

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

**Envejecimiento y necesidades de
Atención: Una Revisión**



Alumna: **Martha María de Lourdes Gruber**
Director: **Ángel Sanz Cintóra**
Curso de adaptación al Grado en Trabajo Social
Zaragoza, septiembre de 2013

1. Introducción. Presentación general y justificación del trabajo.....	3
1.1. Objeto del trabajo.....	5
1.2. Metodología empleada.....	6
1.3. Estructura del trabajo.....	6
2. Situación antes de 2011: las limitaciones de la asistencia sociosanitaria.....	9
2.1. Coordinación Sociosanitaria para una atención integral a los dependientes mayores.....	9
2.1.1. Edad, dependencia y necesidad de atención sociosanitaria.....	9
2.1.2. Recomendaciones de los Organismos Internacionales e Iniciativas de la Unión Europea.....	11
2.1.3. Desarrollo normativo: iniciativas a tener en cuenta.....	13
2.1.3.1. Ámbito estatal.....	13
2.1.3.2. Ámbito autonómico.....	17
2.1.4. Oportunidad de cambio: Nuevo contexto tras la aprobación de la Ley 39/2006.....	19
2.1.5. Actualidad: Cambios desde la entrada en vigor de la ley.....	21
2.1.6. Resultados y Discusión.....	24
2.1.7. Conclusiones.....	25
2.2. Oferta de servicios sociales para una atención de calidad a la dependencia.....	27
2.2.1. Creación del Modelo de Protección a la dependencia en España.....	28
2.2.1.1. Modelos de atención a la dependencia en Europa (Libro Blanco de la Dependencia, 2004).....	28
2.2.2. Aplicación de la LAPAD, 39/2006 en España.....	31
2.2.3. Aragón: Organización territorial: Comarcas y Servicios Sociales.....	36
2.2.4. Situación de los servicios sociales en Aragón: Punto de Partida.....	37

2.2.5. Actuaciones del Gobierno de Aragón: Puesta en marcha de LAPAD 39/2006.....	38
2.2.6. Resultados: Balance de la implantación del SAAD en Aragón....	40
2.2.7. Conclusiones y Recomendaciones.....	46
2.3. Conclusiones y Reflexiones Generales.....	49
3. Situación en la actualidad: Revisión de la atención a las necesidades de las personas mayores dependientes, 2013.....	51
3.1. Coordinación Sociosanitaria.....	52
3.1.1. Algunas Novedades.....	54
3.1.2. Reformas legislativas del ámbito sanitario.....	57
3.1.2.1. Principales Modificaciones.....	58
3.1.3. Conclusiones.....	62
3.2. Atención a la dependencia mediante servicios profesionales y de calidad, 2013.....	64
3.2.1. Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en situación de dependencia. (Noviembre 2011).....	65
3.2.2. Evaluación de resultados a 1 de Enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 3972006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en situación de Dependencia.....	68
3.2.2.1. Puntos a destacar de la Evaluación.....	69
3.2.3. Cambios Normativos y Presupuestarios.....	73
3.2.4. Análisis de las principales medidas	74
3.2.5. Análisis de los Datos: Evolución de la situación desde el 1 de Junio de 2011 al 31 de Marzo de 2013.....	77
3.2.6. Conclusiones.....	94
4. Conclusiones Generales y Reflexiones Finales.....	97
5. Bibliografía.....	101
6. Anexos.....	111

1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El aumento de la longevidad, gracias a la mejora de las condiciones sanitarias acompañado de un importante descenso de la fecundidad durante los últimos 30 años, ha generado un aumento de la población mayor y una rápida transición hacia una población envejecida.

Una de las más directas consecuencias del envejecimiento es la dependencia: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o 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”. (Artículo 2, LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

La necesidad de asistencia y/o cuidados derivada de las situaciones de dependencia ha existido siempre; lo que ha cambiado es su dimensión debido al crecimiento del número y de la proporción de personas mayores y su importancia social que ha pasado de la esfera individual o familiar para percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto.

En la dependencia concurren fenómenos sociales y sanitarios: la naturaleza y características de las necesidades sociales y sanitarias de determinados grupos de población, entre los que se encuentran las personas mayores dependientes (aunque dependencia y edad no son equivalentes, existe una importante relación entre dependencia, edad y enfermedad), requieren de la máxima coordinación entre las administraciones responsables de atender ambas necesidades para responder, así, a las mismas de forma adecuada y eficaz.

La aprobación de la LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha supuesto una oportunidad para ofrecer esa atención integral a los mayores dependientes que la literatura científica y los profesionales reclaman.

El crecimiento de la población mayor y los cambios sociales han propiciado que la atención a la dependencia adquiriera una dimensión importante y facilitar los medios para que la atención necesaria se lleve a cabo de manera profesional y con calidad es uno de los objetivos de la ley.

El modelo de atención de calidad previsto en la ley necesita:

- a) Establecer un modelo de atención integral de atención sociosanitaria o, al menos, un potente sistema de coordinación entre los sistemas sanitario y social.
- b) Fortalecer servicios para proporcionar una atención profesional y de calidad a los dependientes mayores.

Estos dos últimos puntos: la necesidad de una buena coordinación sociosanitaria y el escaso desarrollo de la prestación de servicios, fueron objeto de análisis en la investigación realizada para el trabajo fin de Máster en Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza, presentado en junio del 2011.

El estudio estructurado y presentado en dos partes, pretendía averiguar si la atención y cuidado de los dependientes mayores había mejorado en España y más concretamente en la Comunidad Autónoma de Aragón, cuatro años después de la entrada en vigor de la LEY 39/2006.

Mediante técnicas de análisis documental y entrevistas a informantes cualificados se verificaron las dos hipótesis planteadas:

- a) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada (Art.3, LAPAD) demanda una adecuada coordinación sociosanitaria, que actualmente no se está produciendo.

b) Los objetivos de mejora en la atención a las personas mayores¹ en situación de dependencia mediante la oferta de servicios y una atención profesional, no se está cumpliendo.

Todo el material revisado y las entrevistas con los profesionales expertos revelaron que la atención integral, entendida como continuidad de cuidados, con servicios profesionales de calidad, teniendo en cuenta las necesidades sanitarias y sociales de los usuarios; no había mejorado con la entrada en vigor de la Ley 39/2006.

Dos años después y partiendo de esa base, el trabajo fin de grado que presentamos ahora pretende profundizar en el mismo objetivo: analizar cómo se están viendo afectadas las necesidades de atención de las personas mayores dependientes por los cambios legislativos y presupuestarios, tanto del ámbito sanitario como del social, puestos en marcha por el Gobierno del Partido Popular después de las últimas elecciones generales.

Para ello se plantearán de nuevo las dos hipótesis del estudio base y se analizarán mediante las mismas técnicas los datos desde 2011, para validar o no las hipótesis planteadas y sacar las conclusiones en base a los nuevos datos disponibles.

1.1. Objeto del trabajo

Las necesidades de atención de los dependientes mayores y su cobertura con una buena coordinación sociosanitaria y una oferta de servicios profesionales y de calidad tras los cambios normativos y presupuestarios es el objetivo de este trabajo fin de grado. Partiendo de las conclusiones y reflexiones del anterior estudio y teniendo en cuenta toda la información extraída de la revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión en las dos hipótesis manejadas, analizaremos la documentación publicada a partir de

¹ El objeto de este proyecto de investigación son los dependientes mayores, aunque la ley está destinada a todo el colectivo de dependientes, no solo a los mayores.

2011, revisaremos la nueva legislación sanitaria y social y entrevistaremos de nuevo a informantes cualificados para averiguar si los cambios normativos han influido y cómo lo han hecho en relación a esas necesidades de atención.

1.2. Metodología empleada

Se ha realizado una aproximación tanto cuantitativa como cualitativa a la situación de la atención sociosanitaria de las personas mayores en Aragón, utilizando las siguientes técnicas:

- Técnicas de análisis documental: se ha llevado a cabo una aproximación a la bibliografía disponible y actualizada: informes y documentación publicada desde 2011 y una revisión de la normativa legislativa y sus reformas sobre ambas materias.
- Técnicas de entrevistas en profundidad a informantes cualificados para tratar de conocer y contrastar cómo se está produciendo de hecho la aplicación de las reformas y cómo es percibida una y otra por los distintos agentes comprometidos en las mismas. Los temas indagados en estas entrevistas (abiertas y no directivas) así como la relación de informantes cualificados, figura en Anexos. ²
- Técnicas de análisis estadístico mediante las que se han revisado los datos publicados desde 2011 hasta la actualidad para estudiar su evolución.

1.3. Estructura del trabajo

El objetivo de este Trabajo Fin de Grado es analizar cómo ha evolucionado la atención integral al colectivo de mayores dependientes, en dos aspectos: la necesidad de una buena coordinación sociosanitaria y el desarrollo de la prestación de servicios, desde junio de 2011 hasta la actualidad. El punto de

² Para preservar la confidencialidad los profesionales entrevistados aparecen con la letra E seguida de un número.

partida es el Trabajo Fin de Máster en Gerontología Social, realizado en el curso académico 2010/11, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza: *Envejecimiento y Necesidades de atención: Aplicación de la ley de atención a la dependencia (LAPAD, 39/2006) en Aragón.*

Para facilitar la comprensión y entendimiento de la investigación se ha estructurado en cuatro grandes bloques: el primero es este mismo en el que nos encontramos y consta de una introducción donde se presenta y justifica la importancia del tema elegido, el objeto del trabajo y la metodología empleada. Asuntos todos ellos mucho más desarrollados en mi trabajo anterior.

El segundo contiene la síntesis del Trabajo Fin de Máster, donde se analizan las limitaciones de la asistencia sociosanitaria hasta el año 2011, a través de dos hipótesis abordadas de manera separada para profundizar ordenadamente en cada una de ellas.

El tercer bloque aborda la situación en la actualidad revisando la atención a las necesidades de las personas mayores dependientes, a través de las mismas hipótesis y con las mismas técnicas, para averiguar cómo se están viendo afectadas las necesidades de atención de las personas mayores dependientes por los cambios legislativos y presupuestarios, tanto del ámbito sanitario como del social, puestos en marcha por el Gobierno del Partido Popular después de las últimas elecciones generales.

El trabajo de investigación se cierra con las conclusiones y reflexiones generales fruto de la investigación y la bibliografía empleada junto con el bloque de anexos donde figura el listado de los profesionales entrevistados y los temas indagados en las entrevistas.

2. SITUACIÓN ANTES DE 2011: LAS LIMITACIONES DE LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA

2.1. Coordinación Sociosanitaria para una atención integral a los dependientes mayores

El concepto de coordinación sociosanitaria hace referencia a “situaciones de necesidad complejas que requieren de intervenciones de naturaleza mixta, sociales y sanitarias, de forma simultánea, o también secuencial, pero en todo caso complementaria y estrechamente articulada” (Ararteko, 2007: 25-26).

2.1.1. Edad, dependencia y necesidad de atención sociosanitaria

Existe una relación evidente entre dependencia, edad y enfermedad: la mayor parte de personas mayores con dependencia tienen enfermedades crónicas asociadas.

“En las personas mayores la dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes” (Gómez Pavón, J. et al 2008, p. 3).

Tabla 1: Clasificación de las personas mayores según sus necesidades sanitarias.

Personas mayores sanas	Personas mayores enfermas	Ancianos de alto riesgo	Paciente geriátrico
No presentan problemas de salud importante	Presentan alguna afección aguda o crónica no invalidante	Presentan un equilibrio inestable con elevado riesgo de incremento de cuidados y/o requerir atención institucional <ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 80 años. • Mujeres que viven solas • Pensiones escasas. • Reciente hospitalización • Polimedicación • Frecuentes caídas Riesgo dependencia alto si no son bien tratados.	El que cumple tres o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Edad superior a 75 años • Pluripatologías • Enfermedades de carácter invalidante • Patología mental acompañante • Problemática social

Fuente: Informe del Defensor del Pueblo (2000). Elaboración propia.

El grupo constituido por las personas mayores dependientes es, sin duda, el más representativo de la necesidad de recibir cuidados continuados:

- El 85% de quienes requieren atención sociosanitaria se inscriben en ese colectivo.
- Los datos indican que determinadas enfermedades crónicas como: diabetes, patologías cardiovasculares, insuficiencia cardíaca, artrosis y osteoporosis, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, cataratas y sordera; tienen mayor prevalencia en la población mayor.
- Cuando las personas mayores presentan un episodio agudo, es frecuente que éste, requiera de un periodo más largo de recuperación y se presente en el contexto de otra enfermedad, de carácter crónico o de larga duración, que demanda un tratamiento largo, complejo e integral y, por lo tanto, precisa la coordinación de una serie de competencias y conocimientos aportados por diferentes especialidades médicas, pero también por otras disciplinas profesionales, como, en particular, el trabajo social.
- El mayor grado de vulnerabilidad y fragilidad de las personas mayores tanto objetiva (como son la explotación económica, el abuso emocional o el maltrato físico, tanto en el ámbito doméstico como en el ámbito institucional) como percibida (existe una cierta correlación entre fragilidad y discapacidad física y baja autoestima, que determina un incremento del sentimiento de vulnerabilidad, que a su vez influye en la percepción del riesgo) requiere prevención y detección de dentro de un sistema bien coordinado de intensa colaboración entre los servicios de salud y los servicios sociales, sobre todo en un contexto de proximidad. (Informe Ararteko, 2007).

Las necesidades sociales y sanitarias, en mayores dependientes, exigen un gran nivel de coordinación entre el sector sanitario y el social.

La continuidad en los cuidados tiene un fuerte componente mixto, entre ambos sistemas y la respuesta a las necesidades de los mayores dependientes, requiere de coordinación entre ellos.

“La continuidad de cuidados consiste en el derecho que tienen las personas en situación de dependencia a recibir atención formal e informal adecuada. Para ello, ha de organizarse y disponerse un conjunto diversificado de servicios de proximidad, sociales y sanitarios, que puedan ser utilizados consecutiva o simultáneamente y que puedan combinarse con flexibilidad y eficacia para adaptarse a la concreta situación de dependencia y a la evolución que experimente a lo largo del tiempo” (Rodríguez, 2010, p. 2).

2.1.2. Recomendaciones de los Organismos Internacionales e Iniciativas de la Unión Europea

Las transformaciones sociales que se han empezado a vivir como consecuencia del envejecimiento mundial han obligado a los organismos internacionales a plantear iniciativas con el propósito de proteger los derechos de las personas mayores dependientes, veamos algunas de ellas.

La *Convención de Derechos de las personas con discapacidad*, ratificada por España en 2008, en su artículo 1º, se comprometió a garantizar una serie de derechos que tienen como objetivo fundamental: “promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de los derechos fundamentales y libertades a todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente”.

La OMS (2001) mediante su “Clasificación Internacional del Funcionamiento, las Discapacidades y la Salud”, introdujo y difundió el “modelo social de la discapacidad” y con la nueva clasificación cambió el modelo médico preexistente. El funcionamiento y la discapacidad de una persona empezaron a concebirse como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los

factores contextuales que incluyen tanto factores personales como factores ambientales.

Naciones Unidas: Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002, aprobado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid entre el 8 y 12 de Abril de 2002, con el objetivo de que las propuestas contenidas en estos planes las personas puedan envejecer con seguridad (prestaciones y cuidados) y participando activamente en sus comunidades (Rodríguez, 2010).

OCDE ha insistido en proclamar el lema de “envejecer en casa” en condiciones de dignidad, para lo que aconseja recursos y programas de proximidad que faciliten la continuidad de cuidados y tengan en cuenta las necesidades tanto de las personas mayores como de sus familias cuidadoras.

En la *Unión Europea* esta cuestión ha ido adquiriendo importancia creciente que se ha reflejado en distintos proyectos, como PROCARE un proyecto de investigación internacional cofinanciado por el Quinto Programa Marco de la Unión Europea, consistente en agrupar la información procedente de nueve informes nacionales que fueron elaborados por los equipos de Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, los Países Bajos, y el Reino Unido, con el objetivo de explorar el campo de la asistencia integrada en Europa y averiguar los diferentes enfoques de lo que se ha descrito como uno de los déficit más sobresalientes en los sistemas sanitarios y de asistencia social europeos: la mejora de la prestación de servicios en la interrelación entre el sistema sanitario, por una parte, y el sistema de asistencia social de las personas mayores. Las conclusiones obtenidas dejan claro que las políticas supuestamente unánimes de Europa en relación con los cuidados de larga duración carecen de estrategias coherentes y que es necesario robustecer la asistencia familiar y no profesional, ampliar los servicios preventivos, la orientación y el asesoramiento dirigidos a la persona mediante una buena coordinación (Leichsenring, 2005).

Actualmente los esfuerzos de la Unión Europea se dirigen hacia la promoción del envejecimiento activo, que pasa por la prevención de las patologías incapacitantes que causan dependencia en las personas mayores y por impulsar un sistema de atención sociosanitaria adaptado a las necesidades de los mayores, impulsar programas de prevención y ampliar la red de servicios y de recursos, establecer estrategias marco y estándares a nivel europeo, incorporar a los mayores a las nuevas tecnologías, desarrollar las relaciones intergeneracionales, promover una imagen más positiva de los mayores y su participación en la sociedad, flexibilidad en el trabajo y, sobre todo, abordarlo como una inversión social con un retorno importante, y no como un gasto.

2.1.3. Desarrollo normativo: iniciativas a tener en cuenta

2.1.3.1. Ámbito estatal

A pesar de que la coordinación sociosanitaria es reclamada por tanto por los servicios sanitarios como los sociales, esa coordinación que necesitan las personas mayores dependientes, no se produce de manera efectiva en España.

Las dificultades que supone son también reconocidas a todos los niveles: el desarrollo del sistema de salud y el de servicios sociales ha sido, en España, históricamente asimétrico: el sistema sanitario ha contado con una red de servicios amplia de cobertura universal y gratuita; mientras el de servicios sociales se ha desarrollado de manera desigual, insuficiente y con menos recursos.

Ambos sistemas presentan diferencias en materia de organización, configuración jurídica y mecanismos de financiación.

A pesar de ello se han llevado a cabo intentos para mejorar las situaciones de descoordinación entre los diferentes sistemas de provisión de servicios que comenzaron con la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS “Comisión Abril 1991” que planteó propuestas para subsanar las deficiencias

estructurales y la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

El Plan Gerontológico Nacional (1993), esbozó un modelo de base comunitaria para garantizar la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles, apostando por un modelo de base comunitaria dirigido a garantizar la continuidad entre los diferentes niveles de cuidados, de acuerdo con los principios de integralidad, interdisciplinariedad y rehabilitación y que sirvió como base del Acuerdo Marco para la coordinación sociosanitaria firmado el 14 de diciembre de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Asuntos Sociales, que reordenó los recursos sanitarios y puso en marcha las comisiones sociosanitarias de área, como instrumento específico para llevar a cabo la coordinación de ambos sectores.

En este periodo, se abrió una línea de colaboración entre ambos Ministerios mediante la creación de un grupo de expertos y la puesta en marcha de experiencias de coordinación sociosanitaria en varias áreas de salud de tres Comunidades Autónomas (Madrid, Valladolid y Murcia) y el debate que se suscitó produjo documentos como los Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores (1995) que han supuesto un referente en la construcción del discurso sociosanitario.

Otro avance en esta área de actuación se produjo a través del Acuerdo del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997. Sobre un total de trece recomendaciones, en la tercera se insta al Gobierno a «instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria».

Esta línea de trabajo influyó en el Plan estratégico del Insalud de 1997, que creó los ESAD (Equipos de soporte de ayuda a Domicilio) en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria a la tercera edad, pacientes en situación de dependencia y enfermedades terminales.

A la vista de la gran diversidad de experiencias y proyectos que las Comunidades Autónomas estaban impulsando en este ámbito, la Subsecretaría

de Sanidad y Consumo, en estrecha colaboración con la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del IMSERSO, decidió en el año 1998 dar un impulso a la tarea de avanzar en la configuración de un modelo de atención sociosanitaria que tuviese unas bases comunes, sin menoscabo de las competencias que las Comunidades Autónomas tienen otorgadas en esta materia. Para ello se constituyó un grupo de expertos con el encargo de realizar un informe sobre el tema y avanzar en el cumplimiento del acuerdo parlamentario antes citado. Este grupo abordó un estudio sobre:

- Usuarios sociosanitarios.
- Prestaciones sociosanitarias.
- Sistemas de información y clasificación de usuarios.
- Coordinación sociosanitaria.
- Financiación de la atención sociosanitaria.

Con esta base se desarrollaron trabajos en el seno de la Subcomisión de Planes Sociosanitarios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales para propiciar una mayor homogeneidad en la configuración de los distintos modelos que se diseñaran por las comunidades autónomas, que quedaron reflejados en el documento Bases para un Modelo de Atención Sociosanitaria (2001).

En el año 2003 la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) establece medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades para este colectivo y, asimismo, se regulan aspectos relacionados con la dependencia.

A partir de ese momento, y hasta hace poco la política sanitaria se ha ido desarrollando a través de la normativa específica creada y aprobada en las CC.AA. y mediante la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que habla de coordinación sociosanitaria como

respuesta a muchas de las necesidades generadas por la situación de dependencia.

La prestación sociosanitaria, en el artículo 14 de la citada ley, se define como: “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Además, en este mismo artículo se especifica que “en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: a) los cuidados sanitarios de larga duración; b) la atención sanitaria a la convalecencia; c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Incorporada así la prestación sociosanitaria, por mandato legal, a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, el Plan Sociosanitario anunciado no llegó a aprobarse.

Por último el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, no ha desarrollado la demandada prestación sociosanitaria.

La razón oficiosa, dada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2005, para no haber abordado el necesario desarrollo de la prestación sociosanitaria, es que el enfoque de la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, que cuando se aprobó el Real Decreto 1030/2006 estaba tramitándose en el Congreso, podría afectar al enfoque de la prestación sociosanitaria. Desde la administración sanitaria se aduce que algunos de los servicios están ya incluidos en las carteras de atención primaria, pero no abordar la prestación sociosanitaria en su conjunto es una manera de vaciarla de contenido y con ello no hacer efectivo el derecho reconocido por ley a los ciudadanos, como

afirman Jiménez Lara y Zabarte Martínez de Aguirre en el documento de la propuesta de regulación de la prestación sociosanitaria, elaborado por el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) en 2008.

2.1.3.2. **Ámbito autonómico**

Las Comunidades Autónomas han puesto también en marcha diversos programas, iniciativas y modelos de actuación (Ver Tabla 2), aunque los modelos y planes son dispares, lo común entre todos ellos es el reconocimiento de la urgencia de ofrecer respuestas integrales o cuidados de larga duración a las personas que necesitan ayuda social y sanitaria de forma simultánea y duradera y el reconocimiento de que la atención sociosanitaria, requiere coordinación en múltiples aspectos y desde los diferentes sistemas que tienen responsabilidades en este campo.

Tabla 2: El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia 2009.

INICIATIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA		
Comunidad Autónoma	Programa	Año puesta en marcha
Andalucía	Plan de Atención a Personas Mayores	1999
Aragón	Plan de Atención a las Personas Mayores en Aragón Plan Estratégico de atención a la dependencia 2001-2006	1995 2001
Canarias	Programa Sectorial de Atención Sociosanitaria	2002
Cantabria	Plan de Acción Sociosanitaria de las Personas Mayores	1999
Castilla y León	Plan de Atención Sociosanitaria (I y II)	1998 y 2003
Castilla La Mancha	Plan de Atención a las Personas Mayores	1998
Cataluña	Programa "Vida als Anys" Plan de Atención Sociosanitaria Plan Director Sociosanitario	1986 2000 2006
Comunidad Valenciana	Programa PALET de la Comunidad Valenciana Ley de ordenación sanitaria	1995 2003
Extremadura	Plan de Atención para las Personas Mayores Plan Marco de Atención Sociosanitaria	2001 2005
Galicia	Programa de Atención Sociosanitaria (PASOS)	1998
Madrid	Plan de Mayores	1998
Navarra	Plan Foral de Atención Sociosanitaria	2001
País Vasco	Programas Sociosanitarios de las Diputaciones Forales Vascas Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria	2005

Fuente: El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia 2009. Elaboración propia.

Deteniéndonos en nuestra Comunidad Autónoma, en el año 1995 se puso en marcha el Plan de Atención a las Personas Mayores en Aragón, con el objetivo de impulsar el mantenimiento de personas mayores en su comunidad y entorno socio-familiar mediante el fomento de servicios domiciliarios: programas de ayuda a domicilio, teleasistencia y rehabilitación de viviendas.

En 2001 el Gobierno de Aragón publicó el Plan Estratégico de Atención a la Dependencia de Aragón que con el Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón y el Plan director de Políticas Sociales y dentro del mismo marco de actuación, tenían el objetivo de diseñar una red de atención sociosanitaria, de uso público, que garantizara el acceso, de las personas con dependencia o fragilidad, a los diferentes recursos y servicios del sistema, partiendo del principio de equidad.

Estructurado en tres pilares básicos: coordinación y valoración, sistemas de información y sistemas de prestación de servicios.

El plan destacaba la coordinación con los servicios sociales y sanitarios, como un aspecto fundamental para dar una solución integral a los problemas de las personas dependientes y se apoya en la protocolización de las actuaciones de los profesionales y los equipos sociosanitarios de valoración.

El Departamento de Salud y Consumo constituyó equipos multidisciplinares de valoración Sociosanitaria (compuestos por profesionales sanitarios: geriatra y enfermera y trabajadores sociales) en las tres provincias aragonesas (Gobierno de Aragón, 2001).

En la legislatura anterior se habían puesto en marcha actuaciones protocolizadas de coordinación entre el ámbito social y el sanitario referentes a:

- Valoración del grado de dependencia de personas mayores. Los profesionales sanitarios y de los servicios sociales de los centros sanitarios de atención primaria cumplimentaban el cuestionario Delta, requisito necesario para el acceso y adjudicación de plazas en los

Centros de Atención a las Personas Mayores (centros de día o residencias) integradas en la red del Gobierno de Aragón (Orden del 18 de noviembre de 2002).

- Con los Servicios Municipales de Zaragoza se formalizó un documento de consenso por el que los profesionales sanitarios y sociales de los Centros de Salud de Atención Primaria facilitaban la información sanitaria precisa para la solicitud del acceso a los servicios de ayuda domiciliaria y de teleasistencia.
- Puesta en marcha del Programa de Adquisición y Dispensación de Medicamentos en las residencias del IASS y elaboración de la Guía Farmacoterapéutica Geriátrica orientada al entorno residencial con la colaboración de profesionales del ámbito de SALUD y del IASS con el objetivo fundamental de mejorar la calidad en el uso de medicamentos en las personas mayores dependientes.

Tras la reestructuración del Gobierno de Aragón y la separación de competencias entre el Departamento de Salud y Consumo y el Departamento de Servicios Sociales y Familia, se estableció un equipo de coordinación sociosanitario compuesto por los Directores de línea Sociosanitaria y de Salud Mental y Drogodependencias del Servicio Aragonés de Salud y la Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales que reunía mensualmente para establecer criterios y actuaciones de coordinación (B.O.C.A, 2003).

2.1.4. Oportunidad de cambio: Nuevo contexto tras la aprobación de la Ley 39/2006

La entrada en vigor de la Ley39/2006 parecía una buena oportunidad para establecer estrategias estables y mecanismos de coordinación, que proporcionen una correcta atención integral al colectivo de dependientes mayores y utilicen los recursos adecuadamente.

En la propia Ley 39/2006 se hace alusión a la coordinación sociosanitaria en los siguientes artículos:

- Artículo 11. Participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema.

1. En el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las siguientes funciones:

c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención.

- Artículo 3. Principios de la Ley.

c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.

d) La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.

l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.

- Artículo 21. Prevención de las situaciones de dependencia.

Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

Sin embargo, en su disposición final primera de aplicación progresiva de la ley no se menciona explícitamente este carácter preventivo, sino la asistencia a la dependencia ya establecida. Evitar la aparición de dependencia es tanto o más importante que abordarla, y abordarla cuando es reciente y reversible es más efectivo que hacerlo cuando está claramente establecida. Resaltar y potenciar esta prevención de la dependencia, incidiendo con énfasis en las responsabilidades esenciales de los diferentes niveles asistenciales y la coordinación entre los mismos es importante (Prevención de la dependencia en las personas mayores, 2007).

- **Artículo 15.** Catálogo de servicios.

1. Los servicios establecidos en el apartado 1 se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ya hemos mencionado en apartados anteriores que la cartera de servicios comunes del Sistema nacional de salud no ha desarrollado el contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria, al que se refiere el artículo 14.

2.1.5. Actualidad: Cambios desde la entrada en vigor de la ley

Hasta el momento no se ha bajado de los planteamientos generales, y, si hace algo, es remitir la coordinación socio-sanitaria y social a las Comunidades Autónomas. Se elude un planteamiento a nivel nacional, lo que favorece el riesgo de ineficacia y la desigualdad entre ciudadanos: no hay una coordinación socio-sanitaria a nivel estatal, no hay un órgano integrador que impulse estas políticas y que optimice los recursos e infraestructuras, siempre escasos, en beneficio de todos los ciudadanos. (Sánchez Fierro, 2008).

Aportaciones de los profesionales entrevistados

Las entrevistas realizadas a los profesionales implicados en la atención a los dependientes mayores, tanto del sector sanitario como del social, nos han dejado la impresión de que la coordinación, si se produce, depende

fundamentalmente de la buena voluntad de los profesionales, sobre todo, en los pueblos y comarcas, donde los distintos técnicos implicados se conocen y procuran que la atención a los dependientes mayores tenga continuidad en los cuidados.

La falta de protocolos de actuación hace que los profesionales de los Centros de salud, en algunas comarcas, cuando detectan alguna necesidad de asistencia social en sus pacientes, se pongan en contacto con la trabajadora social del Centro de Servicios Sociales de Base, de manera informal, para intentar solucionarla.

La composición de equipos de atención en el ámbito rural, compuestos por: sanitarios (enfermería), trabajadores/as sociales y auxiliares domiciliarios bien coordinados, permitirían detectar posibles riesgos y evitarían situaciones que pueden terminar en ingresos hospitalarios, que con este sistema de prevención probablemente no serían necesarios.

Conversando con el director de un Centro de Salud de la Comarca del Campo de Cariñena (E1), sus reflexiones nos transmiten que no existe nada protocolizado a nivel local pero que los profesionales de atención primaria "están mentalizados" y existe una "buena colaboración y buena voluntad" en los profesionales sanitarios y sociales y se solucionan los problemas que van surgiendo.

Ejemplos de esta buena voluntad son el síncope de una anciana de 78 años con historial depresivo, que vive sola en el ámbito del Centro de Salud de Cariñena, y al que acude el médico, que después de la exploración, que no detecta nada, y tras una larga conversación, descubre que lleva varios días sin comer, porque "no tiene ganas de nada".

El médico se pone en contacto con la trabajadora social del centro base para que le proporcione con urgencia el servicio de atención a domicilio.

Este tipo de coordinación informal es la más habitual, confirma este informante (E1) y considera que se ha perdido una gran oportunidad de

implementar fórmulas de coordinación sociosanitaria con la entrada en vigor de la ley.

Estos profesionales son los que más saben de la situación sociosanitaria de los mayores en su zona de influencia y bien coordinados se potenciaría su labor y se ahorrarían recursos.

La atención a la dependencia en el entorno habitual del dependiente es otro de los campos en los que la coordinación sociosanitaria es primordial y factible.

“El ahorro de recursos sería importante y se mejoraría en la atención integrando y utilizando todos los recursos: educativos, sociales y sanitarios realizando programas potentes y protocolizando actuaciones” (E1).

La entrevista con la responsable de un Centro Geriátrico de Zaragoza (E2), centro de carácter social, deja ver también que la continuidad de cuidados se desarrolla en el barrio por las buenas relaciones existentes entre los servicios de salud y el propio centro y los servicios sociales del barrio: se rigen por un protocolo no oficial que han organizado informalmente y les permite una actuación bastante coordinada y eficaz.

Destaca como importantes mejoras: la recepción del material de enfermería directamente del centro de salud, lo que ha supuesto “un paso de gigante” que evita “papeleo y pérdidas de tiempo”.

El Acuerdo Marco para la concertación de plazas en centros residenciales que el Gobierno de Aragón, ha tramitado a través del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (BOA, 24/12/2009), no está siendo de momento muy positivo, comenta (E2) ya que las plazas no están siendo cubiertas y “no hay nada concreto” lo que les obliga a estar en una situación de espera y es económicamente insostenible.

La crisis económica está afectando mucho en el desarrollo de la ley: “no hay un duro” y las expectativas no se están viendo satisfechas.

A nivel local, una buena atención sociosanitaria, podría gestionarse creando equipos multidisciplinares compuestos por: equipos de enfermería, trabajadores/as sociales y Servicios de Atención Domiciliaria, lo que ayudaría al mantenimiento de los dependientes mayores en su domicilio y ahorraría recursos de tipo institucional. En Aragón, el 3 marzo de 2008 las Consejerías de Salud y Consumo y de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón firmaron un acuerdo marco de colaboración y una adenda al mismo centrada en la atención a la dependencia, que pretende una coordinación de ambas consejerías con el objetivo de disminuir la burocracia y acortar los tiempos de atención mediante distintas acciones.

El panorama general es confuso, diverso y poco eficaz y la entrada en vigor de la ley no lo ha modificado mucho.

2.1.6. Resultados y Discusión

Se puede decir que existe un amplio consenso entre todos los profesionales, tanto de la rama sanitaria como de la social, que es necesario, para la atención integral de los dependientes, un modelo válido de coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, sobre todo para aquellas situaciones de complejidad asistencial que requieren, al tiempo y de manera continuada, la atención de ambos. Las diferencias que presentan el sistema de salud y el sistema de servicios sociales en materia de organización, configuración jurídica y mecanismos de financiación han dificultado hasta ahora esta coordinación.

Las distintas administraciones públicas (Central y Autonómica) han intentado dar respuesta a la necesidad de coordinación sociosanitaria mediante distintos programas.

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, reconociendo los derechos subjetivos a las personas en situación de dependencia y los servicios y atenciones preventivas y de promoción de la

autonomía personal, ha reducido el tradicional desequilibrio entre los sistemas social y sanitario, al que nos hemos referido en varias ocasiones durante el desarrollo del trabajo y hubiera supuesto una oportunidad excelente para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario, pero de momento no se ha avanzado demasiado, a juicio de los agentes y organizaciones sociales.

Con el objetivo de transformar el actual modelo de competencias fragmentadas en un modelo de responsabilidad compartida, centrado en las necesidades del usuario, que permita que las personas puedan recibir los servicios que precisan con normalidad, desde el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) y en el documento de la propuesta de regulación de la prestación sociosanitaria, presentado en 2008, se promueve la figura del gestor de casos basada en el modelo de Walter Leutz (1999) de reorganización de los sistemas sanitario y social, como el modelo ideal para coordinar los servicios sanitarios y sociales.

En cualquier caso, lo que parece claro es que es necesario implementar una regulación, a nivel estatal que consiga que la atención demandada sea una realidad y no solo una declaración de intenciones como hasta ahora.

2.1.7. Conclusiones

- o La coordinación sociosanitaria, cuando ocurre, se produce de manera informal, en algunos casos, voluntaria derivada del compromiso personal de los profesionales de los sistemas, con frecuencia, en situaciones límite debido, entre otros factores, a la inexistencia de protocolos estandarizados de actuación multidisciplinar conjunta.
- o La falta de un planteamiento nacional de coordinación entre sistemas dificulta las políticas de integración necesarias para una correcta coordinación sociosanitaria.
- o A pesar de ser una de las prestaciones incluidas en el catálogo establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del

Sistema Nacional de Salud, se ha perdido una oportunidad de oro de regular la prestación sociosanitaria, al aprobar, sin su inclusión en ella, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud mediante el Real Decreto 1030/2006.

- o En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia el tema de la coordinación sociosanitaria aparece de una manera un poco “difusa” y los analistas son muy críticos con esta falta de definición.
- o En el artículo 21 de la ley se mencionan planes de prevención, que deberán establecer las Comunidades Autónomas de acuerdo con los criterios y recomendaciones del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- o La ley tiene un doble objetivo: favorecer la autonomía personal y atender a las situaciones de dependencia, estos objetivos son complementarios y se basan en el principio de que a mayor autonomía menor dependencia.
- o La necesidad de implicación del sector de la salud en el tema de la prevención es indiscutible y la participación en políticas de prevención, detección precoz y rehabilitación es básica para la promoción de la autonomía personal.

“Los programas y las intervenciones de promoción de la salud diseñados y ejecutados por los servicios del sistema sanitario deberían plantearse coordinadamente, por un lado, entre los servicios de salud pública (responsables de las prestaciones proporcionadas colectivamente) y los servicios asistenciales (que las proporcionan básicamente a los individuos) y, por otro lado, entre los distintos servicios asistenciales de atención primaria, especializada y sociales” (Gómez Pavón, et al. 2008, p. 20).

2.2. Oferta de servicios sociales para una atención de calidad a la dependencia

Uno de los objetivos de la ley de dependencia es proporcionar servicios profesionales de cuidado a los dependientes, llevados a cabo hasta ahora mayoritariamente, a través del sistema informal de atención y especialmente de las mujeres, que han venido asumiendo una carga como provisoras de cuidados poco profesionales que les produce una serie de efectos adversos en su propio desarrollo personal y profesional. (Libro blanco de la dependencia, 2004).

El artículo 14 de la ley menciona la prioridad de los servicios que se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados y destaca la excepcionalidad de las prestaciones económicas. Esto no está ocurriendo y estamos desarrollando un sistema basado en prestaciones económicas, que mayoritariamente se dedican a una atención comunitaria "tradicional" y no profesional (Rincón y Sanz, 2010).

La elevada supervivencia a edades avanzadas produce envejecimiento demográfico que supone el aumento del promedio de edad del conjunto de personas que componen una población (Pérez Díaz, 2006), tiene implicaciones a muchos niveles y supone un desafío para los sistemas de salud y servicios sociales.

Estas circunstancias han derivado en la obligación de atender las nuevas necesidades mediante un sistema público que garantice a los ciudadanos una nueva modalidad de protección social, creando un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La ley es el resultado de las reclamaciones de organizaciones y agentes sociales, los compromisos de los partidos políticos y las exigencias de las

instituciones europeas, comprometidas tiempo atrás con la atención a la dependencia por estas razones señaladas.

Su entrada en vigor el 1 de enero de 2007 ha sido un logro y es una pieza clave en el sistema de protección social en nuestro país.

Su aplicación y desarrollo es muy complejo porque implica el concurso de las Administraciones: Central, Autonómica y Local; institucionalmente implica a los servicios sociales y sanitarios de todas las Comunidades Autónomas, con las competencias en ambos sistemas transferidas.

Las desviaciones en las previsiones, la aplicación progresiva de la ley y la crisis económica dificultan también su avance.

2.2.1. Creación del Modelo de Protección a la dependencia en España

El Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en 2004 elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad y del IMSERSO, fue la base para iniciar el debate antes de llevar a cabo la iniciativa legislativa.

2.2.1.1. Modelos de atención a la dependencia en Europa (Libro Blanco de la Dependencia, 2004)

La protección social a la dependencia en Europa se puede agrupar en tres modelos que corresponden a los modelos de estados de bienestar. Vamos a presentar brevemente las características más sobresalientes de cada uno de ellos, tal y cómo están presentados en el citado Libro Blanco.

Sistema de protección universal

Es el que se corresponde con el modelo nórdico o socialdemócrata, típico de países como Suecia, Noruega o Dinamarca.

Concibe a la dependencia como una de las necesidades básicas de los ciudadanos, cuya necesidad de atención debe ser cubierta por el Estado como lo son las sanitarias o educativas.

Tiene cobertura universal (no existe prueba de recursos, salvo para la determinación de la participación del usuario en el pago de servicios en función de la renta: copago) y el sistema de prestación de servicios es predominantemente público.

La financiación es de carácter impositivo compartida entre Estado y Administraciones territoriales y con los municipios responsables de la prestación de servicios.

Sistema de protección a través de la Seguridad Social

Financiado y gestionado en el marco de la Seguridad Social, pretende cubrir las posibles necesidades que surjan proporcionando una prestación para apoyar o suplir a la familia cuidadora.

La dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad cubriendo con prestaciones económicas o servicios, de diferente cuantía y distinta intensidad o duración respectivamente.

Aunque da un amplio margen de elección al beneficiario, apoyado en el respeto a las tradiciones culturales, favorece la prestación de servicios o duplicando su cuantía o reduciendo la capacidad de elección a medida que aumenta la gravedad de la dependencia.

Financiado con cotizaciones a la Seguridad Social, para cubrir las prestaciones no contributivas suele haber financiación impositiva.

Para contener el gasto las prestaciones no cubren la totalidad del gasto, aunque sí una parte importante.

Se contemplan ayudas al cuidador en excedencias laborales, cobertura de cotizaciones y servicios de respiro.

Sistema de protección asistencial

Es un modelo que se basa en la atención a los pobres, típico de sistemas liberales o de políticas puramente asistenciales para pobres como era el español hasta el momento. Se ha llamado modelo mediterráneo o latino porque es el que hay en Portugal, Italia, Grecia y España hasta ahora.

Destinado a satisfacer las necesidades de ciudadanos con insuficiencia de recursos, se financia mediante impuestos y es de cobertura limitada.

El peso de los cuidados recae sobre las familias, en concreto sobre las mujeres y existe un importante déficit de servicios, sobre todo comunitarios e importantes desequilibrios territoriales y los cuidados de larga duración están destinados a las personas sin recursos.

Las clases medias quedan desprotegidas, por no poder acceder al sistema público y no llegar a los privados.

Los cambios sociales y familiares demandan una superación de este tipo de modelo, por lo que está en retroceso, pero las políticas de contención del gasto social y la derivación de la responsabilidad desde el Estado a las Administraciones regionales y locales, está retrasando el desarrollo de políticas de protección más garantes de derechos.

En España el modelo ha tomado distintos aspectos de los modelos señalados, universal y de protección a través de la seguridad social, para superar el modelo asistencial, y se ha creado un modelo mixto entre ambos con las siguientes características básicas:

- de carácter universal, con financiación mediante impuestos y que pretende ofrecer atención mediante servicios de manera prioritaria, como en el modelo universal,
- que establece la dependencia en grados y ofrece la posibilidad de elegir al dependiente y a la familia, como en el modelo de Seguridad Social. La participación de las familias en la elección de las prestaciones adecuadas

para el dependiente que determina el artículo 29 de la ley corresponde al modelo de seguridad social. La redacción de este artículo, no obstante, es algo ambigua. En distintos países con modelo de Seguridad Social la libertad de elegir está limitada de diversas maneras. Pero en la Ley española no se ve tal limitación. Incluso en el art. 29 no se precisa si la elección se podrá hacer entre distintos servicios o entre servicios y prestaciones económicas. Sólo será evidente la capacidad económica de la familia para aceptar una PEVS (Prestación económica vinculada al servicio) si no puede complementar con sus rentas el pago de los servicios privados a los que se les remite. Desde este punto de vista, pues, nuestro modelo se asimila al de Seguridad Social, sin aparentes limitaciones a la capacidad de elegir.

2.2.2. Aplicación de la LAPAD, 39/2006 en España

El reconocimiento de derechos subjetivos a las personas en situación de dependencia y a los servicios y atenciones preventivas y de promoción de la autonomía personal es una conquista y un logro, que destacan los expertos y analistas, coincidiendo en este punto pero también constatando, los déficits y desviaciones que se están produciendo en su implantación.

El proceso para conseguir el reconocimiento del derecho a la dependencia puede dividirse en dos fases:

1ª Fase: Incorpora la recepción de solicitudes, valoración, dictamen de grado y nivel y termina con el reconocimiento del derecho a prestación a los que han obtenido el grado y nivel dentro de los límites de aplicación de la ley en cada momento.

2ª Fase: Elaboración del PIA (Plan individual de Atención) y adjudicación de las prestaciones adecuadas a las necesidades según grado y nivel.

Las altas expectativas y la información escasa sobre lo que la ley considera "dependiente" provoca mucha confusión y las entidades y organizaciones

sociales abogan por campañas dirigidas a los colectivos más directamente afectados por la ley.

El número de solicitudes recogidas en toda España no se puede decir que sea muy alto después de cuatro años de aplicación: sólo un 3,2% de la población total española ha solicitado ser evaluado como dependiente. Además, las diferencias entre Comunidades Autónomas son notables. Sólo Andalucía (4,7%) y Castilla La Mancha (4,2%) están por encima del 4%, mientras la Comunidad de Madrid sólo ha recibido un 2% de solicitudes y Canarias un pobre 1,6%. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Solicitudes, Situación a 1 de Junio de 2011

ÁMBITO TERRITORIAL	Nº solicitudes	%/total de solicitudes	Nº de habitantes ⁽¹⁾	%/ total habitantes C.A.
Andalucía	395.577	26,4	8.415.490	4,7
Aragón	47.487	3,2	1.345.132	3,5
Asturias	33.935	2,3	1.081.348	3,1
Balears (Illes)	22.914	1,5	1.112.712	2,1
Canarias	33.772	2,3	2.125.256	1,6
Cantabria	22.570	1,5	592.560	3,8
Castilla y León	82.917	5,5	2.555.742	3,2
Castilla-La Mancha	89.146	5,9	2.113.506	4,2
Cataluña	243.856	16,3	7.535.251	3,2
Com. Valenciana	108.034	7,2	5.111.767	2,1
Extremadura	41.399	2,8	1.108.140	3,7
Galicia	83.945	5,6	2.794.516	3,0
Madrid	127.500	8,5	6.481.514	2,0
Murcia	50.534	3,4	1.469.721	3,4
Navarra	18.170	1,2	641.293	2,8
País Vasco	80.560	5,4	2.183.615	3,7
Rioja (La)	12.829	0,9	322.621	4,0
Ceuta y Melilla	3.528	0,2	160.635	2,2
TOTAL	1.498.673	100,0	47.150.819	3,2

FUENTE: SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. (1)INE: INEBASE: Avance Padrón Municipal. 1 de enero de 2011. Datos provisionales.

La segunda fase del procedimiento del reconocimiento del derecho es la asignación de prestaciones adecuadas a la situación de necesidad a través de la formulación del Programa Individual de Atención.

Se está produciendo la continuidad de la realización de las tareas de cuidado por parte de las mujeres de la familia, que ya tradicionalmente eran

las encargadas de las mismas, pero que ahora reciben una ayuda económica y son incluidas en la Seguridad Social: la Ley establece que los servicios han de tener carácter prioritario, produciéndose así una clara desviación respecto de las previsiones del legislador.

Los datos publicados a Junio de 2011 dejan ver que existe un claro predominio de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar (46,8%) que ha convertido la excepción en regla y que perpetua el modelo tradicional de cuidado y va “en contra del modelo comunitario de servicios que propugna la Ley y que debería suponer una oferta amplia de los servicios menos desarrollados tales como lo servicios domiciliarios o los centros de día/noche” (Cervera, Herce, López, Rodríguez Cabrero, Sosvilla, 2009, p. 26).

El total de prestaciones económicas en España asciende al 52,9 % (46,8 % por cuidados en el entorno familiar + 6,1% vinculadas al servicio), un alto porcentaje sobre todo teniendo en cuenta su excepcionalidad.

Tabla 4. Personas beneficiadas y Prestaciones (%), Situación a 1 de Junio de 2011

ÁMBITO TERRITORIAL	PRESTACIONES (% horizontal)								
	Prev. y promo.	Teleas	SAD	CD/N	SAR	PEVS	PEVCF	PEAS	TOTAL %
Andalucía	0,0	22,9	19,9	4,2	7,4	1,3	44,3	0,0	100,0
Aragón	0,0	0,0	0,0	3,7	13,0	19,3	63,3	0,0	100,0
Asturias	0,0	3,1	11,6	8,8	20,3	10,1	46,1	0,0	100,0
Balears	0,0	0,0	0,0	6,0	18,7	3,9	71,3	0,0	100,0
Canarias	0,5	0,0	0,0	22,1	25,0	1,3	51,1	0,0	100,0
Cantabria	0,0	5,3	5,1	8,5	21,5	0,0	59,6	0,0	100,0
Castil y León	7,7	3,7	11,9	7,6	14,9	17,5	36,6	0,1	100,0
Castilla-L M	1,6	13,2	11,7	2,9	14,8	5,4	50,4	0,0	100,0
Cataluña	1,0	6,4	9,6	3,3	11,4	8,3	59,9	0,0	100,0
C. Valenciana	0,0	13,1	0,0	5,1	24,6	6,2	51,1	0,0	100,0
Extremadura	2,6	1,5	3,6	3,3	17,8	26,0	45,1	0,0	100,0
Galicia	0,3	1,9	18,3	6,8	14,5	10,0	48,1	0,1	100,0
Madrid	6,1	14,5	21,9	12,8	23,3	3,4	18,0	0,0	100,0
Murcia	2,4	14,0	0,0	5,5	6,7	3,1	68,3	0,0	100,0
Navarra	0,3	6,4	4,4	2,1	14,9	13,1	58,7	0,0	100,0
País Vasco	0,0	12,5	10,5	11,5	17,6	2,4	44,2	1,2	100,0
La Rioja	6,1	9,4	19,4	7,5	12,0	3,7	42,0	0,0	100,0
Ceuta y Melilla	9,5	8,0	15,3	1,9	7,4	1,2	56,8	0,0	100,0
TOTAL	1,7	12,5	12,9	6,0	13,8	6,1	46,8	0,1%	100,0
Total Servicios					46,9				
Total Prest. Econ.								53	

FUENTE: SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

En el Informe publicado por el Sindicato CCOO en Octubre de 2010, se establece el umbral de la "excepcionalidad" de la prestación económica en el entorno del 25% del total de prestaciones, ya que de otro modo no podría hablarse de excepcionalidad propiamente dicha. Sin embargo, la importancia que ha adquirido la prestación económica prácticamente duplica este umbral y se sitúa, con mucha diferencia, como la principal prestación con la que se está atendiendo a las personas dependientes en el SAAD, muy cercana al 50% del total de prestaciones, en Aragón el número de prestaciones económicas es mayor.

Se habla de factores de carácter cultural y sociológico que pueden ayudar a que los beneficiarios demanden de este tipo de prestaciones, junto a ellos existen intereses de carácter político y financiero de las Administraciones: una prestación económica de cuidado familiar tiene un coste mensual máximo de 520 euros (2011), mientras que un servicio puede perfectamente triplicar este coste; además de que la gestión de la prestación económica es más rápida y sencilla para las administraciones que ordenar y gestionar una cartera de servicios. Evidentemente el derecho a cuidar de nuestros familiares dependientes, mayores, en el caso que nos ocupa, no tiene discusión, pero debe combinarse con un amplio desarrollo de servicios sociales y sanitarios, que permitan conciliar la prestación de ese apoyo con la realización personal y profesional. Esta conciliación solo será posible si existen servicios disponibles y accesibles que puedan complementarse y converger con la atención familiar (Rodríguez, 2006).

Los efectos negativos del excesivo número de prestaciones económicas tienen como consecuencia el mantenimiento del rol tradicional de cuidado que deben llevar a cabo las mujeres sin ayuda y fuera del mercado laboral y la falta de servicios hace que la capacidad de elección no exista. Por tanto, "se empuja" a la familia (mujeres, por el mandato aún vigente del rol) a asumir el cuidado totalmente a sus expensas" (Rodríguez, 2006, p. 22).

Es importante también destacar que “la prestación económica vinculada a un servicio se previó en un primer momento como una prestación “de tránsito” que debería utilizarse “únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado”, según lo regula el artículo 17 de la Ley de Dependencia” (Informe CCOO, 2010, p. 14).

Existen dos posibles explicaciones de este fenómeno: que la red de servicios públicos y concertados es insuficiente para atender la demanda o que existe un deficiente diseño de financiación de la prestación de servicios.

En cualquier caso es necesario un estudio más pormenorizado que muestre cuál es la verdadera dimensión de la red pública y concertada de servicios de dependencia y cómo y dónde debe desarrollarse para dar una respuesta adecuada a las necesidades del SAAD (Informe CCOO, 2010).

Todos los analistas, profesionales, usuarios etc. critican esta situación que de alguna manera vulnera el espíritu de la ley, y no debe de perderse de vista la promoción de los servicios, sobre todo los comunitarios, que son los más demandados.

La falta de servicios resta calidad a la atención y no genera empleo, podemos recordar que la cifra de desempleados es de 4,9 millones (INE, 2011), en este momento de grave crisis económica, y que la apuesta por servicios profesionales como un sector de actividad económica capaz de generar empleo y riqueza estaba también implícito en la nueva ley.

En Aragón la extensión de los servicios reconocidos en la ley ha sido escasa: “en el mes de julio de 2010, es una de las nueve CCAA que no ofrece la Prestación Económica de Asistente Personal; una de las siete que tampoco ofrece la prestación de Prevención y Promoción de Autonomía personal; una de las cinco que no ofrece los Servicios de Ayuda a Domicilio; y sólo tiene un caso de servicio de Teleasistencia” (Rincón y Sanz, 2010, p. 38).

Pues bien, un año después las cosas siguen de manera parecida, como se puede comprobar en la Tabla 4 (pág. 33): la Prestación Económica de

Asistente Personal que por otro lado solo ofrece mínimamente Castilla y León y País Vasco sigue sin ofrecerse.

Solo una CCAA ha introducido la Prestación de Prevención a la Dependencia y promoción de la Autonomía Personal este año, pero Aragón sigue siendo una de las seis que no la ofrece; una de las cinco que no ofrece el Servicio de Ayuda a Domicilio y un servicio de teleasistencia que había hace un año ha desaparecido ahora de manera que Aragón es una de las tres Comunidades que no ofrece dicho servicio.

Hay que decir que el Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón con la Orden de 22 de marzo de 2011, por la que se modifica la Orden de 7 de noviembre de 2007, ha incorporado al Servicio Aragonés de la Dependencia los Servicios de Promoción de la Autonomía Personal, Tele asistencia, Ayuda a Domicilio y Centros de Noche pero no se ha ejecutado.

2.2.3. Aragón: Organización territorial: Comarcas y Servicios Sociales

La desigual distribución de la población aragonesa en el territorio, con una densidad media de 28,2 habitantes por km², está territorialmente organizada en Comarcas (33), para poder gestionar los servicios necesarios para sus poblaciones debido al: elevado número de municipios, 731, su pequeño tamaño en la mayor parte de los casos (el 72% de los municipios tienen menos de 500 habitantes) y su alta dispersión territorial.

Las Comarcas tienen competencias en Acción Social y a través de los Centros de Servicios Sociales, gestionan las prestaciones básicas del Sistema, todas tienen Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia y colaboran con el Gobierno de Aragón en la implementación del sistema de la dependencia, en aspectos como: información, promoción de la Ley y, especialmente en la proposición y elaboración de los Planes Individuales de Atención (PIAs) de las personas reconocidas como dependientes.

2.2.4. Situación de los servicios sociales en Aragón: Punto de Partida

La puesta en marcha de la Ley 39/2006, requiere de la integración y gestión de los nuevos servicios y prestaciones en el ámbito de los servicios sociales personales, garantizando ahora derechos subjetivos.

Esta integración es organizativamente compleja y variable: cada Comunidad Autónoma parte de una realidad diferente y tiene recursos implantados y gestionados de manera también distinta lo que origina diferencias importantes entre comunidades.

Los servicios de atención en la comunidad como son el Servicio de Asistencia Domiciliaria, Teleasistencia y los Centros de Día tienen un nivel de cobertura por debajo de la media española.

El *SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio)*: Tiene un índice de cobertura de 4,32 en 2008 y su intensidad horaria era de 9,87 horas al mes. Están por debajo de la media española y existen diferencias territoriales con España y entre las propias comarcas aragonesas, como se verá más adelante. Con esos índices de cobertura y de intensidad será muy difícil, como se trata de poner de manifiesto en este trabajo, ofrecer servicios comunitarios de este tipo a la población aragonesa.

En el caso de los *Centros de Día* la tasa de cobertura es de 0,64 frente al 0,83 que es la media española. Aunque toda la literatura especializada y la propia política de atención a la dependencia tiene por objetivo declarado "envejecer en casa", es decir ofrecer atención y servicios en el entorno del domicilio de los dependientes, es imprescindible ofrecer servicios residenciales.

En este caso, las *plazas residenciales* en Aragón presentan una cobertura de plazas residenciales alta (61,1%), ocupando el tercer lugar en España, según el informe, *Los Mayores en España. Informe 2008* (IMSERSO, 2009) casi un tercio más que la media nacional (4,31).

Con esta situación de partida, el Gobierno de Aragón afronta la puesta en marcha de la LAAD.

2.2.5. Actuaciones del Gobierno de Aragón: Puesta en marcha de LAAD 39/2006

Las Comunidades Autónomas son las encargadas de reconocer la situación de dependencia mediante un baremo único aprobado por el Consejo Territorial del SAAD y a continuación se encargan también de la elaboración del Plan Individual de Atención (PIA) prescribiendo los servicios y prestaciones adecuados (LAAD 39/2006 Arts. 28 y 29).

Las actuaciones del Gobierno de Aragón con la entrada en vigor de la ley el 1/1/07 se concretaron en llevar a cabo una serie de iniciativas legislativas para adecuar el sistema de servicios sociales a la nueva realidad impuesta por la ley; incluyendo los primeros pasos de lo que luego sería la LEY 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, que no procede analizar en este momento.

Las siguientes medidas fueron la formación y contratación de equipos de valoración y el refuerzo de los Servicios Sociales de Base (Municipales y Comarcales).

Se contrataron 59 profesionales, la mayor parte trabajadores sociales, para que se integraran en los respectivos equipos de Ciudades y Comarcas.

La distribución de los nuevos profesionales quedó de la siguiente manera:

- Zaragoza ciudad: 19 (12 trabajadores sociales, 6 administrativos y un técnico todos ellos para la ciudad de Zaragoza).
- SSB resto CD Zaragoza: 5 (Un trabajador social para cada una de las cinco "Mancomunidades" que agrupan los municipios del entorno de Zaragoza)
- Ciudades > 20.000: 3 (Huesca, Teruel y Calatayud)
- Resto comarcas: 32
- Total: 59

De forma centralizada, desde cada una de las Direcciones provinciales del Departamento de Servicios Sociales y Familia, se organiza el trabajo de

acuerdo con las solicitudes de valoración de la dependencia que se reciben. Trabajan de manera autónoma, sin relación especial con los Centros de Servicios Sociales de los Municipios y Comarcas que únicamente conocen estas actuaciones cuando reciben del Instituto Aragonés de Servicios Sociales la notificación, los listados, de las personas de su territorio valoradas con su correspondiente reconocimiento de Grado y Nivel y que deben visitar para realizar el Informe social preceptivo y el Plan Individual de Atención (PIA).

El refuerzo de los Centros de Servicio Sociales responsables de la realización de los PIAs (LAAD 39/2006, Art. 29) se hizo sobre la base de los convenios anuales que realiza el Gobierno de Aragón con los municipios y las Comarcas para garantizar las prestaciones básicas del sistema de servicios sociales, y aprovechando los planes de empleo del INAEM (Instituto Aragonés de Empleo).

Otra de las actuaciones importantes llevadas a cabo por el Gobierno Aragonés es el impulso al desarrollo de los servicios que hemos visto tan escasamente desarrollados en 2008.

Según datos de la Secretaría General Técnica del Departamento de Servicios Sociales y Familia de los años 2008-2010, se aprecia un incremento de plazas residenciales entre 2008 y 2010 del 10,4%: el Gobierno de Aragón ha aumentado sus plazas propias en un 14,2% y ha concertado el 23%.

El IASS (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) gestiona 4.164 plazas entre propias y concertadas (23,6%).

Las demás plazas que no sean propias del IASS o concertadas tendrán que ser utilizadas al aplicar la ley "bajo el epígrafe de Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio con efectos políticos y económicos muy distintos tanto para el Gobierno de Aragón, para los titulares de esas plazas, como para los dependientes y sus familias. Entre otras cosas, dependiendo del coste de la plaza "privada", sea municipal, social o mercantil, a los dependientes les puede resultar más "barato" ir a una plaza pública o concertada o a una privada,

recibiendo la PEVS en la cuantía relativa a su grado y nivel de dependencia y no al coste de la plaza" (Rincón y Sanz, 2010: 10).

Respecto a los Centros de Día: aumenta el número de plazas sobre todo por parte de las Corporaciones Locales y las sociedades mercantiles, el IASS aumenta las plazas concertadas y se incrementan las plazas privadas respecto a 2008.

El Acuerdo Marco para la concertación de plazas con las entidades mercantiles, publicado en el BOA el 24-12-2009 se produce con la finalidad de disponer de una bolsa de plazas para los dependientes que requieran un recurso residencial.

Constitución y puesta en marcha de programas de apoyo y formación de cuidadores:

- *Programa "Cuidarte"*: Consistente en la formación de grupos de autoayuda (25 en todo Aragón, en los que han participado 252 cuidadores de 19 Comarcas en 2009) que ofrecen apoyo emocional, trabajo de sus sentimientos, autoayuda, destinados a cualquier persona que se esté ocupando de otra que tenga dependencia.
- *Programa de formación para cuidadores no profesionales*: Destinado a cuidadores no profesionales de dependientes que están recibiendo la PECF, con modalidades: "on line" y presencial, reconocidos con certificados de Buenas Prácticas en Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal por la Asociación estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales

2.2.6. Resultados: Balance de la implantación del SAAD en Aragón

"Tanto en solicitudes tramitadas, valoraciones realizadas como en prestaciones reconocidas Aragón ocupa oposiciones altas en el ranking de las CCAA" (Rincón y Sanz, 2010, pp. 19-20), es decir las dos primeras fases del proceso se están desarrollando de forma adecuada.

La mayoría de los servicios previstos en la Ley existen en Aragón, como en el resto de Comunidades Autónomas, desde mucho antes de la aprobación de la Ley, estaban previstos en la nueva Ley de Servicios Sociales de Aragón (Ley 5/2009 de 30 de junio) e incluso en el Catálogo de Servicios Sociales y prestaciones elaborado en un largo proceso y aprobado finalmente el 14 de junio de 2011, por el Gobierno de Aragón. El problema es que no han estado asignados a la atención a la dependencia como ya se ha señalado.

El modelo tradicional de cuidado sigue plenamente vigente y el objetivo de la ley de proporcionar servicios profesionales y de calidad a los dependientes está lejos de cumplirse: En Aragón los beneficiarios del sistema solo reciben servicios el 16,7% (3,7% Centros de Día+13% Atención Residencial). (Ver Tabla 4, pág. 33).

La prestación económica por cuidados en el entorno familiar es del 63,3% que unida a la prestación económica vinculada al servicio de un 19,3% da un total del 82,6% de prestaciones económicas "excepcionales".

El análisis de la estructura de las prestaciones del SAAD (Servicio Aragonés de Atención a la Dependencia) en las comarcas con datos del IAEST(Instituto Aragonés de Estadística) y la Dirección General de Atención a la Dependencia, elaborado por María del Mar del Rincón Ruiz y Ángel Sanz Cintóra , profesores de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, para su ponencia *El sistema de la dependencia y su desarrollo en Aragón* confirma que la atención a la dependencia mediante servicios profesionales y de calidad, tal y como propugna la ley, no se está llevando a cabo en Aragón. Por el contrario, se está reproduciendo el modelo tradicional de atención llevado a cabo por la familia y principalmente por las mujeres, un efecto que se quería evitar.

Tabla 5. Servicios versus prestaciones económicas

Comarcas	Prestaciones	Servicios
Sobrarbe	99,0	0,6
Ribera Baja del Ebro	96,0	4,1
Bajo Aragón-Caspe	95,0	4,6
La Ribagorza	94,0	6,3
Valdejalón	94,0	6,4
Gúdar-Javalambre	93,0	7,1
Maestrazgo	92,0	7,8
Los Monegros	92,0	8,3
Comunidad de Calatayud	88,0	11,8
Bajo Cinca / Baix Cinca	88,0	12,0
Campo de Cariñena	88,0	12,2
Aranda	87,0	13,3
Bajo Martín	86,0	13,5
Somontano de Barbastro	85,0	14,7
Bajo Aragón	85,0	14,8
Matarraña / Matarranya	85,0	15,1
Cinco Villas	82,0	17,8
D.C. Zaragoza	82,0	18,0
Andorra-Sierra de Arcos	82,0	18,4
Campo de Daroca	81,0	19,5
Aragón	80,0	19,9
La Jacetania	80,0	20,1
Campo de Belchite	78,0	21,8
Cinca Medio	77,0	22,5
Jiloca	77,0	22,8
Alto Gállego	77,0	23,3
Sierra de Albarracín	76,0	24,1
La Litera / La Llitera	75,0	25,4
Hoya de Huesca	68,0	31,8
Ribera Alta del Ebro	66,0	33,7
Tarazona y el Moncayo	66,0	33,9
Campo de Borja	60,0	40,3
Comunidad de Teruel	59,0	40,6
Cuencas Mineras	56,0	44,1

Fuente: Gobierno de Aragón, 2010^a Tomado de Rincón, M. y Sanz, A. 2010.

Hemos visto que algunos servicios de atención comunitaria como el SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio) y la Teleasistencia, no han estado adscritos a la dependencia, por lo que todavía no se puede saber cómo impactarán en la población dependiente, los dependientes y sus familias no los recibían como prestaciones de la ley, lo que ha hecho que envejecer en el domicilio con atenciones profesionales y de calidad no haya sido posible y los Centros de Día, también básicos para la atención comunitaria, son insuficientes.

La documentación revisada evidencia que las prestaciones económicas, tanto las de cuidados en el entorno familiar (60,9%), como las vinculadas al servicio son preponderantes en todo el territorio nacional y más en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Aportaciones de los profesionales entrevistados

Todos los profesionales entrevistados corroboran esta afirmación que se ve como uno de los problemas más importantes que está teniendo la ley en su aplicación.

La mayor parte de la atención comunitaria recibida en casi todas las comarcas (por no decir todas, salvo la de Bajo Martín) es la de tipo tradicional proporcionada por la familia sin servicios de apoyo profesionales y de calidad.

La falta de servicios de cuidado profesionales, que complementen la atención familiar informal, afecta de manera especial a las muchas mujeres que atienden a dependientes.

“La implicación en el cuidado de la actual generación de mujeres cuidadoras es muy amplia pero, ¿qué ocurrirá con las siguientes generaciones de mujeres, insertas de manera más amplia en el mercado laboral?”, dice la informante (E6) “Es necesario un análisis real de la situación y una adecuada planificación de los recursos, en función de las necesidades”.

Los servicios profesionales de atención al dependiente en su domicilio y su comunidad como son: el Servicio de ayuda a domicilio y la teleasistencia, no estaban adscritos a la dependencia en nuestra comunidad autónoma, existen y los ciudadanos los reciben pero con diferencias ya que cada comarca organiza los servicios que proporciona como considera en función de sus características territoriales, tamaño de los municipios y población a atender.

Las diferencias entre las comarcas se pueden observar en conversación con el informante (E3) que afirma que hay una menor demanda del servicio a domicilio, ya que la percepción de la prestación económica obliga a aumentar

la proporción que deben aportar las familias, puesto que perciben más ingresos, y renuncian a ella.

Esta renuncia afecta al cuidador principal, normalmente mujer, que ve como se prolonga la manera tradicional de cuidados proporcionados por la familia sin ayuda profesional; y al dependiente al que no se le proporciona la atención profesional que pretende la ley.

La formación de los profesionales del SAD, perfectamente preparados para realizar los cuidados personales en el domicilio de los dependientes, ha supuesto un coste importante, y se va a desperdiciar.

Este servicio primordial para la atención integral de los dependientes en su domicilio, no solo no se está desarrollando sino que se está deteriorando sobre todo en el ámbito rural, como consecuencia del alto número de prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar (E3).

La informante (E4), en cambio, comenta que el Servicio de Ayuda a Domicilio es muy demandado aun cuando se cobra el 100% del servicio a los usuarios que reciben la prestación económica por cuidados en el entorno familiar. En la comarca tienen un servicio de cesión de ayudas técnicas: grúas, sillas giratorias de ducha, etc., para facilitar el trabajo de los auxiliares del SAD y es uno de los servicios de los que más satisfechos están los usuarios.

En Enero de 2011 y por acuerdo del Consejo Territorial, se aprobó el RD 175/2011, que introducía en el sistema al Grado I (dependencia moderada). La Orden de 22 de Marzo de 2011 del Departamento de Servicios Sociales y Familia, completaba la regulación aragonesa en la materia, pero no se tomaron las medidas necesarias para su aplicación.

En palabras un trabajador social y técnico (E5) que realiza PIAs en Zaragoza, "los servicios están todavía por desarrollar y se prescriben en los PIAs pero no se pueden recibir", afirma, que "se siente incómodo prescribiendo servicios que todavía no están en funcionamiento" y no sabe lo que va a

ocurrir porque todavía no tiene información sobre las propuestas que empezaron a tramitarse en Enero.

En cualquier caso los profesionales se sienten desilusionados, porque esperaban mucho de la ley y a veces tienen la sensación de “estar haciendo todo lo contrario a lo que la ley tiene de bueno” (E5).

Sorprende que los usuarios no se quejen y no exijan realmente los servicios que necesitan: “De mil y pico prescripciones solo he tenido una queja” (E5).

Todo esto provoca situaciones, que los profesionales no saben cómo van a resultar (E5).

La insuficiencia de plazas públicas y su distribución, no siempre acorde con los lugares en los que viven los dependientes, es una de las fragilidades del sistema aragonés y el aumento de plazas no ha cambiado el hecho de que el número de plazas privadas sea muy superior.

La falta de supervisión y seguimiento individualizado de la prestación económica para el cuidado familiar, la privación al dependiente del beneficio de intervenciones profesionales especializadas, la lesión en los derechos de los dependientes al ser las familias las que gestionan la prestación y la poca creación de puestos de trabajo que dinamicen la actividad económica del sector; son algunas de las consecuencias negativas, directamente para el dependiente, que ocasiona la falta de servicios profesionales que venimos mencionando, en opinión del informante (E3).

El aumento de puestos de trabajo en el sector, que los analistas anunciaban, no se está produciendo: “El alto número de prestaciones económicas incide en la calidad de la atención al dependiente y en la generación de empleo en el sector” (E6).

Los agentes sociales muestran su preocupación por las diferencias entre Comunidades Autónomas y los retos están actualmente en la mejora del tiempo de espera desde el reconocimiento del derecho y la elaboración del PIA (Plan Individual de Atención) y el elevado volumen de prestaciones

económicas, describe la responsable de un sindicato (E6). En su opinión existe un avance lento pero firme y condicionado por los retrasos en la puesta en marcha en estos primeros años.

La profesional entrevistada en otro sindicato (E7) observa que más del 75% de las consultas que recibe son respecto a los procedimientos y la trabajadora social de una Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Zaragoza (E8) lo confirma y añade el descontento general de los familiares de enfermos de Alzheimer con el baremo, que no consideran adecuado para la valoración de los problemas cognitivos-conductuales, a pesar de su modificación mediante Real Decreto 504/2007 el 20 de Abril de 2010.

Toda la literatura científica y las entrevistas con los profesionales coinciden en afirmar que el Sistema de Atención a la Dependencia es un importante logro, que ha llegado en un momento económicamente muy duro y difícil pero que “no hay que dar ni un paso atrás” (E6) sino analizar dónde están los fallos e intentar subsanarlos.

2.2.7. Conclusiones y Recomendaciones

Las necesidades de atención y cuidado a las personas mayores dependientes han existido siempre, pero el envejecimiento poblacional y los cambios familiares y sociales ocurridos han hecho estas necesidades más grandes y notorias obligando a los poderes públicos a crear una nueva modalidad de protección social que garantice la atención a la dependencia, entendida ésta como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas 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”(LAAD 39/2006, Art.2).

La LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia es el resultado de las reclamaciones de organizaciones y agentes sociales, de los compromisos de determinados partidos políticos y de las exigencias de las instituciones europeas, responsabilizadas tiempo atrás con la atención a la dependencia.

El modelo de protección español es un modelo mixto inspirado en los distintos modelos europeos (universal, y de seguridad social), que pretende superar el modelo asistencial (de atención a los "pobres") que existía hasta ahora.

Partiendo del modelo propuesto por la ley hemos ido analizando sus contradicciones y debilidades para verificar la hipótesis planteada: *Los objetivos de mejora en la atención a las personas mayores en situación de dependencia mediante la oferta de servicios y una atención profesional, no se está cumpliendo.*

El análisis lo hemos hecho pasando de lo más general, cómo se ha aplicado la ley en España, para ir descendiendo a nuestra Comunidad Autónoma y analizar cómo el territorio aragonés está desarrollando la ley.

La ponencia *El Sistema de la Dependencia y su desarrollo en Aragón*, elaborada por los profesores de la Facultad de CCSS y del Trabajo, de la Universidad de Zaragoza, María del Mar del Rincón Ruiz y Ángel Sanz Cintóra, presentada en Madrid en Septiembre de 2010, es la base del trabajo que, junto con los datos proporcionados por los informes de los analistas, los datos estadísticos más recientes (SISAAD) y las entrevistas con los profesionales que a pie de calle viven en primera persona cómo percibe la ciudadanía los efectos de la aplicación de la nueva ley, nos han permitido verificar la hipótesis.

La atención a la dependencia mediante servicios profesionales y de calidad, tal y como propugna la ley, no se está llevando a cabo en Aragón. Por el contrario, se está reproduciendo el modelo tradicional de atención llevado a cabo por la familia y principalmente por las mujeres, un efecto que se quería evitar.

Hemos visto que algunos servicios de atención comunitaria como el SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio) y la Teleasistencia, no han estado adscritos a la dependencia hasta la ORDEN de 22 de marzo de 2011, del Departamento de Servicios Sociales y Familia BOA Nº 74 13/04/2011, por lo que todavía no se puede saber cómo impactarán en la población dependiente.

Hasta ahora los dependientes y sus familias no los recibían como prestaciones de la ley, lo que ha hecho que envejecer en el domicilio con atenciones profesionales y de calidad no haya sido posible y los Centros de Día, también básicos para la atención comunitaria, son insuficientes.

La documentación revisada evidencia que las prestaciones económicas, tanto las de cuidados en el entorno familiar (60,9 %), como las vinculadas al servicio son preponderantes en todo el territorio nacional y más en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Todos los profesionales entrevistados corroboran esta afirmación que se ve como uno de los problemas más importantes que está teniendo la ley en su aplicación.

Los agentes sociales muestran su preocupación por las diferencias entre Comunidades Autónomas y los retos están actualmente en la mejora del tiempo de espera desde el reconocimiento del derecho y la elaboración del PIA (Plan Individual de Atención) y el elevado volumen de prestaciones económicas, describe (E6). En su opinión existe un avance lento pero firme y condicionado por los retrasos en la puesta en marcha en estos primeros años.

Toda la literatura científica y las entrevistas con los profesionales coinciden en afirmar que el Sistema de Atención a la Dependencia es un importante logro, que ha llegado en un momento económicamente muy duro y difícil pero que "no hay que dar ni un paso atrás" (E6) sino analizar dónde están los fallos e intentar subsanarlos.

2.3. Conclusiones y Reflexiones generales

Llamar la atención sobre la necesidad de mejorar la atención integral de los mayores dependientes en Aragón es el objetivo último de este trabajo.

Todo el material revisado y las entrevistas con los profesionales expertos revelan que la atención integral, entendida como continuidad de cuidados, con servicios profesionales de calidad, teniendo en cuenta las necesidades sanitarias y sociales de los usuarios, no ha mejorado con la entrada en vigor de la Ley 39/2006.

También es unánime la opinión entre los profesionales y la literatura consultada que la puesta en marcha de la ley es un hito importante y, precisamente por eso, no desarrollarla en todo su potencial supone un cierto fracaso social y político.

Pero lo cierto es que se pueden, y deben, mejorar muchos aspectos: simplificar y "humanizar" los procesos administrativos, estandarizar protocolos de evaluación multidisciplinar, establecer pautas claras de revisión de situaciones que, de suyo, son dinámicas y cambiantes, limpiar el tejido normativo en el que se solapan distintas jurisdicciones y que no ayuda precisamente a una eficiente utilización de recursos limitados.

Por otro lado, el aspecto preventivo de la dependencia previsto en la ley ("promoción de la autonomía") está aún por desarrollar y es claro que su desarrollo y eficiente aplicación va a exigir de una mayor coordinación entre diversas áreas que se encuentran bajo diferentes responsables administrativos. Además, será necesario formar y reciclar a un importante número de profesionales que, de forma coordinada, lleven a cabo planes y actuaciones destinados a alargar la autonomía de las personas mayores. Enseñar a envejecer con calidad, además de una responsabilidad ética, es una forma de crecimiento sostenible que crea empleo y contribuye a una más eficiente utilización de los recursos disponibles.

De la investigación realizada se puede concluir que:

- La sociedad española y la aragonesa han tomado conciencia de la necesidad de atender la dependencia de los mayores.
- Este paso es importante.
- El legislador al dar el primer paso lo ha hecho de forma poco definida
- La publicación de la ley ha coincidido con el desencadenamiento de una grave crisis global financiera y social.
- La motivación y espíritu de la ley no se ven reflejados en la aplicación de sus preceptos.
- La utilización de los limitados recursos puede optimizarse mediante una adecuada coordinación de los sistemas implicados y sus reglamentaciones.
- Esta coordinación resulta esencial para dilatar al máximo la aparición de la dependencia, trabajando en su prevención.
- Con el alargamiento que, en consecuencia, experimentaría la autonomía, los recursos limitados permitirían atender el desarrollo de servicios que, hoy en día, son "cambiados" por prestaciones económicas que no aseguran la total calidad del dependiente.

Por todo ello, podemos afirmar que se verifican las hipótesis formuladas en este trabajo:

- a) la atención, de forma integral e integrada, a las personas en situación de dependencia demanda una adecuada coordinación sociosanitaria que hoy no se está produciendo.
- b) los objetivos de mejora en la atención a las personas mayores en situación de dependencia mediante la oferta de servicios y atención profesional no se está cumpliendo.

3. SITUACIÓN EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES, 2013

Vamos a tratar de analizar los cambios ocurridos en el período que va desde el año 2011, fecha en la que terminamos el Trabajo Fin de Máster en Gerontología Social, hasta la actualidad para ver cómo los cambios normativos y presupuestarios han incidido en las necesidades de atención de los mayores dependientes en las dos hipótesis entonces planteadas y que ahora intentaremos de nuevo validar.

- c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada (Art.3, LAPAD) demanda una adecuada coordinación sociosanitaria, que actualmente no se está produciendo.
- d) Los objetivos de mejora en la atención a las personas mayores en situación de dependencia mediante la oferta de servicios y una atención profesional, no se está cumpliendo.

Para analizar la actual situación de la aplicación de la Ley 39/2006, vamos a tratar de averiguar cómo ha ido evolucionando desde el mes de Junio de 2011, a través de la documentación publicada y los informes de evaluación: el primero llevado a cabo por el Gobierno saliente de Rodríguez Zapatero en Noviembre de 2011 y que analiza los datos entre el 1 de enero de 2007 y finales de 2010, el mismo período que nosotros estudiamos en el trabajo base y el segundo por el Gobierno entrante de Rajoy en Enero de 2012. También repasaremos los cambios normativos y presupuestarios puestos en marcha desde las elecciones generales y examinaremos la documentación que los distintos expertos en el tema han publicado desde 2011.

A esta revisión bibliográfica uniremos las opiniones de profesionales expertos que trabajan en el ámbito de la dependencia y que nos aportarán su visión de cómo afectan a los usuarios dependientes y sus familias todas estas cuestiones.

3.1. Coordinación Sociosanitaria

“La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada (Art.3, LAPAD) demanda una adecuada coordinación sociosanitaria, que actualmente no se está produciendo”.

Esta era nuestra primera hipótesis en el trabajo base que, como también hemos visto en epígrafes anteriores, validábamos en el principio del verano de 2011, señalando que no existía un planteamiento nacional de coordinación entre sistemas, lo que dificultaba las políticas de integración necesarias para el establecimiento de una correcta coordinación sociosanitaria.

También constatábamos que esta coordinación era muy demandada por los/las profesionales del ámbito social y sanitario y que la entrada en vigor de la LAPAD 39/2006, parecía una buena oportunidad para conseguirlo, cosa que hasta ese momento no había ocurrido.

Aunque la propia Ley hace alusión a la coordinación sociosanitaria en varios artículos (11, 3, 21) se elude un planteamiento a nivel nacional y no se establecen estrategias de coordinación a nivel estatal.

En el Informe del Gobierno de noviembre de 2011, se puede confirmar: “De la normativa sanitaria, la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que se establece en cumplimiento de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, no incluye explícitamente las prestaciones sociosanitarias que establecía la mencionada Ley” (p.88), observación que queda clara en el análisis de la situación de nuestro anterior estudio y que el informe reconoce en su análisis normativo.

Por otro lado y en páginas siguientes del mismo informe se alude a programas sociosanitarios que en las distintas Comunidades Autónomas se llevan a cabo e inciden de diversa forma en la prevención de la dependencia, la promoción de la autonomía y la protección a las situaciones de dependencia, algunos ejemplos de estos programas pueden verse en la Tabla 2 (pág. 17 de este mismo trabajo).

La falta de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios ha sido uno de los aspectos más criticados por parte de los proveedores de servicios en el informe. Los proveedores no lucrativos proponen como medidas “mejorar dicha coordinación a nivel de ambulatorios y centros de salud y potenciar el aspecto sanitario de los centros residenciales incorporando también cuidados paliativos”.

Los proveedores mercantiles plantean la necesidad de incorporar la “gestión de casos” y la figura del gerente sociosanitario apoyado en un equipo multidisciplinar que defina caso a caso las necesidades de los beneficiarios en una doble vertiente social y sanitaria.

Del mismo modo, dice el informe, se considera necesario comenzar definiendo perfiles sociosanitarios básicos para ir avanzando hacia modelos más precisos implicando a sanidad en dicho proceso (p. 521).

Las medidas de ajuste para la reducción del déficit, comenzaron las reformas del Sistema Nacional de Salud, en la última etapa del Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero, poco antes de las Elecciones Generales de noviembre de 2011.

El Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, menciona la coordinación sociosanitaria en el Capítulo III artículo 8 y se anuncia el establecimiento de una estrategia.

- Artículo 8. *Elaboración de la Estrategia de Coordinación de la Atención Sociosanitaria.*

A fin de incidir en la mejora de la calidad de la atención a las personas que reciben servicios sanitarios y de atención social, el Gobierno a través del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con la participación de las Mutualidades de funcionarios, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, elaborará una Estrategia de

Coordinación de la Atención Sociosanitaria, que contará con la colaboración de las organizaciones ciudadanas, los profesionales y las empresas del sector.

La Estrategia incorporará objetivos de coordinación de los servicios sanitarios y de atención social, objetivos de mejora de la calidad y la eficiencia y objetivos ligados al impulso de la innovación en este ámbito y de generación de empleo.

La Estrategia estará elaborada antes de seis meses a partir de la entrada en vigor del presente Real Decreto-ley, tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal que permitan su seguimiento, la valoración de resultados y la eventual incorporación de nuevas medidas.

3.1.1. Algunas Novedades

Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria, 2011

Otro hecho a tener en cuenta y que se esperaba con mucho interés por parte de los profesionales e investigadores es el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria, propuesto en una reunión del Consejo Territorial celebrada en febrero de 2010. El 19 de diciembre de 2011, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a través del IMSERSO y por parte de su Directora General Purificación Causapié, se presentó por fin el esperado libro, que vio la luz con el Gobierno en funciones y a dos días de la toma de posesión del nuevo Gobierno.

Se trata de un documento de reflexión y análisis estructurado en dos partes:

En el primer bloque de contenidos se presentan los datos de un estudio sobre el estado actual de la coordinación social y sanitaria a escala estatal e internacional que pretende servir de base a responsables políticos y técnicos para que dispongan de elementos concretos con los que avanzar en la articulación de la misma en sus respectivos ámbitos territoriales, garantizar el principio de continuidad en la asistencia y asegurar la prestación eficiente de servicios adaptados a las necesidades que presentan los pacientes crónicos y dependientes en nuestro país.

El segundo bloque recoge recomendaciones para facilitar su implementación además de describir aquellas experiencias exitosas que se están llevando a cabo en las distintas comunidades autónomas y que pueden ayudar a fomentar la colaboración institucional y servir como modelo para su extensión.

La dirección técnica del Libro Blanco ha sido compartida por la Dirección General del IMSERSO y la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, contando con la participación de las comunidades autónomas.

Emilio Herrera, Director General de Enterprising Solutions for Health, responsable del equipo que ha desarrollado técnicamente el proyecto, afirma en una entrevista para el grupo editorial Sanitaria 2000, que la situación actual de la coordinación sociosanitaria, es heterogénea y parcial. Heterogénea, porque depende mucho del enfoque que se haya hecho en el territorio concreto del que estemos hablando, no siendo uniforme ni la planificación ni la aplicación práctica en todas las CCAA; y parcial, porque respecto de todos los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de implantar un verdadero modelo o sistema de atención sociosanitaria (como por ejemplo, la normativa o las estructuras organizativas, pasando por los procesos y protocolos hasta los sistemas de información o la financiación), algunos se han desarrollado –en mayor o menor medida- y otros no (Herrera, E., 2012).

El sector fue muy crítico con la forma, sin presentación a la prensa ni anuncio a los agentes implicados en su elaboración, y con el fondo: no parece convencer al limitarse a “una recopilación de datos”.

“La Secretaria del Sector Salud, Sociosanitario y Dependencia de UGT, Pilar Navarro, aseguró tajante que ‘no es el Libro Blanco que todos esperábamos, porque de ser así, sería una tristeza’. En esta línea, afirma que ‘falta todo por desarrollar y no hay compromiso de las partes` para ninguna acción, lo que invalida, en su opinión, esta ‘mera recopilación de datos y reflexiones`”. (Márquez, 2012, Redacción Médica).

Estatuto del Mayor y Espacio Común Sociosanitario

El 13 de noviembre de 2012 la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, durante su intervención en el Pleno del Congreso de los Diputados para defender el Presupuesto para 2013 para el Ministerio, anunció la intención de impulsar un Espacio Común Sociosanitario, "Es mi intención trabajar con todos los agentes sociales e institucionales para poner en marcha, por primera vez en España, un Espacio Único Sociosanitario con el que ofrecer un nuevo enfoque coordinado en la prestación de servicios del Bienestar".

El borrador del Estatuto del Mayor en el que está trabajando el Gobierno incluye, entre otras cosas, la creación, de ese espacio sociosanitario. Mato ha definido este documento como "una guía para la elaboración de las políticas públicas orientadas a promover un envejecimiento saludable y a prevenir situaciones de dependencia".

En la clausura de el "Día Europeo de la Solidaridad entre Generaciones" la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, ha recibido de manos de las asociaciones de mayores el primer borrador del Estatuto del Mayor, que, como explicó después, "no ha sido redactado por el Gobierno y después trasladado a las asociaciones", sino que son ellas "quienes están trabajando para hacerlo realidad", labor que agradeció.

Esta nueva norma supondrá, en palabras de la ministra, "un avance decisivo en la garantía de los derechos de las personas mayores, y pone de manifiesto nuestro reconocimiento del papel que desempeñan en la sociedad".

"El Estatuto del Mayor será un avance decisivo para reconocer los derechos de los mayores y reconocer su papel en la sociedad".

La ministra recordó que este estatuto es ahora más necesario que nunca, pues el porcentaje de mayores de 64 años es del 17 por ciento de la población, y las previsiones del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que el porcentaje se duplicará en 2049.

La representación de las Instituciones Europeas en España y el IMSERSO han promovido diversas herramientas de difusión de este Año Europeo, entre las que se encuentran: el espacio Web del AE 2012 en España, en la que se exponen todas las actividades y transmite la información, comparte experiencias, etc.; la página en Facebook, como herramienta de difusión y participación, así como diverso material audiovisual que contribuya a la sensibilización social sobre el envejecimiento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Notas de Prensa, 2012).

3.1.2. Reformas legislativas del ámbito sanitario

El Sistema Nacional de Salud, resultado del esfuerzo de generaciones, se origina a partir del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, consagrado en la Constitución Española. (Art. 43)

Posteriormente desarrollado en la Ley General de Sanidad de 1986 (14/1986), Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional Sanitario, finalmente la Ley 33/2011 General de Salud Pública agrupa los servicios y prestaciones en materia de Salud Pública (Pueyo, P. 2012).

Los principios de este derecho a la protección de la salud se concretan en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento de uso.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral (bio-psico-social) de la salud procurando altos niveles de calidad evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la Salud en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones

sanitarias que, de acuerdo con la Ley son responsabilidad de los poderes públicos.

La población cubierta por el sistema, hasta la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012: todos los españoles y extranjeros en el territorio en los términos previstos en la LO 4/2000, los nacionales miembros de países de la Unión Europea, los nacionales de otros países según tratados y convenios suscritos.

Para ayudar a conseguir el objetivo de déficit marcado por Europa y conseguir un ahorro de 7000 millones se inició la gran reforma del Sistema Nacional de Salud, mediante el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, sintetiza y analiza las principales reformas que se implementan con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, en un documento publicado en su página web el 01/5/2012. Nosotros vamos a sintetizar las más importantes y analizar las que tienen un efecto más directo sobre la población objeto de estudio: los mayores dependientes.

3.1.2.1. Principales Modificaciones

Regulación de la condición de asegurado a efectos de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios.

El capítulo primero del RDL 16/2012 cambia el concepto de titulares de derechos, por la condición de asegurado, lo que pone en cuestión el derecho de ciudadanía para tener acceso universal al Sistema Sanitario Público. La nueva norma cambia las reglas: garantizará la asistencia a quien pueda acreditar "condición de asegurado" o de pobreza.

"Para algunos expertos esta modificación retrotrae el sistema sanitario a un modelo de aseguramiento similar al vigente en los años setenta y principios de

los ochenta; antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad, de 1986. La sanidad deja de ser pública, universal y gratuita para todos los ciudadanos y se convierte en una sanidad solo para los asegurados y la beneficencia. La salud para quien la cotiza". (Rincón, R., G. Sevillano, E., R. Sauquillo, M., 2012).

Reforma de la cartera de servicios en 3 modalidades (básica, suplementaria y accesoria), introduciendo copagos en la accesoria y complementaria.

- ❖ Básica, comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, siendo cubiertos de forma completa por la financiación pública.
- ❖ Suplementaria, incluye todas las prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria: prestaciones farmacéuticas, ortoprotésica y con productos dietéticos, así como el transporte sanitario no urgente, estando sujetas a aportación por el usuario en los términos regulados para la prestación farmacéutica, aunque sin aplicación de los límites previstos para aquélla.

"La prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, que antes se abonaba y posteriormente los Servicios de Salud reintegraban las cantidades, y los productos dietéticos, que sólo estaban incluidos en los casos de obesidad mórbida, ahora parece que quedan excluidos. Y sobre todo, la principal variación la supone el transporte sanitario no urgente, que tendrá el mismo nivel de aportación por parte del usuario como la prestación farmacéutica" (CCOO, 2013).

- ❖ De servicios accesorios, recoge todas aquellas actividades, servicios o técnicas que no se consideran esenciales pero que ayudan a la mejora de una patología crónica, quedando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario (CEF Laboral Social, 2012).

Prestación farmacéutica del SNS, que van desde la forma de su prescripción hasta su financiación.

El copago farmacéutico modifica la participación de los usuarios y sus beneficiarios en el pago de la prestación farmacéutica. La aportación del usuario será proporcional a su nivel de renta (cantidad consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF), con arreglo a distintos porcentajes en función de la renta con topes máximos de aportación, con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico.

Repercusiones

La reforma sanitaria desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por medio del Real Decreto-ley 16/2012 ha incidido directamente en la población mayor.

La reforma de la cartera de servicios con el copago en la suplementaria: prestaciones farmacéuticas, ortoprotésica, productos dietéticos, y el transporte sanitario no urgente, incide directamente en la calidad de la atención que reciben los pensionistas, que está empeorando.

Aunque la afección a la salud está todavía por determinar, algunos de los efectos a corto/medio plazo ya se pueden apreciar.

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública publicó el pasado mes de febrero un informe que analiza las repercusiones del copago sobre la utilización de medicamentos por los pensionistas. Para averiguar las repercusiones se llevaron a cabo encuestas (992) realizadas por 30 médicos de familia de la Comunidad de Madrid, seleccionados entre Centros de Salud que cubrieran las diferencias socioeconómicas de la Comunidad y pacientes seleccionados de manera aleatoria, recogidas entre Noviembre y Diciembre de 2012 (antes de la implantación del euro por receta).

Algunas de sus conclusiones dejan claro que el copago tiene una clara repercusión en cuanto a la disminución de la renta disponible, en un 11,18% de promedio mensual.

El 16,83% de los pensionistas no retiraron alguno de los medicamentos prescritos a partir del establecimiento del copago, en el caso de las rentas más bajas (inferiores a 400 euros) fueron el 27,29%.

“El estudio demuestra que el copago en los pensionistas ha producido el efecto esperado, y ya objetivado en otros países, es decir los pensionistas han dejado de consumir medicamentos prescritos, en porcentaje mayor según menor es su nivel de renta, por lo que ha perjudicado sobre todo a los más pobres.

El copago efectuado y las recetas no consumidas son la causa principal de la disminución del gasto por recetas evidenciado por las estadísticas oficiales, es decir no se ha reducido realmente el gasto sino que este se ha trasladado el gasto a los bolsillos de los pensionistas.

Por todo lo señalado queda claro que el objetivo del copago es fundamentalmente recaudatorio y que solo tienen efecto disuasorio en las personas con menor renta, a costa de su salud” (FADSP, 2013, p. 5).

Aportaciones de los profesionales entrevistados

El Director de un Centro de Salud, profesional al que también entrevistamos en 2011 para el trabajo base (E1), y que nos transmitía que la coordinación sociosanitaria, sobre todo en el medio rural, se producía de manera informal, nos transmitía que dos años después, la situación era la misma, que nos falta todavía mucho para realmente tener “una concepción holística del ser humano” y la falta de visión de futuro que caracteriza a nuestro sistema político no facilita la gestión coordinada de los servicios.

3.1.3. Conclusiones

Hemos estado analizando, en estas últimas páginas algunas de las medidas que, desde que terminamos el trabajo base en Junio de 2011, se han venido implementando hasta ahora.

Más que medidas se puede decir que son declaraciones de intenciones y para abordar la coordinación de servicios sanitarios y sociales de una manera seria, y que realmente mejore la atención integral de la población que la necesita, es necesario un desarrollo reglamentario y medidas como protocolos, equipos multidisciplinares con formación especializada, distribución competencial entre administraciones, determinación de cartera de servicios y por supuesto financiación.

La coordinación sociosanitaria, concluíamos en el año 2011, es necesaria y urgente, y así lo habían manifestado los distintos agentes del sector.

Actualmente la situación sigue siendo la misma.

El esperado Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria publicado a finales del año 2011, ha desilusionado al sector que lo ha considerado insuficiente por limitarse a una recopilación de datos y directrices vagas sin abordar una estrategia conjunta a nivel nacional que garantice una verdadera atención integral a los usuarios.

La cobertura de la atención de las necesidades de los mayores dependientes pasa por que esta atención integral se produzca efectiva y eficazmente comprometiendo a las partes y esto actualmente no ocurre.

Sánchez Fierro (2012) en su artículo "Atención Sociosanitaria ¿Realidad o Proyecto?" sintetiza en unas interesantes consideraciones finales la actualidad de la coordinación y concluye que "la atención sociosanitaria no ha avanzado significativamente en España".

El compromiso manifestado por la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad respecto a la creación de un Espacio Sociosanitario, en Noviembre de

2012, está pendiente de establecer en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en el territorial de la dependencia medidas concretas y el establecimiento de la Cartera de Servicios.

El repaso a la reforma sanitaria también nos ha aclarado que la atención más puramente sanitaria que no abordábamos en el primer trabajo, ha ido empeorando progresivamente y el establecimiento del copago en la cartera suplementaria ha incidido directamente en el bolsillo, ya muy mermado de los pensionistas, ya hemos señalado que las repercusiones en la salud e incluso en la morbilidad están por ver.

Por todo lo señalado y aunque no haya evidencia cuantitativa y constatable toda la normativa analizada y la información recogida serían suficientes para validar la hipótesis planteada: la atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada (Art. 3, LAAD) demanda una adecuada coordinación sociosanitaria, que actualmente no se está produciendo.

Se puede concluir que la atención integral a las personas mayores dependientes, como concluíamos en 2011 está por desarrollar, y de momento solo existen “declaraciones de intenciones” y documentos vagos y difusos que no son suficientes para cubrir las necesidades sociosanitarias de la población, demandadas por los profesionales del sector.

3.2. Atención a la dependencia mediante servicios profesionales y de calidad, 2013

España destaca como uno de los países donde la tasa de personas mayores sobre el total de la población, será cercana al 32% en 2050, según datos de la oficina estadística de la Unión Europea (Eurostat).

Los cambios que este proceso de envejecimiento están conllevando en todas las generaciones y en la mayoría de las áreas de actividades sociales y económicas, han obligado a nuevos compromisos de protección y financiación. La aprobación de la LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que entró en vigor el 1 de Enero de 2007, obedece a uno de esos compromisos y uno de sus objetivos es proporcionar servicios de cuidado profesionales y de calidad a los dependientes, objetivos que como hemos podido constatar en el trabajo base, no se habían cumplido en 2011.

“Los objetivos de mejora en la atención a las personas mayores en situación de dependencia mediante la oferta de servicios y una atención profesional, no se está cumpliendo”.

Las conclusiones del primer trabajo validaban nuestra hipótesis y dejaban claro que los servicios eran insuficientes y que el alto número de prestaciones económicas, tanto las de cuidados en el entorno familiar (60,9%), como las vinculadas al servicio eran preponderantes en todo el territorio nacional y más en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Averiguar si las necesidades de atención han mejorado, desde principios del verano de 2011, centrándonos en la oferta de servicios de calidad es el objetivo de esta parte de la investigación.

Cronológicamente y partiendo de donde dejábamos el trabajo base, Junio de 2011, vamos a ir analizando las distintas actuaciones en esta materia, llevadas a cabo por las Administraciones.

3.2.1. Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. (Noviembre 2011)

El informe, como ya hemos dicho anteriormente, se llevó a cabo como aportación de la Administración General del Estado a la evaluación de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD). Lo lleva a cabo el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de conformidad con lo previsto en el apartado 4 de la disposición final primera de dicha norma.

El amplio informe (736 páginas), dividido en diez capítulos con unas conclusiones y líneas de actuación más anexos, incluye también un resumen ejecutivo y analiza los principales desarrollos e impactos de la LAPAD entre el 1 de enero de 2007 y finales de 2010. Entremezclados el análisis de procesos y el de impactos, los objetivos de análisis de procesos incluyen: el análisis normativo, el marco internacional, la consulta a las Comunidades Autónomas, Consejos Consultivos y la Federación Española de Municipios y Provincias, la estructura y análisis del gasto y financiación del SAAD, el desarrollo del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) y la gestión por la Administración General del Estado del SAAD. Entre los objetivos de análisis de resultados están los de tipo económico (impacto en la producción, empleo, fiscalidad y déficit público) y los de tipo social (la valoración que las personas beneficiarias del SAAD hacen de las prestaciones que reciben y, en general, del desarrollo de esta nueva política).

Ya hemos señalado que este informe coincide en el tiempo y en muchos resultados con el primer trabajo presentado en el mes de Junio de 2011. Nuestro trabajo se centraba en el análisis de la prestación de servicios profesionales desde la Red de Servicios Sociales, por las respectivas

Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados, servicios que la ley considera prioritarios.

En las conclusiones de dicho trabajo, quedaba claro que esto no ocurría y veremos que en este informe también se alude a esta cuestión, por parte sobre todo de los agentes sociales y económicos, consejos consultivos y organizaciones profesionales y proveedoras de servicios, consultados por la Administración en el informe (Capítulo VIII, pp. 472-533).

Lo primero que hay que hacer notar es que la valoración general del SAAD es muy positiva, todos los miembros de los Consejos Consultivos, se felicitan del desarrollo de un nuevo derecho subjetivo y universal y en esta cuestión el acuerdo es prácticamente unánime.

También es importante señalar que, en ese momento, la inmensa mayoría de los beneficiarios manifestaban un grado de satisfacción positivo, en la encuesta realizada a las personas beneficiarias y sus cuidadores, "valorando con una media de notable (3,4 sobre 5) el SAAD y con un notable alto las prestaciones recibidas, sobre todo la población con Grado 3, también las cuidadoras/es valoran positivamente el impacto de las prestaciones en su bienestar y en el de sus familiares (3,7 sobre 5)." (Rodríguez Cabrero, 2012, p.328).

Este hecho no impide que en el análisis y la evaluación de la aplicación de la LAAD 39/2006 hasta 2011, se destaquen varios problemas que hacen que las necesidades de atención de los dependientes y sus familias no hayan mejorado, con la entrada en vigor de la ley.

En el resumen ejecutivo del informe se destacan como problemas que producen un déficit en el desarrollo de la ley: "el haberse centrado en exceso el sistema en las prestaciones económicas en detrimento del desarrollo de los servicios y, dentro de éstos, el limitado desarrollo de los servicios de autonomía personal y prevención; plazos administrativos desiguales entre Comunidades Autónomas entre la valoración y el acceso efectivo a la prestación; la existencia de velocidades diferentes en el desarrollo del SAAD

entre las Comunidades Autónomas, lo cual afecta al principio de igualdad; una cooperación interadministrativa que se juzga insuficiente para contribuir con eficacia a la cohesión social y territorial; el papel subordinado de las Corporaciones Locales; un modelo de participación en los Consejos Consultivos del SAAD de carácter más informativo que proactivo; un sistema de financiación que, en parte, se considera insuficiente y que arroja dudas sobre su sostenibilidad futura, agudizadas por la crisis financiera y económica actual, a la vez que preocupa la transparencia financiera de las Administraciones Autonómicas. Adicionalmente preocupa la dispersión regulatoria en cuanto al copago y un sistema de colaboración pública y privada, mercantil y sin fin de lucro, que no acaba de encontrar estabilidad en su desarrollo” (p. 56).

De las dificultades señaladas una de las que más claramente vulneran el espíritu de la ley, es el excesivo número de prestaciones económicas, sobre todo las de cuidados en el entorno familiar (Ver Tablas 4 y 5, págs. 33 y 42).

La Ley, en su artículo 14 menciona la prioridad de los servicios que se prestarán a través de la oferta pública de la red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados y destaca la excepcionalidad de las prestaciones económicas.

A esta conclusión, llegábamos también en nuestra investigación base, volvemos a señalar que nuestro análisis y el de este informe coinciden en el tiempo y en muchas de las conclusiones.

Las razones que se aducen para ese sobredimensionamiento son:

“La preferencia de las prestaciones económicas respecto de los servicios debido a la baja oferta general de estos últimos, el elevado coste de algunos de ellos, la inadecuación de los servicios a las necesidades concretas de la persona afectada, el peso de las tradiciones de cuidado familiar y, más recientemente, el peso creciente de la libertad de elección en las personas con discapacidad y del ciudadano en general” (p. 57).

Se reconoce que la crisis económica y financiera y el coste inferior de las prestaciones económicas respecto de los servicios han favorecido esta deriva

Por último se hace mención de las modificaciones derivadas de las medidas extraordinarias tomadas para la reducción del déficit que mediante el *Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo*.

Estas modificaciones cambiaban el régimen de retroactividad de las prestaciones del SAAD, que pasó a devengarse sólo cuando la tramitación del procedimiento superara el plazo máximo de los seis meses (p. 15).

Por otra parte el nuevo baremo (*Real Decreto 174/2011*) entraba en vigor el 12 de Febrero de 2012, con la pretensión de mejorar el anterior y a partir de esa fecha, se convertía en el único instrumento aplicable en todo el territorio nacional.

3.2.2. Evaluación de resultados a 1 de Enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 3972006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia

Pasadas las elecciones generales y con el Gobierno del Partido Popular, presidido por Mariano Rajoy en el poder, se publicó un informe de evaluación, aprobado por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en su reunión de 10 de julio de 2012.

El informe de evaluación de estructura y contenido más escueto que el anteriormente analizado (73 páginas), se puede decir que sienta las bases de las posteriores reformas legislativas llevadas a cabo por la Administración Central, como veremos más adelante.

En la Introducción ya se puede ver qué aspectos se consideran básicos y sobre ellos se sustenta el análisis evaluativo.

“Con independencia de las aportaciones que se puedan incorporar por parte del propio Consejo Territorial y sus órganos consultivos, como primera propuesta consideramos que el análisis de resultados deberá hacerse sobre los siguientes aspectos del desarrollo de la aplicación progresiva de la Ley, no sólo de los tres primeros años, sino de los cinco primeros años de aplicación (2007/2011): Desarrollo Normativo, Calidad y Adecuación de la Cartera de Servicios, Procedimiento y Sistema de Información, Empleo, Aspectos Económicos” (pp. 3-4).

3.2.2.1. Puntos a destacar de la Evaluación

Desarrollo Normativo

Se caracteriza el desarrollo normativo de la ley como prolijo y confuso y se proponen ajustes para adecuar la normativa a la realidad de la situación de dependencia en todo el territorio nacional y establecer unos criterios comunes en lo que consideran aspectos básicos del Sistema de la Dependencia, como el Baremo de Valoración de las situaciones personales de Dependencia y los aspectos económicos del Sistema.

Calidad y Adecuación de la Cartera de Servicios

En cuanto a la calidad y adecuación de la Cartera de Servicios, se relaciona la mayor necesidad de atención y cuidados con los servicios o prestaciones que se deben asignar en el Programa Individual de atención (PIA), que deben ser más profesionales y preparados cuanto mayor sea el grado de dependencia.

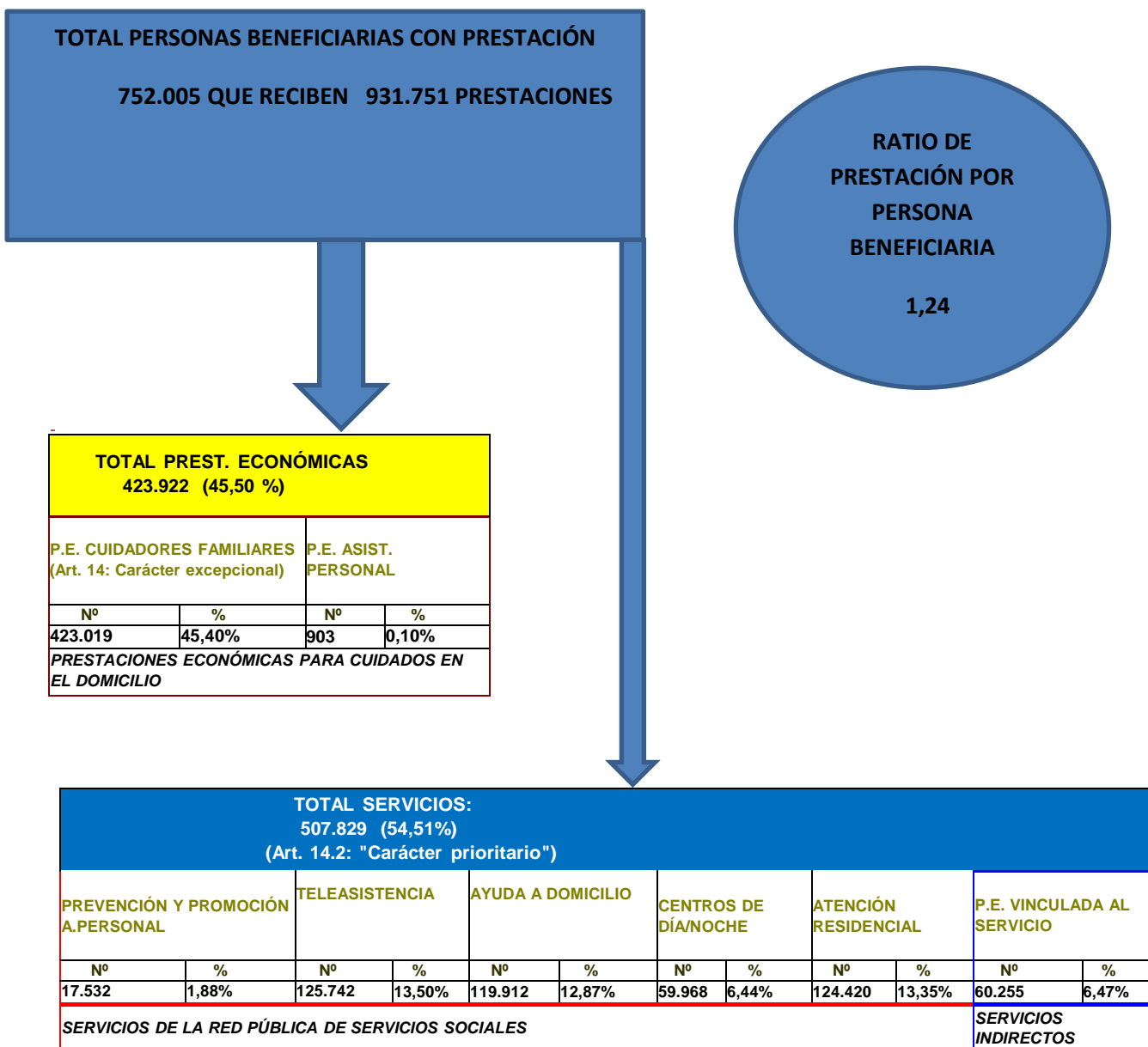
Para analizar la adecuación de los Servicios y Prestaciones a las situaciones personales de Dependencia, tomando datos del Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) cerrados a 31/12/2011 y analizados el 1 de Enero de 2012, se elabora un análisis de la situación por grados, en los diferentes niveles para un mismo grado para terminar con un análisis de la distribución del catálogo de servicios y prestaciones. La evaluación concluye que, en relación al total de personas

beneficiarias: la atención a las personas dependientes se realiza en un 80,19% en el entorno del domicilio, de los cuales un 54,5% se lleva a cabo con servicios de apoyo y el 45,5% restante por parte de los cuidadores familiares.

En relación a los grandes dependientes (Grado III): El 26% de la atención se realiza a través de atención residencial (ver esquema p. 71). Se califica como entramado complicado la estructura y clasificación de las situaciones de Dependencia que “no parece tener en la realidad una plasmación clara de las diferencias entre niveles, e incluso grados y niveles próximos, tanto en la valoración de las situaciones como en las prestaciones para atenderla” (p. 17) y se habla de importante infrautilización de la red de servicios sociales con experiencia consolidada.

Se propone como mejora “Simplificar y clarificar el actual entramado de Grados y Niveles, que condicionan el proceso de valoración de las situaciones de Dependencia, al no parecer que existan tantas diferencias tanto en el reconocimiento de las situaciones de Dependencia como en la forma de atenderlas en función de la asignación de las Prestaciones y Servicios.” (p. 18) y mejorar la adecuación entre las necesidades de atención de las personas dependientes y los servicios y prestaciones junto con un refuerzo de compromiso entre la Administración y el cuidador familiar y la formación básica necesaria.

RESUMEN DE LA DISTRIBUCIÓN ENTRE SERVICIOS Y PRESTACIONES PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS QUE RECIBEN PRESTACIONES SEGÚN EL CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PRESTACIONES DE LA LEY



Tomado de Evaluación de resultados a 1 de Enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 3972006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia(2012). Elaboración propia.

Procedimiento y Sistema de Información

El procedimiento se evalúa como complejo y falto de normas de desarrollo común que definan y unifiquen criterios. La falta de un modelo normalizado que permita una mejor gestión del procedimiento hace que las Comunidades Autónomas opten por formas y procedimientos diferentes en la tramitación y resolución de los expedientes, según sus características concretas.

La evaluación del sistema de información revisa cuestiones fundamentalmente técnicas relacionadas con problemas de coordinación, incompatibilidades y funcionalidades de sistemas.

Empleo

Respecto al empleo se critica que “De las 421.783 prestaciones económicas para cuidados familiares, por el 41,53% (175.161) el IMSERSO está abonando las cuotas de Seguridad Social, sin tratarse, la gran mayoría, de trabajadores profesionales incorporados al mercado laboral, por lo que esta prestación no conlleva, prácticamente, la generación de empleo” (p. 38). Se propone como mejora la revisión en profundidad de este sistema de altas.

Aspectos económicos del Sistema

Por último, la evaluación analiza los aspectos económicos de la dependencia y en relación con la aportación del usuario se recomienda homogeneizar la forma de determinación de la capacidad económica del usuario, para evitar las diferencias territoriales. Respecto a la aportación de la Administración General del Estado, se recomienda adecuar la aportación del Estado en los Presupuestos Generales del Estado (PGE), teniendo también en cuenta el tipo de servicio o prestación que reciba el dependiente, además del número de beneficiarios y su grado y nivel de dependencia.

En relación con la aportación de las Comunidades Autónomas, se insiste en prestar atención a las personas dependientes principalmente a través de la Red de Servicios Sociales, identificar en los presupuestos de las Comunidades Autónomas las partidas destinadas a la dependencia y como ya decíamos,

tener en cuenta los servicios que realmente reciben las personas dependientes, y por lo tanto su coste, en el reparto a las Comunidades de las cantidades de los Presupuestos Generales del Estado.

3.2.3. Cambios Normativos y Presupuestarios

Las políticas de contención del gasto social, que habían empezado en 2010, con el *Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público*, al que nos referíamos en puntos anteriores, se intensificaron con el cambio de ciclo político y bajo el supuesto dictado inapelable de la Comisión Europea y el BCE.

El Programa Nacional de Reformas de 2012 recogía esas medidas, desarrolladas en normativas urgentes bajo la forma de decretos- leyes, no pactadas entre los partidos políticos y los agentes sociales. (Rodríguez Cabrero, 2012).

La *Resolución de 13 de Julio de 2012 de la Secretaría de Servicios Sociales e Igualdad (BOE, 3 de agosto)* y el *RDL 20/ 2012 de 12 de julio de 2012, (BOE, 14 de julio de 2012)* definían la nueva política del SAAD.

Recordamos que en la evaluación llevada cabo con datos de 1 de Enero de 2012, se sentaban las bases para las nuevas medidas.

Las principales medidas tomadas son:

- a) Eliminación de los dos niveles para cada grado de dependencia.
- b) Reducción de las intensidades de protección del SAD (Servicio de ayuda a domicilio).
- c) Reducción de un 15% de las cuantías de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar.
- d) No reconocimiento del derecho a prestaciones económicas a los fallecidos durante el proceso.
- e) Aumento de la retroactividad del abono de las prestaciones económicas hasta ocho años.

- f) Eliminación de la Seguridad Social del cuidador familiar.
- g) Incremento de la aportación del usuario en función de su renta y patrimonio.
- h) Retraso de la entrada de las personas con dependencia moderada (Grado I) hasta el 1 de julio de 2015.
- i) Endurecimiento de las compatibilidades entre servicios.
- j) Se reduce en más de un 13% las cuantías que aporta la Administración Central a las Comunidades Autónomas.
- k) El ministerio reconoce que se dejan de inyectar al SAAD 850 millones de euros con el Real Decreto.

3.2.4. Análisis de las principales medidas

Rodríguez Cabrero, en su artículo "La Ley de la Dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?", publicado en Diciembre de 2012 en Gaceta Sindical. Reflexión y Debate, núm. 19 advierte:

Las consecuencias de este ajuste duro afectan a la cohesión social, al bienestar de las familias con personas en situación de dependencia y al devenir del Estado de bienestar. Todo ello implica refamiliarizar y reprivatizar el esfuerzo realizado en los últimos cinco años, trasladando de nuevo a las personas dependientes y sus familias una carga de cuidados que la sociedad española decidió asumir parcialmente como propia en 2006. (Rodríguez Cabrero, 2012, p. 333).

La Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, en su X Dictamen del Observatorio de la dependencia publicado en Enero de 2013, muy crítico con el actual desarrollo de la ley, resume los seis años de aplicación de la ley en cuatro fases:

1ª. Fase de inicio y desconcierto: Transcurre desde la aprobación de la Ley (diciembre 2006) hasta un año después, y se produce como consecuencia de su complejo desarrollo en cuanto a procedimientos, la diversidad de

Administraciones implicadas y el complicado anclaje del nuevo Sistema en las estructuras del Sistema de Servicios Sociales.

2ª. Fase de consolidación y expansión: Transcurre desde inicios del 2009 hasta finales de 2010, el desarrollo del SAAD en cuanto a volumen de gestión (solicitudes, valoraciones, PIAs,...) es frenético y dinámico. Más de 735.000 beneficiarios reciben una prestación o servicio en virtud de la Ley.

3ª. Fase de ralentización y estancamiento: Se inicia en mayo de 2011 con las elecciones autonómicas, el SAAD sufre una ralentización o estancamiento en el ritmo de solicitudes, valoraciones y beneficiarios. Durante el año 2011 apenas se mantiene la tasa de reposición de beneficiarios y disminuyen el número de los denominados "grandes dependientes".

4ª. Fase de retroceso y demolición: Se inicia con el mandato de Rajoy con los primeros recortes de derechos y de presupuesto, y se agudiza con el Real Decreto-ley 20/2012, que supone la práctica destrucción del SAAD y el retroceso de los derechos de las personas en situación de dependencia y de sus familias. En los últimos meses del año ya no se mantiene la tasa de reposición de beneficiarios, los recortes en el presupuesto se llevan a cabo en base a los fallecimientos, se amplían los plazos para recibir atención (2 años y medio) y se recortan prestaciones (15%) y presupuesto (850 millones de euros anuales) (X Dictamen Observatorio dependencia, 2013, p. 3).

Los problemas más importantes que evidencia el dictamen a partir de 2012, y a los que califica de crónicos son, "el limbo de la dependencia, un modelo de financiación insuficiente y territorialmente injusto, el sobredimensionamiento de la prestación económica para cuidadores familiares, y la falta de transparencia informativa". (X Dictamen Observatorio dependencia, 2013, p. 11).

El limbo de la dependencia

Se ha venido denominando por parte de algunos expertos, a la situación en la que quedan las personas que tienen reconocido un grado y nivel, que les

da derecho a recibir las prestaciones y servicios del Sistema, pero aún no se les ha aprobado el PIA que les permite recibir de manera efectiva estos servicios o prestaciones.

Esta desatención, señala el Dictamen es especialmente preocupante, en el ámbito de las personas mayores, objeto de este trabajo, ya que “muchas de ellas morirán sin la atención a la que tienen derecho”.

En Aragón el 30,4% de las personas con derecho reconocido a atención no la reciben Este limbo también varía considerablemente de unas comunidades autónomas a otras. Así, las Comunidades de Castilla y León (4,4%), Ceuta y Melilla (6,8%), La Rioja (10,7%), Cantabria (10,7%) y Navarra (12,1%) son los territorios que menos porcentajes de lista de espera presentan actualmente. Mientras, en otras comunidades el porcentaje del limbo de la dependencia está muy por encima de la media estatal. Es el caso de Canarias (50,9%), Baleares, (41,2%) Galicia (37,1%), Valenciana (33,4%) y Aragón (30,4%). (Heraldo, Europa Press, 24-1-2013 Edición digital).

Se alerta de que a pesar de que se aprecia un descenso de la desatención desde Diciembre de 2010, “es producto de un “espejismo estadístico” producido por las bajas resultantes por una parte de la modificación del calendario de la Ley, que retrasa el derecho de ser atendidos a los dependientes moderados hasta el 2015, lo que hace que aquellas personas en situación de dependencia valoradas con grado I, que les otorgaba el derecho a ser atendidos, a partir del *Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público*, salieron del “Limbo de la Dependencia” al perder el derecho a ser atendidos; además de la baja de aquellas personas que durante todos esos meses han ido falleciendo” (X Dictamen, 2013, p. 8).

Modelo de financiación

Preocupa especialmente comprobar cómo la financiación estatal para el nivel mínimo, que garantiza la igualdad de toda la población en cualquier parte de territorio, se va distanciando de las prestaciones y los servicios.

Sobredimensionamiento de la prestación económica para cuidadores familiares

El 54% de los beneficiarios recibe la prestación económica por cuidados en el entorno familiar. En nuestro trabajo base ya alertábamos de que la excepcionalidad se había convertido en regla y los datos de Junio de 2011 nos daban un 46,8% de estas prestaciones en España y un 63,3% en Aragón.

Falta de transparencia informativa

Problema que se viene denunciando desde hace tiempo y que tiene que ver con las deficiencias del Sistema De Información del SAAD y los incumplimientos de los acuerdos en esta cuestión del Consejo territorial.

3.2.5. Análisis de los Datos: Evolución de la situación desde el 1 de Junio de 2011 al 30 de Abril de 2013

Vamos a tratar de analizar la evolución de algunos de los datos partiendo de los últimos analizados en el trabajo base en Junio de 2011, hasta los últimos actualizados correspondientes al 30 de abril del año en curso. Todos los datos son los publicados por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a través del IMSERSO y disponibles en su página web.³

Cuestiones técnicas a tener en cuenta

En la última actualización mensual (30 de Abril) se advierte que además de la regularización habitual en el primer trimestre del año 2013, se ha realizado una regularización específica de la información contenida en el Informe de fiscalización de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, elaborado de oficio por el Tribunal de Cuentas, donde se recogía la existencia de más de 25.000

³ Todos los datos se han recuperado entre los días 24 y 31 de mayo de 2013 de <http://www.dependencia.imserso.es>

expedientes de personas incorporadas al sistema, en torno a 1,7% de las solicitudes recibidas en los que se habían detectado diferentes situaciones a comprobar (fallecimientos, DNI erróneos, duplicados, comprobación de prestaciones, etc.). Analizada minuciosamente esta información se ha actuado para averiguar la situación de los datos de los expedientes y se han regularizado un total de 13.110 de tales expedientes, encontrándose pendientes de algún trámite los 12.696 restantes.

Este proceso ha tenido un importante impacto en las estadísticas, ya que ha supuesto un excepcional aumento en el número de bajas durante este trimestre, afectando a un total de 6.213 expedientes. Estas bajas no se refieren, a la gestión del presente trimestre, sino que se asocian con expedientes cuya baja debiera haberse producido en el período 2007 a 2011. Además, se trata de bajas que afectan a todas las fases del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia, es decir, a las solicitudes presentadas, a las resoluciones de valoración y a las personas con prestación reconocida, lo que ha producido un descenso en todos estos datos.

Cómo se están cubriendo las necesidades de la población dependiente se refleja en los datos estadísticos que el SISAAD publica mensualmente. Vamos a intentar analizar algunos de ellos para averiguar cómo han evolucionado desde 2011 hasta 2013.

Recordamos que el proceso para conseguir el reconocimiento del derecho a la dependencia puede dividirse en dos fases:

1ª Fase: Incorpora la recepción de solicitudes, valoración, dictamen de grado y nivel y termina con el reconocimiento del derecho a prestación a los que han obtenido el grado y nivel dentro de los límites de aplicación de la ley en cada momento.

2ª Fase: Elaboración del PIA (Plan individual de Atención) y adjudicación de las prestaciones “adecuadas a las necesidades” según grado y nivel.

1ª Fase: Solicitudes, valoración, dictámenes y reconocimiento del derecho a prestación.

El proceso comienza con la recepción de solicitudes:

Como se puede ver en la Tabla 6, en Junio de 2011 en España se habían presentado 1.498.673 solicitudes de valoración, de las cuales 47.487 correspondían a nuestra Comunidad Autónoma.

Con los datos del 31 de abril de 2013 en el cómputo total se puede apreciar que a nivel nacional han aumentado las solicitudes hasta un total de 1.627.255.

En Aragón el número de solicitudes ha disminuido en 745, también han disminuido las solicitudes de Castilla - La Mancha, Comunidad Valenciana y Navarra.

En el año 2011 Aragón tenía un porcentaje de solicitudes en relación a su población del 3,53%, el 7º puesto en relación a las demás CCAA, (se habían tramitado 47.487 solicitudes), actualmente el porcentaje ha disminuido a un 3,46 (46.742 solicitudes) y Aragón ha pasado a ocupar el puesto número 10 en el ranking de las CCAA, como se puede observar en la Tabla 7. Antes Aragón estaba ligeramente por encima de la media española, ahora está prácticamente en la media, 3,46 frente a 3,44%.

Tabla 6. Solicitudes en relación a la población de las CCAA: Comparación Junio 2011/Abril 2013

Ámbito Territorial	Nº solicitudes Junio 2011	Población CCAA 2011	Nº solicitudes Abril 2013	Población CCAA Abril 2013
Andalucía	395.577	8.370.975	400.104	8.449.985
Aragón	47.487	1.347.095	46.742	1.349.467
Asturias	33.935	1.084.341	34.777	1.077.360
Balears	22.914	1.106.049	24.126	1.119.439
Canarias	33.772	2.118.519	40.071	2.118.344
Cantabria	22.570	592.250	23.969	593.861
Castilla y León	82.917	2.559.515	103.840	2.546.078
Castilla-L M	89.146	2.098.373	88.504	2.121.888
Cataluña	243.856	7.512.381	277.824	7.570.908
C. Valenciana	108.034	5.111.706	106.144	5.129.266
Extremadura	41.399	1.107.220	47.260	1.108.130
Galicia	83.945	2.797.653	85.578	2.781.498
Madrid	127.500	6.458.684	173.748	6.498.560
Murcia	50.534	1.461.979	54.152	1.474.449
Navarra	18.170	636.924	17.373	644.566
País Vasco	80.560	2.178.339	84.659	2.193.093
Rioja (La)	12.829	322.415	14.495	323.609
Ceuta y Melilla	3.528	156.613	3.889	164.820
TOTAL	1.498.673	47.021.031	1.627.255	47.265.321

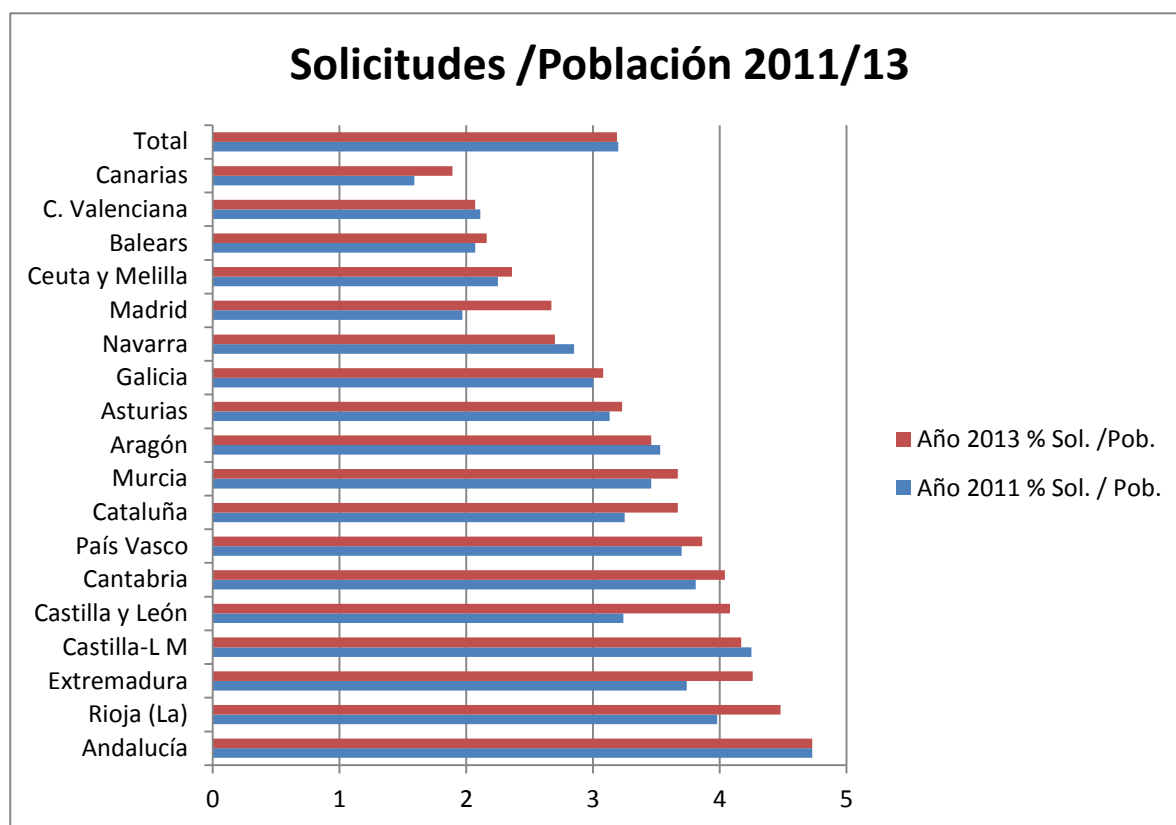
Fuente: SAAD-IMSERSO. Elaboración propia

Tabla 7. Solicitudes en relación población CCAA, %. Evolución 2011/2013

Ámbito Territorial	Año 2011 % Sol. / Pob.	Año 2013 % Sol. /Pob.
Andalucía	4,73	4,73
Rioja (La)	3,98	4,48
Extremadura	3,74	4,26
Castilla-L M	4,25	4,17
Castilla y León	3,24	4,08
Cantabria	3,81	4,04
País Vasco	3,70	3,86
Cataluña	3,25	3,67
Murcia	3,46	3,67
Aragón	3,53	3,46
Asturias	3,13	3,23
Galicia	3,00	3,08
Navarra	2,85	2,70
Madrid	1,97	2,67
Ceuta y Melilla	2,25	2,36
Balears	2,07	2,16
C. Valenciana	2,11	2,07
Canarias	1,59	1,89
Total	3,20	3,19

Fuente: SAAD-IMSERSO. Elaboración propia

Gráfico 1. Solicitudes en relación a la población CCAA, Porcentajes Evolución 2011/2013



Fuente: SAAD-IMSERSO. Elaboración propia.

Dictámenes

La valoración de las solicitudes recibidas se realizó en 2011 mediante el baremo vigente en ese período (Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, BOE núm. 96). En Febrero de 2011 se modificó por medio del Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, BOE, núm. 42 y entró en vigor doce meses después, el 19 de febrero de 2012, por lo que las valoraciones realizadas a partir de su entrada en vigor se han hecho de acuerdo a este nuevo baremo.

Para analizar la eficacia del sistema en su primera fase nos fijaremos en el porcentaje de los dictámenes emitidos sobre las solicitudes recibidas, cuestión que ha mejorado ligeramente en España: hay un 93,6% de dictámenes emitidos en 2013 mientras en el año 2011 el porcentaje era de un 93,5%. En Aragón, en cambio, ha aumentado más el porcentaje de Dictámenes sobre las solicitudes, de 92,1% en 2011 a 97,3 en 2013. (Ver Tabla 8). "Ha mejorado la eficacia en esta parte del proceso, quizás porque se ha reducido el número de solicitudes recibidas y, sin embargo, ha aumentado el número de dictámenes."

Tabla 8. Dictámenes y Solicitudes: Comparación Junio 2011/Abril 2013

Ámbito Territorial	Sol. 2011	Dict. 2011	% Dic./Sol. 2011	Sol. 2013	Dict. 2013	% Dic./Sol. 2013
Andalucía	395.577	365.131	92,3%	400.104	356.889	89,20
Aragón	47.487	43.721	92,1%	46.742	45.475	97,29
Asturias	33.935	28.267	83,3%	34.777	32.776	94,25
Balears	22.914	20.0804	90,8%	24.126	23.412	97,04
Canarias	33.772	29.272	86,7%	40.071	29.758	74,26
Cantabria	22.570	22.480	99,6%	23.969	23.940	99,88
Castilla León	82.917	77.432	93,4%	103.840	98.854	95,20
Castilla-LM	89.146	79.125	88,8%	88.504	84.118	95,04
Catalunya	243.856	239.246	98,1%	277.824	269.410	96,97
C.Valenciana	108.034	104.246	96,5%	106.144	104.210	98,18
Extremadura	41.399	36.908	89,2%	47.260	45.341	95,94
Galicia	83.945	72.633	86,5%	85.578	82.393	96,28
Madrid	127.500	122.980	96,5%	173.748	168.396	96,92
Murcia	50.534	49.238	97,4%	54.152	43.937	81,14
Navarra	18.170	17.102	94,1%	17.373	16.872	97,12
País Vasco	80.560	76.601	95,1%	84.659	79.684	94,12
La Rioja	12.829	12.807	99,8%	14.495	14.494	99,99
Ceuta Melilla	3.528	3.295	93,4%	3.889	3.759	96,66
Total	1.498.673	1.401.288	93,5	1.627.255	1.523.718	93,6

Fuente: SAAD-IMSERSO. Elaboración propia.

La elaboración del dictamen tiene como consecuencia la adjudicación de uno de los tres grados de dependencia (III, II, I) o de ninguno de ellos si el dependiente baremado no alcanza la puntuación requerida para dar entrada al sistema. Desde la última reforma se han eliminado los dos niveles por cada grado y se ha retrasado la entrada en el sistema de los dependientes moderados (Grado I) hasta el año 2015. Así que nos vamos a fijar en la evolución de los grados III y II y las diferencias entre España y nuestra Comunidad Autónoma.

Se han emitido un mayor número de dictámenes a nivel nacional (8,7% más) que en 2011. Pero los dictaminados con Grado III han disminuido en un

12,7% y los del Grado II han aumentado únicamente 5,6% (ver Tabla 9). A falta de un análisis detallado, esto debe indicar que han aumentado los dictámenes de Grado I y quizás los que no alcanzan el umbral de entrada. El endurecimiento en la aplicación del nuevo baremo es una posible explicación del cambio en los Grados reconocidos.

Tabla 9. España: Evolución Dictámenes

Ámbito territorial	Dictámenes	Grado III	Grado II
España 2011	1.401.288=100,0	435.664=100,0	427.699=100,0
España 2013	1.523.718=1008,7	380.226=87,3	451.780=105,6

Fuente: SAAD-IMSERSO. Elaboración propia

En Aragón han aumentado los dictámenes sólo un 4%, pero los dependientes valorados con Grado III han disminuido un 23,8% (11,7 puntos porcentuales de diferencia con España) y los valorados con Grado II solo han aumentado un 0,6%, 5 puntos menos que en España. Las diferencias entre Aragón y España son notables: hay un menor aumento de dictámenes que en España y, además, el Grado III se ha reducido de un modo considerable y el Grado II ha aumentado bastante menos que en el conjunto nacional y aún compensa menos la reducción en dictámenes de Grado III.

Tabla 10. Aragón: Evolución Dictámenes

Ámbito territorial	Dictámenes	Grado III	Grado II
Aragón 2011	43.721=100	14.617=100,0	13.533=100,0
Aragón 2013	45.475=104	11.142=76,2	13.619=100,6

Fuente: SAAD-IMSERSO. Elaboración propia

2ª Fase: Elaboración del PIA y adjudicación de prestaciones

Una vez dictaminado el grado de dependencia, se elabora el Plan Individual de Atención y se adjudican las prestaciones a los dependientes a los que se ha reconocido derecho.

En 2011 el 72,40% de los dictámenes emitidos en España (ver Tabla 11) generaban derecho a prestaciones, el 27,6% no: 1.014.558 personas eran

beneficiarios del derecho, que solo recibían efectivamente 856.413 personas (84,4%), los 15,6% restantes, 158.145 personas, estaban en lo que se ha dado en llamar “limbo de la dependencia”, que significa que se tiene derecho a la prestación, pero no se recibe efectivamente.

En Aragón los dictámenes tenían como beneficiarios a 32.858 personas con derecho a prestación (75,15%). Esto colocaba a Aragón en mejor situación que la media española. Solo un 24,8% de los dictámenes en Aragón eran negativos frente al 27,6 en España. Pero, a la hora de recibir efectivamente la prestación, Aragón quedaba casi 10 puntos por debajo con un 25,4% de los dependientes con derecho reconocido esperando una prestación en el “limbo de la dependencia” frente a solo un 15,6 en España.

Tabla 11. Dictámenes, derecho a prestaciones y prestaciones efectivas Junio 2011.

Ámbito Territorial	Dict. 2011	Dcho. a prest.	% Dcho. Prest. / Dict. 2011	Prest. efectivas 2011	% Prest. Efectivas/ Personas con Dcho.
Andalucía	365.131	263.543	72,18	241.051	91,46
Aragón	43.721	32.858	75,15	24.515	74,60
Asturias	28.267	19.457	68,83	15.715	80,76
Balears	20.0804	16.414	78,90	10.482	63,86
Canarias	29.272	24.238	82,80	9.844	40,61
Cantabria	22.480	17.047	75,83	15.071	88,40
Castilla León	77.432	59.020	76,22	58.288	98,75
Castilla-LM	79.125	54.143	68,43	53.062	98,00
Catalunya	239.246	175.598	73,40	140.346	79,92
C.Valenciana	104.246	72.456	69,50	50.522	69,72
Extremadura	36.908	26.336	71,36	18.898	71,75
Galicia	72.633	58.605	80,69	31.901	54,43
Madrid	122.980	84.860	69,00	89.160	105,06
Murcia	49.238	39.170	79,55	31.727	80,99
Navarra	17.102	10.932	63,92	9.317	85,22
País Vasco	76.601	49.314	64,38	43.585	88,38
La Rioja	12.807	8.496	66,34	10.708	126,03
Ceuta Melilla	3.295	2.071	62,85	2.221	107,24
Total	1.401.288	1.014.558	72,4	856.413	84,4

Fuente: SAAD-IMSERSO: Elaboración propia.

La situación respecto a la desatención ha empeorado considerablemente, (ver Tabla 12), tanto a nivel nacional como autonómico: en España hay un total de 966.580 personas que tienen derecho a prestación (63,4% de las dictaminadas), pero sólo la reciben 748.235, el 77,4% de las que tienen derecho: existe, pues, un 22,6 % (218.345 personas) que están esperando a ser atendidas, hay una diferencia de 5 puntos porcentuales más respecto al 2011.

Este es uno de los principales déficits de la actual aplicación de la ley, como hemos visto en epígrafes anteriores de este mismo trabajo, y que más preocupa a los profesionales y analistas. En Aragón, por su parte, de 28.692 dictaminados con derecho a prestación (63,1%) sólo 19.647 (68,5%) reciben efectivamente la prestación. El llamado "limbo de la dependencia" almacena, pues, en Aragón un 31,5% de dependientes, casi 9 puntos más que en España y 6 puntos más que hace solo dos años.

Tabla 12: Dictámenes y Prestaciones a 31 de Abril de 2013

ÁMBITO TERRITORIAL	Dict. 2013	Dcho. A Prest.	% Dcho. Prest. / Dict. 2013	Prest. Efectivas 2013	% Prest. Efectivas/ Personas con Dcho.
Andalucía	356.889	236.384	66,23	180.921	76,53
Aragón	45.475	28.692	63,09	19.647	68,47
Asturias	32.776	18.553	56,61	15.560	83,86
Balears	23.412	15.425	65,89	9.722	63,02
Canarias	29.758	24.215	81,37	11.684	48,25
Cantabria	23.940	15.998	66,83	14.515	90,73
Castilla y León	98.854	63.703	64,44	61.658	96,78
Castilla-LM	84.118	49.095	58,36	37.151	75,67
Catalunya	269.410	164.122	60,92	138.711	84,51
C. Valenciana	104.210	65.686	63,03	39.996	60,88
Extremadura	45.341	26.291	57,99	19.421	73,86
Galicia	82.393	59.535	72,26	38.801	65,17
Madrid	168.396	100.220	59,51	78.899	78,72
Murcia (*)	43.937	33.566	76,40	24.916	74,22
Navarra	16.872	9.356	55,45	8.475	90,58
País Vasco	79.684	45.909	57,61	39.143	85,26
Rioja (La)	14.494	7.775	53,64	7.099	91,30
Ceuta y Melilla	3.759	2.055	54,67	1.916	93,23
TOTAL	1.523.718	966.580	63,44	748.235	77,41

Fuente: SAAD-IMSERSO: Elaboración propia.

Estos son los datos comparativos entre junio de 2011 y abril de 2013. El Gobierno ofrece, sin embargo un punto de vista distinto. El último análisis mensual publicado incluye un apartado donde se hace notar que la desatención ha disminuido progresivamente. Según este análisis, en el mes de enero de 2012 había 305.941 personas pendientes de recibir prestación, lo que suponía el 28,92% del total de los beneficiarios con derecho a las mismas. En el primer cuatrimestre de 2013 hay 87.596 personas menos que a 1 de enero de 2012, lo que supone que en este período se han reducido las personas pendientes de recibir la correspondiente prestación en un 28,63%.

Tabla 13. Evolución del número personas con derecho pendientes de recibir la prestación.

<i>Datos a 1 de enero 2012</i>	<i>Datos a 31 de enero 2013</i>	<i>Datos a 28 de febrero de 2013</i>	<i>Datos a 31 de marzo de 2013</i>	<i>Datos a 30 de abril de 2013</i>
305.941	238.526	227.780	224.216	218.345

Fuente: SAAD-IMSERSO

La Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales en su X Dictamen sobre el desarrollo y evolución territorial de la Ley 39/2006, lo explica por el llamado “espejismo estadístico” producido por el retraso en la entrada al sistema de los dependientes moderados hasta 2015 y las bajas de los fallecidos durante esos meses.

Tipos de Prestaciones

Las personas receptoras de prestaciones han aumentado de 704.758 a 748.235, un 6,2% a nivel nacional, hay 43.477 beneficiarios del sistema más.

Todos los tipos de prestaciones tanto económicas como de servicios han crecido, a nivel nacional: los centros de día un 28%, la atención residencial un 4%, la PEVS un 23,6% y la PECF un 3,3%. Los beneficiarios de Centros de Día han aumentado por encima de la media. Es uno de los servicios con menor dotación de plazas y parece lógico que vaya en aumento, pero puede responder a una política de incentivar este servicio que puede resultar más económico para el dependiente aunque dependiendo del grado igual no es el más adecuado.

En cambio en Aragón las personas que reciben prestaciones han pasado de 24.472 a 19.647 lo que supone un descenso en la atención del 19,7%.

Todas las prestaciones han descendido en Aragón excepto los Centros de Día que han aumentado un 22%, alejado del porcentaje a nivel nacional pero en la misma línea de crecimiento frente a las otras prestaciones.

El resto de las prestaciones se ha reducido muy considerablemente: la atención residencial en un 7,4% y las prestaciones económicas tanto la PEVS como la PECF lo han hecho en un 29 y un 22% respectivamente.

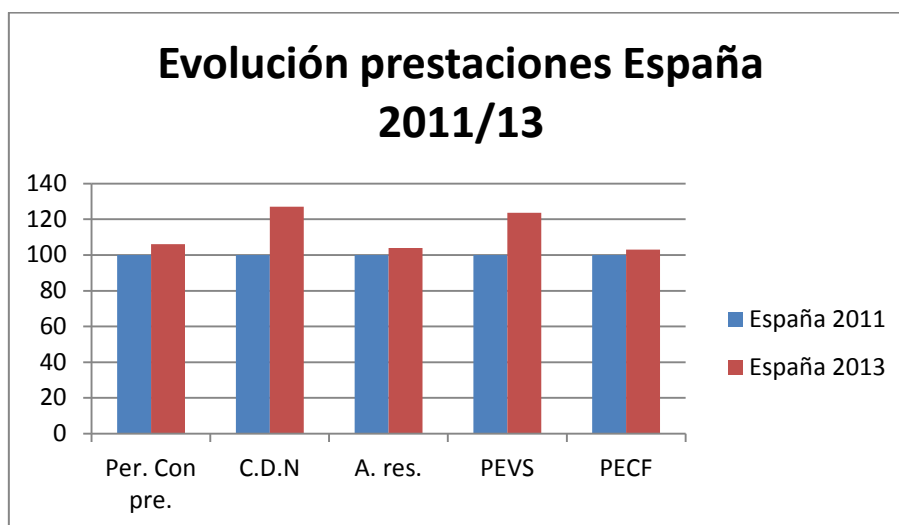
Tabla 14. Comparación 2011/13 Aragón /España: Personas Beneficiarias y Prestaciones.

Ámbito territorial	Personas beneficiarias con prestaciones	Centros Día/Noche	Atención residencial	PEVS	PECF
España 2011	704.758=100	51.765=100	118.242=100	52.620= 100	401.176=100
España 2013	748.235=106,2	66.137=127,8	123.396=1004,3	65.050=123,6	414.616=103,3
Aragón 2011	24.472=100	906=100	3.371=100	4.731=100	15.507=100
Aragón 2013	19.647=80,3	1.096=120,1	3.122=92.6	3.361=71,04	12.079=78

Fuente: SAAD-IMSERSO: Elaboración propia.

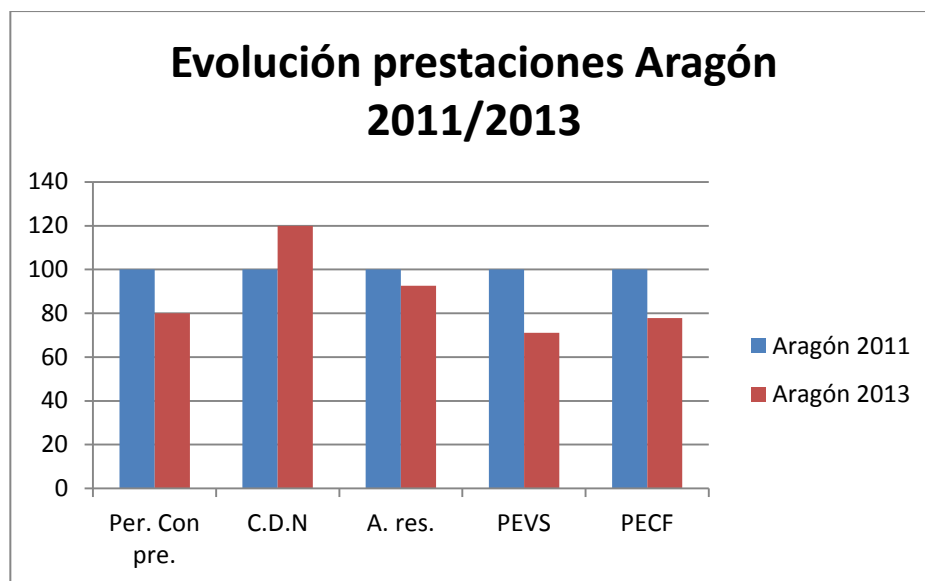
Estos datos requerirían un análisis más profundo y pormenorizado, que no podemos hacer para este Trabajo Fin de Grado, pero en cualquier caso, la disminución en Aragón de beneficiarios con derecho a prestación y la reducción de las prestaciones es muy preocupante.

Gráfico 2



Fuente: SAAD-IMSERSO. Elaboración propia.

Gráfico 3



Fuente: SAAD-IMSERSO. Elaboración propia.

Se puede decir a modo de conclusión que Aragón ha empeorado en la aplicación de la ley, respecto al año 2011 (solo mejora la relación entre la proporción de dictámenes sobre el número de solicitudes recibidas, es decir, la primera fase del proceso de entrada al sistema en la que Aragón ofrecía desde el principio uno de los mejores registros) y también sale peor parado en general respecto a España, en la actualidad.

La desatención en personas con derecho a ella, ha aumentado mucho tanto a nivel nacional como en Aragón, lo que supone un grave problema, especialmente para la población mayor que morirá sin ser atendida como venimos repitiendo insistentemente.

La sensible bajada del número de dependientes del Grado III, mayor en Aragón, llama la atención y nos alerta de que el endurecimiento del baremo está dejando a más gente fuera del sistema.

La importante reducción del número de beneficiarios con los últimos datos publicados que se ha producido en Aragón y la fuerte bajada de prestaciones, con la única excepción de los centros de día, es también muy alarmante y deja

bastante claro que las necesidades de atención de la población mayor dependiente no están siendo atendidas y desde luego no han mejorado desde 2011, sino todo lo contrario.

Aportaciones de los profesionales entrevistados

Lo primero que tengo que señalar es la implicación y el trabajo profesional que realizan los/las Trabajadores Sociales en estos momentos de graves dificultades sociales. Después de todas y cada una de las entrevistas, me han transmitido la sensación de la abrumadora cantidad de trabajo que tienen en la actualidad y la creatividad que necesitan para explicar a veces lo inexplicable y para conseguir lo que los usuarios necesitan.

Otro importante efecto que me ha impactado es “la vuelta a lo básico”, los profesionales tienen por delante situaciones tan dramáticas que les obliga a priorizar de una forma, que recuerda a las situaciones de la postguerra y que jamás pensaron que tendrían que vivir.

En conversación con el informante (E3), es evidente la impresión de que “la situación se ha complicado mucho”, falta una buena organización y la coordinación entre distintos niveles y administraciones es manifiestamente mejorable.

Respecto a la aplicación de la LAAD, 39/2006, el informante (E3) opina que de facto está derogada, ha sido una oportunidad perdida para desarrollar los Servicios Sociales y dotarlos de mejores servicios. Debería promoverse el desarrollo desde las Comunidades Autónomas, es necesario un impulso normativo, tienen competencias para ello pero esto no se produce.

Uno de los problemas que tiene la aplicación de la ley de dependencia en Aragón es la no inclusión del SAD (Servicio de Atención a Domicilio) como prestación de la ley, estos servicios existen en la Administración Local, pero no se incluyen en la misma.

La organización territorial y política de la Comunidad Autónoma Aragonesa en Comarcas, muy distintas entre sí en muchos aspectos, tiene como

consecuencia normas y regulaciones distintas en cada una de ellas y sus municipios lo que resulta en distintas atenciones a sus usuarios.

Se conceden prestaciones por cuidados en el entorno familiar que se utilizan para pagar el SAD, si se concertaran con la Administración Autonómica se podrían gestionar como prestaciones vinculadas al servicio, gestionando su intensidad y dando servicio a los usuarios y trabajo a los que lo proporcionan.

En la ciudad de Zaragoza y entrevistándome con la informante (E9), Trabajadora Social de un Centro de Día, público de gestión privada, señala como problema importante que en los PIAs (Plan Individualizado de Atención Social) que vienen tramitándose en los últimos meses se recomienda como complemento al recurso de Centro de Día, el SAD como idóneo, pero no está disponible con lo que los usuarios reciben una recomendación imposible de seguir por inexistente.

Los cambios normativos y presupuestarios que ha traído consigo la aplicación del RDL 20/2012 están teniendo consecuencias, en opinión de todos los profesionales consultados. El retraso de entrada en el sistema de los dependientes de Grado I hasta julio de 2015 está cambiando el perfil del usuario de los Centros de Día. Los Centros de Día son el recurso idóneo para prevenir la dependencia y prolongar la autonomía de las personas con Grado I, al quedar estos fuera del sistema, se está llenando los centros de dependientes con el Grado II Y III, aunque en muchos casos no sea el recurso más adecuado.

Otra Trabajadora Social de un Centro de Día (E10), se muestra muy preocupada por esta cuestión "Desde la derogación de la Orden de 18 de noviembre de 2002, comenzó a bajar la ocupación de las plazas debido a los cambios en los requisitos de acceso".

Actualmente el problema más importante con el que se enfrenta es el cambio en el acceso de las personas valoradas con Grado I, que como ya hemos dicho son el usuario potencial ideal para estos centros, preparados y con personal especializado que tienen como función mejorar la calidad de vida

de los mayores dependientes, que empezando en fases tempranas de la dependencia consigue alargar la autonomía y retrasar la dependencia severa de manera eficaz y eficiente.

Ambas Trabajadoras Sociales consideran que la falta de liquidez para pagar la PECF (Prestación económica para cuidados en el entorno familiar), a los que la solicitan, hace que se ofrezcan los centros de día con plazas para no tener que pagar la prestación, pero sin tener en cuenta si el recurso es el ideal para el potencial usuario.

La atención en casa y dentro de la comunidad, preferida por las personas mayores, no ha mejorado desde hace dos años, de hecho la informante (E10) comenta que antes los usuarios del centro de día pertenecían al barrio, se relacionaban con sus vecinos de toda la vida, cuestión importante para la adaptación de los usuarios.

“El otro día pretendían enviar al centro a un usuario de Burgo de Ebro (Zaragoza), hubiera estado todo el día en el transporte para solo comer al mediodía y no poder realizar ninguna actividad” (E10).

La funcionalidad de los centros está desapareciendo para convertirse únicamente en “aparcamientos para abuelos” lo que es muy frustrante, en opinión de las profesionales.

La informante (E11), Trabajadora Social, en la Dirección Provincial del IASS, pero con mucha experiencia previa en relación con mayores dependientes por haber trabajado en residencias de mayores, dice que cuesta mucho explicar las implicaciones de la homogeneización de los grados, al suprimirse los niveles.

La reducción de la prestación, aunque la dependencia parezca ser mayor, resulta difícil de entender, aunque tenga como fin, en su opinión, el sostenimiento del sistema, a largo plazo.

Comenta que actualmente se está dando un impulso a los servicios y cree que se ha consolidado la primera fase del proceso de reconocimiento del derecho.

En este último punto coinciden todos los entrevistados el procedimiento administrativo, la parte más burocrática del proceso, después de los primeros años de rodaje, se realiza de manera más eficiente.

El problema principal ahora es el alto número de personas con derecho a la prestación y que no la reciben.

La financiación que requiere el dependiente, a lo largo de toda su vida, dado el aumento de la esperanza de vida, es un aspecto muy importante a tener en cuenta.

Desde la Dirección Provincial, comenta la informante (E11), se está intentando impulsar los servicios especialmente los Centros de Día, ya que hasta ahora y por diversas razones la gente prefería los privados.

La implicación en todo el proceso, desde la entrada en vigor de la ley, de los Trabajadores Sociales, es un punto importante e interesante considera la informante (E11) porque ha posibilitado un desarrollo profesional y aunque ha sido difícil el engranaje se ha ido consolidando y ahora el sistema funciona de manera más eficaz.

3.2.6. Conclusiones

Los datos proporcionados por los informes de los analistas, los datos estadísticos más recientes publicados por el SISAAD y las entrevistas de los profesionales que, a pie de calle, viven en primera persona cómo percibe la ciudadanía los efectos de la aplicación de las reformas presupuestarias y normativas implementadas en los últimos dos años, nos permiten verificar la hipótesis planteada "Los objetivos de mejora en la atención a las personas mayores en situación de dependencia mediante la oferta de servicios y una atención profesional, no se está cumpliendo".

El objetivo de este trabajo Fin de Grado es indagar de qué manera las necesidades de atención han variado respecto a las que recibían los dependientes mayores en 2011, que ya concluimos eran insuficientes, la

atención a la dependencia mediante servicios profesionales y de calidad tal como propugna la ley, no se estaba produciendo y el modelo de atención llevado a cabo por la familia y principalmente por las mujeres se estaba reproduciendo, a pesar de ser un efecto que se quería evitar.

Se hablaba de razones culturales, de dificultad de desarrollo de una ley compleja, que estaba empezando a implantarse cuando la crisis económica que estamos sufriendo comenzó, etc.

Actualmente muchos analistas expertos y los datos analizados nos dejan la impresión de una práctica demolición de la ley que, evidentemente, no cubre las necesidades de atención de las que venimos hablando a lo largo de todo el trabajo.

Se puede concluir que uno de los efectos más perversos y claros de las reformas es el "limbo de la dependencia" que con datos del 31 de abril de 2013 arroja un total de personas con derecho a recibir una prestación de 966.580 de las cuales la reciben efectivamente 748.235, luego 218.345 (22,6%) están desatendidas. Este problema afecta especialmente a los dependientes mayores que en muchos casos mueren sin recibir atención.

En Aragón, como hemos visto en el análisis de los últimos datos publicados, la situación es mucho peor: un 31,5% de dependientes, casi 9 puntos más que en España, no reciben atención y se da una importante reducción del número de beneficiarios y una fuerte bajada de prestaciones, con la única excepción de los centros de día.

Hay también que destacar un hecho importante que se da en nuestra comunidad y es que los servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia y de prevención y promoción de la autonomía personal no se ofrecían dentro del sistema de la dependencia, situación que denunciábamos en 2011 y que no ha variado. La atención al dependiente en su casa con servicios profesionales de apoyo es reclamada por los usuarios y sus familias y sigue sin producirse en la actualidad. De hecho la reducción de las prestaciones económicas y la

incompatibilidad entre prestaciones de servicios lo ha convertido casi en imposible.

La prevención activa de las situaciones de dependencia y el favorecimiento de la autonomía personal, mediante recursos que son idóneos para sus necesidades, es otro déficit importante consecuencia del retraso en la entrada al sistema de los dependientes moderados (Grado I).

Los candidatos idóneos para recibir estos recursos no pueden acceder a ellos y los Centros especializados, como los Centros de Día, están perdiendo su funcionalidad al recibir usuarios con grados de dependencia más altos y menos adecuados para el centro.

Cuando terminábamos en Junio de 2011 el primer estudio, base del actual, el problema más importante era el alto número de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y la falta de servicios profesionales y de calidad que según proclamaba la ley deberían ser prioritarios. Ahora que estamos terminando este trabajo dos años después, la situación es dramática y la desatención generalizada.

Por todo ello se puede afirmar que las necesidades de atención de los mayores dependientes no han mejorado desde 2011, por el contrario se puede afirmar que han empeorado considerablemente y los recortes están afectando directamente a esa atención que la población mayor debería recibir.

4. CONCLUSIONES GENERALES Y REFLEXIONES FINALES

El objetivo de este trabajo Fin de Grado es analizar si aún es posible mantener las hipótesis planteadas en nuestro anterior trabajo de 2011 y, particularmente, si están afectando las reformas legislativas y presupuestarias, puestas en marcha por el Partido Popular, a la atención integral de los mayores dependientes, tomando como punto de partida la situación de la aplicación en España y Aragón de la LAPAD 39/2006 en Junio de 2011.

Entendemos la atención integral como la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios.

Hemos analizado dos grandes bloques: la necesidad de una buena coordinación sociosanitaria y la prestación de servicios de cuidado profesionales y de calidad, partiendo de las dos hipótesis formuladas, que hemos validado.

- a) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada (Art.3, LAPAD) demanda una adecuada coordinación sociosanitaria, que actualmente no se está produciendo.
- b) Los objetivos de mejora en la atención a las personas mayores en situación de dependencia mediante la oferta de servicios y una atención profesional, no se está cumpliendo.

En cuanto a la necesidad de coordinación sociosanitaria, a pesar de considerarse necesaria y urgente, dado el envejecimiento de la población, y ser este sector de la población el más necesitado de este tipo de atención, no se produce una adecuada continuidad de cuidados.

Tanto en 2011 como en la actualidad no existe un planteamiento nacional de coordinación entre sistemas, necesario para que la coordinación sociosanitaria sea una realidad. Solo existen declaraciones de intenciones

plasmadas en documentos difusos y la prevención, que no olvidemos es también objetivo de la Ley 39/2006, no se está promoviendo adecuadamente.

Las reformas sanitarias están teniendo especial incidencia en los mayores, objeto de nuestra investigación, sobre todo el copago farmacéutico, orto protésico y del transporte sanitario no urgente, obligando a cambios de hábitos en el consumo de medicamentos necesarios, según estudios recientemente publicados: cuestiones todas ellas que deberían considerarse si se quiere prestar una atención "integral" a las personas mayores. El aumento del gasto que supone el copago está haciendo ya que los ancianos con menores recursos abandonen ciertos cuidados en su salud lo que repercutirá negativamente en su estado general y puede aumentar el gasto público no sólo en asistencia sanitaria sino también en el gasto social.

El segundo bloque del estudio analiza más directamente la aplicación de la LAPAD 39/2006 y las conclusiones dejan claro que, sobre todo en Aragón, la atención a los dependientes mediante servicios es muy deficiente, ha empeorado desde el año 2011 significativamente y además de haber descendido el número de beneficiarios, se han reducido todas las prestaciones mucho con respecto a la media nacional.

La entrada en vigor de la ley, han opinado todos los involucrados, supuso un paso importante configurando un derecho subjetivo fundamentado en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, pero hay que tener en cuenta el contexto, en el que ese paso se pone en marcha.⁴

España comienza a desarrollar su modelo de atención a la dependencia (2006) mientras el Estado del Bienestar, a nivel europeo, está inmerso en un amplio proceso de reestructuración. Rodríguez Cabrero (2012, p. 323) afirma que, dada esa reestructuración, "en el caso de la protección social a la dependencia se trata, por tanto de una universalización `sui generis` en la que la superación de modelos asistenciales por otros de cobertura universal se hace compatible con una elevada racionalización del coste público de los

⁴ Ver Creación del Modelo de Protección a la Dependencia en España (pp. 28-31 de este trabajo).

cuidados y con el impulso de la colaboración público-privada en la gestión de los servicios, uno de cuyos efectos es el desplazamiento selectivo de la economía social por la de tipo mercantil”.

Los cambios en las políticas sociales en relación a la dependencia en los países europeos han ido evolucionando desde un modelo netamente público a otro crecientemente mixto. Las políticas de contención del gasto social en cuidados a la dependencia, con preferencia por las prestaciones económicas en detrimento de los servicios, vuelta a las familias, un proceso de privatización de servicios con un retroceso relativo del tercer Sector y la tendencia a concentrarse en la dependencia más grave (Rodríguez Cabrero, 2011), son ejemplo de cómo se está girando hacia ese modelo.

Pero los puntos de partida son muy distintos, España parte de una posición de desventaja por haber desarrollado más tarde su modelo, en el momento de la reestructuración del Modelo Social Europeo y en pleno proceso neo liberalizador ayudado por la crisis económica, los países europeos sobre todo los nórdicos partían de un modelo más desarrollado.

Vaticinar el futuro resulta muy difícil, pero todas las transformaciones ocurridas hasta ahora, no nos permiten ser optimistas. El futuro del sistema de protección a la dependencia, dice Rodríguez Cabrero (2011), va unido al del sistema de pensiones y al de salud, y el avance en la igualdad social con un modelo cada vez más mixto se dirige a un retroceso en la socialización del riesgo condicionado por una mayor involucración de la familia, mercantilización e individualización del riesgo.

Así pues, si en 2011 se confirmaban las dos hipótesis negativas de: a) una inadecuada coordinación sociosanitaria que no garantizaba la atención integral a las personas mayores, y b) de una falta de atención profesional y mediante servicios a las personas en situación de dependencia, en 2013 la situación descrita en aquellas hipótesis se ha tornado más negativa y se corre el riesgo evidente de que ni la mercantilización ni el familismo en la atención a las

personas mayores sean capaces de superar el creciente descompromiso público con la atención integral a los mayores dependientes.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aragón. LEY 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 10 de Julio de 2009, núm. 132. Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.boa.aragon.es/>
- Aragón. LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 19 de Abril de 2002, núm. 46. Recuperado el 4 de febrero de 2013, de <http://www.boa.aragon.es/>
- Aragón. ORDEN de 22 de marzo de 2011, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se modifica la Orden de 7 de noviembre de 2007, que regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 13 Abril de 2011. núm. 74. Recuperado el 11 de marzo de 2013 de <http://www.boa.aragon.es/>
- Andalucía. Defensor del Pueblo Andaluz. (2008). *La atención a las personas mayores dependientes en Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz,
- Ararteko (2007). *Atención sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Informe extraordinario de la Institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Bilbao. Recuperado el 4 de Marzo de 2011 de http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_1357_3.pdf
- Arriba González de Durana y A. Moreno Fuentes, J. (2009). *El Tratamiento de la Dependencia en los regímenes de Bienestar Europeos Contemporáneos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado el 5 de Marzo de 2013 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/arriba-tratamientodep-01.pdf>
- Barriga Martín L A, Brezmes Nieto M, García Herrero G, Ramírez Navarro J. (2010). *Desarrollo e implantación territorial de la ley de promoción de la*

autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. IV Dictamen del Observatorio para el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Recuperado el 7 de Febrero de 2013 de <http://www.feafes.org/publicaciones/IVDictamendelObservatorio.pdf>

- Barriga Martín, L., Brezmes Nieto, MJ., García Herrero, G.A. y Ramírez Navarro, J.M. (2013). *Asociación estatal de Directoras y gerentes en servicios sociales. Observatorio de la dependencia. Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (10)* Recuperado el 7 de febrero de 2013 de <http://www.directoressociales.com/quienes-somos/8-quienes-somos.html>

- Benítez Bermejo, E J., Poveda Puente, R., Bollaín Pastor, C., Porcar Seder, RM., Sánchez Lacuesta, JJ., Prat Pastor, JM., et al. *El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia. (2009). El caso español y otros modelos de referencia*. Valencia: Cuida (Asociación para el cuidado de la calidad de vida) y IBV.

- Casado, D. (2011). *Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia*. Madrid. Editorial CCS.

- Cervera Macià, M., Herce San Miguel, J.A., López Casanovas, G., Rodríguez Cabrero, G., Sosvilla Rivero, S. (2009). *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*. Recuperado el 7 de Febrero de 2013 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=53313>

- Confederación Sindical de Comisiones Obreras, Secretaría de Política Social (2010). *Informe de implantación del sistema de dependencia (SAAD) por Comunidades Autónomas* Madrid. Recuperado el 5 de marzo de 2011 de www.ccoo.com/comunes/temp/recursos/1/665559.pdf

- Confederación Sindical de Comisiones Obreras. (2012). *Breve estudio del alcance de las medidas del Real Decreto- Ley 16/2012, de 20 de abril*. Recuperado el 5 de marzo de 2013 de <http://www.sanidad.ccoo.es>
- Defensor del Pueblo (2000). *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la sociedad española de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinaria de gerontología. Madrid.
- Domínguez Martín, A. (2008). El cuarto pilar del estado de bienestar. *Lex Nova: La revista*, 51, 22-25, Recuperada el 5 de marzo de 2011 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2547049>
- Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. (2000). INE, Recuperado el 5 de marzo de 2011 de http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/discapa_inf.htm
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm.102. Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>
- España. Resolución de 26 de julio de 1999, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crean los puestos de personal de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD). *Boletín Oficial del Estado*, 10 agosto de 1999, núm. 190. . Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>
- España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de Mayo de 2003, núm. 12. Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm.299. Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>

- España. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de Septiembre de 2006, núm. 222. Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>
- España. INSTRUMENTO de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. *boletín Oficial del Estado*, 21 de abril de 2008, núm 96. Recuperado el 5 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>
- España. Resolución de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, 12 de Julio de 2010, núm. 168. Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>
- España. Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2011. *Boletín oficial del Estado*, 11 de mayo de 2011, núm. 112. Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>
- España. Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de Julio de 2012, núm. 168. Recuperado el 5 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>

- España. Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de Agosto de 2012, núm. 185. Recuperado el 5 de Marzo de 2013 de <http://www.boe.es>
- FADSP (2013). Las repercusiones del Copago sobre la utilización de medicamentos por los pensionistas. Recuperado el 27 de Mayo de 2013 de <http://www.fadsp.org/>
- Gobierno de Aragón. (2008). Documento explicativo sobre la Coordinación sociosanitaria en Aragón. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Dirección General de Atención a la Dependencia. Gobierno de Aragón. Recuperado el 11 de Marzo de 2013 de <http://www.imserso.es>
- Gobierno de Aragón. (2010). *La dependencia en Aragón, en el año 2009*. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Dirección General de Atención a la Dependencia. Recuperado el 11 de marzo de 2013 de <http://www.aragon.es>
- Gobierno de Aragón. (2010). *La dependencia en Aragón, periodo de 2007 a 2009*. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Dirección General de Atención a la Dependencia. Recuperado el 11 de marzo de 2013 <http://www.aragon.es>
- Gobierno de Aragón. (2010). *La dependencia en Aragón a 31 de Diciembre de 2008*. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Dirección General de Atención a la Dependencia. Recuperado el 11 de marzo de 2013 <http://www.aragon.es>
- Gobierno de Aragón. (2011). *Memoria 2009 de los Servicios Sociales Generales de Aragón*. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Recuperado el 11 de marzo de 2013 de <http://www.aragon.es/>

- Gómez Pavón, J. Martín Lesende, I. Baztán Cortés, J.J. Regato Pajares, P. Formiga Pérez, F., Segura Benedito, A. et al. (2008). Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Revista Clínica Española*, 7. Recuperado el 5 de Marzo de 2011 de <http://www.revclinesp.es/es/prevencion-dependencia-las-personas-mayores/articulo/S0014256508717703/>
- Jiménez Lara, A. (2007). *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documentos de Trabajo. Fundación Alternativas. Madrid.
- Jiménez Lara, A. y Zabarte Martínez de Aguirre, M^a E. (2008). *La regulación de la prestación sociosanitaria* Propuesta del CERMI. Madrid: Ediciones Cinca.
- Leichsenring K. (2005). *Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: Perspectiva europea*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias, n^o 15, Recuperado el 5 de Marzo de 2011 de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm15.pdf>
- Márquez, M. (2012). El sector tacha de "inoportuna" la propuesta sociosanitaria. *Publicación de dependencia y atención sociosanitaria*, 11. Recuperado el 6 de junio de 2013 de <http://dependencia.publicacionmedica.com>
- Martínez Poza, A., Sánchez Llopis, E., Cruces Aguilera, J., de la Fuente Sanz, L., (2013). *El impacto de la crisis en las condiciones de vida de las personas mayores*. Fundación 1^o de mayo. Colección Informes, 56, Madrid. Recuperado el 8 de febrero de 2013 de www.1mayo.ccoo.es
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). Libro Blanco de la Dependencia. Madrid. Recuperado el 9 de Abril de 2013 de <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Recuperado el 19 de mayo de 2013 de <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia. Madrid. Recuperado el 11 de Febrero de 2013 de <http://www.dependencia.imserso.es>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria. Madrid. Recuperado el 11 de Febrero de 2013 de <http://www.imserso.es>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Evaluación de Resultados a 1 de Enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal atención a las personas en situación de Dependencia. Madrid. Recuperado el 11 de Febrero de 2013 de <http://www.dependencia.imserso.es>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid. Recuperado el 7 de Mayo de 2013 de <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Notas de Prensa. 26/04/2012. Recuperado el 27 de Mayo de 2013 de <http://www.msps.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2431>
- OMS Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de las Discapacidades y la Salud*. Ginebra. Recuperado el 5 de Marzo de 2011 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-01.pdf>

- Pérez Díaz, J. (2006). *Demografía y envejecimiento*. Informes Portal Mayores, 51, Lecciones de Gerontología. Recuperado el 5 de marzo de 2011 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-demografia-01.pdf>
- Pueyo, P. (2012). Políticas Sociales en España: el SNS. Documentación Políticas Sociales en España. Curso de adaptación al Grado en Trabajo Social. Facultad de CCSS y del Trabajo. Universidad de Zaragoza.
- Rincón Ruíz, M., Sanz Cintóra, A. (2010). *El sistema de la dependencia y su desarrollo en Aragón*. En II Congreso anual REPS, Madrid. Recuperado el 6 de junio de 2013 de http://cg2010.espanetspain.net/gest/sites/default/files/panel7/3/Ponencia/1/a_sanz_texto_ponencia_completo_3a_pdf_15937_pdf_19009.pdf
- Rincón, R., G. Sevillano, E., R. Sauquillo, M., (2012). La salud para quien la cotiza. El País. Recuperado el 6 de junio de 2013 de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/24/actualidad/1335296371_047822.html
- Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 29, 13-42. Recuperado el 9 de Abril de 2013 de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/36184/35063>
- Rodríguez Cabrero, G. (2012). La Ley de la Dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales? *Gaceta sindical: reflexión y debate*, 19, 319-338. Recuperado el 8 de Febrero de 2013 de http://www.ccoo.es/comunes/recursos/1/pub86043_n_19.Las_politicas_de_recortes_evaluacion_y_danos.pdf
- Rodríguez Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

- Sánchez Fierro, J. (2008). *Salud y dependencia*. Instituto Europeo de salud y Bienestar Social. Obra Social de Caja Madrid. Recuperado el 2 de marzo de 2011 de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO22108/salud_y_dependencia.pdf
- Sánchez Fierro, J. (2012). Atención sociosanitaria ¿realidad o Proyecto? *Actas de la Dependencia*, 4, 7-24. Recuperado el 27 de Mayo de 2013 de <http://www.fundacioncaser.es>



ANEXOS

Documentación Anexa al Trabajo Fin de Grado “Envejecimiento y Necesidades de Atención: Una Revisión”



CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO EN TRABAJO SOCIAL 2012/13

Autor: Martha María de Lourdes Gruber

Septiembre, 2013

Relación de Profesionales entrevistados

- (E1) Director Centro de Salud, Comarca del Campo de Cariñena
30/3/2011
- (E2) Directora y Trabajadora Social, Centro Geriátrico. Zaragoza.
3/5/2011
- (E3) Trabajador Social, Comarca del Bajo Aragón. 30/5/2011
- (E4) Trabajadora Social, Comarca de la Ribera Baja del Ebro. 8/6/2011
- (E5) Trabajador Social, Zaragoza 6/6/2011
- (E6) Trabajadora Social de un sindicato, Zaragoza. 28/4/2011
- (E7) Trabajadora Social de un sindicato, Zaragoza. 1/6/2011
- (E8) Trabajadora Social de una Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer, Zaragoza. 16/5/2011
- (E9) Trabajadora Social de un Centro de Día, Zaragoza 27/4/2011

Temas tratados en las entrevistas (abiertas y no directivas)

- Necesidad de atención integral de los mayores dependientes: continuidad de cuidados y eficiencia
- Actuaciones necesarias para mejorar la atención sociosanitaria
- Protocolos de coordinación sociosanitaria: ¿Cómo se produce?
- Trabajo de coordinación: formación de equipos multidisciplinares
- Relaciones entre los Servicios Sanitarios y Sociales
- Valoración sobre la LAAD 39/2006 después de cuatro años
- Demandas de la población
- Capacidad de elegir: ¿Existe?
- Elevado número de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar: Consecuencias a corto y largo plazo
- Cumplimiento de los objetivos de la ley
- Expectativas de los usuarios y los profesionales

- Percepción de mejora en la atención tras la ley
- Propuestas y recomendaciones para la mejora
- Impacto de la ley desde la perspectiva de género
- Diferencias entre medio rural y urbano.

Año 2013

Relación de Profesionales entrevistados

- (E1) 20/5/2013
- (E3) 17/5/2013
- (E9) 23/5/2013
- (E10) Trabajadora Social de un Centro de Día, Zaragoza. 16/5/2013
- (E11) Trabajadora Social, Dirección Provincial del IASS, Zaragoza. 23/5/2013

Temas tratados en las entrevistas (abiertas y no directivas)

- Copago farmacéutico y mayores
- Tema de prestaciones orto protésicas
- Avances en coordinación sociosanitaria
- Empeoramiento de la situación desde 2011
- Valoración sobre la LAAD 39/2006 después de reformas legislativas y presupuestarias
- Como están afectando a las necesidades de atención esas reformas
- Opinión de los usuarios y sus familias
- Demandas de la población
- Percepción de empeoramiento en la atención tras los cambios
- Menor demanda de servicios por el aumento en el copago
- Limbo de la dependencia: desatención

- Reducción de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar en un 15%
- Revisión de grados
- Plazos del procedimiento que superan el año de espera

* * *

Antes de cerrar este trabajo me gustaría agradecer y manifestar mi admiración por todos los profesionales del Trabajo Social, que en estos momentos trabajan en durísimas condiciones, pero nunca tiran la toalla.

A los profesionales entrevistados, muchas gracias por cederme su tiempo, por su sinceridad y disponibilidad, en momentos de mucho trabajo.

Quiero agradecer a Ángel Sanz Cintóra, Director de este Trabajo Fin de Grado, su dedicación, paciencia, meticulosidad, y su maravillosa forma de enseñar.

A mi hija Inés Escudero Gruber quiero agradecerle su gran ayuda con los aspectos de edición y maquetación de este trabajo, sin ella hubiera sido imposible.

A mi marido por estar siempre dispuesto a ayudarme, apoyarme, y por cuidarme y alimentar mi cerebro con estupendas comidas ricas en fósforo.