a la Dependencia*. CCS. Madrid.

Casilda, R. Y Tortosa, JM. (1.996) *Pros y contras del Estado de Bienestar*. Tecnos. Madrid.

Castell, M., Pérez Ortiz, L. y Guillemard, A.M. (Col.) (1992) *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. INSERSO. Madrid.

Castón, P., Ramos, M^a M. (2005) *Dependencia en personas mayores en Andalucía* Centro de Estudios Andaluces. Sevilla

CERMI (2004) La protección de las situaciones de dependencia en España. CERMI. Madrid.

Clayton, R. y Pontusson, J. (2006) El recorte del Estado de Bienestar reconsiderado. Reducción de los Derechos, reestructuración del sector público y tendencias desiguallitarias en las sociedades capitalistas avanzadas. En Del Pino, E. y Colino, C. (Coords.) Reforma del Estado de Bienestar. Zona Abierta. Madrid. Págs. 121-164

Comín, F. (1996) Las formas históricas del Bienestar: el caso Español, en VVAA Dilemas del Estado de Bienestar. Argentería. Visor.

Conseil de L,Europe (1.980)."Les services Sociaux: nouvelles formules de structures et d,organisation". Estrasburgo.

Consejería de economía y Hacienda (1999) Análisis del presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1999. Junta de Andalucía. Sevilla.

Consejo de Europa (2000) Conferencia de Oslo. CE. Bruselas.

Corraliza, J. A. (2000) Vejez y sociedad: Dimensiones psicosociales en Fernández-Ballesteros, R. (Drf.) Gerontología social. Pirámide. Madrid, en Fernández-Ballesteros Pág.:229-239

Coscolluela, J. Mª y García, G. (2006) Centros residenciales para Personas Mayores en situación de dependencia: tendencias de futuro en Nº 73 de Revista de Servicios Sociales y Política Social. CG de D en TS y AS. Madrid.

De la Red , N.(1.997): Política Social y Trabajo Social, en Política Social. . Alemán, C. y Garcés, J. (Coord.). Mc Graw Hill. Madrid.

De la Red, N. (1996) La intervención integral en municipios menores de 20,000 habitantes. Ministerio de Asuntos Sociales y Universidad de Valladolid. Salamanca.

De Pablos, L. (2000) El Estado de Bienestar ante la pobreza y la desigualdad, en La política económica desde una perspectiva de género. Villota (Ed.) Alianza. Madrid. Pág. 93-124

De Rivas, Mª José (2001) La Política Social europea: marco y campo de intervención para el trabajo social. En Revista de SSSS y PS nº54 (2001) Enfoques y Orientaciones de la Política Social. CGTSYAS. Madrid. Pág. 35-58

Deakin, N. y otros (1.993) Los servicios de bienestar públicos y la exclusión social. Fundación europea para la Mejora de las Condiciones de vida y de Trabajo. OCE. Dublín. Irlanda.

Defensor del Pueblo (2000) Informe sobre la Situación Socio-sanitaria en personas mayores. Madrid.

Del Pino, E. y Colino, C. (Coords.) (2006) Reforma del Estado de Bienestar. Zona Abierta. Madrid.

Dex, S. (1.997) La participación laboral femenina en Europa: Algunas cuestiones de política social en Unión Europea y Estado del Bienestar. Moreno (Coord.) CSIC. Madrid. Pág. 263-300

Dietrich, E. (2006) La situación del cuidado asistencial en Alemania en ciudadanos mayores. En Revista de Servicios Sociales y Política Social Nº74. CG de DTS y AS. Madrid. Pp.157-174

Donati, P. (2004) Nuevas políticas sociales y Estado social relacional en Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Nº 50. MTAS. Madrid. Pags. 198-201

Durán, M.A. (2006) Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. En Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. MTAS. Madrid. Págs. 57-74

Duran, A. (1996) Mujeres y hombres en el futuro de la ciencia en Duran, A. Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica, Pág. 1-36. CIS. Madrid.

Duran, M. A. y García, S. (2005) Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania. Boletín Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Madrid..

<http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/boletinopm16.pdf>

Escuredo, B. (2007) Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. En REIS nº 119. Madrid. Págs. 65-89

Esping-Andersen, G. (1.993) Los tres mundos del estado de Bienestar. Alfons el Magnánim. Valencia.

Esping-Andersen, G. (2000) Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Ariel. Barcelona.

Esping-Andersen, G. (2004) Welfare Status in Transition. National Adaptations in global economies. Sage. London.

Esteve, F. (2000) Bienestar y crisis del Estado de Bienestar para una economía, en el Bienestar Social en el cambio de siglo, Muñoz del Bustillo (Ed.) Alianza Madrid. Pág. 351-399

EUROSTAT (1.990) La pauvreté en chiffres: l'Europe au début des années 80, Eurostat. Bruselas.

EUROSTAT (1999) La protection sociales dans les Etats membres de l'Union européenne, MISSOC. Luxemburgo

Fericgla, J. (1.992) Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Anthropos. Barcelona.

Fernández Ballesteros, R (2000): Gerontología Social. Pirámide.

Fernández y Garcés (Coord.) (1.999) *Crítica y futuro del Estado de Bienestar: reflexiones desde la izquierda*. Tirant lo blanch. Valencia.

Fernández, T. y Ares, A. (Coords.) (2002) *Servicios Sociales: dirección, gestión y planificación*. Alianza. Madrid.

Fernández-Ballesteros, R..(2000) *Gerontología social* en Fdez-Ballesteros, R. (Dir.) *Gerontología social Pirámide*. Madrid. Pág.: 31-54

Ferrera, M. y Rhodes, M. (Eds.) (2000) *Recanstring European Welfare States*. Frank Cass.London.

Flaquer, L. (1.995) *El modelo de familia española en el contexto europeo*, en *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, Sarasa y Moreno (Comp.) CSIC Madrid. Pág.: 289-312

Freixas, A. (1995) *Las mujeres mayores. Chicas: nos hacemos mayores en un mundo hostil*. L'informatiu dona. Ajuntament de Barcelona, nº 15 Sept.-Dic. Barcelona.

Galbraith, J. (1.992) *Historia de la economía*. Ariel. Barcelona.

Gallardo, Mª C. (2006) *Manual de Servicios Sociales Comunitarios. Síntesis*. Madrid.

(2003) *Exclusión y dependencia en personas mayores: Centros, servicios y programas*. Tesina sin publicar. Sevilla.

García, M.A. (2007) *Servicios de prevención*, en Roqueta, R. (Coord.) *La protección de la Dependencia* Tirant lo Blanch. Valencia. Págs. 297-351

Garcés, J. (2000) *La nueva sostenibilidad social*. Ariel. Barcelona.

Garcés y Durá (1997) *Ideología y Política social en Alemán*, C. y Garcés, J. (Coord.) *Política Social*. Mc Graw Hill. Madrid. Págs. 51- 77

Garcés, J. y Fernández, T. (1999) *Del Estado del Bienestar a la Sociedad del Bienestar*, en Fernández y Garcés (Coord.) Pág. 127- 142

García Pelayo, M. (1987) *Las transformaciones del Estado Moderno*. Alianza. Madrid.

García, R. (1.989) *Del Estado de bienestar al Estado de malestar*. Estudios constitucionales. Madrid.

Garde, J.A. (Ed.) (2000) *Informe 2000. Políticas Sociales y Estado de Bienestar en España*. FUHEM. Madrid

Geriatría y Salud (2003) *'Políticas de atención a la vejez en los sectores sanitario y social*. Pág.: 199-251

González Ortega, S. (2004) *La protección Social de las situaciones de dependencia*, en *VVAA. Protección Social de las Personas Dependientes*. LA LEY. Madrid. Págs.9-62

González Temprano, A. (2003) La consolidación del Estado de Bienestar en España. CES. Madrid.

Gough, I (1979) The Policial Economy of the Welfare State. Macmilan. Londres. (Traducción española en 1.982 Política económica del estado de bienestar. Blume. Barcelona)

Gutiérrez Resa, A. (2007) Mayores y Familia ante el futuro de los Servicios Sociales en Revista del MTAS Nº 70. MTAS. Madrid. Págs. 81-105

Heclo, H. 1981. "Toward a New Welfare State?", en P. Flora y A. K. Heidenheimer (eds.), The Development of Welfare State in Europe and America. Transaction Books, Princeton

Herrera, M. y Castón, P. (2003) Las políticas sociales en las Sociedades Complejas. Barcelona. Ariel.

Iglesias de Ussel, J. (2001) La política familiar en España. Ariel. Barcelona.

IMSERSO (1999) Vejez y Protección Social a la Dependencia en Europa. MTAS. Madrid.

IMSERSO (2006) Informe 2006 sobre las Personas Mayores en España. Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO. Madrid.

INE (1999) Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. INE. Madrid.

Jacobzone, S. et al. (1998), Long Term Care Services to Older People, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons. OECD. Paris.

Japón, M.L. y Pérez, V. (2006) Humanizar la intervención en los centros de mayores. En VVAA .Vejez autonomía o dependencia pero con calidad de vida. Dykinson. Sevilla. Págs. 373-380

Jenson, J. y Jacobzone, S. (2000), Care allowances for the frail elderly people and their impact on women care-givers. OECD. Paris.

Jepsen, y otros (2000) Protección social e impuesto sobre la renta, en La política económica desde una perspectiva de género. Villota (Ed.) Alianza. Madrid. Pág.: 127-164.

Johnson, N. (1.990) El Estado de Bienestar en transición. M. T. Y S.S. Madrid.

Kymlicka, W. (1.995) Filosofía política contemporánea. Ariel. Barcelona.

Larsson, K. (2006) Care needs and home help services for older people in Sweden: does improved functioning account for the reduction in public care? Ageing & society. n. 26. Pág. 413-429

Le Bihan, B. (2002) La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italia, Royaume-Uni et Suède: un étude de cas-type, DRRES (Di-

rección de la recherche des études de lévaluation et des statistiques, nº 176 Consejo de Europa.

Leibfried, S (2001) Welfare States Futures. Cambridge University. Cambridge.

Lewis, J. (2000) Estado de Bienestar y trabajo de cuidado no remunerado en La política económica desde una perspectiva de género. Villota (Ed.) Alianza. Madrid. Pág. 55-76.

López-Aranguren, E. (2005) Problemas Sociales. Desigualdad, pobreza, exclusión Social. Biblioteca Nueva. Madrid.

López Doblas, J. (2005). Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza. IMSERSO. Madrid..

Maquieira, V. (2002) Mujeres mayores en el siglo XXI. MTAS. Madrid.

Marshall, T.(1.950) Citizenship and Social Class. University Press. Cambridge (En español editado en T. H. Marshall y T. Bottomore (1.998) Ciudadanía y clase social. Alianza. Madrid.

Martín, M y Bravo, J. (2003) Trabajo Social gerontológico. Aportaciones del Trabajo Social a la Gerontología, en Trabajo Social en Gerontología. Síntesis. Madrid.

Martínez Zahonero, J. L. (2000), Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos. CES. Madrid.

Martínez, M. A. y Guillen, E. (1997) Marco jurídico de los Servicios Sociales, en El derecho y los Servicios Sociales, García, (Coord.) Comares. Granada.

Martínez, M^a A. (2000) Pobreza, exclusión social y cultura de paz, en Nuevas perspectivas de los Servicios Sociales. Díaz JA. Y Salvador, M^a J. (Coord.) UNED. Madrid. Pág. 315-339

Medina, M. Y Ruíz, M^a J. (2000) Políticas Sociales para las Personas Mayores en el próximo siglo. Universidad de Murcia

Meil, G. (1997) Política Social Comparada, en Política Social, Alemán y Garcés (Coord.) Mc Graw Hill. Madrid. Pág.133-153

Midgley, J. (1.997) Social Welfare in Social Context. Sage. Londres.

Mishra, R. (1.992) El Estado de Bienestar en crisis. M. T. Y S.S. Madrid.

(1.993) El Estado de bienestar en la sociedad capitalista. Mas. Madrid.

M^oCT-M^oTAS-CERMI (2003) Libro Blanco I+D+I al servicio de las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores. M^oCT-M^oTAS-CERMI. Madrid.

M^oES (2001) El subsidio personalizado de autonomía. Guía práctica (L'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Guide pratique). Ministère de L'emploi et de la Solidarité. Francia

Moix, M. (1.980) El bienestar Social. Trivium. Madrid.

Montagut, T. (2000) Política social. Ariel. Barcelona.

Montoro, (1996) En La intervención integral en municipios menores de 20.000 habitantes. Ministerio de Asuntos Sociales y Universidad de Valladolid. Salamanca.

Moral Hernández, A. (2002) El envejecimiento activo. Sesenta y más. N^o 204. IMSERSO. Madrid. Págs. 18-23.

Morán Aláez, E. (1999): «Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas», en IMSERSO. La protección social de la dependencia. Madrid.

Moreno, L. Y Pérez, M. (1.992) Política Social y Estado de Bienestar. MAS. Madrid.

Moreno, L. (2000) Ciudadanos precarios. Ariel. Barcelona.

Moreno, L. (Coord.) (1.997) Unión europea y Estado de Bienestar. CSIC. Madrid.

MTAS (2005) Libro Blanco de atención a las personas en situación de Dependencia en España. MTAS. Madrid.

MTAS (2000) Las Personas Mayores en España. Madrid.

MTAS (2005) La atención a las Personas en situación de la Dependencia en España. Libro Blanco. IMSERSO. Madrid.

MTAS (2005) Las Personas Mayores en España. MTAS. Madrid.

Munday, B. (Ed.) (1.992) Social Services in the Member States of the European Community, Handbook of information and Data University of Kent. Camterbury.

Muñoz del Bustillo, R. (2000) Retos y restricciones de bienestar en el cambio de siglo, en el Bienestar Social en el cambio de siglo, Muñoz del Bustillo (Ed.) Alianza. Madrid. Pág. 17-108

Navarro, M. (2006) Atención a las situaciones de dependencia en Andalucía: una visión panorámica en Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales n^o 60. MTAS. Madrid

Noguera, J. A. (2000) Conclusiones. La reestructuración de la política social en España, en Cambios en el Estado del Bienestar. Icaria. Barcelona.

Observatorio de Personas Mayores. (2006) Informe sobre Personas Mayores en España. IMSERSO. Madrid

(2005). Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania. Boletín sobre el envejecimiento. 2005. n. 16. IMSERSO. Madrid

(2004) La Protección Social a las Personas Mayores Dependientes en Francia. En Boletín de perfiles y tendencias. Nº 10 IMSERSO

(2004) Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas. En Boletín de perfiles y tendencias. Nº 11. IMSERSO. Madrid.

OCDE (1996) Protéger les personnes âgées dépendantes: des politique en mutation, Études de politique sociales, nº 19

Ochando, C. (1999) El Estado de Bienestar. Objetivos, modelos y teorías explicativas. Ariel. Barcelona.

O'Shea, E. (2003) La mejora de la calidad de vida de las Personas Mayores Dependientes. Universidad Nacional de Irlanda. Galway.

Ovejas, M^a R.(2000) Familia y cambio social: una nueva filosofía en la atención, en Simón, I. y Rejado, M^a M. (Coord.) Familias y Bienestar Social, Tirant lo Blanch. Valencia

Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. y Versieck. (1999) Protección Social para la Dependencia en la Vejez: un estudio de 15 Estados Miembros y Noruega. Aldershot. Ashgate.

Parella, S. (2000) Las políticas familiares, en Cambios en el Estado del Bienestar. Icaria. Barcelona. Pág.: 415-442

Pérez , V.; Malagón, J.L.; Amador, L. (2006) Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida. Dykinson. Madrid

Pérez Menado, V. (2004) Políticas públicas en materia de Dependencia: Situación comparada en la Unión Europea, en VVAA. Protección Social de las Personas Dependientes. LA LEY. Madrid. Págs.167-188

Pérez Ortiz, L. (1997) Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad. MTAS. Madrid

Picó, J. (1.987) Teorías del Estado de Bienestar. SXXI. Madrid.

Pierson, P. (2001)"Introduction: Investigating the Welfare State at Century's End," in Paul Pierson, (Ed)., The New Politics of the Welfare State . Oxford University Press. Oxford. Págs. 1-15

Pierson, P. (2006) Sobrellevando la austeridad permanente. Restructuración del Estado de Bienestar en las Democracias desarrolladas. En Del Pino, E. y Colino, C. (Coords.) Reforma del Estado de Bienestar. Zona Abierta. Madrid. Págs. 43- 121

Polanyi, K. (1.989) La gran transformación. La Piqueta. Madrid.

P.N.U.D. (1999). Informe sobre Desarrollo Humano 1999. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Mundi-Prensa.

Puga González, D. (2001) Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Fundación Pfizer. Madrid.

Querejeta González, M. (2003) Discapacidad y dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Discapnet. Gipuzkoa.

Rawls, J. (1.978) Teoría de la justicia. FCE. Madrid.

Rejado, M^a M. (2000) Familia y procesos de modernización en Familias y Bienestar Social. Simón y Rejado (Coord.) Tirant lo blanch. Valencia. Pág 183-218.

Revista de SSSS y PS nº 54 (2001) Enfoques y Orientaciones de la Política Social. CGTSYAS. Madrid

Rodríguez Cabrero, G. (2004) El Estado de Bienestar en España: Debates, desarrollo y retos. Fundamentos. Madrid.

Rodríguez, G. 2000) La reestructuración del Estado del Bienestar en España y la estructura de la desigualdad en Adelantado (Coord.) Cambios en el Estado de Bienestar. Icaria. Barcelona. Pág. 7-22

. (2000) Estado de Bienestar, solidaridad y calidad de vida, en Escuela de verano de Almuñecar. MTAS. Madrid.

. (1.999) El Estado del Bienestar en España: pautas evolutivas y reestructuración institucional, en Políticas públicas, Gomá y Subirats (Coord.). Ariel. Barcelona.

. (1998) La Protección Social de la Dependencia. MTAS. Madrid

. (1991) Estado de Bienestar y Sociedad de Bienestar en Rodríguez Cabrero, G. (Coord.) Estado, privatización y bienestar. Icaria. Madrid. Pág.9-46

Rodríguez, G. (Comp.) (1.991) Estado, privatización y bienestar. Un debate de la Europa actual. FUHEM - Icaria. Madrid.

Rodríguez, G. y Monserrat, J. (2002) Modelos de Atención Sociosanitaria. MTAS. Madrid.

Rodríguez Rodríguez, P. (2006) El Sistema de Servicios Sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la Dependencia. Documento de trabajo 87/2006. Fundación Alternativas.

Rodríguez Rodríguez, P. (2005) La intervención con las Personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales en Casado, D. (Coord.) Avances en Bienestar basados en el conocimiento. CCS. Madrid. Págs. 111-150

Room, G. (Ed.) (1.993) Social Services and Social Exclusion, Report of the European Community Observatory on National to Combat Social Exclusion. Comission of European Comunities. Lille.

Roqueta, R. (Coord.) (2007) La protección de la Dependencia Tirant lo Blanch. Valencia

Rubio, M..J. y Varas, J. (1999) El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación. CCS. 2ª edición. Madrid.

Rubio, MJ. (1991) La formación del estado Social. Ministerio Trabajo y Servicios Sociales. Madrid.

Sáez, H. (1997) La calidad de vida en las Personas Mayores de Andalucía. CAS. J. De A. Sevilla.

Sainsbury, D. (Ed.) (1.994) Gendering Welfare States. Sage. Londres.

Sancho, M. (Coord.) (1999) Vejez y protección social a la Dependencia en Europa. IMSERSO. Madrid.

Sancho, M. (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.

Sancho, M y De la Pezuela, M. (2006) Servicios Sociales para Personas Mayores en España. Capítulo 7. Informe sobre Personas Mayores en España. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Madrid

Santamarina, C. et al. (2006) Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. Nº 25 " El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): Su situación actual" Comunicación, Imagen y Opinión Pública (CIMOP) IMSERSO

Saraceno, Ch. (1.995) Familismo ambivalente y clientelismo categórico, en El Estado del Bienestar en la Europa del Sur. Sarasa y Moreno (Comp.) CSIC. Madrid.

Sarasa Urdiola, S. (2003) Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores .Fundación Alternativas, D.L. Madrid.

Sarasa, S. y Moreno, L. (1995) El Estado del Bienestar en la Europa del Sur. CSIC. Madrid.

Schalock, R. (2003) Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Alianza. Madrid.

Scortegagna, R. (1995) Nuevos Servicios y nuevas aproximaciones en la política social para los ancianos, en Sarasa, S. y Moreno, L. El Estado del Bienestar en la Europa del Sur. CICS. Madrid.

SEGYG (2005) Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid.

Sen, A. (1997) Bienestar, justicia y mercado. Paidós. Barcelona.

Sensat, N. y Varella, R. (1999) Las políticas dirigidas a las mujeres: la acción pública para la igualdad entre los sexos, en Políticas públicas en España. Gomá y Subirats (Coord.) Ariel. Barcelona. Pág. 341 – 361

Sevilla, F. (2007) La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Fundación Alternativas.

Shea, E. (2002) La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Comité Europea de Cohesión Social. Council of Europe on Publication. Irlanda.

Simón, L. (2000) La protección a la familia en Europa, en Familias y Bienestar Social. Simón y Rejado (Coord.). Tirant lo blanch. Valencia. Pág.19-114

Soldevilla, A. (2003) Los centros para personas mayores. Educació i mon actual. Lleida

Taylor-Gooby, P. (2001) Welfare under pressure. Sage London

Therbon, G. (1.989) Los retos del estado de bienestar, en Muñoz, (Comp.) Crisis y futuro del estado de bienestar. Alianza. Madrid.

B (2004) Familias en el mundo historia y futuro en el umbral del SXXI. CEPAL. Santiago de Chile.

Titmus, R. (1.981) Política Social. Ariel. Barcelona.

Toharia, L. (1986) 'Un fordismo inacabado, entre la transición política y la crisis económica: España', Boyer, R. (Dir.) en La Flexibilidad del Trabajo en Europa. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.

Vila, L. (1993) La cohesión social, como instrumento para la construcción de Europa; en La Europa social en el horizonte. Bancaixa. Valencia. Pág.9-23

VVAA (1987) Seminario taxonómico. Colegio de Sociólogos y Licenciados Ciencias Políticas. Madrid

VVAA (2004) Protección Social de las Personas Dependientes. LA LEY. Madrid

VVAA. (2000) Las estructuras del Bienestar en Europa. Escuela Libre Editorial. Madrid.

Wilensky, H y Lebaux, C.N. (1965) Industrial Society and Social Welfare. Nova York: Free Press.

Yanguas, J.J. (2006): Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio IMSERSO «Infanta Cristina». IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

TABLAS Y GRÁFICOS

(Tabla 1)	Tipologías de Estados de Bienestar por autores	10
(Tabla 2) Principales rasgos de los modelos según de las diferentes tradiciones	11
(Tabla 3)	Sistemas de Bienestar según los Sistemas Familiares	12
(Tabla 4)	Principales síntomas de la perenne crisis del Estado de Bienestar	13
(Tabla 5)	Tasas de fecundidad – crecimiento demográfico	23
(Tabla 6)	Porcentajes de trabajadoras en la UE según modelos de bienestar	24
(Tabla 7)	Intensidad de la provisión del bienestar de la familia	25
(Tabla 8)	Características del mercado de trabajo, las políticas familiares y los cuidados familiares según el Modelo/régimen de bienestar	26
(Tabla 9)	Actividades de la vida diaria	37
(Tabla 10)	Factores de riesgo de Dependencia	39
(Tabla 11)	Modelos de coordinación socio-sanitaria en Europa en el caso de la prestación de Ayuda a Domicilio	43
(Tabla 12)	Modelos de coordinación en las distintas Comunidades Autónomas ..	44
(Figura 1)	Perfiles con necesidad de atención Sanitaria y Social	58
(Gráfico 1)	Porcentajes de grupos reinsertables	62
(Tabla 13)	Porcentajes de población dependiente. Necesidad de cuidados sanitarios. Redes sociales en Extremadura	62
(Figura 2)	SADA. Fase I: Reconocimiento de la situación de Dependencia.....	80
(Figura 3)	SADA. Fase II: Programa Individual de Atención (PIA)	81
(Tabla 14)	Cuantía de las prestaciones contempladas en la Ley en Andalucía	87
(Tabla 15)	Grado y nivel de correspondencia en función de la puntuación baremo	98

NOTAS

¹ Mientras defendemos la igualdad de derechos y la equidad en la prestación de servicios, no es razonable separar de los sistemas sanitario o social en general a determinadas personas por el hecho de padecer patologías que se encuentren en un momento evolutivo crónico, o que tengan una determinada edad.

² Por definición del concepto de proceso global de atención sanitaria (prevención, curación, cuidados y rehabilitación), el dispensar cuidados sanitarios a la patología crónica es competencia de la asistencia y atención sanitaria, tanto como ofertar medidas curativas.

³ Disminución del incentivo de la gestión eficiente y competencia por fuentes de financiación paralelas

⁴ Tener que coordinar tres sectores (sanitario, social y sociosanitario), sería más complejo de los que ya es coordinar dos (sanitario y social)

⁵ T. L. Beauchamp y James F. Childress, en su libro 'Principios de Ética Biomédica', y a la luz, asimismo, del comentario del material y su exposición personal, del autor Diego Gracia en su obra 'Fundamentación y enseñanza de la Bioética'

⁶ (Carrillo, E. y Illa, C 1999)

⁷ Los sistemas sanitarios que, a partir del sistema sanitario público originario, se han desarrollado en las autonomías adolecen de tres defectos básicos: el gran peso específico del sector hospitalario frente al de la atención primaria (hospitalocentrismo), la creciente dificultad para contener los costes a medio-largo plazo (insostenibilidad) y su incapacidad para lograr una coordinación óptima de los facultativos en el sistema. El hospitalocentrismo es una realidad asumida por todo el mundo, aunque ignorada notoriamente por gestores y políticos, que no paran de proclamar su decisión de reformar la atención primaria sin que, por el momento, los intentos llevados a cabo hayan logrado otra cosa que lo contrario de lo que se proponían.

⁸ El proyecto se enmarca dentro del área temática destinada a facilitar el acceso y la reincorporación al mercado de trabajo de las personas que sufren dificultades para integrarse o reintegrarse en el mercado de trabajo. Pretende crear empleo para personas con trastorno mental grave, afectadas de VIH/Sida y drogodependientes, mediante la fórmula de microempresas de economía social. Para ello se realizará formación adaptada a sus características, incidiendo especialmente en medidas que potencien las habilidades sociales y la autoestima, la igualdad de género y la participación de la mujer en profesiones tradicionalmente masculinizadas. Se pretende actuar en el sector agroganadero con el objetivo de crear una marca de productos ecológicos y su lanzamiento al mercado. Por otra parte se realizará formación en un sector muy demandado en la región: el mantenimiento de edificios que generará la constitución de dos empresas de Economía Social. Ámbito de intervención: Fomento y creación de empleo para personas con discapacidad psíquica, enfermas de sida y drogodependientes en Extremadura Beneficiarios: Personas con trastorno mental grave, seropositivas, enfermas de sida y drogodependientes en proceso de recuperación de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

⁹ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

¹⁰ La fragilidad se caracteriza por pérdida de la funcionalidad, pérdida de la reserva fisiológica y mayor vulnerabilidad a enfermedades y muerte. Aumenta la susceptibilidad a enfermedades agudas, caídas, discapacidad, institucionalización y muerte

¹¹ Revisión diaria de médicos y atención continuada de enfermeras y auxiliares

¹² Revisión médica periódica no diaria, puntual o a demanda, revisión diaria de enfermería y cuidados continuados de auxiliares

¹³ Principal indicador de prevalencia de necesidades de cuidados continuados

¹⁴ Casos considerados atípicos o fuera de lo normal en cuanto a la estancia hospitalaria esperable para aquella patología. Se determina un límite superior de estancia para cada GRD en un estándar multihospitalario. Los episodios que superen este límite por GRD en el hospital analizado son considerados extremos. En el caso del estudio al que se hace referencia, outlier superior es el número de casos cuya estancia supera el punto de corte superior, es decir, todas las estancias extremas, agrupadas por GRD, obtenidas con la fórmula: Percentil 75+1*5 (Percentil 75-Percentil 25)

¹⁵ Appropriateness Evaluation Protocol

¹⁶ AEP. Appropriateness Evaluation Protocol

¹⁷ Véase el caso del Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (Decreto 54/2003, D.O.E. 29-04-2003). Desde su creación, el CEDI impulsa y desarrolla estrategias y modelos de coordinación de recursos sanitarios, sociales, educativos y laborales para garantizar una atención integral de la salud de los niños y niñas con trastorno del desarrollo o en situación de riesgo de padecer alguna discapacidad. Este modelo de coordinación está basado en modelos comunitarios de atención centrados en el menor, su familia y en su entorno habitual.

¹⁸ Es evidente que las funciones de la Comisión deberán adaptarse a la legislación actual y en concreto a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006, ya que algunas de ellas podrían entrar en conflicto con la Ley mencionada.

¹⁹ Obsérvese que aunque pueda parecer una confrontación total con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006, pueden coordinarse ambos sistemas y el plan Marco extremeño adaptarse a la Ley manteniendo su estructura básica.

²⁰ Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD), (Según Real Decreto 504/2007). De acuerdo con el artículo 2.2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, la dependencia es "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".

El Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia grave y de gran dependencia,

- a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.
- b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.
- c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos. Asimismo, el BVD permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006. El BVD es aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años.

²¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006. **Artículo 8.** Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. **1.** Se crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema. El Consejo estará constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y por un representante de cada una de la Comunidades Autónomas, recayendo dicha representación en el miembro del Consejo de Gobierno respectivo que tenga a su cargo las competencias en la materia. Integrarán igualmente el Consejo un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales. En la composición tendrán mayoría los representantes de las Comunidades Autónomas. **2.** En todo caso, las Comunidades Autónomas, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 podrán definir, con cargo a sus presupuestos, niveles de protección adicionales al fijado por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9 y al acordado, en su caso, conforme al artículo 10, para los cuales podrán adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas.

²² El reconocimiento de la situación de Dependencia en la Ley, establece un procedimiento que contiene evidentes similitudes con el modelo extremeño. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su Artículo 28. Procedi-

miento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema.

1. El procedimiento se iniciará a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación, y su tramitación se ajustará a las revisiones establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con las especificidades que resulten de la presente Ley.
2. El reconocimiento de la situación de dependencia se efectuará mediante resolución expedida por la Administración Autonómica correspondiente a la residencia del solicitante y tendrá validez en todo el territorio del Estado.
3. La resolución a la que se refiere el apartado anterior determinará los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante según el grado y nivel de dependencia.
4. En el supuesto de cambio de residencia, la Comunidad Autónoma de destino determinará, en función de su red de servicios y prestaciones, los que correspondan a la persona en situación de dependencia.
5. Los criterios básicos de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y las características comunes del órgano y profesionales que procedan al reconocimiento serán acordados por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
6. Los servicios de valoración de la situación de dependencia, la prescripción de servicios y prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas previstas en la presente Ley, se efectuarán directamente por las Administraciones Públicas no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas.

²³ La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en su **Artículo 3**. Principios de la Ley. Recoge que: "la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley". Más tarde, en su **Artículo 33**, de La participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, se recogen los siguientes términos:

1. Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.
2. La capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.
3. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fijará los criterios para la aplicación de lo previsto en este artículo, que serán desarrollados en los Convenios a que se refiere artículo 10. Para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.
4. Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

Por lo tanto, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006 si modificaría en este caso los principios rectores del modelo, entendiendo la universalidad del Sistema.

²⁴ En la Ley 39/2006 también encontramos un importante grado de participación de la persona usuaria y de su familia en la aplicación del Plan Individualizado de Atención (PIA). En el **Artículo 29**, de la Ley, cuando se expresan los términos relativos al Programa Individual de Atención, leemos: En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente.

²⁵ Los sistemas de información de cada sector son actualmente independientes, y miden diferentes realidades. Es necesaria la creación de sistemas compatibles, que garanticen, tanto la continuidad del seguimiento, como lenguajes únicos. Es la herramienta básica para poder medir resultados integrados de atención.

²⁶ El Proyecto Jara tiene un carácter global, puesto que es un programa de transformación integral con alcance en todos los procesos de actividad del SES.

De esta manera, la tradicional fragmentación entre las distintas estructuras y niveles asistenciales (que se traducían en estructuras separadas y en sistemas de información paralelos) se integrará en un único modelo de gestión. Este modelo estará basado en el concepto "Proceso Asistencial", es decir en la sucesión organizada de cuidados clínicos y actividades administrativas realizadas a un paciente por una organización de salud cuyo objetivo es el tratamiento de una dolencia, enfermedad o patología concreta.

Tras la puesta en marcha del proyecto Jara, el ciudadano recibirá un servicio mucho más ágil que reducirá el número de gestiones administrativas que, hasta ahora, él tenía que realizar. Tareas como la petición de cita, el envío o recogida de pruebas, se realizarán de forma automatizada y centralizada, evitando así desplazamientos. El tradicional historial clínico en formato papel, se sustituirá por otro electrónico, que estará a disposición de todos los profesionales que atiendan al paciente en el lugar y momento que se necesite (ya sea en un centro de salud, en un hospital, en urgencias, etc.).

Todos los profesionales del SES (ya sean médicos, enfermeras, profesionales de recursos humanos o de finanzas) contarán con herramientas de gestión clínica y administrativas para que puedan acceder fácilmente y en el momento a toda la información que necesitan para realizar su trabajo. Este proyecto persigue crear un nuevo modelo de práctica asistencial, basado en el uso de las nuevas tecnologías, que permita al profesional contar con más herramientas que le permitan elaborar diagnósticos más precisos, disminuir los posibles errores e incrementar la calidad de la atención al paciente.

Desde el punto de vista tecnológico, hay que destacar que el Servicio Extremeño de Salud dispondrá de 31 servidores IBM con tecnología de alto rendimiento (modelos pSeries y xSeries). Asimismo, este proyecto constituirá la mayor implantación de toda España de sistemas basados en Linux que dará servicio a más de 14.000 usuarios.

Uno de los puntos clave de este proyecto es la integración de los datos, aplicaciones y procesos de sistemas que, actualmente están dispersos geográficamente y operan en sistemas informáticos distintos. La utilización del software IBM WebSphere Business Integration Server y los estándares sanitarios asegurarán en todo momento que todas las aplicaciones puedan operar conjuntamente y que no haya "islas" de información o duplicidades de los datos.