

La discapacidad y la dependencia



Formación y Sanidad

FORMACIÓN Y SANIDAD

Avda. de Filipinas, 1 Bis 1ª Planta

Teléf. 91 342 03 98

Fax: 91 540 93 29

28003 Madrid

www.fysa.es

EDITADO: FORMACIÓN Y SANIDAD (FYSA)

Avenida de Filipinas, nº 1 Bis - Escalera Derecha. - 1ª Planta
28003 Madrid

MAQUETACIÓN Y DISEÑO: OFFKA ARTES GRÁFICAS, S.L.

TELF. 91 318 07 51

IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN: OFFKA ARTES GRÁFICAS, S.L.

TELF. 91 318 07 51

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS POR (FYSA) FORMACIÓN Y SANIDAD.

Queda prohibida, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación total ni parcial del contenido de este libro sin contar con autorización expresa por escrito del titular de la propiedad intelectual: FYSA (Formación y Sanidad).

La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

(arts. 270 yss. Código Penal).

ISBN: 978-84-615-4576-6

Depósito Legal: M-33753-2011

Impreso en España

Presentación

Con este libro pretendemos dar respuestas de formación a las enfermeras/os, que en su trabajo tratan a pacientes discapacitados o dependientes, con objeto de mejorar el abordaje integral a pacientes con discapacidad física, psíquica y sensorial

Igualmente trataremos el abordaje de los cuidados específicos a pacientes en domicilio, y el abordaje de los cuidados específicos a pacientes con ingreso hospitalario.

Trataremos la formación y capacitación a cuidadores y familiares, y el aprendizaje de técnicas facilitadoras de la descarga emocional para cuidadores

Esta edición consta de 3 unidades didácticas:

Unidad didáctica I: Conceptos generales de discapacidad, dependencia, minusvalía, invalidez. Marco legal. Unidad didáctica II: Los cuidados de larga duración, necesidad de asistencia especializada por las personas dependientes. Unidad didáctica III: Herramientas de trabajo en el ámbito hospitalario y domiciliario. Técnicas de relajación.

Cada una de estas unidades didácticas se complementa con una prueba de reflexión, que el alumno desarrollará al final de cada unidad didáctica, y de 2 cuestionarios de evaluación que validarán los conocimientos adquiridos.

Antonio Benítez Leiva
Propuesta y dirección docente
Mayo 2011

Este Manual ha sido elaborado para FYSA por:

CRISTINA SANTA CRUZ BELLET

Graduada en Trabajo Social.- Master en Formación de Asesores Personales,
Especialista en Counselling.- Profesora universitaria y Tutora en Prácticas
Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo de Málaga

YOLANDA GÓMEZ NARVAEZ

Enfermera. Técnico superior de prevención de riesgos laborales especialidad
ergonomía y psicología aplicada por la CTI Junta de Andalucía. Enfermera
Gestora de Casos Comunitaria

ANTONIO BENÍTEZ LEIVA

Diplomado Universitario en Enfermería

Profesor Honorario Facultad Enfermería de la Universidad de Málaga

Experto Procesos Enseñanza Aprendizaje Enfermería UMA

Curso Aptitud Pedagógica Universidad de Málaga

Master Gestión Servicios Sanitarios Universidad de Barcelona

Diplomado Gestión Sanitaria por la Escuela Andaluza de Salud Pública

Profesional Acreditado Agencia Calidad C.S. Junta Andalucía nivel Excelente

Carrera Profesional S.A.S nivel 5

ÍNDICE GENERAL

UNIDAD DIDÁCTICA 1

1.1.	CONCEPTOS GENERALES: DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA, INCAPACIDAD, MINUSVALÍA.....	5
1.1.a	Introducción	5
1.1.b	La persona discapacitada ante la sociedad	7
1.1.c	Conceptos generales.....	19
	La CIDDM de 1980	19
	Conceptos y terminología de la CIDDM	19
	Términos en positivo.....	21
	El proceso de revisión	22
	La CIF de 2001	24
	Objetivo y la finalidad.....	25
1.1.d	El nuevo esquema	26
	La estructura de la nueva clasificación.....	27
	Otros términos novedosos	32
1.1.e	Dependencia.....	34
	Grados de dependencia	37
	Estimación del número de personas dependientes	39
	Modelos de protección social de la dependencia	41
	Sistema de protección universal.....	42
	Sistema de protección a través de la Seguridad Social.....	43
	Sistema asistencial	45
	Los debates en relación con el modelo de protección de la dependencia en España.	46
	Hacia un Sistema Nacional de Dependencia	47
1.2.	LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES. SALUD Y CUIDADOS.....	50
1.2.a	Introducción	50
1.2.b	Concepto y prevalencia	52

	Perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad o dependencia	59
1.2.c	Estado de salud y enfermedades	63
	Los cuidados.....	67
	Ayuda informal.....	70
	Articulación entre atención formal e informal.....	74
1.2.d	Fundamentación jurídica de una Ley que regula el Sistema Nacional de Dependencia.....	81
1.3.	VALORACION DE LA DEPENDENCIA. CATALOGO DE SERVICIOS. RECURSOS.	83
1.3.a	Introducción	83
1.3.b	Valoración de la dependencia.....	85
	Beneficiarios de la prestación de dependencia	85
	Catálogo de servicios	88
	Consideraciones relacionadas con la cartera de servicios.....	91
	Consideraciones específicas sobre cuidados familiares	94
	Consideraciones específicas para los Servicios Domiciliarios (SAD).....	95
	Consideraciones relacionadas con Centros de Día y otros servicios intermedios.....	96
	Consideraciones relativas a los Alojamientos Alternativos y a las Residencias	98
	Consideraciones específicas en materia de Accesibilidad y Ayudas Técnicas	99
	Consideraciones específicas en materia de servicios de atención a personas menores de 65 años	100
	Desarrollo de la atención sanitaria a personas en situación de dependencia	101
	Coordinación sociosanitaria.....	103
	Criterios generales de la coordinación sociosanitaria.	103
	Financiación del Sistema	105
	Organización y gestión del Sistema	107

1.3.b	La red de servicios de la dependencia y sus proveedores.....	109
	La calidad en el sistema nacional de protección a la dependencia.	110
	Calidad de los recursos	111
	Calidad en la prestación de los servicios.....	113
	Seguimiento y evaluación de los servicios.	113
	Calidad en la gestión del sistema	113
	Necesidades de formación de los profesionales de atención a personas con dependencia.	114
	Cuidadores Informales.....	115
	Cuidadores Profesionales de atención directa	116
	Profesionales especializados con cualificación específica	117
	Alcance de la formación	117
1.4.	LA DISCAPACIDAD EN LAS MUJERES COMO RIESGO DE EXCLUSION SOCIAL	119
1.4.a	Introducción	119
14.b	Barreras que impiden la participación social a las mujeres	120
14.c	Factores personales y sociales que impiden decidir y actuar sobre la propia vida de las mujeres	122
1.5.	RELACIONES LABORALES Y DISCAPACIDAD. PROTECCION SOCIAL	123
	Introducción	123
1.5.a	El trabajo y la protección social de los discapacitados. Aclaraciones previas y consideraciones generales ...	124
	El trabajo de los discapacitados	127
	La relación común y los discapacitados	127
	Cuota de reserva para la contratación de trabajadores minusválidos	128
	Fomento del empleo de discapacitados. Puntualización general	130
	Fomento de la contratación	131

	El trabajo de los minusválidos en centros especiales de empleo. Relación laboral de carácter especial.....	134
1.5.b	Protección Social de los discapacitados.....	138
	Referencia a la situación de dependencia en la que se encuentran las personas mayores	140
1.6.	MARCO LEGAL DE LA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN ESPAÑA	141
1.6.a	Marco actual de la discapacidad	141
1.6.b	Marco legal de la discapacidad en España	142
1.6.c	Valoración de la discapacidad	142
	Procedimiento de solicitud.....	143
	Beneficios del reconocimiento del grado de discapacidad.....	144
	¿Qué es la calificación legal de minusvalía?	145
	Cuando solicitar la calificación de minusvalía	150
	Dónde solicitar la calificación de minusvalía	150
	Lista de órganos competentes de las CCAA donde se solicita la calificación de minusvalía:	151
	Documentos que es preciso presentar	151
	Trámites	152
	Cómo afrontar la cita de reconocimiento	152
	Revisión de grado de minusvalía.....	154
	Pensiones, subsidios y otras ayudas dinerarias.	155
	Excedencia y cotización efectiva	155
	Asignación económica por hijo a cargo	156
	Hijo menor de dieciocho años	156
	Hijo mayor de dieciocho años.....	157
	Prestación por nacimiento o adopción de un tercer o sucesivos hijos.....	159
	Beneficios fiscales	160
	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).....	160
	ANEXO 1	162

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS DE INVALIDEZ [Actualización 2010]	162
Actualización de las pensiones para 2010	164
Regularización para los ya pensionistas en 2009 y revisión de las pensiones	165
ANEXO 2	167
Prestación económica por hijo o menor acogido a cargo.	167
Causantes / Beneficiarios	167
Hijo o menor acogido a cargo	167
Beneficiarios	167
Otros beneficiarios	168
Determinación del sujeto beneficiario	169
En los casos de convivencia familiar:	169
En los casos de separación judicial, nulidad o divorcio:	169
Rentas o ingresos computables	170
BIBLIOGRAFIA.....	171

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Tema 0

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	177
PROCESO DE ENVEJECER: CAMBIOS FÍSICOS, CAMBIOS PSÍQUICOS, CAMBIOS SOCIALES	177
0.1 Cambios físicos	177
0.1.1 Sistema musculo-esquelético	178
0.1.1.1 Articulaciones	178
0.1.1.2 Huesos	179
0.1.1.3 Músculos	180
0.1.2 Cambios en el sistema cardiovascular	181
0.1.2 Cambios funcionales	181
0.1.3 Cambios en la sangre y sistema inmunitario	182

0.1.4	Sistema respiratorio	183
0.1.4.1	Cambios morfológicos	183
0.1.4.2	Cambios funcionales	183
0.1.5	Cambios en el sistema gastrointestinal	184
0.1.5.1	Cambios morfológicos	184
0.1.5.2	Cambios funcionales	184
0.1.6	Cambios en el sistema renal	185
0.1.6.1	Cambios morfológicos	185
0.1.6.2	Cambios funcionales	186
0.1.7	Cambios en el sistema nervioso	186
0.1.7.1	Cambios morfológicos	186
0.1.7.2	Órganos de los sentidos	187
0.1.8	Cambios en el sistema endocrino y reproductor	188
0.1.8.1	Cambios estructurales en el aparato reproductor masculino	188
0.1.9	Cambios en el sistema tegumentario: Piel, Pelo y Uñas	189
0.1.10	Cambios estructurales con consecuencias fisiológicas y/o fisiopatológicas	190
0.2	Cambios psíquicos	195
0.2.1	Modificación de las funciones cognitivas	195
0.2.1.1	Inteligencia	196
0.2.1.2	Memoria	197
0.2.1.3	Resolución de problemas y creatividad ..	198
0.2.1.4	Modificaciones en la afectividad	198
0.2.1.5	Motivación	198
0.2.1.6	Personalidad	199
0.3	Cambios sociales	199
0.3.1	Cambio en el rol individual	200
0.3.1.1	El anciano como individuo único	200
0.3.1.2	El anciano como integrante de un grupo familiar	201

0.3.1.3	El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas.....	202
0.3.2	Cambios en el rol en la comunidad	202
0.3.2.1	Rol social	202
0.3.2.2	Rol laboral: la jubilación	203

Tema 1

PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO.....		209
1.1	Sistemas cardiovascular y respiratorio. Patologías más frecuentes.	209
1.1.1	Sistema cardiovascular.	209
1.1.2	Sistema respiratorio	210
1.1.3	Participación en la toma de constantes vitales	212
1.1.4	Participación en la administración de medicación: vías oral, tópica y rectal	221
1.1.5	Colaboración en la aplicación de técnicas de aerosolterapia y oxigenoterapia	234
1.1.6	Colaboración en la aplicación de tratamientos locales y métodos frío-calor	240
1.1.7	Uso de materiales para la medicación	245
1.1.8	Riesgos de los medicamentos.	245
1.1.9	Prevención de riesgos laborales en las tareas sanitarias.	248

Tema 2

IMPORTANCIA DEL CUIDADO A PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS FAMILIARES		253
IMPORTANCIA DEL CUIDADO A PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS FAMILIARES		255
2.1	Cuidados básicos I para Cuidadores	255
2.1.1	Incontinencia y hábitos intestinales	255
2.1.2	Alimentación	263
2.1.3	Úlceras por presión	266

2.1.4	Seguridad en el hogar del anciano	269
2.2.	Cuidados básicos II para Cuidadores	276
2.2.1	Dolor	276
2.2.2	Descanso- sueño	278
2.2.3	Manejo de la medicación	280
2.2.4	Signos y síntomas de alarma	282
2.2.5	Higiene.....	285
2.2.6	Movilizaciones e Higiene postural	288
2.2.7	Cuidados en las demencias.....	290
2.2.8	Control de la ansiedad	303
2.2.9	Sesión sexualidad	304
2.2.10	Duelos y pérdidas.	305
2.3.1	Colaboración	310
2.3.2	Posiciones anatómicas	311
2.3.4	Movilización de personas dependientes.....	319
2.3.5	Ayudas técnicas para la deambulaci3n, traslado y movilizaci3n en personas dependientes.....	327
2.3.6	Prevenci3n de riesgos laborales en las tareas de deambulaci3n, traslado y movilizaci3n.	332

Tema 3

	HUMANIZACI3N DE LOS CUIDADOS COMUNICACI3N	335
	HUMANIZACI3N DE LOS CUIDADOS Y COMUNICACI3N.....	337
3.1	Humanizar los cuidados en la relaci3n con el enfermo de Alzheimer.	337
3.1.1	Introducci3n	337
3.1.2	Qu3 significa humanizar	338
3.1.3	La comunicaci3n con el enfermo de Alzheimer: algunas claves.	345
3.1.4	La comunicaci3n con personas con demencia.....	345
3.1.5	Humanizarse para humanizar	345

Tema 4

IMPORTANCIA DEL CUIDADO EN PACIENTES CON DEMENCIA.....	347
IMPORTANCIA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON DEMENCIA.....	349
4.1 El cuidador principal.....	349
4.2 Cambios en la vida del cuidador.....	350
4.2.1 En el ámbito familiar.....	350
4.2.2 La situación económica.....	350
4.2.3 El tiempo libre.....	350
4.2.4 El estado de ánimo.....	351
4.3 La sobrecarga del cuidador.....	351
4.3.1 Problemas Físicos.....	351
4.3.2 Problemas emocionales.....	352
4.3.3 Determinadas conductas como :.....	352
4.3.4 En la interacción con los demás :.....	353
4.3.5 ¿Qué hacer ante la sobrecarga.....	353
4.3.6. Poner límites.....	355
4.4 El cuidado del cuidador del paciente con Demencia.....	357
4.4.1 ¿Quiénes son?.....	357
4.4.2 ¿Qué morbilidad presentan ?.....	357
4.4.3 ¿Cómo se detectan ?.....	359
4.4.4 ¿Cómo se aborda?.....	359
4.5 El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades.....	360
4.5.1 Los cuidadores familiares.....	360
4.5.2 El costo del cuidado familiar.....	362
4.5.3 Los cuidadores y el sistema de salud.....	362
4.5.4 Cuidar del otro.....	364
4.5.5 Conclusiones.....	366

Tema 5

FAMILIA Y DISCAPACIDAD.....	369
FAMILIA Y DISCAPACIDAD.....	371
5.1 Acompañamiento a los ancianos en situación de dependencia o enfermedad.....	371

5.1.1	Relación de ayuda, cuidados paliativos y personas mayores enfermas o dependientes	371
5.1.2.	Objetivos generales de la relación de ayuda a los mayores enfermos o dependientes	373
5.1.3.	Algunas consideraciones específicas del acompañamiento a la persona mayor dependiente o enferma.....	376

Tema 6

SEGURIDAD DEL PACIENTE. HIGIENE DE MANOS.....	387	
SEGURIDAD DEL PACIENTE . HIGIENE DE MANOS.....	389	
6.1	Introducción.....	389
6.2	Productos usados para la higiene de manos	390
6.3	Recomendaciones para el uso correcto de guantes.....	398
6.4	Aspectos a considerar para la implantación de soluciones alcohólicas en nuestro entorno	399

Tema 7

CALIDAD DE LA ATENCION: SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	405	
CALIDAD DE LA ATENCION: SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	407	
7.1	Introducción.....	407
7.2	Magnitud de los eventos adversos.....	407
7.2.1	Dónde y por qué se producen eventos adversos	409
7.3	Qué se debe hacer.....	412

Anexos

ANEXO 1	414
ANEXO 2	415
ANEXO 3.....	418
ANEXO 4	420
ANEXO 5.....	422
ANEXO 6.....	439
BIBLIOGRAFIA.....	442

UNIDAD DIDÁCTICA 3

3.1.a	INTRODUCCION	447
3.1.b	IMPORTANCIA DE LA REALIZACION DE TALLERES PARA CUIDADORES	456
3.1.c	MANEJO DE LA ANSIEDAD	462
3.1.d	MANEJO DEL ESTRÉS	475
3.1.e	IMPORTANCIA DE LA RELAJACION	479
3.1.f	TECNICAS DE RELAJACION	488
3.1.g	TRABAJAR LA AUTOESTIMA	528
3.1.h	TRABAJAR LA ASERTIVIDAD	537
3.1.i	TRABAJAR EN DETENCION DEL PENSAMIENTO	545
3.1.j	TRABAJAR RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	551
3.1.l	REPARTO DE LA CARGA: RECURSOS Y GENERO EN LOS CUIDADOS	563

Anexos

ANEXO 1	574
ANEXO 2	577
ANEXO 3	579
ANEXO 4	581
ANEXO 6	583
ANEXO 7	586
ANEXO 8	589
ANEXO 9	593
ANEXO 10	595
ANEXO 11	600
BIBLIOGRAFIA	603

Índice general

XVIII

La discapacidad y la dependencia

UNIDAD DIDÁCTICA 1

AUTORA:

CRISTINA SANTA CRUZ BELLET

1.1. CONCEPTOS GENERALES: DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA, INCAPACIDAD, MINUSVALIA.

- 1.1.a Introducción.
- 1.1.b La persona discapacitada ante la sociedad.
- 1.1.c Conceptos generales
 - La CIDDM de 1980.
 - Conceptos y terminología de la CIDDM.
 - Términos en positivo.
 - El proceso de revisión.
 - La CIF de 2001.
 - Objetivo y la finalidad.
- 1.1.d El nuevo esquema.
 - La estructura de la nueva Clasificación.
 - Los nuevos conceptos y la terminología.
 - Otros términos novedosos.
- 1.1.e Dependencia.
 - Grados de Dependencia.
 - Estimación del nº de personas dependientes.
 - Modelos de protección social de la Dependencia.
 - Sistema de protección universal.
 - Sistema de protección a través de la Seguridad Social.
 - Sistema Asistencial.
 - Los debates en relación con el modelo de protección de la dependencia en España.
 - Hacia un Sistema Nacional de la Dependencia.

1.2. LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES. SALUD Y CUIDADOS

- 1.2.a Introducción.
- 1.2.b Concepto y prevalencia.
Lista de actividades de la vida diaria utilizadas en la ECVI-04 y en el Libro Blanco de la Dependencia.
Perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad o dependencia.
- 1.2.c Estado de salud y enfermedades.
Los cuidados.
Ayuda informal.
Articulación entre atención formal e informal.
- 1.2.d Fundamentación jurídica de una Ley que regula el Sistema Nacional de Dependencia

1.3. VALORACION DE LA DEPENDENCIA. CATALOGO DE SERVICIOS. RECURSOS.

- 1.3.a Introducción
- 1.3.b Valoración de la Dependencia.
Beneficiarios de la prestación de dependencia.
Naturaleza de la prestación de dependencia.
Catálogo de servicios.
Consideraciones relacionadas con la cartera de servicios.
Consideraciones específicas sobre cuidados familiares.
Consideraciones específicas para los Servicios Domiciliarios (SAD)
Consideraciones relacionadas con Centros de Día y otros servicios intermedios.
Consideraciones específicas en materia de Accesibilidad y Ayudas Técnicas.
Consideraciones específicas en materia de servicios de atención a personas menores de 65 años.
Desarrollo de la atención sanitaria a personas en situación de dependencia.
Coordinación sociosanitaria.

- Criterios generales de la coordinación sociosanitaria.
 - Financiación del Sistema.
 - Organización y gestión del sistema.
 - 1.3.c La red de servicios de la dependencia y sus proveedores.
 - La calidad en el sistema nacional de protección a la dependencia.
 - Calidad de los recursos.
 - Calidad en la prestación de los servicios.
 - Seguimiento y evaluación de los servicios.
 - Calidad en la gestión del Sistema.
 - Necesidades de formación de los profesionales de atención a personas con dependencia.
 - Cuidadores informales.
 - Cuidadores profesionales de atención directa.
 - Profesionales especializados con cualificación específica.
 - Alcance de la formación.

1.4. LA DISCAPACIDAD EN LAS MUJERES COMO RIESGO DE EXCLUSION SOCIAL.

- 1.4.a Introducción.
- 1.4.b Barreras que impiden la participación social a las mujeres.
- 1.4.c Factores personales y sociales que impiden decidir y actuar sobre la propia vida de las mujeres.

1.5. RELACIONES LABORALES Y DISCAPACIDAD

- 1.5.a El trabajo y la protección social de los discapacitados.
 - Aclaraciones previas y consideraciones generales.
 - El trabajo de los discapacitados.
 - La relación común y los discapacitados.
 - Cuota de reserva para la contratación de trabajadores minusválidos.
 - Fomento del empleo de discapacitados. Puntualización general.
 - Fomento de la contratación.
 - El trabajo de los minusválidos en centros especiales de empleo. Relación laboral de carácter especial.

1.5.b Protección social de los discapacitados.

Referencia a la situación de dependencia en la que se encuentran las personas mayores.

1.6. MARCO LEGAL DE LA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN ESPAÑA.

1.6.a Marco actual de la discapacidad.

1.6.b Marco legal de la discapacidad en España.

1.6.c Valoración de la discapacidad.

Procedimiento de la solicitud.

Beneficios del reconocimiento del grado de discapacidad.

¿Qué es la calificación legal de minusvalía?

Cuándo solicitar la calificación de minusvalía.

Dónde solicitar la calificación de minusvalía.

Organos competentes de las CCAA donde se solicita la calificación de minusvalía.

Documentos a presentar.

Trámites.

Cómo afrontar la cita de reconocimiento.

Revisión de grado de minusvalía.

Pensiones, subsidios y otras ayudas dinerarias.

Excedencia y cotización efectiva.

Asignación económica por hijo a cargo.

Hijo menor de 18 años.

Hijo mayor de 18 años.

Prestación por nacimiento o adopción de un tercer hijo o sucesivos.

Beneficios fiscales.

Impuesto sobre la renta de las Personas Físicas (IRPF).

ANEXO 1

ANEXO 2

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1.1. CONCEPTOS GENERALES: DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA, INCAPACIDAD, MINUSVALIA.

1.1.a Introducción

El concepto de discapacidad, es fruto de una larga evolución histórica y su definición ha variado dependiendo del contexto histórico, cultural y social. En la actualidad se encuentra en vigor el concepto derivado del modelo que recoge la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (OMS 2001), y que define el funcionamiento de la persona en términos de interacción entre la condición de salud y los factores contextuales, es decir, entre la persona y su entorno. La discapacidad expresa los aspectos negativos de la interacción entre una persona con problemas de salud y su entorno físico y social. Este término engloba tres elementos:

- Deficiencia: problemas en funciones y estructuras corporales.
- Limitaciones en actividad: dificultades (cuantitativas y cualitativas) que una persona puede tener para realizar actividades.
- Restricciones en la participación: dificultades al involucrarse en situaciones vitales.

Estos elementos interaccionan con los factores contextuales considerando a éstos factores de riesgo. Si bien, hay que tener en cuenta que la discapacidad es un límite, y como todo límite, también puede desarrollar capacidades. A efectos prácticos, la tipología más utilizada hoy en día, aunque con modificaciones y ampliaciones, es la siguiente:

- Físicas: deficiencias en funciones físicas/motóricas u orgánicas/biológicas.
- Psíquicas: afectación en las funciones intelectuales y trastornos psicológicos.
- Sensoriales: afectación de los sentidos (oídos y vista).

En España, los Centros Base de Atención a Personas con Discapacidad, son los centros responsables del reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, competencia cuya gestión está transferida desde 1996 del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), a las Comunidades Autónomas, excepto en Ceuta y en Melilla que siguen siendo competencia directa del IMSERSO.

Las funciones principales de los Equipos de valoración y orientación de los Centros Base, son: por un lado la valoración social de la persona con discapacidad, y por otro la información, orientación y reorientación de sus demandas.

Puesto que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive), ello da pie para sugerir la imposibilidad de crear un lenguaje transcultural común para las tres dimensiones de la discapacidad. Y ello también porque no sólo las experiencias individuales de discapacidad son únicas, sino porque las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, contexto, lugar y tiempo sociohistórico, así como de la perspectiva del estatus social del observador.

La discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo.

Las Clasificaciones de la OMS se basan en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social. El principio del universalismo implica que los seres humanos tienen de hecho o en potencia alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social asociado a una condición de salud. De hecho, hay un continuo de niveles y grados de funcionalidad. La discapacidad, en todas sus dimensiones, es siempre relativa a las expectativas colocadas sobre el funcionamiento de las personas (qué se espera o no que hagan).

Una clara consecuencia del universalismo es que, subyaciendo a la diversidad de manifestaciones de la discapacidad, tiene que haber un conjunto de estados funcionales que son susceptibles de identificar científicamente. Este grupo conjunto, subyacente, es el que trata de mostrar la OMS en estas Clasificaciones.

El universalismo no significa necesariamente que las deficiencias siempre y en cualquier sociedad conducirán a una limitación de la actividad o restricción de la participación. Puede no ser posible, antropológicamente, generalizar desde una deficiencia física a una única identidad social.

La ciencia, la burocracia y la religión han jugado un importante papel en la construcción de la discapacidad: como un yo roto, imperfecto o incompleto, como un caso en el que es preciso intervenir y como objeto de lástima y caridad.

Ello ha conducido a reclamar un concepto del yo más integrado, basado no sólo en una visión del mundo empírica, mecanizada y burocrática, sino sobre

una visión del yo y de la sociedad integrada, interpretable y holística. De esta forma, puede ser posible una comprensión más universal de la discapacidad. Al mismo tiempo, cuando vemos el aspecto de las actitudes sociales hacia la discapacidad y las personas con discapacidad, incluyendo el modo en que la gente informa sobre la discapacidad y su severidad, nos encontramos con lo que parece ser una enorme variación según las culturas.

Algunos estudios parecen estar en contra de la posibilidad de una clasificación de la discapacidad universal y transcultural, tal y como pretenden ser las Clasificaciones de la OMS.

Algunos autores argumentan que la suposición de que son posibles definiciones y clasificaciones universales de la discapacidad es en sí misma un punto de vista cultural determinado, asociado con las sociedades norteamericana y europea, con una fuerte vinculación a las ciencias biomédicas universalistas, por un lado, y a las concepciones individualistas de la personalidad, por otro.

Hay evidencias antropológicas y de la sociología médica de que las creencias culturales afectan a cómo los profesionales de la salud y las personas con discapacidad interpretan la salud, la enfermedad y la discapacidad.

Las creencias culturales hacen a la gente aprender caminos aceptados de estar enfermo, influyen en la atribución de etiologías a la enfermedad o la discapacidad y determinan las expectativas respecto al tratamiento y los profesionales de la salud. Por lo tanto, los profesionales de la salud necesitan ser conscientes de las diferencias culturales que pueden afectar a los resultados del tratamiento.

La pregunta es ¿cómo identificar los aspectos comunes sin perder de vista las diferencias culturales y lingüísticas, integrándolas en el desarrollo de los instrumentos?

Sirva el párrafo anterior para introducir el dilema de la necesidad de una clasificación internacional que nos sirva a todos y en todos los lugares para compartir y comparar la información sobre la discapacidad.

Esta pretensión se encuentra detrás de cada estudio epidemiológico, sociológico o estadístico que sobre la discapacidad se realiza. A ello ha tratado de dar respuesta la Organización Mundial de la Salud (OMS) con sus Clasificaciones, que analizamos en este capítulo.

1.1.b La persona discapacitada ante la sociedad

Con el término “discapacitado” pretendemos sustituir a aquellos otros que, en lengua castellana, quieren indicar a “la persona que, por una u otra razón, ve

alterada la suficiencia o aptitud que como humano le corresponde”. Esta sustitución la consideramos necesaria dada la impropiedad y aún la poca elegancia y comprensión que muestran los términos usuales. Una revisión de algunos de los más importantes de entre ellos justificará nuestro punto de vista, más ampliamente expuesto en otros momentos y lugares:

Inválido: Es la denominación más extendida de todas. En latín, el verbo “valeo” poseía un claro sentido de “tener salud”, de donde su uso como saludo, que más adelante se pierde, quedando en español, para la palabra valor y sus similares, un significado de utilidad y de posesión. A estas acepciones se refiere la palabra inválido, el que no vale, impregnada de un claro matiz negativo por la presencia del prefijo “in”.

Lisiado: Dícese del que sufre una imperfección orgánica. Etimológicamente tiene este término el mismo origen que la voz “lesionado”, es decir, el verbo “laedo”, dañar, que da “laesio”, daño, lesión.

Tullido: Indica esta palabra, según el Diccionario, al “individuo que ha perdido el uso y movimiento de su cuerpo o de uno o más miembros de él”. Deriva del verbo latino “tollere” en su acepción de acabar, destruir.

Mutilado: Proviene de mutilar, es decir, “cortar o cercenar una parte del cuerpo”. Sería este un término correcto para expresar con él a los amputados, por ejemplo, pero no a la mayor parte de los discapacitados.

Incapacitado: Originada esta denominación en el verbo “capio”, coger, poseer, encierra idéntico matiz de negación total que la palabra inválido, negación o ausencia que en muy pocos casos llegará a darse. En rigor significa “el que no puede asir o tomar”. Indica imposibilidad de usar la propia capacidad.

Impedido: “Aquel que no puede usar de sus miembros ni manejarse para andar”. Es uno de los muchos términos que derivan de la palabra latina “pes”, pie.

Deforme: También es palabra de estirpe latina, que significa literalmente “irregular en la forma”.

Tarado: A pesar de su similitud con la voz italiana “tara”, estigma o desme-recimiento, la etiología de esta palabra parece ser árabe, inspirada en “tarah”, que significa sustracción o descuento. Puede decirse por tanto de aquel que ha sufrido una rebaja o merma.

Baldado: Dícese del individuo “privado por una enfermedad o accidente del uso de los miembros o de alguno de ellos”. Su etimología es también árabe, de “battal”, anular.

Como puede verse, todos estos términos poseen una clara orientación negativa, de anulación. Además, el uso secular les ha venido confiriendo, al menos en parte, un matiz de descrédito peligrosamente cercano al ridículo, con cierto regusto de denigrante y aún ofensivo, todo ello difícil ya de eliminar.

Para salir al paso de estas defectuosas matizaciones no queda sino el camino de los neologismos y así surgen los términos “disminuido”, (“físico” o “mental”), “minusválido” y “discapacitado”. Son varias las razones que nos han hecho preferir el último de ellos:

1. Encierra un concepto absolutamente general en cuanto al tipo de alteración existente, es decir, se refiere, al contrario que casi todas las demás denominaciones, incluido el neologismo disminuido físico, tanto al aspecto físico como al mental y aún abarca, dentro de cada uno de ellos, cualquier clase de alteración que pueda darse, siempre que esta alteración afecte en algo la capacidad psicofísica del individuo.
2. No implica negación ni disminución alguna sino, como queda dicho, alteración. Alteración de unas cualidades que, por otro lado, pueden estar sobradamente compensadas con la presencia o desarrollo de otras diferentes o que no impiden el desenvolvimiento del discapacitado en un tipo de actividad para la que no sean esenciales esas cualidades alteradas. Llamar minusválido, o disminuido, a Beethoven, por sordo o a Homero, ciego, se sale de toda ponderación, puesto que en otros aspectos ambos se hallan muy por encima del resto de la humanidad.
3. Indica, sin duda alguna, una posibilidad de acción positiva, en un sentido que muchas veces es ignorado incluso por el propio interesado, pero que los aspectos vocacionales de la Rehabilitación se ocupan de poner al descubierto.
4. No posee el más mínimo matiz ofensivo o de negación ni, por tanto, de tristeza. Antes al contrario encierra una idea de reorientación profesional, de su posibilidad y de su necesidad. Es, en suma, palabra abierta hacia una auténtica y regeneradora esperanza.

Baste lo dicho para justificarnos por emplear, en este trabajo, el término “discapacitado” en sustitución de los habituales de “inválido”, “tullido”, “lisiado” o “incapacitado”, todavía por desgracia tan al uso entre nosotros, así como de los neologismos “disminuido físico”, “disminuido mental” y “minusválido”, que nos

parecen menos acertados en su matización negativa o en su acepción demasiado unilateral.

No puede decirse que haya sido agradable ni justo el trato que han recibido los discapacitados en el transcurso de la historia de la humanidad. Bien poco realmente bueno y ecuánime han de agradecer a las personas refugiadas en esa forma de convivencia denominada “sociedad”. Hasta hace bien poco les ha sido negada prácticamente, y salvo algunas excepciones, toda posibilidad de integración en la comunidad, lo cual ha motivado, por una parte, una serie de reacciones en cierto modo lógicas y por otra la aparición de situaciones tan absurdas como reales producto del choque entre ambos grupos de intereses.

Una evolución gradual y lenta ha ido teniendo lugar hasta llegar a nuestros días, momento en que el problema va a quedar por fin totalmente superado. Esta evolución en el pensamiento, en la conducta y, sobre todo y ante todo en la magnitud espiritual y cultural del hombre, que le ha permitido alcanzar esta meta de convivencia y humanitarismo, puede ser interesante de analizar siguiendo el transcurrir de una serie de etapas cronológicas.

A) Etapa prehistórica.

B) Primeras civilizaciones.

Las Culturas Primitivas de la humanidad están unidas por un mismo denominador en relación con el discapacitado: Proscripción y desprecio. Ello deriva tanto de la creencia en que la fuerza física constituía el máximo don para el hombre como de la idea generalizada de que las deformidades y deficiencias físicas y las alteraciones mentales eran una muestra del castigo divino por pecados cometidos por los interesados o sus ascendientes o bien signo externo de la malignidad del sujeto.

Es curioso que esto ocurriera tanto en los países orientales y asiáticos como en las alejadas tribus americanas. Así, los Indios Salvias de Suramérica daban muerte a sus miembros con alteraciones físicas, tanto congénitas como adquiridas, lo mismo que en la India eran lanzados al sagrado Ganges. Algunos pueblos, al menos relativamente, se salvan de este comportamiento, como son el egipcio y el hebreo entre los orientales y el maya entre los americanos.

En Egipto, si bien es posible que esto sucediera de modo exclusivo con las personas reales o de elevada alcurnia, existen pruebas de que se aceptaba y se trataba de mejorar al individuo discapacitado. Así, el bajorrelieve existente en Copenhague, que representa a un príncipe de la XVIII dinastía, Imperio Nuevo (unos mil cuatrocientos años A. C.), con una extremidad inferior intensamente atrófica, seguramente como consecuencia de un proceso poliomiélico, y apo-

yado en un largo bastón. La representación más habitual del dios Horus era en forma de un niño débil y poco desarrollado situado sobre las rodillas de Isis, su madre.

También se conserva una fractura de extremidad inferior, con una ingeniosa férula inmovilizadora, hallada en una momia de la V dinastía (unos dos mil quinientos años a. A. C.), lo que indica el buen desarrollo de la Medicina egipcia.

Los hebreos parece trataban bien a sus discapacitados, considerándolos como verdaderos hombres y, por tanto, hechos a imagen y semejanza de Dios. De los mayas sabemos que poseían una gran bondad de costumbres. Respetaban y querían a los ancianos y les eran especialmente gratos los enanos y los seres deformes.

C) Grecia y Roma.

En Atenas, si bien de una forma empírica y naturista, comienzan a crearse lugares saludables, por su clima o sus aguas, para la estancia de enfermos o convalecientes. En cambio, en Esparta las leyes de Licurgo, que pretendían una mejora racial a ultranza, así como la pertenencia total del individuo al Estado, obligaban a que todo aquel que al nacer presentase una deformidad física fuese eliminado. Para ello, como es bien conocido, se recurría al despeñamiento por el monte Taigeto.

Los romanos, especialmente a partir de la Ley de las Doce Tablas (540 A. C.) conceden al padre todos los derechos sobre sus hijos, muerte incluida. En general, sin embargo, la muerte del niño deforme no era lo habitual, sino que se le abandonaba en las calles, o bien se le dejaba navegar por el Tíber, introducido en un cesto, para pasar a las manos de quien le utilizase, bien como esclavo, bien como mendigo profesional.

Es en Roma donde se inicia el ejercicio de la mendicidad como oficio y donde nace la costumbre, tan extendida después, de aumentar las deformidades deliberadamente con el fin de que al ser mayor la compasión fuesen también mayores las limosnas. Esto originó todo un comercio de niños deformes o deformados a voluntad con distintos tipos de mutilaciones que se va a mantener prácticamente hasta nuestros días.

Es en Roma, finalmente, al ser un país guerrero por antonomasia, donde se va a dar por primera vez el sistema de retribución a los discapacitados, si bien exclusivamente por causa bélica, a través de la entrega de tierras de labrantío, cuyo cultivo les permitiese proveer a su subsistencia. Este sistema es el que dio origen indirectamente a los agrupamientos llamados "collegia", antecedente directo de las agrupaciones gremiales de la Edad Media.

Hecho importante en esta etapa lo constituye la aparición del Cristianismo, que, en principio, consigue la integración fraternal de todos los hombres en una sola comunidad. Esto da origen a la creación de instituciones para la atención del discapacitado, que culminan con los “nosocomios” del emperador Constantino. Puede decirse que esta época constituye un oasis de bienestar en la odisea del discapacitado.

D) Edad Media.

Por añadidura, el número de discapacitados aumentó considerablemente debido a las invasiones, fundamentalmente la árabe, y las Cruzadas, así como a las innumerables epidemias que azotaron Europa. De esta manera se inicia una larga e importante etapa en la historia del discapacitado, como es el asilo y socorro en los centros y comunidades religiosas. Pronto nace, sin embargo, la idea de atribuirles actos de hechicería y brujería por pactos hechos con Satanás, creencia que les consigue el odio y la animadversión generales. Se incrementa también de modo fabuloso la explotación de la mendicidad como negocio y, por tanto, la mutilación de niños nacidos incluso sin ninguna alteración.

De bien poco sirven a este respecto los esfuerzos de legisladores bien intencionados, que entre nosotros se remontan a Alfonso X el Sabio, continuando a través de Pedro II y Enrique II, quienes especificaron que los mendigos “robustos y voluntarios” fuesen expulsados y no recibiesen limosna.

E) Renacimiento.

Representa el Renacimiento no la meta, sino el camino para llegar a ella. La ruptura con la tradición y el oscurantismo es una especie de epílogo de la Edad Media, que es a su vez el prólogo de la civilización moderna. Nos cabe el honor a los españoles de que fuese el valenciano Juan Luis Vives el primero en promover la necesidad de una revisión de las estructuras sociales basada en la organización estatal, lo cual afectaba de modo directo al discapacitado. “Quien quiera comer, trabaje”, dice Vives. “Quien quiera trabajar, encuentre dónde”. En esta idea le secundan eficazmente autores de tan acendrado cristianismo como buena voluntad, tales Fray Juan de Medina, el médico Cristóbal Pérez de Herrera y sobre todos el P. Juan de Mariana, quien propone incluso el paso al Estado de los bienes y posesiones de la Iglesia para un mejor cometido por parte de aquél.

Contra esta acción se alza bien pronto una fuerte reacción, sustentada especialmente por el P. Domingo de Soto y por Fray Lorenzo de Villavicencio, en defensa de las prerrogativas eclesiásticas y del derecho a la mendicidad y a la limosna. Así, sucede que a pesar de haber sido nuestro país el primero en intentar mejoras sociales es prácticamente el último en alcanzarlas, ya que hasta el siglo

XVIII, con Felipe V, no se consigue imponer el papel del Estado en los asuntos de Beneficencia como colaborador de la Iglesia.

Entre tanto, en los siglos XVI y XVII se habían dictado en Inglaterra “leyes de pobres”, que si no son una solución sí que representan al menos una ayuda para los discapacitados, todavía incluidos en ellas. Por toda Europa se van extendiendo dos aspectos médicos fundamentales para su beneficio, como son la Cirugía ortopédica, impulsada sobre todo por el francés Ambrosio Paré, y la confección de prótesis y aparatos ortopédicos, muy desarrollada en Alemania. Se prepara, en fin, el paso a la sociología científica, que va a llegar con el siglo XVIII y que va a constituir la clave del progreso actual.

F) Siglos XVIII y XIX.

El siglo XVIII es del nacimiento científico de la sociología moderna, creada por el francés Comte sobre la base de las ideas vivianas. Se acepta ya universalmente que el discapacitado necesita ayuda, es decir, trabajo e instrucción profesional y no limosnas. Es el momento de las Mutualidades y los Montepíos como defensores y ordenadores de los derechos del trabajador. Todas estas ideas llegan pronto a España a través del irlandés nacionalizado Bernardo Ward, aunque hay que esperar al reinado de Carlos III y al mandato de Floridablanca para que se ordene realmente la Beneficencia Pública en España.

El siglo XIX, siglo de ordenación y de avance, es el siglo de los seguros sociales. Tres figuras, cada una por motivos diferentes, resaltan especialmente en esta época. En primer lugar, Bismarck, primero en implantar los seguros sociales. En segundo término, Carlos Marx, que defiende la dictadura del proletariado, con lo cual abre paso a las distintas formas de socialismo, que, por desgracia desembocan en el comunismo político. En tercer lugar, y por encima de todos, el Papa León XIII, que es capaz, en su Encíclica “Rerum Novarum”, no sólo de romper con sistemas arcaicos, sino de sentar las bases de la política social cristiana, sin duda el mejor de los caminos actuales.

G) Siglo XX.

Una larga serie de acontecimientos ordenadores se suceden de forma casi ininterrumpida, entre los cuales el más importante es sin duda la toma de forma y de carácter de la especialidad médicosocial denominada Rehabilitación, que se ocupa directamente de las distintas etapas que conducen al discapacitado a una reintegración laboral correcta. Se crean (Boston, 1905) talleres protegidos por el Estado, en los cuales aquellos discapacitados que no pueden alcanzar un rendimiento normal desarrollan un cometido laboral posible. Se consiguen avances técnicos considerables en ortopedia. Se afronta de modo directo el problema de los niños discapacitados. Se busca, en fin, llegar a esa meta por la cual todos

luchamos y que será seguramente el símbolo de nuestro siglo: Seguridad Social. Seguridad Social para todos los hombres, sin distinción alguna.

Decíamos párrafos atrás que la integración social del discapacitado había venido a conseguirse a través de toda una larga evolución que fue sirviendo a la humanidad para ganar progresivamente en grandeza espiritual y en cultura. En efecto, ambos aspectos se hallan en relación directa. Ya Platón decía, y más tarde le secundó ardientemente Baruch Spinoza, que “virtud y cultura son la misma cosa; todo hombre sabio es virtuoso e imposible es llegar a ser virtuoso sin ser sabio”. En gran parte esto es bien cierto y un buen ejemplo lo tenemos en Rehabilitación.

Entendemos que la humanidad ha llegado a la Rehabilitación porque a su vez ha alcanzado, a lo largo de una evolución de siglos, un estado suficiente de madurez, tanto en el aspecto médico como en la vertiente social. La Rehabilitación encierra una idea de nobleza, de verdadera ayuda, que sólo puede encajar en una época de cultura y civilización elevadas. Lo fuerte, no sólo física, sino también mentalmente, es noble por naturaleza. El mismo Platón, una de las cimas espirituales de la humanidad, buscaba constantemente la felicidad de los demás. Pocas figuras más nobles que la de su maestro Sócrates, compendio de sabiduría, altruismo y fortaleza de alma.

Lo mismo podría decirse, en realidad, de casi todos los filósofos que en el mundo han sido. “Filósofo” equivale a aficionado a la sabiduría, es decir, a la verdad, y pocos son los que siguiendo este camino, tantas veces indicado por S. S. el Papa Juan XXIII, no hayan sido capaces de dar a la vez a los hombres ejemplo de virtud y lecciones de rectitud moral. Esta nobleza se encuentra también en el gobernante de auténtica valía, capaz de la grandeza del comprender y del perdonar (Trajano, Marco Aurelio, Carlos I, Napoleón). Tomás Jefferson, tercer Presidente de los Estados Unidos y retirado pobre de la política, dijo: “He jurado ante el altar de Dios guerra a muerte contra cualquier forma de tiranía sobre la mente del hombre.” En el fondo, la galantería es también una forma de expresión de la fortaleza consciente del varón cultivado, que le lleva a ayudar a quienes sabe más débiles.

Recordemos la figura del profesor Challenger, protagonista de una serie de novelas de Conan Doyle, aparentemente tan grosero y, sin embargo, capaz, con quienes le necesitan, de las mayores finuras espirituales.

Estos sentimientos de nobleza y altruismo, de ayuda a los demás, poseen una base mucho más espiritual que física. Durante siglos se han homologado erróneamente los conceptos de “bueno” y de “bello” por influencia del adagio latino, debido a Juvenal, “mens sana in corpore sano”.

De aquí, en parte, el menosprecio ancestral hacia el discapacitado por parte de la sociedad a pesar de las llamadas en contra lanzadas por personas de buena voluntad. La Leyenda de Riquet, recogida por Perrault en uno de sus “Cuentos de viejas” y tan espléndidamente humanizada por Buero Vallejo en “Casi un cuento de hadas”, traduce la superioridad de la bondad, de la calidad de alma, sobre la apariencia física. Hasta el punto de que la belleza interna de Riquet es seguramente la que al conseguir enamorar a la princesa transforma a los ojos de ésta toda su fealdad aparente en auténtica hermosura.

Un grito en contra de ancestrales encasillamientos, de este eterno juzgar de la sociedad por las apariencias, parece existir también en el cuento de Perrault con la presencia de las dos princesas, una, hermosa y boba, la otra, inteligente, pero fea, al ser a la larga la fea la que se va llevando tras sí a los pretendientes llegados al reclamo de la perfección física de su hermana.

Algo análogo podría decirse de la figura de Cyrano de Bergerac, cuya verdadera hermosura solamente al final es comprendida por Roxana. Una figura en parte comparable a la de Cyrano, si bien situada en un nivel muy superior, la tenemos en nuestro don Francisco de Quevedo, mal apreciado y peor comprendido, a medias a causa de su patriotismo, su nobleza y su talento y a medias por su aspecto poco decorativo y deforme, “quebrado de color y de piernas”, como él mismo dice. Y, sin embargo, lo recto de su intención trasciende por todos los rincones de su obra inimitable.

En cambio, lo inculto es desconfiado, solapado, egoísta. Ese trato secular dado al discapacitado no traduce en el fondo sino una ignorancia, una incultura realmente feroces. Es casi imposible llegar así a alcanzar sentimientos nobles y altruistas. Una de las razones por las que estamos de acuerdo con los que creen que aquel mediocre actor llamado Shakespeare no pudo escribir las inmortales obras adscritas a su nombre reside precisamente en la mezquindad y falta de nobleza que demostró en su vida privada.

Basten como ejemplo los pleitos entablados por el actor, tanto en Londres como en Stratford, entre 1604 y 1615, es decir, cuando era poseedor de una gran fortuna, pleitos que la mayor parte de las veces se basaban en verdaderas nimiedades; o la sordidez y seguridad con que va realizando sus negocios, impropios de mente tan aparentemente elevada sobre los asuntos de este mundo; o su declaración en contra de su antiguo amigo Montjoy, en 1612. Nada más lejos que todas aquellas minucias burocráticas, que aquel constante egoísmo, del mundo irreal y bondadoso de “El sueño de una noche de verano” o de las alturas espirituales de “Hamlet” y de “Macbeth” o de la trágica grandeza de “Romeo y Julieta” o “Tito Andrónico”.

Ejemplos geniales de todo esto los tenemos en el “Quijote”. Don Quijote, que tantos libros había leído, dedica voluntariamente sus esfuerzos a “favorecer y ayudar a los menesterosos y desvalidos”.

Todas las acciones de su vida se hallan poseídas de una idea de altruismo y entrega a sus semejantes y cualesquiera que sean las vicisitudes y malaventurados acontecimientos que sobre su caballerosa persona se pueden suceder, se mantiene don Quijote irreductiblemente fiel a su “voto de favorecer a los menesterosos y opresos de los mayores”. Y no sólo esto, sino que lo cultivado de su espíritu le permite razonar su altruismo y su caridad: “... si has de vestir seis pajes viste tres y otros tres pobres y así tendrás pajes para el cielo y para el suelo”; “Cuando te sucediere juzgar algún pleito de algún tu enemigo aparta las mientes de tu injuria y ponlas en la verdad del caso”.

La sabiduría popular, en cambio, simbolizada por Sancho, es mucho menos desprendida y aconseja al individuo que mire más por sí mismo que por los otros. No es en vano, seguramente no es tampoco casual, que Sancho se apellidase Panza. Sancho representante del pueblo, ese “grande doctor de errores”, como dice Vives. Sancho, que apenas era capaz de firmar. Sancho, que era “hombre de bien, pero de muy poca sal en la mollera”.

Poco después de la aventura de los batanes, Sancho trata de concretar sus posibilidades futuras, que él anhela bastante alejadas de toda gloria espiritual: “... pero querría yo saber (por si acaso no llegase el tiempo de las mercedes y fuese necesario acudir a lo de los salarios) cuanto ganaba un escudero de un caballero andante...”. El interés es el señuelo que le impulsa a acompañar a don Quijote: “Mire vuesa merced, señor caballero andante, que no se le olvide lo que de la ínsula me tiene prometido...”; sentir que se mantiene invariable a su vuelta a casa, terminada toda aventura: “Dineros traigo, que es lo que importa.” En la famosa “paga por los azotes del desencanto de Dulcinea” da aquellos no en sus espaldas, sino en los árboles, engañando tranquilamente a su amo, con un sentido práctico del que Don Quijote es tan absolutamente incapaz que ni aún por asomo llega a sospechar doblez alguna.

El sentir de Sancho podría resumirse en aquellos razonamientos, por otro lado tan justificados si adoptamos su propio ángulo de visión, que siguen a la aventura de Altisidora y que son los que inducen precisamente a don Quijote a la recompensa por los azotes, tan galanamente conseguida: “... yo les voto a tal que si me traen a las manos algún otro enfermo, que antes que le cure me han de untar las mías; que el abad, de donde canta yanta; y no quiero creer que me haya dado el cielo la virtud que tengo para que yo la comunique con otros de bóbilis, bóbilis.”

Sin embargo, con certeza que si Sancho hubiera sido culto habría sido también altruista y desprendido, capaz abiertamente de sacrificios y de renunciaciones, de dar salida a unos sentimientos de nobleza, que allá en su fondo existían, pero que eran ahogados en la práctica por su saber egoísta de refranero: “Bien predica quien bien vive”, “El buey suelto bien se lame”, “Con lo mío, Dios me ayude”, “Sobre mí la capa cuando llueva”, “Váyase el muerto a la sepultura y el vivo a la hogaza”. “A salvo está el que repica”, “Más vale un toma que dos te daré “...

Resulta casi cruel este acervo de saber popular (curioso que “acervo”, reunión, conjunto, y “acerbo”, amargo, hiriente, puntiagudo, posean un origen común en “acer”, arce, el árbol de dura madera y buen arder), pero a su vez el pueblo que lo ha creado lleva en él la penitencia más directa a su pecado, ya que seguramente es el estrato de la sociedad que más fácilmente puede ser engañado y explotado por quienes se preocupan de manejar sus sencillas convicciones y su astuta desconfianza, de fondo egoísta. De aquí que sigan prosperando timos absurdamente burdos, basados sistemáticamente en el engaño de quien creía a su vez poder engañar a otro.

Un ejemplo paradigmático de todo esto lo tenemos en la mendicidad profesional, a la vez víctima y explotadora de la ignorancia inconsciente del pueblo, que inútilmente se disfraza de una falsa y ramplona sabiduría, fácil al engaño.

Por eso, donde más mendigos ha habido siempre, donde más, por desgracia, continúa habiendo, es en los pueblos, aunque no falten hoy en las ciudades.. Hemingway, gran observador, se da cuenta de esto y lo describe en “Muerte en la tarde”: “La plaza está al final de una calle tórrida, larga y polvorienta que del frescor selvático de la población lleva hacia el calor y los mutilados de profesión, los profesionales del horror y de la limosna que siguen las ferias de España una tras otra, bordean la carretera, agitando sus muñones, exponiendo sus lacras, exhibiendo sus monstruosidades y pidiendo limosna con su gorra entre los dientes cuando no les queda otra cosa para sujetarla; de manera que recorréis ese camino polvoriento, como si fuese un torneo, entre dos filas de monstruos hasta la plaza.” Se escribió esto en 1932. Todavía tiene en muchos lugares una vigencia indiscutible entre nuestras costumbres.

Todo esto va siendo cambiado por la Rehabilitación en una labor progresiva que, comenzada hace mucho tiempo, ha venido a fructificar plenamente en nuestra época de civilización y de cultura, que es por ello también, aunque opiniones poco meditadas apunten lo contrario, de altruismo y buena voluntad.

Pero no es solamente la Rehabilitación, al hacer renacer unos sentimientos de ayuda y de amor al prójimo, una reivindicación del quijotismo, sino que en su estructura entran factores de índole intelectual en un maridaje perfecto con los de carácter afectivo. Así, el antiguo “ayúdate y te ayudaré” queda sustituido

por un concepto mucho más cristiano, pero a la vez más real y más positivo: “Te ayudo porque es mi obligación y porque tal vez serás tú quien me ayude en otro momento”. Se trata de un concepto más elaborado, intelectual y afectivo a la vez, de hombres más cultivados anímicamente y, por lo tanto, más cerca de Dios. Aparece de este modo una Caridad razonada, útil a quien la da y a quien la recibe y que no tiene nada de ofensivo ni de humillante para ninguna de las dos partes, sino que, por el contrario, beneficia a ambas y, con ellas, a toda la sociedad.

El discapacitado necesita ayuda. Ayuda para conseguir una vuelta a su estado primitivo tan completa como pueda alcanzarse, lo cual buscaremos con todos los medios a nuestra disposición. Ayuda en cuanto a su orientación profesional y en el aprendizaje de la nueva profesión, así como en la consecución de un puesto de trabajo estable, sin el cual todos los esfuerzos quedarían truncados. Ayuda en suma del médico y del estadista y de su ambiente social y su medio familiar. Pero esta ayuda la recibe con la idea de que se trata de un préstamo que va a devolver con creces y no de una limosna. Y la utiliza al máximo porque piensa que seguramente en otro momento, en muchos momentos, va a estar ayudando a los demás con su utilidad. Los países en que la Rehabilitación se halla más perfeccionada son los más desarrollados, pero no ya sólo porque su bienestar les permite una organización más correcta, sino también porque este bienestar se ve considerablemente aumentado por el indudable carácter financiero que posee una Rehabilitación bien montada en sus diferentes aspectos, por lo que aportan los que no se limitan a recibir.

Jansson, experto de la O. M. S., comprobó en 1953 que los gastos que cada año se realizan en Estados Unidos para rehabilitar a los correspondientes discapacitados son amortizados por ellos mismos en dos años y medio de trabajo normal, con sólo los impuestos directos e indirectos que pagan a su gobierno.

Esta caridad organizada, intelectual, de pensar que el débil que hoy precisa ayuda puede ser mañana el fuerte que la brinde debe guiarnos si queremos lograr resultados positivos para la sociedad; si pretendemos crear una organización social efectiva y real. Pero ello no quiere decir que anulemos la otra caridad, la afectiva, siempre que sea sincera, sino que debemos darle una orientación, de la que ha carecido durante siglos y que se basa precisamente en la sinceridad. Impulso, que no postura. Sentimiento, que no apariencia. La caridad a que alude don Quijote cuando dice: “Si acaso doblaras la vara de la justicia no sea con el peso de la dádiva, sino con el de la misericordia.” Es ésta la caridad más difícil y la más hermosa. La del amor. La que nos lleva a aliviar el sufrimiento de los demás, a ayudarles en su dolor o en su desgracia, porque sabemos que son sufrimiento y dolor que restamos a los de Jesucristo, que murió hace casi dos mil años por nosotros, pero que sigue y seguirá sufriendo y muriendo cada instante,

en eterno milagro de amor, mientras exista un solo hombre que sufra, que es tanto como decir mientras exista un solo hombre sobre la tierra.

1.1.c Conceptos generales

La Organización Mundial de la Salud cuenta entre sus grupos de trabajo con uno dedicado a la «Clasificación, evaluación, encuestas y terminología» aplicables al campo de la salud. En el marco de las actividades de este grupo se ha gestado la revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS, para ensayo, en 1980. Para encuadrar la perspectiva actual que sobre el campo de la discapacidad y su relación con la salud tiene este Organismo internacional, vamos a hacer un breve repaso a los conceptos y terminología empleados en la primera versión de la citada Clasificación. Además, haremos un somero relato de los acontecimientos acaecidos durante su periodo de implantación y revisión. Mostraremos un particular interés en los relacionados con España.

La CIDDM de 1980

El objetivo planteado en la versión de 1980 de la CIDDM se centra en traspasar las barreras de la enfermedad, entendida en su concepción clásica. Se trata de ir más allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que ésta deja en el individuo tanto en su propio cuerpo, como en su persona y en su relación con la sociedad.

De este modo, se va más allá del esquema de la enfermedad como:

Conceptos y terminología de la CIDDM

En este nuevo esquema ha de entenderse que:

- La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).
- La deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).

- La discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género,...).
- La minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Cada uno de los tres ámbitos de las consecuencias de la enfermedad, que antes hemos descrito, fue definido de forma operativa por parte de la OMS en la CIDDM. Así pues, siempre dentro de la «experiencia de la salud».

- Una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

Etiología → Patología → Manifestación → Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

La relación causal entre dichos niveles de las consecuencias de la enfermedad es evidente en las propias definiciones de los mismos. Una deficiencia puede producir una discapacidad y la minusvalía puede ser causada por cualquiera de las dos anteriores. Dicha causalidad y linealidad en el planteamiento de la CIDDM ha sido uno de los extremos más criticados de la misma. Así, se ha planteado la posibilidad de que existieran minusvalías derivadas directamente de una enfermedad, que no causando deficiencia (pérdida o anomalía), ni produciendo una discapacidad (restricción o ausencia de capacidad), pudieran producir una minusvalía (un niño portador de VIH que se encuentra en situación desventajosa en actos sociales donde no puede participar en igualdad de condiciones).

En sentido inverso, también se puede plantear la situación de que determinadas minusvalías (por ejemplo, la situación de desventaja social que tiene una persona con ciertos trastornos mentales) puedan llegar a causar discapacidades

(como sería el caso de la limitación en su capacidad para desarrollar un trabajo remunerado motivado por la prolongada situación de ostracismo a la que se ha sometido al individuo).

Términos en positivo

Desde las visiones animistas de la discapacidad (la discapacidad era un castigo divino o la persona con discapacidad estaba endemoniada) hasta la actual perspectiva que se vive en los países de nuestro entorno de considerarla dentro de los conceptos de salud, han pasado años y un duro devenir con continuas reconducciones hacia lo que debería ser una visión «neutra» o, mejor aún, «positiva» de los conceptos utilizados en el campo de la discapacidad.

En esa trayectoria han ido quedando obsoletos términos que surgieron desde el mundo de la ciencia (idiota, imbécil, cretino, subnormal, etc.). La incorrecta utilización de los mismos, su vulgarización y el desencuentro conceptual entre las personas que los manejaban, han obligado a ir cambiando cíclicamente la terminología aplicada a quienes padecían menoscabo.

A esta realidad no fue ajena la propia CIDDM, que tuvo que consensuar, en los años 1975-76, como paso previo a la elaboración de la Clasificación, un marco de referencia conceptual. Así mismo, durante los años subsiguientes a la aprobación de la Clasificación, la OMS tuvo que llegar a un acuerdo sobre la utilización de los términos más importantes con una serie de organizaciones internacionales. Pese a todo ello, no se ha podido evitar el uso de términos y conceptos promulgados por la OMS como sinónimos, no sólo en la lengua común sino, incluso, en mucha de la literatura especializada. Podríamos decir que dos eran las pretensiones básicas en el campo de la terminología aplicada a la discapacidad:

1. La intención de evitar la sustantivación de situaciones adjetivas. Se trataba de mostrar al individuo antes como persona que como sujeto de una determinada situación limitante. La manera de lograrlo era anteponer siempre el «persona con...», haciendo de esta manera más relevante la integridad individual que la situación adjetiva (por descriptiva) de una circunstancia personal concreta.
2. Por otro lado, se trataba de evitar la distinta interpretación que sobre los diferentes marcos de las consecuencias de la enfermedad tenga cada persona, según la perspectiva que uno tenga de las mismas. Así, a las cualidades de la deficiencia se les asigna un adjetivo derivado de un sustantivo (en el texto de la traducción del IMSERSO aparece como ejemplo: deficiencia del órgano de la visión), mientras que para las dis-

capacidades se recomienda la utilización de una palabra de origen verbal (como ejemplo en el texto citado aparece: discapacidad para ver). En el caso de las minusvalías, la cualidad vuelve a ser designada por un adjetivo derivado de un sustantivo (el ejemplo en el texto editado por el IMSERSO es: minusvalía para la orientación), pero en este caso el sustantivo hace referencia a un rol de supervivencia y nunca a un órgano y su función.

Aunque no se consiguió una coherencia total en este sentido, sí quedó clara la voluntad de lograrlo. Pese al indudable empeño puesto por la OMS en la CIDDM para que los términos de la misma fueran positivos, han sido muchas las voces que se han alzado en contra de una Clasificación que enumeraba las situaciones limitantes, restrictivas y de desventaja. Esta perspectiva condujo a una nueva revisión de la terminología empleada.

El proceso de revisión

Sin tratar de ser exhaustivos, exponemos a continuación los hitos principales del largo proceso de revisión que han conducido a la aparición de una nueva Clasificación dentro de la familia de clasificaciones de la OMS.

1976. La Organización Mundial de la Salud aprueba, para ensayo, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, como «manual de las consecuencias de la enfermedad».

1980. Se publica la versión oficial, en inglés, de la CIDDM.

1983. El, entonces, Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) publica la versión en castellano de la CIDDM, que merece la aprobación por la OMS como versión oficial en nuestro idioma. Este mismo año, Naciones Unidas publica su Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad, cuya terminología en la versión en castellano no coincide con la propuesta por el

INSERSO en la traducción de la CIDDM (en 1988 el, entonces, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía publicará una traducción armonizada).

1986. El Instituto Nacional de Estadística (INE) de España realiza una encuesta de ámbito nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, tomando como base los conceptos y terminología empleados por la OMS en la CIDDM. Se trata del trabajo de campo de más amplio espectro realizado en todo el mundo hasta este momento.

1987. Se establece la red de centros colaboradores de la OMS en materia de aplicación y desarrollo de la CIDDM (ninguno de estos centros se ubica en un país de habla hispana). También este año, el Consejo de Europa crea un Comité de Expertos para la aplicación de la CIDDM.

1989. El Consejo de Europa publica un documento sobre la utilización de la CIDDM.

1991. La Dra. Jesusa Pertejo, al frente del equipo RACIM (Revisión y Actualización de la Clasificación Internacional de Minusvalías), por encargo del Real Patronato, realiza un estudio sobre la aplicación de la CIDDM en España y los países de habla hispana.

1992. En la reunión anual sobre CIDDM celebrada en Zoetermeer (Holanda), se revisan algunos ítems de la Clasificación y se redacta una nueva introducción. Se acuerda impulsar el proceso de revisión, asignando responsabilidades a los distintos centros colaboradores. En España, este año, el Real Patronato redacta y hace llegar a los órganos pertinentes de la OMS una «nota de situación y propuesta sobre la CIDDM», elaborada por un grupo de expertos de habla hispana.

1993. En la reunión anual sobre CIDDM celebrada en Washington, se programa el proceso de revisión y se distribuyen tareas y responsabilidades entre los centros colaboradores. La OMS publica una reimpresión de la CIDDM donde desaparece la mención «para ensayo» y añade un nuevo prólogo, donde se reconocen las aportaciones realizadas desde España por el Real Patronato. Este mismo año, las Naciones Unidas publican las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad, en las que vuelve a apreciarse un incorrecto uso del término aplicado en lengua hispana para la «deficiencia», según la versión en castellano de la CIDDM.

1996. Aparece el borrador «alfa» de la nueva versión de la CIDDM, que utilizará, de momento, las siglas CIDDM-2, por razones históricas (no se conoce traducción al castellano de este documento). El Consejo de Europa lleva a cabo un Taller Internacional sobre «El uso y la utilidad de la CIDDM», cuyos materiales no serán publicados hasta marzo del año 1999.

1997. Aparece el segundo borrador, «beta 1», de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividades y Participación» (con versión en castellano).

1998. Se constituye la Red de Habla/Cultura Hispana en Discapacidad (RHHD) como interlocutora de la OMS para la versión en castellano de la revisión.

1999. Aparece un nuevo borrador, «beta 2», de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad» (con versión en castellano). Este mismo año se constituye la REVEDIC (Red Española de Verificación y Difusión de la CIDDM-2), que se encarga de llevar a cabo en nuestro país los trabajos de campo diseñados por la OMS para el proceso de revisión de la CIDDM y como representación oficial de España en el marco de la RHHD.

2000. Aparecen dos borradores «pre-finales» (en octubre y diciembre, respectivamente) de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud» (ambos contaron con traducción al castellano). En noviembre (en el periodo comprendido entre ambas publicaciones) se celebra en Madrid la Reunión anual de la CIDDM, donde se decide elevar al Comité Ejecutivo de la OMS un borrador de la nueva Clasificación para que pueda ser aprobado en la siguiente Asamblea Mundial.

2001. En enero, el Comité Ejecutivo de la OMS acuerda elevar, para su aprobación en la 54.^a Asamblea Mundial de la Salud, el borrador pre-final de diciembre de la CIDDM-2. En abril aparece el borrador «final» de la CIDDM-2 (con su correspondiente versión en castellano). El 22 de mayo se aprueba la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de «Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud», con las siglas CIF. En el mes de junio, aparece una nueva traducción al castellano de esta Clasificación, que recoge las nuevas siglas (CIF) y en la que se rectifican algunos errores de la traducción de abril.

En octubre se da noticia a través de Internet de la publicación oficial de la nueva Clasificación, cuya versión en castellano es editada por el IMSERSO y se presenta el 15 de noviembre en Madrid.

La CIF de 2001

Como hemos podido ver en el apartado anterior, el periodo de aplicación de la CIDDM supera de largo los veinte años y su periodo de revisión se ha prolongado por casi una década. Como ya habíamos dicho, ha sido un largo proceso, con una amplia participación internacional (todos los centros colaboradores, grupos de trabajo específicos para algunos apartados, instituciones internacionales representativas del colectivo y redes internacionales como la de habla hispana), con el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (la OMS, dentro de su sitio en la Web, viene manteniendo un apartado dedicado a la revisión de la CIDDM) y no carente de giros sorprendentes en su elaboración (términos que aparecen y desaparecen, incluso del propio nombre; desdoblamiento o agrupación de las distintas escalas que componen la Clasificación; y

hasta un cambio final en las siglas que van a regir desde el momento de su aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud del 2001).

Objetivo y la finalidad

En el propio título de la nueva Clasificación encontramos una declaración de intenciones. Ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de funcionamiento (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), discapacidad (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y salud (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

En sus primeras líneas, la CIF enuncia su objetivo principal: «proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud». La OMS abandona el enfoque primitivo de «consecuencias de la enfermedad» para enfocar el objetivo hacia «la salud y los estados relacionados con la salud». Trata, por lo tanto, de poner en positivo su terminología desde el primer momento (el término «enfermedad» ya no es empleado y a cambio aparece el nuevo término «estado de salud»). También describe su finalidad en las primeras líneas del documento que manejamos: «La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes del bienestar relacionados con la salud (como educación, trabajo, etc.) para su descripción y valoración». Bajo esta perspectiva, se trata de ir más allá del campo «médico-sanitario» e incluir, de forma expresa, ámbitos sociales más amplios.

La CIF, desde los comienzos de su elaboración, se pronuncia por un enfoque bio-psicosocial y ecológico, superando la perspectiva bio-médica imperante hasta el momento. Particularmente, este dato queda evidente con la inclusión de un apartado (segunda parte) dedicado a los factores contextuales (si bien no podemos considerar que hayan alcanzado todos sus objetivos ya que una de las escalas previstas, la de factores personales, no ha llegado a desarrollarse y la otra, la de factores ambientales, habrá de ser sometida a un proceso de verificación que puede derivar en modificaciones sustanciales). Como aportación personal de los autores de este artículo, opinamos que el cambio de última hora en las siglas por las que se conocerá esta Clasificación puede responder, básicamente, a dos premisas:

1. Un acercamiento con la que se considera una Clasificación «hermana» y complementaria: la CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades.

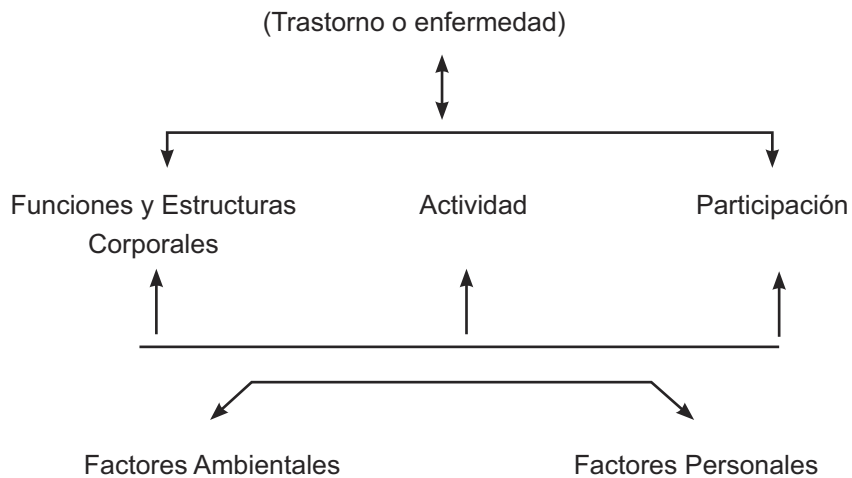
Las siglas CIF (en inglés ICF, International Classification of Functioning) recuerdan y se asemejan bastante a CIE (en inglés ICD, Internacional Classification of Diseases).

- Una intencionalidad de dejar claro que se trata de una «nueva Clasificación», rompiendo con las siglas CIDDM que se venían manteniendo en los distintos borradores «por razones históricas». Si bien se hace una mención expresa en el documento manejado a que se trata de un «texto que representa una revisión de la CIDDM», en la práctica poco queda de la misma ni en los conceptos, ni en la terminología empleada. Sólo parece guardar relación con su antecesora en los campos para su posible aplicación (herramienta estadística, de investigación, clínica, de política social y educativa).

1.1.d El nuevo esquema

Al esquema causal y lineal de la CIDDM de 1980, la CIF responde con un esquema de múltiples interacciones entre sus dimensiones y áreas. Aunque, según se declara en el texto de esta Clasificación, la CIF «no establece un “proceso” del funcionamiento y la discapacidad», se intentan aclarar dichas interacciones mediante el siguiente esquema:

Estado de Salud



De este nuevo esquema (clarificador de las interacciones entre las dimensiones y áreas) podemos hacer las siguientes lecturas:

- Los estados de salud tienen consecuencias en todos los componentes del funcionamiento (corporal, actividad y participación). A su vez, los componentes del funcionamiento tienen directa repercusión sobre los estados de salud, en tanto que condicionan la posible aparición de nuevas alteraciones (trastornos o enfermedades).
- Los componentes del funcionamiento se relacionan, por pares, todos entre sí (cuerpo y actividad; cuerpo y participación; actividad y participación) y en ambos sentidos.
- Los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se ven influidos por los factores contextuales, tanto ambientales como personales. Al mismo tiempo, los factores contextuales pueden ser determinados por las circunstancias que acontezcan en los tres componentes del funcionamiento. Hacemos notar que en el nuevo esquema (clarificador) se emplea la terminología positiva que trata de impregnar esta nueva Clasificación, sin hacer mención de los términos negativos que corresponden a cada uno de ellos, con excepción de la aclaración, entre paréntesis, que se hace de los «estados de salud».

La estructura de la nueva clasificación

Antes de entrar de lleno en los conceptos y terminología empleados en la CIF, recogemos a continuación, de forma gráfica, la estructura que tiene esta nueva Clasificación.

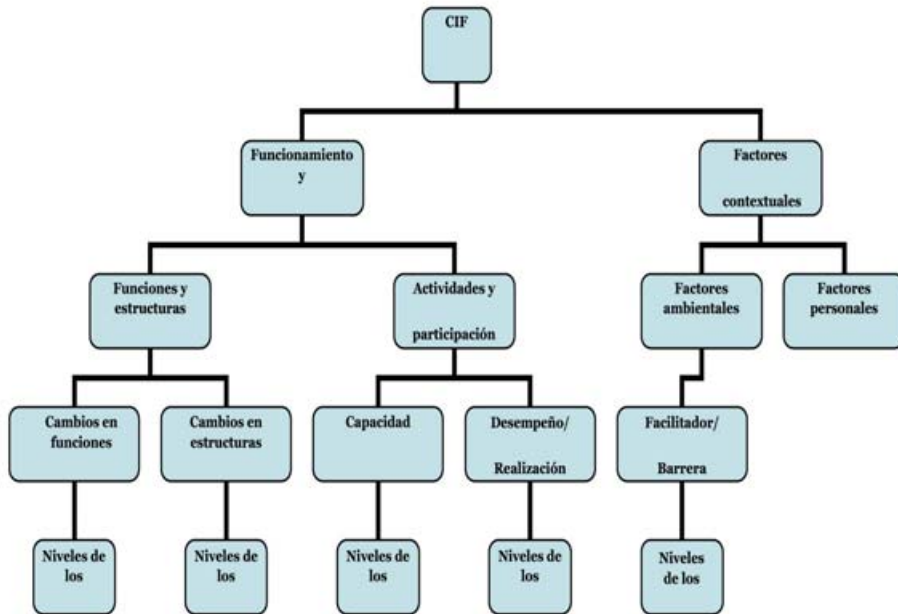
Vemos en el gráfico cómo la Clasificación (CIF) está dividida en dos partes:

1. Funcionamiento y discapacidad.
2. Factores contextuales.

La primera parte (Funcionamiento y Discapacidad), a su vez, se subdivide en dos componentes:

- a. Funciones y estructuras corporales. Con dos constructos (como conjunto de calificadores):
 - i. Cambios en las funciones corporales (fisiológico), con sus distintos niveles de dominios y categorías.

- ii. Cambios en las estructuras corporales (anatómico), con sus distintos niveles de dominios y categorías.



b. Actividades y participación. Con dos constructos:

- i. Capacidad, como la ejecución de tareas en un entorno uniforme, con sus distintos niveles de dominios y categorías.
- ii. Desempeño/realización, como la ejecución de tareas en el entorno real, con sus distintos niveles de dominios y categorías.

La segunda parte (Factores contextuales) también cuenta con dos componentes:

- a. Factores ambientales, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal y que tiene distintos niveles de dominios y categorías.

- b. Factores personales, entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el impacto de los atributos de la persona. En esta versión de la CIF no se ha desarrollado una escala de niveles para este componente. Para tratar de proporcionar una visión de conjunto de los conceptos que contiene esta estructura, en los documentos manejados (borrador final de abril de 2001 y versión castellana de junio de 2001) aparece una tabla explicativa de los conceptos que entran en juego en esta nueva clasificación (ver tabla 1), que puede servir para hacerse una cierta composición global.

Tabla 1* Visión de conjunto de la CIF

	Parte 1 Funcionamiento y discapacidad		Parte 2 Factores contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad. Realización de tareas en un entorno uniforme. Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real.	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional, estructural	Actividad. Participación.	Facilitadoras	No aplicable
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación a la actividad. Restricción en la participación	Barreras/ obstáculos	No aplicable

(*) Esta tabla ha sido tomada del texto publicado por IMSERSO de la versión en castellano de la CIF. Pág. 12.

Como podemos apreciar, la complejidad de la Clasificación ha aumentado con respecto a la versión original de 1980. Se incorporan nuevos términos y conceptos, que vamos a tratar de ir aclarando y situando, en lo posible. En cualquier caso, destacamos los siguientes hechos relevantes de esta nueva estructura:

- La CIF está compuesta por cuatro escalas, frente a las tres que componían la CIDDM.
- La escala de deficiencias de la CIDDM se ha convertido en dos escalas (funciones corporales y estructuras corporales) en la CIF, si bien el conjunto de las dos es considerado un solo componente en la nueva Clasificación.
- La escala de Actividades y Participación de la CIF es derivada de dos escalas en la CIDDM (Discapacidades y Minusvalías), si bien en su implementación puede hacerse de una forma diferenciada para las limitaciones en la actividad o la restricción en la participación.
- Aparece una nueva escala en la CIF que no aparecía en la CIDDM, la escala de Factores Ambientales, quedando, además, a la expectativa de la posible aparición de la escala de Factores Personales, que se anuncia pero no se desarrolla en la CIF.
- En la CIF aparecen unos elementos estructurales inéditos en la CIDDM: los dominios (como conjuntos de ítems relacionados entre sí) y los constructos (como conjuntos de calificadores o elementos que vendrán a determinar la gravedad o consecuencia en un determinado ítem según su aparición y en función de su grado o intensidad).

Los nuevos conceptos y la terminología

Veamos ahora la definición de los componentes de la CIF. Antes de nada, habría que destacar que en las definiciones de la CIDDM se comenzaba en cada una de ellas con la frase «dentro de la experiencia de la salud», mientras que en la CIF, como marco genérico, se define «en el contexto de la salud».

La salud puede presentarse de forma negativa o positiva (el individuo padece o no una enfermedad o trastorno), pero está claro que, a efectos prácticos, la CIF es fundamentalmente útil para la valoración y descripción de «estados de salud» y, por lo tanto, de la forma negativa de salud. Por lo tanto, y como ya se ha dicho, en el contexto de la salud:

- Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales

(incluyendo las funciones psicológicas).

- Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- Deficiencias son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida.
- Actividad es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
- Limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
- Restricciones en la Participación son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

La salud en forma positiva vendrá descrita por las funciones y estructuras corporales, la actividad y la participación. La salud en forma negativa lo será por las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

Mientras tanto, los factores ambientales actuarán de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación y será negativo en tanto que suponga una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores.

Los autores de este artículo opinan que estas definiciones son menos operativas que las contenidas en la CIDDM para los tres niveles de consecuencias de la salud (deficiencia, discapacidad y minusvalía). Además, como antes mencionábamos, consideramos que, en un plano práctico, la utilidad de este tipo de clasificaciones es cuando se presentan situaciones negativas. Esto quizá se enfrenta al enfoque positivo que trata de dar la nueva clasificación, pero, de forma pragmática, pensamos que en la práctica profesional (venga del campo sanitario, social, educativo, laboral, etc.) el dato útil siempre será el negativo, que marca la diferencia, mientras que el positivo marca la línea base. Este hecho queda claro en el propio documento manejado cuando se habla de la «utilización de la CIF».

A la hora de aplicar la Clasificación para describir la situación de un individuo en cuanto a su salud, se parte de una clasificación en «terminología positiva» que marca la línea base que se modifica mediante «calificadores» que, de usarse, denotan un grado de pérdida, gravedad, limitación o restricción. No existen calificadores positivos para mostrar, por ejemplo, un coeficiente intelectual superior a la media, una agudeza visual mayor que la considerada normal o un desarrollo muscular por encima del habitual (si bien no se niega la posibilidad de que, a iniciativa del codificador que maneje cada escala, se puedan generar estos calificadores positivos). La única escala que presenta un calificador claramente positivo es la de factores ambientales que, como ya se ha dicho, en sus ítems permite la catalogación graduada positiva (facilitador) o negativa (barrera).

Otros términos novedosos

Comenzamos este apartado por el término al que se ha querido dar mayor relevancia en esta nueva Clasificación: el funcionamiento (no olvidemos que las siglas se han quedado en CIF, con lo que podríamos quedarnos en un desarrollo de las mismas como Clasificación Internacional del Funcionamiento, olvidando los otros dos sustantivos del título: discapacidad y salud).

El Funcionamiento es aplicado en la CIF como «un término global que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación». Es, por tanto, el término genérico para las condiciones de salud positivas (o, quizá, cabría mejor decir «no negativas»). La segunda novedad la encontramos en la utilización de un término ya empleado en la anterior Clasificación: la discapacidad.

En la CIF, la Discapacidad «engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación» y, así, deja de emplearse como una parte de las consecuencias de la enfermedad y se eleva a término «paraguas» para todas las condiciones de salud negativas.

Así describen T.B. Üstün y colaboradores el proceso por el que se llega a adoptar el uso de «discapacidad» como término globalizador de los factores negativos del funcionamiento humano:

«Si bien “discapacidad” (“disability”) es un término utilizado universalmente, tanto en el lenguaje cotidiano como en la literatura profesional y científica, resulta ambiguo. El término podría referirse a una anomalía funcional o estructural en el ámbito corporal (por ejemplo, un problema en el metabolismo de las proteínas o la pérdida de una pierna); un problema de actuación o comportamiento en el ámbito de la persona (por ejemplo, ser incapaz de vestirse o de conducir un coche); o, incluso, en el ámbito social al estar socialmente en desventaja a causa de los problemas funcionales en el ámbito corporal o personal (por ejemplo, per-

der el trabajo o que te denieguen el permiso de conducir). Para evitar la confusión entre estas tres nociones, muy diferentes entre sí, la CIDDM de 1980 utilizó los términos “deficiencia” (“impairment”), “discapacidad” (“disability”) y “minusvalía” (“handicap”) para distinguir estas tres dimensiones, con el término paraguas “disablement” (que no tiene paridad en castellano, pero podríamos traducir como “discapacitación” o “discapacitamiento”) cubriendo a las tres.

En el proceso de revisión, se decidió que la CIF no debía ser una clasificación de los problemas funcionales que las personas pueden experimentar, sino una clasificación universal del funcionamiento humano en sí mismo, tanto positivo como negativo. Por esta causa, y por la importancia de expresar la clasificación en un lenguaje neutral y flexible, los tres ámbitos fueron renombrados “estructuras y funciones corporales” (por “deficiencias”), “actividad” (por “discapacidad”) y “participación” (por “minusvalía”). Puesto que el término “disablement” resultó difícil de traducir (como sucedía en castellano) y ahora “discapacidad” estaba liberada de su asociación con el ámbito personal de los problemas funcionales, se decidió volver a “discapacidad” como término comprensivo de los tres ámbitos de dificultad funcional.

El término “disablement” se mantuvo como un término acordado para nombrar el proceso interactivo por el cual los ámbitos de la discapacidad suceden (lo que podríamos denominar en castellano “discapacitación” o “discapacitamiento”)).

La utilización de un término anterior con un contenido diferente puede causar ciertos problemas operativos, sobre todo si pensamos que dentro de unos años, al hacer revisiones históricas de ciertos textos, nos veremos obligados a pensar si éstos hacen referencia a conceptos manejados antes o después de la aparición de la CIF.

En la CIF, se utiliza Estado de Salud para referirse a la enfermedad o trastorno que padece un individuo y es la llave de paso entre el funcionamiento y la discapacidad. Debemos diferenciar este concepto del de «salud», que, en la CIF, hace referencia tanto a aspectos negativos como positivos.

Otra novedad es la aparición de ciertos conceptos relacionados con la estructura de la nueva Clasificación. Estos son:

- Dominio, usado como «un conjunto relevante y práctico de acciones, funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, tareas o áreas de la vida relacionadas entre sí».

Podríamos decir que dominio es el conjunto de ítems que podemos agrupar bajo un mismo enunciado en cada una de las escalas que componen la CIF y que se pueden encontrar a distintos niveles de desarrollo.

- Constructo, se trata de un neologismo (no hemos podido encontrar su definición en ninguno de los diccionarios de la lengua española consultados) que se deriva del término inglés «construct» (que significa, literalmente, construcción o ensamblaje).

Aunque no aparece reflejada una definición explícita para este término en los documentos manejados, podemos definirlo como «el conjunto de calificadores empleados para describir y/o modificar cada uno de los componentes de esta Clasificación (Funciones y Estructuras Corporales, Actividad y Participación y Factores Ambientales y Personales)». Así, se recogen como constructos: los cambios en el funcionamiento y estructuras corporales, la capacidad y el desempeño/realización, los efectos de las características del mundo físico, social y actitudinal y el impacto de los atributos de la persona (aunque éstos últimos no tendrán su correspondiente desarrollo en calificadores al no presentarse la escala de factores personales en la versión aprobada).

- Calificador, que, como ya ha quedado expresado en el párrafo anterior, sería cada uno de los elementos que forman parte de un determinado constructo para cada uno de los componentes de la CIF y que describe y/o modifica un determinado ítem de la escala, habitualmente en una escala creciente de carácter negativo, excepto para el caso de los factores ambientales que también lo puede hacer en sentido positivo.

1.1.e Dependencia

Se asume como concepto válido de la dependencia la definición del Consejo de Europa “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

Existe consenso en aceptar esta definición del Consejo de Europa como referencia válida para acercarse al concepto de dependencia. Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia:

En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona;

En segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria;

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

En el Capítulo I sobre Bases demográficas se realiza un análisis más detallado, sin embargo, a los efectos de determinar las personas que deben de ser protegidas por el Sistema, conviene delimitar de forma más precisa qué actividades concretas de la vida diaria, que la persona no puede o tiene dificultades de realizar, dan lugar a una dependencia que ha de ser objeto de protección.

Las “actividades de la vida diaria” se han especificado en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, EDDDES 1999 (INE, IMSERSO, Fundación ONCE, 2001) de la siguiente forma:

- Actividades relativas al cuidado personal, dentro de las cuales se incluyen las siguientes:
 - o Asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto.
 - o Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio.
 - o Vestirse, desvestirse y arreglarse.
 - o Comer y beber.
- Movilidad en el hogar, que incluye:
 - o Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo.
 - o Levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado.
 - o Desplazarse dentro del hogar.
- Tareas domésticas, que comprende:
 - o Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios.
 - o Cuidarse de las comidas.

- o Cuidarse de la limpieza y del planchado de la ropa.
- o Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa.
- o Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.
- Movilidad extradoméstica:
 - o Deambular sin medio de transporte.

Junto a estas trece actividades, cabe incluir otras dos, estudiadas en la encuesta dentro del grupo “aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas”, que aunque no se incluyeron inicialmente entre las actividades de la vida diaria, son suficientemente significativas para el desempeño cotidiano como para tenerlas en cuenta dentro de ellas. Nos referimos en concreto a:

- o Reconocer personas y objetos y orientarse.
- o Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

La mayor o menor dificultad para desarrollar algunas de estas actividades de la vida diaria requerirá sin duda de la atención de los servicios sociales, pero sólo la concurrencia de la imposibilidad o dificultad grave para realizar aquellas que se consideran básicas llevaría consigo el reconocimiento de la prestación de dependencia.

Cualquiera que sea el modelo de protección, es preciso definir claramente el “umbral de entrada” en el sistema y la forma de graduar el nivel de dependencia y, como consecuencia, la cuantía de las prestaciones o la intensidad y frecuencia de los servicios de atención.

El modelo alemán establece el “umbral de entrada” en función de la ayuda que precisan, considerando que se da una situación de dependencia cuando la persona necesita como mínimo 90 minutos al día de atención, la mitad de este tiempo para cuidados personales. Así, quienes necesitan ayuda, al menos una vez al día, para su higiene corporal, para alimentarse y para realizar algún desplazamiento y, además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana, estarían en el Grado I de dependencia, el menos grave de los tres contemplados en el sistema alemán.

El modelo francés establece el “umbral de entrada” en función del tipo de ayuda, considerando que existe dependencia cuando la persona necesita ayuda para asearse y vestirse, para realizar actividades personales o para alimentarse, y también cuando necesita ayuda para levantarse de la cama o de una silla, aun-

que pueda desplazarse sola en el interior del domicilio. Quienes se encuentran en esta situación estarían en el Grupo 4 de dependencia, que es el menos grave de los que dan derecho a protección en Francia.

El criterio de umbral de entrada que se estima adecuado, estaría en función de la ayuda que la persona necesita. Se considera que una persona es dependiente, a los efectos de tener derecho a protección de dependencia, cuando no puede realizar sin ayuda algunas de las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas: lavarse y asearse, mantener la higiene personal relacionada con los procesos de excreción, vestirse y desvestirse, comer y beber, cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocer personas y objetos y orientarse y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

Grados de dependencia

Existe acuerdo de que la protección de la dependencia debe graduarse en función de la menor o mayor intensidad de la ayuda necesaria para realizar las actividades de la vida diaria. Con el fin de ofrecer una información sistematizada de la distribución de la dependencia por grados y sin perjuicio del análisis detallado que de los distintos países se realiza en el Capítulo del Libro correspondiente, se incluyen a continuación los criterios para la determinación del grado en Alemania y en Francia.

El modelo alemán contempla tres grados, mientras que el francés establece cuatro:

Grado I. Incluye a aquellas personas que presentan una necesidad considerable de asistencia (90 minutos al día, la mitad de este tiempo, para cuidados personales). Estas personas requieren, al menos una vez al día, ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para realizar algún desplazamiento; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

Grado II. Necesidad de ayuda muy importante (como mínimo tres horas diarias, dos de las cuales dedicadas a cuidados personales). Las personas clasificadas en esta categoría requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, al menos tres veces al día en diferentes momentos; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

Grado III. Necesidad extrema de ayuda (como mínimo cinco horas diarias, cuatro de las cuales dedicadas a cuidados personales). Son personas que requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, todos los días y durante las 24 horas; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

En el modelo francés, a diferencia del alemán, el subsidio personalizado de autonomía francés sólo cubre a las personas mayores de 60 años. Para evaluar los grados de pérdida de autonomía, en Francia se aplica una escala que contempla cuatro grados que dan derecho a protección, y dos adicionales, de menor gravedad, que aunque no dan derecho a la cobertura por el subsidio personalizado de autonomía, pueden dar lugar a beneficiarse de servicios de ayuda a domicilio o de la ayuda social departamental. (Nótese que los grados se ordenan inversamente a la pérdida de autonomía, de manera que en el grado 6 se clasifican las personas que no tienen pérdidas significativas de su autonomía personal y en el 1 quienes han perdido totalmente su autonomía mental, corporal, locomotriz y social, y necesitan la presencia indispensable y continua de otra persona).

No dan derecho al subsidio personalizado de autonomía:

Grupo 6. Personas que no han perdido su autonomía para las actividades de la vida diaria.

Grupo 5. Personas que se desplazan solas en el interior de su domicilio, se alimentan y se visten solas. Necesitan ayuda puntual para el aseo personal, la preparación de las comidas y las tareas domésticas.

Dan derecho al subsidio personalizado de autonomía:

Grupo 4. Personas que necesitan ayuda para levantarse de la cama o de una silla aunque pueden desplazarse solas en el interior del domicilio, para asearse y para vestirse; y personas que no tienen problemas para andar pero que necesitan ayuda para sus actividades personales y para alimentarse.

Grupo 3. Personas que conservan sus funciones mentales y, parcialmente, su autonomía motriz, pero que necesitan ayuda para sus actividades personales cotidianamente y varias veces al día.

Grupo 2. Personas encamadas o en silla de ruedas cuyas funciones mentales no están totalmente alteradas y que necesitan ayuda para la mayor parte de las actividades cotidianas, así como personas cuyas funciones mentales están alteradas pero conservan su capacidad motriz, pueden desplazarse en el interior de su domicilio pero necesitan ayuda parcial o total para vestirse y asearse.

Grupo 1. Personas encamadas o en silla de ruedas que han perdido su autonomía mental, corporal, locomotriz y social, que necesitan la presencia indispensable y continua de otra persona.

Tanto el criterio de umbral de entrada que se establece en el Sistema Nacional de Dependencia español como los grados o niveles de dependencia que gozarán de protección habrán de fijarse, al igual que se ha hecho en los países de nuestro entorno, en función de la cantidad y del tipo de ayuda que la persona necesite.

La valoración de la existencia o no de una situación de dependencia protegible y la determinación del grado o nivel de dependencia requerirán de la aplicación de un baremo mediante el cual sea posible discriminar, con criterios objetivos, si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado corresponde encuadrarla. Sobre el baremo, en el Capítulo correspondiente de valoración de la dependencia se analizan en profundidad las distintas alternativas posibles.

Se considera que la clasificación de la dependencia debería establecerse en tres grados. Ello permite graduar la dependencia, discriminando las situaciones de menor a mayor intensidad, facilitando a la vez la valoración y la gestión de la prestación.

La incorporación de un cuarto grado, aunque pudiera parecer que discrimina mejor, entendemos que plantearía más problemas de frontera en el momento de la valoración y, como consecuencia, un mayor número de reclamaciones, además de una mayor complejidad en la gestión. No obstante, cabe estudiar la incorporación de niveles dentro de un mismo grado con el fin de facilitar la asignación de recursos de una forma más ajustada a las necesidades.

Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Estimación del número de personas dependientes

Para las estimaciones que se presentan a continuación, partimos de la hipótesis de que se considerará que una persona es dependiente, a los efectos

de tener derecho a protección con cargo al Sistema Nacional de Dependencia, cuando no pueda realizar, sin ayuda, alguna de las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas.

La mejor forma de estimar la población dependiente a proteger, según estos criterios, a partir de la información que proporciona la EDDDES 99, es centrarse en las personas que tienen una discapacidad severa o total para alguna de las actividades básicas de la vida diaria, que señalábamos en el apartado anterior.

Puede así cifrarse, con referencia a 1999, el número de personas con dependencia severa y total para realizar alguna de estas nueve actividades básicas de la vida diaria (lo que constituye el “núcleo duro” de las situaciones de dependencia, que cualquier sistema de atención de la dependencia debería priorizar). En cuanto a España, 3.528.221 personas padecen alguna discapacidad, lo que supone un 8% de la población total. De ellas el 58% son mujeres, según la última encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística.

Otro de los factores determinantes del fenómeno de la discapacidad es la edad. Así, actualmente en España 2.072.652 personas mayores de 64 años sufren algún tipo de discapacidad, un 32,2% de la población de ese grupo de edad. En el grupo de 6 a 64 años padecen discapacidades 1.405.992 personas, el 4,6% de las comprendidas en ese tramo de edad.

La dificultad más frecuente para las personas con discapacidad es desplazarse fuera del hogar. Esta limitación afecta a más de la mitad de las personas con discapacidades que tienen entre 6 y 64 años y a más del 65% de los mayores de esta edad.

La deficiencia más frecuente es la de las articulaciones y huesos que causa discapacidad en más de 1,2 millones de personas.

Junto a ese “núcleo duro”, constituido por las personas que, sin una ayuda y cuidado permanente, verían seriamente comprometida su supervivencia, hay que considerar también a quienes tienen necesidad de ayuda para salir del hogar o realizar tareas domésticas y/o quienes tienen alguna discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico. Sin llegar a los altos niveles de dependencia que caracterizan al grupo anteriormente considerado, las necesidades de estas personas han de ser también objeto de atención.

Las personas que, sin tener una discapacidad en grado severo o total para las actividades básicas de la vida diaria, tienen necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movi-

lidad, alimentación y funcionamiento mental básico, se han distribuido en dos grupos, de las siguientes características:

- Grupo A: Personas con discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria que no necesitan ayuda diariamente.
- Grupo B: Personas con discapacidad para alguna actividad instrumental de la vida diaria (movilidad fuera del hogar y tareas domésticas) que no tienen discapacidad para ninguna actividad básica.

La ayuda que necesitan estas personas es, normalmente, de menor intensidad y frecuencia que la que necesitan quienes no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero resulta igualmente imprescindible para vivir una vida digna. Al igual que ocurre en el sistema francés, estas personas, aunque no recibieran las prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia por no superar el umbral de entrada establecido para tener derecho a las mismas, podrían beneficiarse de otros servicios sociales de provisión pública.

Modelos de protección social de la dependencia

La protección social de la dependencia está, desde hace tiempo, en la agenda política de la mayoría de los gobiernos, al menos desde los primeros años de la década de los noventa del siglo XX. Incluso la Comisión Europea, desde hace varios años, está estimulando el debate político entre los Gobiernos de cara a profundizar en la acción protectora en este campo. En este sentido hay que recordar, entre otras, tres iniciativas importantes.

La primera, es la publicación (Pacolet 1998) del informe “Social Protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway”, primer estudio comparativo europeo de la acción protectora de los gobiernos en este campo.

La segunda iniciativa, la promoción de la estrategia europea contra la exclusión social a través de los Planes Nacionales de Acción de los países miembros, en la que la dependencia es considerada como una situación a resolver.

La tercera iniciativa es de marzo de 2003, un informe conjunto de la Comisión y el Consejo bajo el título “Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores” en el que se plantean tres objetivos: el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones y servicios sociosanitarios “con independencia de los ingresos o el patrimonio”, el logro de un alto nivel de calidad de la asistencia y la sostenibilidad de los sistemas de asistencia.

En un capítulo específico del Libro se analizan con detenimiento los modelos de protección social de la dependencia de los países más significativos. No obstante, a los efectos de reflexionar sobre el modelo que puede interesar a nuestro país se pueden agrupar en tres sistemas claramente diferenciados, que de alguna forma se corresponden con los distintos modelos de Estado de Bienestar:

- De protección universal para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y de Holanda.
- De protección a través del Sistema de la Seguridad Social, mediante prestaciones que tiene su origen en cotizaciones. Es el modelo bismarkiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo.
- Asistencial, dirigido fundamentalmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es el modelo más implantado en los países del sur de Europa.

La tendencia general dominante en los países de la UE, respecto de la protección social de la dependencia, se orienta hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo o de Seguridad Social, si bien son modelos to-pados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. La participación, en mayor o menor medida, de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países.

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

Sistema de protección universal

Los llamados modelos de protección universal atienden la dependencia como una extensión lógica de la concepción de que el Estado debe cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos por razones de ciudadanía, de la misma forma que se atiende cualquier otra de las necesidades sanitarias o educativas.

Presentan los siguientes rasgos comunes:

- La protección a la dependencia es una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes, que se ha ido incorporando

progresivamente a partir de los primeros años ochenta del siglo XX, como consecuencia del envejecimiento de la población, en los países que disfrutan de este sistema.

- La cobertura es universal, de modo que la prueba de recursos no existe, excepto para determinar la participación del beneficiario en el pago de los servicios en función del nivel de renta.
- Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, ya que la tradición familiar de cuidados informales es menos intensa que en los modelos de los países del sur.
- Se trata de un modelo de servicios que, hasta muy recientemente, ha sido predominantemente público pero que lentamente ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado.
- La financiación es de carácter impositivo, compartida entre el Estado y las Administraciones Territoriales.
- Se trata de un modelo municipalizado, en el que los municipios son los responsables de la prestación de los servicios.
- Es un modelo de alto coste: De hecho, los países que han implantado este modelo, como son los Países Nórdicos, dedican a los cuidados de larga duración un porcentaje de gasto entre el 2,6% y el 3% del PIB.

Sistema de protección a través de la Seguridad Social

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

- Todos los países que han optado por este modelo reconocen la naturaleza de derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, superando la tradición asistencialista y de responsabilidad de la familia en este campo.
- Esta forma de aseguramiento de la dependencia pretende cubrir las necesidades de servicios de la persona que en su momento puedan presentarse, La prestación puede servir para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.

- La situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, de los que se derivan prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de distinta intensidad o duración.
- En general en estos sistemas se da un amplio margen de elección a la persona dependiente o su familia, que puede optar entre prestaciones monetarias y servicios.

Esta libertad de elección, basada en el respeto a las tradiciones y preferencias familiares y culturales, no obsta para que se tienda a favorecer la prestación de servicios, bien sea duplicando la cuantía de éstos, cuando se recurre a entidades prestadoras respecto de la familia (Alemania), bien sea reduciendo la libertad de elección de la persona en situación de dependencia a medida que aumenta la gravedad de la dependencia, lo que pone de manifiesto la importancia que se da a que la atención más especializada sea cubierta por profesionales (Luxemburgo).

- Estos sistemas se financian fundamentalmente con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo y en algunos países también con las de empresarios y de los propios pensionistas. También suele haber financiación vía impuestos, para cubrir las prestaciones no contributivas y/o equilibrar financieramente el sistema.
- La gestión de las prestaciones económicas suele ser centralizada, mientras que la de los servicios está descentralizada en las administraciones territoriales.
- Las prestaciones están topadas, cubren una parte importante del coste, aunque no la totalidad, lo que obliga al beneficiario a participar en la financiación de los servicios. Ello tiene como finalidad no sólo contribuir a la financiación, sino también introducir un freno o contención del gasto.
- Se contemplan también ayudas al cuidador, tanto en excedencias del trabajo para los cuidadores informales, como en la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro, así como el desarrollo de servicios de respiro y de apoyo para períodos de vacaciones o necesidades especiales.
- La evaluación de este sistema después de varios años de existencia (once en el caso de Austria, nueve en el de Alemania) nos permite constatar que la incorporación de los beneficiarios al Sistema se ha producido de forma más lenta de lo previsto y que el coste es menor que el de los sistemas universales financiados vía impuestos, pues en los países que lo han implantado el gasto alcanza valores de entre el 1,2% y el 1,5% del PIB. A ello hay que añadir que existe una opción importante por las prestaciones

informales a través de la familia en el servicio de ayuda a domicilio, en detrimento de los servicios profesionalizados. Esto último no revela sino dos hechos: que la oferta de servicios es baja y que la tradición de cuidados familiares es aún muy sólida, por lo que habrá que tenerla muy en consideración en el diseño de cualquier política pública.

Sistema asistencial

Se configura como un sistema público, financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos y, por tanto, de alcance y extensión también limitada.

- En este sistema de atención el mayor peso de los cuidados de la dependencia recae sobre la familia, particularmente sobre la mujer.
- Los cuidados de larga duración se dirigen a las personas con insuficiencia de recursos. Como consecuencia, existe un importante déficit de servicios, sobre todo de los comunitarios, y notables desequilibrios territoriales.
- Los países con este sistema presentan un importante retraso en comparación con la mayoría de los países con sistemas de protección universal, debido a la menor exigencia de gasto público.
- Este sistema de protección asistencial deja en una desprotección casi total a las clases medias, puesto que, por una parte, los requisitos de acceso, sobre renta disponible les impide acceder a los servicios de provisión pública y, por otra, sus ingresos son insuficientes para costearse, en el ámbito privado, esos mismos servicios, especialmente los de mayor coste, como son las plazas residenciales.
- Una creciente demanda social caracteriza a estos países, en los que la gestión privada de los servicios prima sobre la pública. Por otra parte, la descentralización de los servicios sociales está dando lugar a un incremento de los desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los mismos.

Los cambios sociodemográficos presionan por la superación de la protección asistencial actual en favor de modelos protectores de garantía de derechos. Sin embargo, las políticas de contención del gasto social y la derivación de la responsabilidad desde el Estado a las Regiones y Municipios en materia de ser-

vicios sociales están inhibiendo el desarrollo de políticas de Estado para la protección de las personas dependientes en aquellos países que todavía mantienen este sistema de protección.

Los debates en relación con el modelo de protección de la dependencia en España.

El debate técnico y político sobre la dependencia se inicia en España a partir de 1991 con la puesta en marcha del Plan Gerontológico Estatal 1991-2000 y la firma del Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales para la coordinación sociosanitaria de las personas mayores.

Las investigaciones desarrolladas a partir de la segunda mitad de los años noventa ponen de manifiesto la importancia social del problema de la dependencia y trasladan a los responsables de la Administración, a los partidos políticos, a los agentes sociales y a las organizaciones de mayores y de personas con discapacidad la necesidad del debate político. Al mismo tiempo, la participación en foros e investigaciones de la UE ha facilitado el intercambio de experiencias y de conocimientos.

Somos conscientes de que el debate técnico o científico sobre políticas públicas de protección social está íntimamente relacionado con el debate sobre la política de control del gasto público y de estabilidad presupuestaria y del Sistema de la Seguridad Social. Sin embargo, es preciso señalar que en materia de servicios sociales, los recursos económicos que se emplean producen un efecto multiplicador en la calidad de vida de las personas y en la generación de empleo, además de un importante ahorro en el sistema sanitario.

Desde el punto de vista del debate político, durante estos últimos años se han desarrollado distintas iniciativas y posicionamientos sobre alternativas de protección social de la dependencia, que conviene analizar:

- El Informe del Defensor del Pueblo (2000) se pronunció por un modelo de protección universal de Seguridad Social, en la línea del modelo austriaco (1993), alemán (1995) y luxemburgués (1998), de cubrir a través de la Seguridad Social este nuevo riesgo de la dependencia. Sus recomendaciones, que iban en el sentido de desarrollar el Art. 41 de la Constitución Española de 1978, no se han traducido, sin embargo, en ningún avance sustancial.
- Las Recomendaciones de las Cortes Generales: por una parte, las del Senado (2000), apoyando medidas legislativas para proteger a las personas

dependientes (“Ponencia sobre la problemática del envejecimiento de la población española”) y, por otra, las del Congreso de los Diputados, mediante la aprobación en octubre de 2003 de una Recomendación Adicional a favor de “una política integral de protección a la dependencia”.

Como consecuencia de este debate político cabe señalar que la aplicación de políticas en el ámbito estatal se ha ido demorando en el tiempo, mientras se produce una creciente demanda social, que solo es satisfecha en un reducido porcentaje por el Sistema Sanitario y por los servicios sociales con limitados recursos financieros. Ello supone la aplicación de políticas diferentes, que tienden a aumentar las desigualdades territoriales y, por tanto, reducen la efectividad de las políticas de protección social. Por otra parte, se están generando una diversidad de modelos que dan lugar a incoherencias, derechos desiguales y desequilibrios en la distribución de los recursos.

La regulación desde el ámbito del Estado de la protección a la dependencia debe servir para crear un marco coherente, garantizar derechos iguales para todos y proporcionar los recursos suficientes para atender a todas las personas dependientes. Ello en colaboración con las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales que son las Administraciones competentes en la ejecución de políticas de servicios sociales.

Hacia un Sistema Nacional de Dependencia

Entendemos por Sistema Nacional de Dependencia el conjunto de prestaciones y servicios que garantizan, en las mismas condiciones para todos los ciudadanos, la protección de las personas en situación de dependencia. En su formulación se deberían tener en cuenta algunos de los siguientes principios básicos:

- Universalidad de la prestación. Todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad y el origen de la dependencia y situación social podrán acceder a las prestaciones del sistema, en las condiciones y con los requisitos que se establezcan.
- Carácter público de la prestación, con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación.
- Igualdad en el acceso al derecho. El estado debe garantizar la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia, aunque las administraciones autonómicas y locales, podrán, con cargo a sus presupuestos, ampliar o mejorar las con-

diciones básicas. La ley de atención a la dependencia tendría carácter de normativa básica estatal y, por tanto, de mínimos garantizados.

- Cofinanciación por parte de los usuarios en las condiciones que se establezcan con carácter general para toda España.

De entre los sistemas de protección universal o de seguridad social, anteriormente analizados, entendemos que existen razones que pueden avalar uno y otro.

En favor del sistema de protección universal, puede argumentarse que al tratarse de una situación social y en algunos casos sociosanitaria, que afecta a la población en su condición de ciudadano, la mejor forma de abordarla sería en términos similares a la cobertura de las necesidades de asistencia sanitaria, es decir, que las Administraciones Públicas habilitaran los servicios necesarios para dar cobertura a las situaciones de dependencia que se originen.

A favor de que la dependencia sea considerada como uno de los riesgos que deben ser protegidos mediante el seguro público, es decir, a través de una prestación del Sistema de la Seguridad Social, se argumenta que la dependencia es una contingencia que puede producirse o no en las personas; solo una parte de ellas se verán afectadas a lo largo de su vida por dificultades o imposibilidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Estaríamos, por tanto, ante un riesgo que puede ser cubierto por el Sistema de Seguridad Social. Los ciudadanos transfieren una parte pequeña de sus recursos mediante cotizaciones finalistas a un fondo común de Seguridad Social con el que se hará frente a las situaciones de dependencia que se produzcan, evitando con ello que cada ciudadano se vea obligado a ahorrar individualmente cantidades muy significativas, por si en algún momento de su vida aparece una deficiencia que dé lugar a la dependencia.

La incorporación de la prestación de dependencia al Sistema de la Seguridad Social constituiría un paso más en el actual régimen de protección de la invalidez contributiva y no contributiva, en el que ya se contempla, aunque de forma parcial e incompleta. La Ley General de Seguridad Social contempla en el artículo 137. 1.c) y

139.4 la Gran Invalidez. En este último artículo se establece que “Si el trabajador fuere declarado gran inválido, tendrá derecho a la pensión a que se refiere el apartado anterior (la prevista para la incapacidad permanente absoluta), incrementándose su cuantía en un 50 por ciento, destinada a que el inválido pueda remunerar a las personas que le atiendan”.

“A petición del gran inválido o de sus representantes legales podrá autorizarse, siempre que se considere conveniente en beneficio del mismo, la sustitución del incremento a que se refiere el párrafo anterior por su alojamiento y cuidado en régimen e internado en una institución asistencial pública del Sistema de la Seguridad Social, financiada con cargo a sus presupuestos”.

Asimismo, el artículo 145.6 establece que “ Las personas que, cumpliendo los requisitos....., estén afectados por una minusvalía o enfermedad crónica en un grado igual o superior al setenta y cinco por ciento y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten el concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, tendrá derecho a un complemento equivalente al cincuenta por ciento del importe de la pensión...”

También se contempla el concurso de tercera persona en las prestaciones familiares 182 bis y 182 ter., según redacción dada por la Ley 52/2003, de 10 de diciembre.

No sería, por tanto, una novedad ampliar la acción protectora del Sistema, regulando esta nueva prestación y resolviendo, además, la falta de equidad, que actualmente se produce, de que el reconocimiento de la gran invalidez y del concurso de tercera persona solo pueden serles reconocidas a las personas menores de sesenta y cinco años.

En este sentido se ha manifestado el Defensor del Pueblo en sus recomendaciones sobre “La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos (2000)”, “El sistema de protección de la dependencia deberá estar incardinado en el ámbito de la Seguridad Social, con garantías de derecho subjetivo, con independencia de que la financiación se realice vía impositiva (prestaciones no contributivas) o vía cotizaciones sociales (Sistema contributivo de Seguridad Social)”. En este mismo sentido se han manifestado algunas organizaciones sociales representativas de las personas mayores y de las personas con discapacidad (Consejo Estatal de Personas Mayores, CERMI, UDP, CEOMA, Edad y Vida,) y organizaciones sindicales (CC.OO. y UGT).

En el supuesto de que se optara por una protección a través de seguridad social, la cuestión que sin duda se plantea es si la protección de la dependencia dentro del Sistema de la Seguridad Social debe tener naturaleza contributiva o no contributiva.

Cualquiera de las dos alternativas es posible, por lo que habrá de analizarse cuál de ellas resulta más adecuada. Si se optara por el aseguramiento público, se puede arbitrar un procedimiento de financiación a través de cuotas en el que de forma solidaria trabajadores y empresarios financien, en los términos que

se acuerden, una prestación que fuera igual para todos. Se considera que una parte de la carga debe recaer en los trabajadores y los propios pensionistas, en tanto en cuanto la dependencia, aunque, en un importante número de supuestos el origen se encuentra en el trabajo, es una contingencia que se produce mayoritariamente por el deterioro biológico de la persona y, por consiguiente, al margen de la relación laboral empleador-trabajador. Aunque en la normativa que regula la financiación de la Seguridad Social, los pensionistas dejan de cotizar cuando adquieren esta condición, podría estudiarse para esta contingencia, en concreto, la conveniencia de seguir cotizando hasta el momento en que les sea reconocido el derecho a la prestación. El modelo alemán contempla también entre los cotizantes a los pensionistas. Podrían, en cualquier caso, excluirse de las cotizaciones a las pensiones mínimas.

Esta modalidad de financiación mediante cuotas no necesariamente ha de tener carácter definitivo, podría plantearse como un sistema transitorio hasta tanto el Estado pueda asumir los costes que genere la dependencia. Existen antecedentes en nuestro sistema de protección sobre prestaciones financiadas durante algún tiempo por cotizaciones de Seguridad Social que posteriormente han sido asumidas por el

Estado, como son las prestaciones de asistencia sanitaria, los servicios sociales y los complementos de mínimos.

Cabe también que, aún considerado que la prestación de dependencia sea de seguridad social, tenga naturaleza no contributiva, financiada con cargo a impuestos, como actualmente sucede con las pensiones no contributivas.

La protección de la dependencia se considera que asimismo debe enmarcarse dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, como cuarto pilar del sistema de protección del Estado del Bienestar, en el que se garantice unos servicios coordinados, suficientes y de calidad y establezca el régimen de acceso real y efectivo a los mismos en toda España.

1.2. LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES. SALUD Y CUIDADOS.

1.2.a Introducción

Las páginas que siguen se dedican a la exposición y análisis de la información obtenida en la ECVI-04 sobre salud y dependencia. Desde el punto de vista del análisis sociológico, salud y dependencia parecen más bien datos que se imponen, variables independientes, que pueden ayudar a explicar otros

comportamientos de carácter más manifiestamente social. Sin embargo, salud y dependencia resultan también, en alguna medida, de la posición que los individuos ocupan en la estructura social.

Sin necesidad de restar importancia a los aspectos fisiológicos y aun clínicos de estos atributos, salud y dependencia aparecen en la vejez, como en otras etapas de la vida, como conceptos relativos. Por comparación con las condiciones de los otros que nos rodean y con la interacción con el entorno. Particularmente en el caso de la dependencia, la reflexión se centra en este capítulo no sólo en sus consecuencias, sino también en su origen, en el propio concepto de dependencia. El análisis de las consecuencias de la presencia de limitaciones funcionales revela que también se trata de un proceso dinámico en el que la carga fundamental del reajuste se produce en las primeras fases, cuando aparecen las primeras limitaciones.

La segunda parte del capítulo se dedica al análisis de los cuidados formales e informales que reciben las personas que necesitan ayuda para realizar actos cotidianos elementales. El interés se centra en el análisis de los distintos agentes que intervienen en el cuidado, sobre todo y en el tipo de ayuda que proporcionan, intentando buscar si existe algún tipo de división del trabajo en el apoyo informal. El capítulo se cierra con el examen de los cuidados formales, el grado de difusión del repertorio de prestaciones y servicios disponibles y una aproximación a las coberturas que proporcionan. El motivo de poner tan próximos apoyo informal y atención formal es intentar dar cuenta de las posibilidades de articulación entre los dos sistemas.

Defender la relevancia del análisis de la dependencia no debería ser una tarea difícil, la dependencia tiene consecuencias fundamentales tanto desde el punto de vista individual, de los mayores que la experimentan, como sobre las personas que conforman su entorno más inmediato y, especialmente, sus familias y tiene también consecuencias políticas (Montorio y Losada, 2004). Desde el punto de vista político, la dependencia, junto con la financiación de las pensiones, constituyen los elementos centrales de la política de vejez actual (Caradec, 2001: 25) y, además, el reconocimiento de la dependencia supone una nueva orientación en la política social dirigida a los mayores en la que el énfasis, que en otros momentos se había puesto en la cobertura de las necesidades económicas o en el desarrollo de políticas activas de ocio y participación social, se desplaza por el protagonismo de la atención a la dependencia (Guillemard, 2003).

Desde el punto de vista personal, la dependencia se convierte en la gran cuestión, toda vez que su reverso, la autonomía, se ha convertido en la principal norma a la que debe conformarse el individuo del mundo contemporáneo (Lalive d'Épinay *et al.*, 1999, en Caradec 2001). Desde el punto de vista de las familias,

la dependencia puede comprometer el ideal de libertades personales y falta de obligación a las que esta institución se aproxima en estos momentos.

La visibilidad del problema de la dependencia no deriva, sin embargo, de su novedad. El problema de la dependencia, obviamente no es nuevo, seguramente ha existido siempre (Abellán y Puga, 2004), pero no de la misma forma que ahora.

Caradec (2001) señala que los primeros que ponen nombre al problema fueron los geriatras a principios de la década de los setenta, pero que su legitimidad social sólo se ha construido plenamente a finales de los años noventa, cuando empiezan a promulgarse las primeras leyes en Europa. Entre uno y otro momento media un largo proceso en el que la dependencia se ha convertido en un problema social y aun en un riesgo colectivo, no sólo por las proporciones que ha ido adquiriendo como consecuencia del envejecimiento de la población o por la crisis del sistema de atención informal.

También ha desempeñado un papel importante la evolución de las formas de atención formal, sobre todo de los hospitales (Attias-Donfut, 1993) que ha privilegiado su orientación médica en detrimento de su función de alojamiento. Este cambio de orientación ha dejado extramuros del hospital a los mayores cuyo estado de salud no requiere cuidados de alto contenido técnico, en las residencias o en los domicilios privados.

1.2.b Concepto y prevalencia

En España, el debate se ha producido con algún retraso, pero bastante menor que en otros tiempos de la política social de los mayores; la ley francesa, por ejemplo, data de 1997. La ley española aún es sólo un proyecto, pero las principales orientaciones de la ley están contenidas en el *Libro Blanco de la Dependencia*, que elaboró e IMSERSO a finales de 2004.

En el Libro Blanco se define la dependencia fundamentalmente en relación con la necesidad de ayuda de otra persona ante la imposibilidad de poder realizar, por uno mismo, un conjunto de actividades básicas de la vida diaria. La lista de referencia que utiliza el Libro Blanco incluye quince actividades, nueve básicas y seis instrumentales. La necesidad de ayuda para la realización de una o varias de las actividades básicas es la que determina el *umbral administrativo* a partir del cual una persona dependiente debería tener derecho a la protección del Sistema Nacional de Dependencia.

Las nueve actividades básicas que constituyen ese umbral administrativo incluyen cuatro actividades de autocuidado, tres de funcionamiento físico básico

y dos de funcionamiento mental básico. En la encuesta de condiciones de vida la lista de actividades no coincide exactamente con la propuesta en el Libro Blanco. La de la encuesta de condiciones de vida comprende 18 actividades. De ellas siete tienen la consideración de actividades básicas de la vida diaria y el resto de actividades instrumentales. La comparación de las dos listas es la siguiente:

Lista de actividades de la vida diaria utilizadas en la ECVM-04 y en el Libro Blanco de la Dependencia.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA:

a.- Autocuidado

Asearse/arreglarse, Asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto

Utilizar el retrete, Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio, Comer, Comer y beber, Vestirse/desvestirse, Vestirse, desvestirse y arreglarse, Bañarse, ducharse.

b.- De funcionamiento físico básico

Levantarse/acostarse. Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado, Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo.

c.- Funcionamiento mental básico

Reconocer personas y objetos y orientarse, Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

d.- Funcionamiento físico fino:

Abrocharse los zapatos

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES:

a.- Tareas domésticas

Preparar comidas, Cuidarse de las comidas, Compras Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios.

Otras tareas domésticas. Cuidarse de la limpieza y del planchado de la ropa. Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa. Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

b.- Movilidad extradoméstica

Salir a la calle o desplazarse Deambular sin medio de transporte por la calle, Utilizar transporte público.

c.- Otras actividades instrumentales

Tomar medicación, Ir al médico, Administrar el dinero, Hacer gestiones, Utilizar el teléfono.

En nuestra lista están las cuatro de autocuidado que incluye el Libro Blanco y las dos de funcionamiento físico básico, pero faltan la capacidad para mantener y cambiar las posiciones del cuerpo y las dos de funcionamiento mental básico (reconocer personas y objetos y orientarse y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas).

La encuesta de condiciones de vida incluye también una escala de funcionamiento cognitivo, que incluye funciones de orientación, memoria y concentración; sin embargo, no es equivalente a las capacidades que se incluyen en el Libro Blanco y, además, en general, no discrimina situaciones de dependencia o discapacidad, toda vez que las personas que tienen comprometido su funcionamiento cognitivo, necesitan también ayuda para realizar actividades de autocuidado o de funcionamiento físico básico. Por este motivo, utilizaremos como “umbral de dependencia” la necesidad de ayuda para una o varias de las siguientes actividades: comer, vestirse o desnudarse, asearse o arreglarse, andar por la casa, levantarse o acostarse y utilizar el retrete.

En lo sucesivo, denominaremos a la situación de los que necesitan ayuda para estas actividades, dependencia, y al resto de situaciones en las que se requiere ayuda para actividades de la vida diaria distintas de las anteriores, discapacidad.

Con esta distribución, el 26,5% de los entrevistados en la ECVM-04 necesita ayuda para realizar alguna de las actividades de la vida diaria. La cifra está ligeramente por encima de los cálculos que realiza el Libro Blanco a partir de la Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud, realizada por el INE en 1999 (en adelante, EDDDES-99). En el Libro Blanco, la prevalencia de las situaciones que implican dependencia moderada y/o para actividades básicas de la vida diaria es aproximadamente del 22,8%. La encuesta de condiciones de vida sobreestima un poco más la prevalencia de las situaciones en las que se necesita ayuda para alguna actividad de la vida diaria, pero que no cumplen los requisitos del umbral administrativo de dependencia (el Libro Blanco estima una prevalencia de estas situaciones del 17,1% y la encuesta de condiciones de vida el 18,9%), también sobreestima la dependencia, aunque algo menos

(9,3% según el Libro Blanco; 10,4% según la encuesta de condiciones de vida). Lo único que la encuesta de condiciones de vida subestima es la prevalencia de la dependencia entre las personas más jóvenes, la de los menores de 80 años.

En cualquier caso, la determinación de la prevalencia de las situaciones de dependencia dista mucho ser una cuestión cerrada.

Se dice que las definiciones más usuales de dependencia, similares a la propuesta en el Libro Blanco o en la encuesta de condiciones de vida, es decir, basadas en listas de actividades de la vida diaria, sobreestiman la prevalencia (Montorio y Losada, 2004). El motivo es que este enfoque identifica discapacidad con dependencia y asume como inevitables la mayoría de las situaciones.

La visión alternativa reconoce, por el contrario, la importancia de otro tipo de factores en la génesis de las situaciones de dependencia, fundamentalmente, de condicionamientos contextuales o relacionados con la personalidad de los individuos y asume que la mayoría de estos condicionamientos son salvables y, por tanto, la dependencia que provocan, evitable. De alguna manera, la dependencia que no tiene su origen en incapacidad funcional objetiva se define como *exceso de dependencia* y por tanto, susceptible de ser prevenida, evitada o paliada. Sin embargo, las exigencias para que esa dependencia evitable efectivamente no llegue a ser o reduzca sus consecuencias son en ocasiones de tal exhaustividad que la tarea se revela poco menos que imposible. Una cosa es que el reconocimiento de estos factores permita mejorar las terapias y los tratamientos individualizados, pero el paso desde estas situaciones individuales hacia lo colectivo es bastante más complejo.

Hay quizá un malentendido muy elemental que consiste en identificar lo fisiológico como inevitable, lo que probablemente no siempre es cierto, y lo social o psicológico como evitable, lo que resulta incluso menos plausible. Social es también la existencia de estereotipos sobre la vejez o la dependencia, sin embargo, remover estas conductas es tarea compleja, que requiere mucho tiempo y no siempre produce los resultados deseados.

Cuestión diferente es asimilar la dependencia física con la falta de autonomía personal, que se refiere más bien a la capacidad de tomar decisiones de manera independiente, o con la inactividad (Laforest, 1989; Caradec, 2001: 84 y ss.). Esta confusión puede conducir a suplantar la capacidad de decidir por sí mismos de los dependientes o pensar en ellos como meros receptores de ayuda, cuando lo cierto es que los mayores, como las personas de cualquier otra edad y circunstancia, desarrollan un conjunto de estrategias para adaptarse a sus limitaciones a medida que éstas van produciéndose. La capacidad para anticiparse a estas limitaciones, es decir, para prevenirlas parece, no obstante, más limitada.

Teniendo presentes estos matices, nuestra encuesta corrobora las pautas de prevalencia ya encontradas en otros estudios la prevalencia más alta corresponde a tareas extrínsecas o instrumentales, es decir, aquellas que presentan mayor complejidad, al requerir la interacción con el entorno y la toma de decisiones.

Entre las más prevalentes se encuentran algunas tareas domésticas, como la compra, las gestiones, el uso del transporte público y las visitas al médico. Las menos frecuentes son las que implican una situación más vulnerable, es decir, las más básicas y, dentro de ellas, fundamentalmente las de autocuidado: en primer lugar, comer, pero también usar el retrete, vestirse y asearse; también pertenecen a este grupo de limitaciones menos frecuentes la movilidad en el interior de la vivienda y el uso del teléfono. En algunas actividades, a las tasas de prevalencia, que incluyen a los que no pueden realizar la actividad o sólo pueden hacerlo con ayuda, habría que añadir a una parte de los que afirman no haber realizado nunca la actividad, esta “barrera cognitiva” no permite comprobar si efectivamente son física y mentalmente capaces de realizarlas o si en caso de necesitar hacerlas estas personas serían capaces o no de remontar sus limitaciones y ser efectivamente capaces por sí mismos de llevarlas a cabo. Esto sucede fundamentalmente con las tareas domésticas y la preparación de las comidas y, sobre todo, en el caso de los varones.

La edad a la que se presenta la necesidad de ayuda permite comprobar que las situaciones de discapacidad y dependencia entre los mayores derivan fundamentalmente de los procesos degenerativos asociados al envejecimiento. La gran mayoría (nueve de cada diez situaciones de dependencia y una de cada ocho en las de discapacidad) se han originado ya en la propia vejez. Además, la incidencia de las dos situaciones se produce varios años después de haber cumplido los 65. El calendario de la incidencia de la discapacidad está más adelantado, ya que la incidencia máxima (el porcentaje mayor de nuevos casos) se produce entre los 70 y los 74 años, mientras que para la situación de dependencia, se alcanza unos diez años después.

También el calendario está más adelantado en el caso de las mujeres. Este ritmo en la generación de nuevos casos determina que las limitaciones a la autonomía funcional estén muy relacionadas con la edad, para las diez cohortes más jóvenes, la prevalencia conjunta de los dos estados es inferior al 15%, para las diez siguientes alcanza ya a algo más de la tercera parte de todos su miembros y para las siguientes, es decir, por encima de los 85 años, a más de la mitad. La evolución en la prevalencia de la dependencia es aún más clara, 4,2% para las diez cohortes más jóvenes, 13,5% para las diez siguientes y 35,5% para los más veteranos, lo que equivale a decir que una edad entre los 65 y los 74 años equivale a un riesgo de dependencia de uno sobre 25, entre los 75 y los 84 años el riesgo es ya de uno sobre siete, y superar los 85 años supone que el

riesgo es de uno sobre tres aproximadamente. Efectivamente, las dos terceras partes de los dependientes mayores tienen más de 85 años. Sin embargo, esto no quiere decir que se pueda asociar sin más la dependencia a la vejez o a una edad determinada, difundir y asentar una afirmación semejante entre la opinión pública y los responsables de la atención de los mayores podría equivaler a una asimilación automática de las personas mayores o muy mayores a la categoría de dependientes, reforzando los estereotipos de la edad, lo que a su vez genera un exceso de dependencia o al menos incurrir en un riesgo muy elevado de asociar la condición de inevitable a todos los estados de dependencia.

La prevalencia de las limitaciones no es indiferente a otras variables sociodemográficas distintas de la edad. Quizá la más obvia es el sexo. Entre las mujeres la prevalencia de los dos estados es más alta, aunque la discrepancia entre los sexos es mayor en las situaciones de discapacidad. Esta diferencia se debe en parte, pero sólo en parte, a la distinta consideración de las tareas domésticas, porque la dependencia se refiere a actividades que uno suele hacer o se espera que haga; muchos hombres no se han visto confrontados a la necesidad de realizar estas tareas por la presencia de las esposas en sus hogares o, aunque hayan tenido la necesidad objetiva, nadie espera que ellos asuman esas tareas, de manera que si no las realizan o no son capaces de realizarlas no se sienten mermados en modo alguno en sus capacidades y así lo manifiestan en las encuestas.

Sin embargo, estas tareas sólo determinan la posibilidad de presentar discapacidad, pero no dependencia, porque el umbral que marca el ingreso en esta categoría no incluye ninguno de los quehaceres domésticos. Con la edad aumenta el riesgo de necesitar ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria, pero además, la situación se agrava, en la medida en que por encima de los 85 años las situaciones de dependencia son más frecuentes que las de discapacidad.

La dependencia aumenta más con la edad y, sobre todo, entre las mujeres. Por debajo de los 75 años la prevalencia de las situaciones de dependencia alcanza a unos cuatro de cada cien mayores. En el siguiente intervalo de edades la situación ya es más comprometida y la prevalencia en ambos sexos muestra valores muy similares. Por encima de los 85 años la prevalencia aumenta, pero mucho más entre las mujeres (41,5%) que entre los varones (26,8%). La discapacidad es menos sensible a la edad hay que tener en cuenta que una parte, especialmente la femenina, se ha originado antes de los 65 años y, además, las diferencias entre hombres y mujeres están más atenuadas. De esta forma, se puede decir que una parte de la diferencia entre hombres y mujeres se debe a la estructura de edades de la población femenina y masculina, las mujeres presentan mayor incidencia de la discapacidad porque hay personas más mayores entre ellas, puesto que las tasas de prevalencia sólo se separan significativa-

mente para ambos sexos a partir de los 85 años. No sucede lo mismo con la discapacidad, las diferencias se producen en todas las edades, de manera que las diferencias de género se encuentran básicamente en la discapacidad y no en la dependencia. Dado que la discapacidad incluye tareas que requieren interacción con el entorno, la conclusión es que si esa interacción está marcada por género, lo lógico es las capacidades para realizar o no las actividades en las que esa interacción consiste también lo estén.

El hábitat señala diferencias similares al género, en el sentido de que la dependencia no muestra una relación significativa con el tamaño del municipio (excepto para los varones menores de 75 años que tienen tasas de prevalencia menores), pero sí se producen diferencias en la discapacidad. La razón podría ser que si el mayor tamaño del municipio significa un entorno más complejo, entonces, es lógico que las limitaciones de interacción sean mayores.

El nivel de instrucción también está relacionado con las posibilidades de experimentar discapacidad o dependencia, las relaciones son menos claras, pero afectan a las dos situaciones, de manera que en este caso, la hipótesis de la relación con la complejidad del contexto se debilita porque a medida que aumenta el nivel de estudios y con él la capacidad de interacción con contextos complejos, no sólo se reduce la discapacidad, sino que también se reduce la dependencia. Para ambos sexos, el umbral más importante es el que separa a las personas que han completado al menos los estudios primarios y el resto, aunque en el caso de la dependencia es sobre todo el analfabetismo el que genera la prevalencia más alta.

Viudos y solteros tienen más posibilidades de presentar situaciones de dependencia o de discapacidad en ambos sexos, salvo para los varones solteros que presentan una prevalencia de situaciones de dependencia relativamente alta, pero reducida en el caso de la discapacidad; en este caso el comportamiento anómalo puede deberse simplemente a la escasa representatividad de esta categoría obtenida en la muestra de la encuesta. Entre las mujeres la discapacidad también es menos sensible al estado civil.

El análisis de la influencia de las formas de convivencia es más complejo porque están estrechamente relacionadas con otras variables que establecen diferencias importantes (sexo, edad, estado civil), pero es que además, muchas veces las formas de convivencia son resultado de la aparición de limitaciones para las actividades de la vida diaria, que disminuyen la capacidad de los mayores para seguir viviendo en la manera en que solían hacerlo. Así se refleja en la ECVM-04, porque las personas que más padecen situaciones de discapacidad o dependencia son las que viven solas con algún hijo o en otras formas de convivencia, incluyendo la estancia temporal en viviendas que no son las suyas; es

fácil comprender, que muchas de estas situaciones son resultado de la propia discapacidad o dependencia.

Otra variable contextual relevante, la presencia o no de dificultades financieras ejerce una influencia menos clara sobre las situaciones de pérdida de autonomía funcional, la relación tan sólo aparece con una cierta virtualidad en el caso de las mujeres y en la discapacidad, quizá también como consecuencia de la hipótesis del efecto del entorno; las dificultades económicas pueden suponer dificultades también para la interacción con el contexto, o pueden suponer estar en presencia de contextos más complejos o menos facilitadores de la autonomía funcional, pero su influencia está muy debilitada.

Por fin, la relación entre la autonomía funcional y el estado de salud subjetivo es bastante obvia, la presencia de dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria determina una percepción más negativa del estado de salud. Además, en la conformación de esa valoración subjetiva se tiene en cuenta la severidad de la situación porque la dependencia aparece sobre todo en personas que se encuentran mal o muy mal de salud, mientras que la discapacidad afecta también de manera importante a quienes se encuentran regular. De otra forma, cuando aparece la discapacidad, el estado de salud deja de calificarse como bueno o muy bueno, y se puede evaluar como regular, malo o muy malo; sin embargo, cuando aparece la dependencia la salud ya se percibe como mala o muy mala y no hay ya lugar al regular.

Perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad o dependencia

La mayor parte de las personas que presentan discapacidad o dependencia son mujeres, más entre los discapacitados que entre los dependientes. La mayor presencia de las mujeres entre quienes padecen limitaciones en su autonomía funcional es el efecto combinado de su mayor presencia numérica en la población mayor y de su prevalencia más alta en dependencia y, sobre todo en discapacidad.

Entre los discapacitados la proporción de los sexos es de tres mujeres por cada varón, pero entre los dependientes es de dos. Las edades más frecuentes son las intermedias, de 75 a 84 años, lógicamente, las personas de 65 a 74 años son más abundantes en las situaciones de discapacidad y los más mayores en las de dependencia.

La mayoría de los dependientes o discapacitados viven en municipios grandes porque la mayoría de las personas mayores viven en estos municipios, pero también porque la prevalencia es mayor en este hábitat. La mayoría son personas sin estudios o con estudios primarios, aunque el riesgo de dependencia es

mayor entre los analfabetos y las personas sin estudios. La mayoría son viudos, aunque entre los hombres la proporción de casados no es desdeñable, sobre todo entre los discapacitados. No obstante, el mayor riesgo de dependencia corresponde a los hombres viudos, en relación directa con la edad, ya que los varones enviudan a edades muy avanzadas; el riesgo de los viudos duplica el del conjunto de la población mayor, tanto con respecto a la discapacidad como en relación a la dependencia. La mayoría de los dependientes ha perdido la pareja y viven solos con algún hijo o en otras formas de convivencia. Entre los discapacitados existe mayor variedad de formas de convivencia, entre las mujeres es más común vivir en solitario, y entre los hombres en pareja. Esta distribución indica que la dependencia cambia las formas de convivencia de los mayores, pero no tanto la discapacidad.

La discapacidad permite a los mayores mantener su autonomía: los hombres que permanecen casados hasta edades más altas, siguen viviendo en pareja, las mujeres que pierden antes sus parejas viven solas; sin embargo, superar el umbral de la dependencia rompe con los deseos de autonomía de las generaciones y obliga al reagrupamiento temporal o permanente. Dos tercios de los discapacitados y dependientes declaran dificultades económicas (muchas o bastantes), la relación parece más clara en el caso de las mujeres. La mayoría presentan un estado de salud peor que regular, aunque entre las mujeres la dependencia se asocia a una valoración más negativa de la propia salud. Por último, el análisis de las barreras arquitectónicas y de comunicación se vuelve especialmente relevante en el caso de las personas que presentan algún tipo de limitación.

Según la ECV-04, aunque la mayoría de las personas dependientes o discapacitadas, residen en viviendas que no tienen grandes barreras arquitectónicas para la comunicación con el exterior, un 15,2% de los dependientes y un 22,3% de los discapacitados residen en viviendas que necesitarían ascensor y no lo tienen. De la misma forma, aunque la mayoría tiene un teléfono fijo o móvil, un 14,3% de los dependientes y un 8,2% de los discapacitados no tienen teléfono. No parece tampoco que la adquisición del teléfono móvil responda a un deterioro de las capacidades funcionales, puesto que los móviles los tienen las personas que no tienen problemas para realizar actividades de la vida diaria.

Los efectos sobre los sentimientos generales ante la vida y sobre los estados de ánimo se producen, sobre todo, por la entrada en la discapacidad. La discapacidad supone un aumento considerable de sentimientos como el aburrimiento, la tristeza o la depresión, que se convierten en estados de ánimo muy usuales para dependientes y discapacitados. Más de la mitad de los discapacitados y el 61,3% de los dependientes se aburren a menudo o a veces, más de las dos terceras partes se sienten tristes y unos seis de cada diez, deprimidos. También aumenta la frecuencia con la que se presenta el sentimiento de soledad

que afecta casi a la mitad de los discapacitados y dependientes; o los estados de intranquilidad o nerviosismo, pero esto sucede sobre todo entre los discapacitados, lo que sugiere que la dependencia reduce el tono vital de los mayores, es decir, que experimentan menos tanto los estados de ánimo negativos como los positivos.

La discapacidad reduce, por el contrario, las veces en las que los mayores se sienten ilusionados y la dependencia los sentimientos de utilidad, aunque todavía estos sentimientos se experimentan con mucha frecuencia entre los mayores. La discapacidad reduce además el grado de satisfacción con la salud, con la vida en general, con las actividades de ocio, con el apoyo que reciben de los demás y con el uso del tiempo. Si interpretamos la pérdida de autonomía funcional como un proceso en el que primero aparecen las discapacidades y después la dependencia, la discapacidad es la responsable de las variaciones más importantes en la valoración general de distintos aspectos vitales y en la experiencia de sentimientos positivos o negativos. Es como si la discapacidad fuera el gran desajuste, el gran cambio que anuncia lo que ha de venir, y cuando esto llega (la dependencia) los mayores ya han adaptado sus expectativas. Así, por ejemplo, la dependencia no aumenta significativamente la presencia de sentimientos negativos, ni reduce la satisfacción con la vida en general o la valoración del estado de salud y las relaciones conyugales.

Con respecto al estado de salud, el gran cambio lo produce la discapacidad, la dependencia apenas empeora su valoración; hay que destacar, no obstante, el elevado grado de ajuste de las expectativas de salud con respecto a la situación objetiva y es que todavía unos tres de cada diez dependientes o discapacitados valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Otro tanto sucede con los sentimientos generales ante la vida, es la discapacidad la que realmente le afecta, a partir del momento en que ésta se presenta, empiezan a ser más los que están poco o nada satisfechos con sus vidas que los que están satisfechos.

También sucede así con las relaciones de pareja, más de la mitad de los mayores están muy o bastante satisfechos con sus relaciones cuando no padecen limitaciones para las actividades de la vida diaria, cuando la discapacidad se presenta el porcentaje de los satisfechos se reduce al 34,6% y, cuando aparece la discapacidad, al 30,3%, el efecto de ésta es considerablemente menor; este aspecto puede ser realmente importante si tenemos en cuenta que muchos discapacitados son atendidos por sus cónyuges, mientras que no sucede lo mismo entre los dependientes, es probable que la relación de cuidados sea la que deteriora la calidad de las relaciones, en este caso no es la valoración del cuidador la que tenemos, es decir, que la menor satisfacción no responde a la carga de cuidados; son los que reciben los cuidados los que así se manifiestan, la consciencia de ser una carga para el otro miembro de la pareja o la anticipación del

fin de la autonomía funcional de la pareja, pueden estar detrás de esa valoración más negativa.

La dependencia aún reduce más la valoración del ocio, del apoyo que se recibe de otras personas y del uso del tiempo que ya se habían reducido al aparecer la discapacidad y que, sin embargo, permanecen en valores elevados incluso cuando la dependencia se ha presentado. Otro tanto sucede con la frecuencia con la que los mayores se sienten ilusionados.

Pero donde el efecto diferencial de la discapacidad se concreta es fundamentalmente en la disminución de la frecuencia con la que los mayores se sienten útiles, en este caso la discapacidad no tiene un efecto significativo, es la dependencia lo que realmente hace que los mayores dejen de sentirse útiles; de todas formas, esta afirmación debe realizarse con muchos matices, puesto que la proporción de los que siguen sintiéndose útiles aun experimentando las máximas limitaciones en el desarrollo autónomo de su vida cotidiana siguen siendo elevados, quizá como consecuencia, otra vez, de un elevado ajuste de las expectativas de los mayores a sus circunstancias objetivas o, por el contrario, de un sentimiento de resignación o de conformismo con respecto a la propia situación.

Sobre si la discapacidad y la dependencia producen efectos diferentes en hombres y mujeres, el tamaño de la muestra sólo nos permite comparar las dos situaciones de manera conjunta (sin distinguir entre discapacidad y dependencia). En general, el efecto en cuanto a sentimientos o estados de ánimo que quedan afectados es bastante similar en los dos sexos, las variaciones se deben más bien a la intensidad de los cambios. De esta manera, lo que reduce la dificultad para realizar actividades de la vida diaria es, sobre todo, la percepción del estado de salud, aunque la entidad del cambio es mucho mayor entre las mujeres que entre los hombres.

A continuación, para las mujeres la falta de autonomía en el desarrollo de su vida cotidiana afecta a la valoración sobre el apoyo que recibe de otros y la frecuencia con la que se sienten útiles a los demás. De manera que las mujeres entienden estas situaciones fundamentalmente como una interrupción de los flujos de ayuda dentro de la familia y esto afecta de una manera muy significativa a la valoración que realizan sobre su vida en general. Además, no es tanto la valoración efectiva del apoyo que prestan como algo más general, la utilidad, las mujeres entienden que no son capaces de apoyar a otros precisamente en razón de su estado de salud, pero eso les produce una cierta frustración.

El mismo efecto, en los hombres aparece de una forma mucho más atenuada, para ellos, la pérdida de autonomía afecta, sobre todo, a la frecuencia con la que se sienten ilusionados, a sus actividades de ocio y a la manera en que

emplean su tiempo y a sus relaciones de pareja, es decir, que perciben la pérdida de autonomía, sobre todo, en función de su capacidad para gestionar su propio tiempo y realizar actividades de ocio, quizá porque sus vidas de jubilados no están tan centradas en las familias como sucede entre las mujeres. En las mujeres también se reduce el grado de satisfacción con estas cuestiones, pero siempre por detrás de los instrumentales vinculados con la ayuda intergeneracional y de sus sentimientos de utilidad.

En cualquier caso, entre los hombres parece que discapacidad y dependencia afectan a áreas menos significativas de sus vidas, puesto que el grado de satisfacción con la vida en general no se reduce de una manera tan rotunda como en las mujeres. Además, estas situaciones para los dos sexos aumentan la presencia de sentimientos negativos, fundamentalmente el aburrimiento, aunque parece que entre los hombres el origen de este sentimiento está más relacionado con el deterioro del tiempo y las actividades de ocio, mientras que entre las mujeres tiene un carácter más instrumental vinculado con la utilidad para los demás.

También aumenta la frecuencia con la que se sienten tristes, deprimidos (sobre todo entre los hombres), solos e inquietos (sobre todo entre las mujeres).

Tampoco es despreciable la relación con aspectos materiales como la situación económica, cuya valoración disminuye entre los dos sexos, quizá lo que significa esta valoración es que no tienen recursos financieros para afrontar su situación de dependencia de una manera alternativa, por ejemplo, con ayuda remunerada. Las mujeres también muestran cierta insatisfacción con sus viviendas.

1.2.c Estado de salud y enfermedades

El indicador más básico sobre el estado de salud es el estado de salud subjetivo; es un indicador sencillo que tiene, además, bastantes ventajas, por ejemplo, su capacidad para anticipar necesidades asistenciales y su estabilidad en el tiempo. Además, dado que refleja además del estado físico, factores sociales, económicos y del entorno de la persona, resulta más apropiado como aproximación a un concepto más global de salud, entendida no sólo como ausencia de enfermedad, sino también como bienestar físico, mental y social que es como la entiende precisamente la Organización Mundial de la Salud. La ECVM-04 muestra que casi la mitad de los mayores califican su estado de salud de forma positiva (como bueno o muy bueno) y sólo algo más de la octava parte (13,9%) de forma claramente negativa.

En conjunto, los datos que arroja la encuesta reflejan mejor salud de la que recogen otras fuentes como la Encuesta Nacional de Salud, que aumenta la proporción de personas mayores con estado de salud malo o muy malo hasta el 21,1% y reduce la calificación positiva hasta el 38,1%. Dado que el indicador suele ser muy estable, sólo cabe atribuir estas discrepancias a los sesgos de selección de las encuestas sociológicas, que suelen incluir más personas jóvenes y en buen estado de salud de las que realmente existen en la población.

Lo que sí refleja la encuesta de condiciones de vida es la influencia de variables sociodemográficas sobre la evaluación subjetiva del estado de salud. Como es sabido, una de las condiciones que marca diferencias más notables es el sexo, los hombres tienden a clasificarse menos en los ítems más negativos de la escala, pero sobre todo, se clasifican mucho más en los positivos: casi seis de cada diez varones mayores estiman que su salud es buena o muy buena, frente a cuatro de cada diez mujeres. Además, el juicio resulta bastante sensible a la edad, sobre todo entre los varones, y al tamaño del municipio, en el sentido de que las personas que residen en municipios pequeños realizan una evaluación más positiva.

El nivel de estudios mejora el juicio de los mayores sobre su salud (hay una categoría con un comportamiento anómalo, se trata de los varones que no saben leer ni escribir, sin embargo, su comportamiento poco usual bien podría deberse simplemente a que el número de observaciones muestrales es muy pequeño). Entre los hombres, los casados son los que mejor evalúan su estado de salud; los viudos los que peor; no sucede de la misma forma entre las mujeres.

Entre los hombres la vida en pareja y con hijos está asociada a un estado de salud mejor, compartir la vivienda sólo con la pareja parece ofrecer menos ventajas, porque incluso los que viven solos están más satisfechos; entre las mujeres vivir con la pareja y los hijos es lo que produce peor evaluación del estado de salud, tan sólo por encima de las "otras formas de convivencia" que normalmente implican la pérdida de la autonomía domiciliar y la desintegración del hábitat habitual de vida. Entre los hombres existe una relación directa y casi proporcional entre la autonomía funcional y la valoración del estado de salud, no entre las mujeres, para ellas no existe gran diferencia entre discapacidad y dependencia. También existe una relación clara entre las dificultades económicas y la valoración del estado de salud.

Además de este primer indicador, la encuesta incluye también medidas de carácter objetivo que se refieren a la presencia de enfermedades que requieren tratamiento médico. Este indicador arroja también un balance bastante positivo sobre la salud de los mayores, en la medida en que el estado más frecuente es no tener ninguna enfermedad que requiera atención médica (30,7%). Las patologías más frecuentes son las relacionadas con el aparato óseo, y a más distancia

las relacionadas con el sistema circulatorio. Tres de cada diez personas de 65 o más años señalan “problemas de huesos” y, casi una de cada cinco (18,6%), “problemas de corazón”.

Este patrón de morbilidad coincide básicamente con el que muestran otras fuentes. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud de 2001 encontraba entre las enfermedades autodeclaradas “artrosis, reumatismo y dolor de espalda” en el primer lugar de la lista con un 36,3% de mayores afectados y, a continuación, “enfermedades y dolencias de corazón y del aparato circulatorio” con un 20%. En nuestra encuesta la prevalencia de ambas familias de patologías es inferior, probablemente porque en la pregunta correspondiente figura el matiz de que sean enfermedades que “requieran atención médica” y por los problemas de conformación de las muestras señalados con anterioridad.

Entre las enfermedades diagnosticadas, sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud de 2001 destaca por encima de las demás, la hipertensión arterial, con un 37,7% de mayores afectados, en la ECVN-04 esta dolencia ocupa el tercer lugar en la lista con un 18,6%, lo que indica seguramente que la mayor parte de los entrevistados no consideran que este problema requiera un seguimiento médico. Otro tanto cabría decir del colesterol elevado, es la segunda patología en orden de importancia entre las diagnosticadas, sin embargo, en nuestra encuesta apenas hay mención expresa de ella. También sucede algo parecido con la depresión, la prevalencia en el diagnóstico fue en 2001 del 10,3%, pero sólo el 5,2% de los entrevistados señalan que necesite seguimiento facultativo.

Los hombres son los que más declaran no tener ninguna enfermedad que requiera atención médica (35,8%, frente al 26,9% de las mujeres). Los problemas de huesos son característicos de las mujeres, como sucede, aunque en menor medida, con la hipertensión, los problemas de visión, el insomnio y la depresión. Entre los hombres, son algo más frecuentes los problemas circulatorios, los respiratorios y los que tienen que ver con los órganos genitales y el aparato urinario. Pero las diferencias por sexo entre los que padecen y no padecen enfermedades se reducen con la edad, se mantienen en unos diez puntos por debajo de los 75 años, pero se estrechan considerablemente a partir de ese umbral. Por debajo de los 85 años el 36,9% de los varones y el 27,3% de las mujeres no padece ninguna enfermedad que necesite seguimiento médico, por encima de los 85 años, las proporciones se aproximan a la cuarta parte de uno y otro sexo (25,6% de los varones, 22,6% de las mujeres).

Las enfermedades relacionadas con el aparato motriz son siempre más prevalentes entre las mujeres, sin embargo, los problemas circulatorios empiezan a ser igualmente frecuentes o incluso más entre las mujeres a medida que aumenta la edad, es como si en los hombres enfermedades se iniciaran a edades más tempranas.

En la mayoría de los casos, las patologías están relacionadas unas con otras, de forma que la comorbilidad resulta muy frecuente. El 39,2% de la muestra tiene más de una enfermedad, incluso el 19,6% más de dos y el 9,6% más de tres o el 5,1% más de cuatro. Por ejemplo, el 26,1% de los que padecen enfermedades óseas también padecen problemas circulatorios, el 24,8% problemas de visión y el 22,8% hipertensión arterial. También es muy frecuente la asociación entre enfermedad y limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. Aunque casi todas las enfermedades y dolencias se presentan con mayor frecuencia entre los discapacitados y dependientes, no todas ellas se muestran igualmente invalidantes. Las patologías más discapacitantes son las que tienen que ver con trastornos mentales, la enfermedad de Alzheimer, los problemas de memoria, la enfermedad de Parkinson, la depresión y los trastornos mentales; todas ellas conducen a una situación de discapacidad o dependencia casi en el momento en el que se presentan. Las situaciones de discapacidad también se acompañan de problemas de visión y audición y de insomnio.

Los perfiles sociodemográficos de las personas que padecen enfermedades que necesitan seguimiento facultativo con respecto a los que no las tienen, indican una vez más que los hombres son los que padecen menos enfermedades. En los hombres los 75 años constituyen un jalón importante en la declaración de enfermedades, en las mujeres el patrón es más precoz. El hábitat no establece diferencias significativas. En las mujeres, la influencia del nivel de estudios es más clara que entre los hombres, no obstante esta variable está relacionada con la edad, que parece ser la gran variable en la aparición de enfermedades, además del sexo, es decir, que las enfermedades vienen motivadas más bien por variables biológicas antes que por otras de carácter social.

El estado civil apenas marca diferencias sustanciales, aunque los viudos varones suelen presentar en mayor medida enfermedades diagnosticadas, también es cierto que los varones viudos son los más mayores; entre las mujeres la solteras tienen con mayor frecuencia enfermedades diagnosticadas; las casadas, las que menos, seguramente porque son las más jóvenes. En las formas de convivencia también es posible encontrar la huella de la edad, sobre todo entre los varones, en las mujeres la interpretación es menos inmediata.

La presencia de dificultades económicas resulta significativa, los que viven en condiciones materiales más extremas son los que declaran más enfermedades salud subjetivo.

Es lógico, la satisfacción con la salud expresa un grado más alto de ajuste de expectativas, aunque también produce un juicio más negativo si la salud es mala, es como una visión ampliada del juicio que produce el estado de salud subjetivo, quizá porque la satisfacción supone un grado más alto de subjetividad. En relación con los “resultados” que producen los diferentes estados de salud,

padecer enfermedades significa, obviamente y por encima de cualquier otra consideración una valoración mucho más negativa del estado de salud, particularmente aguda entre las mujeres. Para ellas también implica una valoración más negativa de la vida en general, para los hombres también, pero menos. Parece, entonces que la salud es más significativa en la vida de las mujeres mayores que en la de los hombres.

Entre los hombres, una enfermedad diagnosticada también disminuye la frecuencia con la que se sienten ilusionados, reduce el grado de satisfacción con sus actividades de ocio y con la forma en la que emplean el tiempo, así como la aparición de sentimientos de felicidad alegría, ilusión y utilidad. Entre las mujeres disminuye todo eso mucho más que en los hombres y además, disminuye la valoración del apoyo que reciben de otras personas. En ambos sexos aumenta la presencia de sentimientos negativos, particularmente la frecuencia con la que se sienten deprimidos, pero también la tristeza, la intranquilidad, el aburrimiento y la soledad. Todos ellos aumentan su presencia en los dos sexos, pero siempre más entre las mujeres. Para ellas, por ejemplo, la relación entre la pérdida de la salud y la frecuencia con la que se sienten deprimidas, es muy estrecha.

El deterioro del estado de salud subjetivo produce resultados más similares entre hombres y mujeres, quizá porque todavía no se ha producido el ajuste de expectativas que parece resultar mucho más eficiente entre los hombres. Ahora la valoración del estado de salud se reduce entre hombres y mujeres en una magnitud muy similar y la salud así medida resulta también significativa entre los hombres.

Permanecen algunas diferencias, por ejemplo, en la intensidad del cambio en la presencia de sentimientos negativos, por ejemplo, entre las mujeres la enfermedad se traduce en soledad con mayor frecuencia que entre los hombres. En definitiva, las enfermedades tienen un efecto más importante en la experiencia cotidiana de las mujeres y, en especial, sobre los aspectos más sociales de esa experiencia.

Los cuidados

La respuesta a los problemas de salud y dependencia de los mayores proceden de la solidaridad pública pero, sobre todo, de la privada que discurre a través de los sistemas de ayuda informal. No es difícil reconocer que entre ambas formas de solidaridad debe existir algún tipo de relación; desentrañar de qué tipo parece, sin embargo, bastante más complejo. Básicamente existen dos posturas, la de aquellos que piensan que unas sustituyen a las otras y las de quienes consideran que son complementarias. La tesis de la sustitución implica que el desarrollo de la solidaridad pública implica una desmovilización de las familias,

mientras que la visión alternativa supone que el aumento de las ayudas colectivas favorece las solidaridades privadas, que la relación entre unas y otras no es de sustitución, sino más bien de sinergia.

Los principales exponentes de esta segunda posición son los representantes de lo que se podría denominar la escuela francesa de relaciones intergeneracionales, encabezada por Claudine Attias-Donfut. Aunque reconocen que la existencia de las ayudas públicas no son neutrales para las familias, en el sentido de que “los derechos y los medios que cada uno recibe del Estado, en función de su edad y su sexo, influyen en su estatus dentro de la familia, su capacidad de dar, sus necesidades y sus expectativas”, afirman que para que existan las solidaridades familiares es necesario que existan las públicas. Incluso que las solidaridades públicas son las que sirven de modelo a las familiares y no al contrario, claro que históricamente no está tan claro quién sirvió de modelo a quién. En cualquier caso, a su juicio, en los momentos actuales una reducción de la acción redistributiva del Estado tendría serias consecuencias para las familias porque esa acción fortalece y pacifica las relaciones familiares.

El modelo histórico que utilizan para fundamentar sus tesis es la influencia de la institución de la jubilación sobre el nacimiento del rol de abuelo como un hombre relativamente libre en el uso de su tiempo al estar liberado de la obligación de trabajar y tener cubiertas sus necesidades materiales a través del sistema de pensiones y en buen estado de salud, que puede ocuparse de sus nietos.

La tesis de la complementariedad llega aún más lejos en su aplicación a la discusión sobre la equidad intergeneracional en el reparto de los fondos públicos. Ante la evidencia del envejecimiento de los presupuestos sociales, en el sentido de que los mayores se benefician más de los recursos públicos que los jóvenes, los partidarios de estas posiciones contraponen la redistribución que se opera en el seno de las familias.

De forma que, aunque el Estado dedique más recursos a unas generaciones que a otras, nadie debe preocuparse por la cuestión, porque las familias sabiamente compensan estos desequilibrios.

Estas observaciones forman parte de un enfoque excesivamente equilibrado, armónico y consensual de las relaciones intergeneracionales, que llevan a estos autores a afirmar, por ejemplo, que entre las generaciones existe una tendencia “a compensar las desigualdades sociales, de manera que muchos hijos que han ascendido socialmente devuelven parte de los frutos a los padres” y, en compensación, lo que los padres reciben del Estado de Bienestar, serviría para compensar a la generación de los hijos del esfuerzo que realizan para financiar los programas públicos de ayuda, de manera que también “existe una redistribución intrafamiliar de los beneficios de las ayudas públicas que son parte integran-

te de la dinámica de los intercambios intergeneracionales y del funcionamiento de la familia”.

Realmente parece que las cosas han llegado demasiado lejos, seguramente la relación entre las solidaridades familiares y las colectivas son más complejas de lo que muchos habían previsto, pero no se pueden comparar unas con otras. Las solidaridades públicas se basan en derechos objetivos y tienen unas normas de aplicación común, las familiares dependen siempre de la voluntad del donante, con lo cual no sólo no hay posibilidad de reclamación ni garantía alguna de que las ayudas efectivamente se van a recibir en caso de necesidad, sino que además, pueden convertirse en una fuente de dependencia. Probablemente lo que sucede es que el propio esquema de las cuentas generacionales tiene poco sentido, en este caso hay que volver a dar la razón a C. Attias-Donfut en el sentido de que el debate no es oportuno ni pertinente, entre otras cosas porque ni siquiera es posible determinar lo que cada generación ha recibido o aportado; tal comparación no puede incluir sólo los costes que unas y otras cohortes suponen en términos de recursos públicos y, menos aún, de gastos sociales, requeriría además valorar lo que su trabajo productivo aportó a la economía de su país o su aportación en términos de bienes y servicios no monetarizados, si disfrutaron de un medioambiente de mayor o menor calidad y un largo etcétera de ventajas y agravios cuyo planteamiento va muchas veces más allá de lo razonable.

Mucho más matizado parece el planteamiento de Künemund & Rein (1999). Para ellos, los intercambios de ayuda intergeneracional dentro de las familias responden a distintas motivaciones, básicamente: reciprocidad, afecto, normas de obligación y necesidades de la persona a la que se ayuda.

La existencia de solidaridades públicas puede atenuar las normas de obligación y reducir o hacer desaparecer algunas necesidades de los mayores, pero refuerza los otros dos motivos de la ayuda, es decir, la que se presta en nombre de criterios de reciprocidad o simplemente por afecto. Por ejemplo, la disposición de los mayores de ingresos propios favorece que puedan prestar ayuda financiera a sus hijos, si así lo hacen, los hijos estarán más inclinados a ayudar a sus padres en contraprestación a esa ayuda. Además, la independencia económica de los mayores hace que las relaciones entre ellos y sus hijos adultos u otros familiares sean más libres, abriendo paso a los afectos que pueden ser en opinión de Künemund & Rein un importante motor de ayuda.

De manera que el avance del Estado de Bienestar y su red de apoyos formales no hace desaparecer la que procede de fuentes informales, pero cambia las motivaciones, la ayuda ya no se presta en función de normas de obligación o porque los mayores no dispongan de medios alternativos o como mínimo complementarios para satisfacer sus necesidades, la ayuda discurre promovida por lazos de afecto o en compensación de la ayuda recibida en otros momentos del

tiempo. Todo ello responde, además, a las nuevas modalidades de relaciones familiares en las que la voluntariedad, la inexistencia de ataduras y de obligaciones son las que permiten la supervivencia de esta institución y de las múltiples funciones que todavía hoy tiene encomendadas.

Ayuda informal

La ayuda que reciben los mayores sólo se ha indagado en la ECVM-04 para quienes necesitan ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria. Es evidente que los flujos de apoyo no se limitan a estas personas. El Libro Blanco de la Dependencia incluye una definición de apoyo social como aquella actividad que “consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención”.

Elementos fundamentales en la definición son el “carácter altruista”, es decir, sin contraprestación económica alguna, y la precisión sobre los agentes que intervienen en el apoyo informal; por una parte el “atendido”, que es necesariamente una persona que presenta “algún grado de discapacidad o dependencia”, quedan excluidas entonces otras actividades, servicios o prestaciones que se dirigen a personas que no cumplen esta condición, es decir, a personas autónomas. Por otro lado, la definición no incluye sólo a familiares y allegados, cualquiera puede realizar estas actividades a condición de que se realicen de forma altruista.

El concepto de apoyo informal del Libro Blanco precisa, además, que el apoyo informal se distingue de otras formas de apoyo social, porque la ayuda tiene un carácter instrumental y material, es decir, que consiste en ayuda y/o servicios y que no se trata de apoyo emocional o de apoyo informativo. Lo que se ha recogido en la encuesta de condiciones de vida es algo diferente, se cumple el requisito de que la ayuda se dirija a personas con algún grado de dependencia o discapacidad, todas aquellas que necesitan ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria propuestas en el cuestionario, se cumple también el requisito con respecto a la naturaleza material o instrumental del apoyo, pero no se explicita la condición de que la ayuda no sea remunerada.

La primera constatación que nos permite la información recogida es que, de todas las personas que necesitan ayuda para realizar alguna de las actividades de la vida diaria, la inmensa mayoría cuenta con ella, tan sólo el 2,6% de los mayores con autonomía funcional limitada dice que necesita ayuda, pero no la tiene. Las dos terceras partes (62,3%) de los mayores afirman que reciben ayuda de más de un agente. Los cuidadores más importantes siguen siendo las

hijas, le siguen los cónyuges sobre todo en los casos en los que la ayuda es más leve o atañe a actividades menos básicas y los hijos. Los empleados de hogar adquieren una presencia más notoria cuando la ayuda se dirige a personas dependientes. Por fin, la presencia de un segundo agente es más importante en los casos en los que la discapacidad no implica dependencia.

Las hijas intervienen en el cuidado de las dos terceras partes (62,6%) de los mayores que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria; los hijos varones casi en la tercera parte (32,4%) y los esposos o esposas casi en la cuarta parte (23,0%); familiares políticos (yernos y, sobre todo, nueras), nietos, y sobre todo nietas, y otros familiares no tienen una intervención desdeñable en la atención de los mayores que necesitan ayuda para actividades de la vida diaria. La intervención de otros allegados que no pertenecen a la familia es bastante menor, apenas el 3,9% para vecinos o porteros y un 2,2% para amigos.

Mucho más importante es la intervención del servicio doméstico, que lo hace en el 15,1% de los casos. La intervención de los servicios formales de ayuda es reducida y eminentemente pública, los servicios sociales están presentes en la actividad de cuidado de uno de cada once mayores con necesidad de ayuda, pero los servicios privados sólo en el 1,4% de los casos. La graduación de la importancia de la discapacidad también influye en la presencia relativa de estos agentes: en general, a medida que aumenta el estado de necesidad, disminuye la presencia de los familiares más próximos (hijos de uno y otro sexo y esposos) y de los allegados que no pertenecen al círculo familiar (vecinos y amigos y otras personas), pero también disminuye la presencia de los servicios sociales públicos, lo que puede plantear dudas sobre la eficacia en la asignación de los recursos, en la medida de que no son las personas dependientes las que más se benefician de ellos, sino quienes necesitan ayuda para actividades de la vida diaria pero no cumplen los requisitos para ser considerados dependientes.

Por el contrario, aumenta la presencia de familiares más alejados (yernos y nueras, nietos de los dos sexos y otros familiares), quizá porque a falta de familiares más próximos, la gravedad de la situación del mayor moviliza todos los recursos familiares disponibles. También aumenta la presencia de los recursos formales de carácter privado y, sobre todo, del servicio doméstico que interviene en el cuidado del 18,7% de los mayores dependientes.

Los dependientes son también los que en mayor medida movilizan el apoyo de más de un agente de ayuda. Aunque el tamaño de la muestra no nos permite un análisis muy refinado con respecto a la complementariedad entre agentes, parece que empleados de hogar y cónyuges son los que actúan con más frecuencia como agentes únicos.

Sólo hemos podido realizar este análisis para las situaciones más frecuentes, es decir, cuando los mayores están atendidos por su cónyuge, un hijo o hija o un empleado de hogar: el 56,3% de las personas atendidas por servicio doméstico no son atendidas por nadie más, cuando la ayuda no es exclusiva, las hijas y los hijos son los colaboradores más frecuentes. Cuando la cuidadora principal es una hija su labor es exclusiva en el 30,3% de los casos, suelen ayudarse de alguno de sus hermanos o hermanas (25,8%) o de su propio núcleo familiar, es decir, del yerno o alguno de los nietos (24,9%). Cuando el cuidador principal es un hijo lo hace en exclusiva en el 27,0% de los casos, los hijos suelen ayudarse de alguna hermana (17,5%) o hermano (11,0%) y, sobre todo, de las propias esposas, es decir, las nueras de la persona atendida (19,0%).

La presencia de los servicios públicos parece algo mayor entre las personas que son atendidas por sus cónyuges. Los casos en los que los mayores son atendidos por otras personas que no pertenecen a la familia parecen casos extremos y también la ayuda se asume en buena medida en exclusiva (53,8%), no obstante el número de casos no nos permiten realizar extrapolaciones con mucha seguridad. Cuando la situación del mayor se agrava, es decir, cuando es dependiente, se reduce la proporción de cuidadores únicos, pero las combinaciones siguen siendo más o menos las mismas.

La información obtenida establece una división de tareas entre agentes de la ayuda informal. Aunque en todas las tareas la fuente de ayuda más recurrente procede de las hijas y de otros familiares, existen algunas diferencias sutiles. Por ejemplo, los cónyuges atienden más cuando la ayuda consiste en actividades de proximidad como abrocharse los zapatos o levantarse y acostarse, también en la realización de compras y en el uso del teléfono. Las hijas ayudan sobre todo en el control de la medicación, la preparación de comidas, los desplazamientos en el interior de la vivienda; y menos en el uso del retrete, abrocharse los zapatos o levantarse y acostarse, salir a la calle, hacer compras y otras tareas domésticas.

Los hijos varones presentan un perfil muy masculino: participan más cuando la ayuda requerida se refiere a actividades instrumentales y en las que se realizan fuera del domicilio: ir al médico, hacer gestiones, administrar el dinero, ayudar a usar el transporte público o el teléfono; ayudan menos sobre todo a las personas que necesitan caminar por la casa, asearse, preparar comidas y realizar otras tareas domésticas.

Los empleados de hogar participan menos en actividades instrumentales, del exterior del hogar y las que implican el manejo del dinero (ir al médico, hacer gestiones, administrar el dinero, hacer la compra, utilizar el transporte público o el teléfono) y más en actividades básicas como el aseo, el uso del retrete, levantarse y acostarse, caminar por la casa y realizar tareas domésticas distintas

de la comida y la compra. Es decir, que el servicio doméstico está especializado preferentemente en actividades de autocuidado y en tareas domésticas.

Otros familiares distintos de hijos o hijas, participan en actividades instrumentales como ir al médico, administrar el dinero, utilizar el transporte público y controlar la medicación; participan menos en tareas domésticas (compras, comidas y otras tareas) y colaboran menos en la ayuda a las personas que la necesitan para caminar por el interior de la vivienda.

Por último, la ayuda se asume en exclusiva por un solo agente, sobre todo, entre personas que necesitan ayuda para tareas domésticas y compras, uso del teléfono y caminar por la casa. Es compartida, sobre todo, cuando la persona necesita ayuda en actividades instrumentales como ir al médico, hacer gestiones o controlar la medicación, las de movilidad extradoméstica como usar el transporte público o salir a la calle y utilizar el retrete. De manera que cuando la ayuda es más leve hay más lugar para la intervención de una pluralidad de agentes, pero también en el caso más grave de quienes necesitan ayuda para utilizar el retrete. De forma más resumida, los cónyuges, los hijos, las personas que no pertenecen a la familia y los agentes formales intervienen más en los casos en los que la discapacidad no responde a la definición administrativa de dependiente. En estos casos es más frecuente que exista un solo cuidador. Por el contrario, en caso de dependencia intervienen más otros familiares distintos de los hijos o hijas y los empleados de hogar.

En cuanto a las características sociodemográficas de los mayores que reciben la ayuda, los cónyuges atienden sobre todo a los hombres, es decir, que las cuidadoras son sobre todo esposas, y a las personas más jóvenes. La presencia de las hijas aumenta con la edad y es más alta en divorciados y viudos que en casados y entre las personas que tienen más dificultades económicas; la convivencia con los hijos favorece el cuidado. La concurrencia de los hijos también es más importante entre viudos y divorciados o separados y la convivencia con los hijos la favorece, entre los hombres aumenta cuando lo hace su nivel de estudios, pero no en las mujeres. La presencia de otros familiares aumenta con la edad, es mayor en municipios pequeños quizá porque los hijos están lejos, es más importante entre los solteros que entre los casados y, en la medida en que se trata de hijos políticos o nietos, se ve favorecida por la convivencia con hijos. Los empleados de hogar cuidan más a mujeres, en los municipios más pequeños y en los más grandes, aumenta su presencia con el nivel de estudios de los mayores, es mayor entre los solteros y entre quienes viven solos o en otras formas de convivencia, y es menor entre quienes tienen dificultades económicas, es decir, que el recurso a los empleados de hogar todavía se enfrenta con barreras financieras.

La atención la realiza en exclusiva un solo agente fundamentalmente cuando el que necesita ayuda es más joven, entre los solteros (que no tienen tantos recursos familiares) y los que viven solos o en pareja y entre quienes tienen mayores dificultades económicas y viven en municipios de más de 2.000 habitantes. Todo indica que existe una jerarquía de cuidadores, si hay un cónyuge, las probabilidades de que preste ayuda son altas, si no existe se recurre a las hijas y, en menor medida, a los hijos, si los mayores tienen capacidad financiera pueden acudir a la ayuda del servicio doméstico, si esto no es posible, recurrirán a otros familiares y la ayuda será asumida en exclusiva por un cuidador.

El análisis de la proximidad de los familiares completa esta jerarquía, en el sentido de que la persona que presta la ayuda es la que está más cerca, si no hay familiares cerca el cuidado lo asume el esposo o la esposa, si lo tienen, o empleados de hogar; si hay un hijo cerca es fácil que participen en el cuidado, si no lo están, pero hay cerca otros familiares son éstos los que asumen el apoyo. Los servicios formales también actúan con mayor frecuencia cuando no hay ningún familiar cerca. La mayor parte de quienes reciben ayuda (69,2%) consideran que la que reciben es suficiente, que cubre todas sus necesidades, un 18,6% dice que necesitaría más ayuda, y un 6,8% la califica claramente como insuficiente. No existen diferencias significativas en función de si el atendido es o no dependiente. Los más satisfechos son los que reciben ayuda de las hijas; el número de cuidadores no es decisivo, pero sí el tipo de cuidador; dentro de la familia, la ayuda más insuficiente es la que prestan los hijos varones; los atendidos por servicio doméstico consideran que sus necesidades están suficientemente cubiertas, no así los que reciben ayuda de otras personas que no pertenecen a la familia y, sobre todo, los que reciben ayuda de los servicios formales de atención. La encuesta no nos permite saber mucho más sobre el contenido o las motivaciones de la ayuda.

Articulación entre atención formal e informal

Una vez analizada la principal fuente de atención a los mayores en caso de dependencia es el momento de sistematizar sus respuestas en relación con los servicios formales. La discusión anterior nos indica que las relaciones entre los sistemas formal e informal pueden ser más complejas de lo previsto inicialmente.

Las posibilidades van desde un modelo de relaciones intergeneracionales eminentemente públicas (los países nórdicos) hasta otro de relaciones intergeneracionales privadas no mercantiles (los países del sur de Europa), pasando por las vías intermedias de un modelo de relaciones públicas y privadas no mer-

cantiles con una presencia importante del Estado y las familias, pero mucho menor del mercado, que correspondería a los países continentales como Alemania y Luxemburgo, y un modelo intermedio adicional de solidaridades privadas familiares y mercantiles, con escasa intervención pública y con presencia relevante de las familias, pero también del Estado, que correspondería básicamente a Gran Bretaña e Irlanda.

En la conformación de estos tipos ideales intervienen factores de demanda, que tienen que ver con la medida en que las necesidades de los mayores estén cubiertas por mecanismos de protección públicos, y de oferta, que están relacionados con la disposición de las familias y, sobre todo, de las mujeres a prestar su ayuda a los mayores en competencia con otras actividades. La disposición de las mujeres depende de factores ideológicos, pero también de la medida en que los mecanismos generales de protección social favorezcan o no la integración de las mujeres en el mercado laboral.

De una forma más detallada:

1. El régimen liberal o residual, propio de los países de habla inglesa, se caracteriza porque la intervención del Estado es subsidiaria en relación con las familias y el mercado, lo que produce una forma de atención en la que la dependencia tiene fundamentalmente la consideración de riesgo individual que se satisface bien a través de algún instrumento de previsión personal, bien a través de la familia; el Estado sólo interviene en última instancia. Este sería un modelo fundamentalmente de relaciones intergeneracionales privadas, con intervención de las familias y del mercado.
2. Régimen institucional o socialconservador o continental, en el que los derechos se basan en las cotizaciones sociales aportadas durante la vida activa y que, por tanto, está muy diferenciado por sexo. La respuesta a la dependencia suele producirse en el marco del sistema de la Seguridad Social, pero la ayuda informal se presupone de forma natural e implica a muchas mujeres en su desarrollo. Este es un modelo de relaciones intergeneracionales públicas y privadas, pero fundamentalmente familiares, no mercantiles.
3. El sistema socialdemócrata, propio de los países nórdicos, al basar la protección social en la ciudadanía y en las necesidades, implica la máxima posibilidad de implicación de los servicios formales y, aunque no elimina la posibilidad de los cuidados informales, la reduce extraordinariamente. Por una parte, las necesidades de los mayores están atendidas a través de las prestaciones correspondientes y, por otra, el sistema

general de protección social no está segregado por género, lo que implica que las mujeres pueden integrarse mejor en el mercado de trabajo y, por tanto, estar en menor disposición de ayudar a los mayores. Este es un modelo de solidaridad intergeneracional eminentemente pública, con poca intervención de las familias y del mercado.

4. El régimen mediterráneo, propio de los países del sur de Europa, se basa en prestaciones mínimas y, fundamentalmente, bajo la forma de ayudas sociales. En este régimen, la atención de los mayores se considera que pertenece al ámbito familiar y, de hecho, la respuesta a sus necesidades procede de ellas fundamentalmente. Es decir, que la presencia del mercado en la atención de los mayores también es muy reducida. Este es un modelo de solidaridad intergeneracional privada no mercantil.

En definitiva, en los países nórdicos la solidaridad intergeneracional se articula básicamente a través del Estado, es decir, de servicios formales públicos; en los continentales el Estado se encarga de una buena parte de ella, pero las familias tienen también un papel fundamental, en el residual las familias comparten básicamente con el mercado la atención de las necesidades de los mayores, con una intervención bastante menor del Estado, y, por fin, en el mediterráneo la atención se presta fundamentalmente a través de las familias. En esta como en otras caracterizaciones, España aparece dentro del cuarto régimen, en calidad de país mediterráneo, donde la atención a los mayores se produce básicamente en el seno de las familias, en parte por la falta de servicios formales y en parte por la tradicional centralidad de las familias en nuestra vida social y como provisoras de bienestar.

En opinión de Caradec, esta última cuestión queda firmemente asentada, fundamentalmente, por la elevada propensión a la cohabitación intergeneracional que se produce en los países de este grupo. Probablemente muchas cosas han cambiado desde que Caradec, Schulteis y otros emitieran sus conclusiones, entre ellas desde luego, la propensión a la cohabitación intergeneracional, sin embargo, en los últimos años se han desarrollado un conjunto variado de servicios y prestaciones públicas a un ritmo muy considerable (Sancho y otros, 2005) que, sin embargo siguen pareciendo claramente insuficientes. Quizá, entre otras razones, porque ese desarrollo rápido ha coincidido plenamente con el proceso de descentralización de los servicios sociales en nuestro país, que suma aún más actores a la tradicional fragmentación y multiplicidad de agentes en la prestación de estos servicios. En un argumento que no es nuevo, pero sí bastante gráfico, el propio Caradec nos advierte de los riesgos de la fragmentación, recogiendo una expresión de Argoud (1998) describe cómo en Francia los diferentes actores institucionales implicados juegan al “ping pong” con los mayores intentando librarse, incluso, de las personas que necesitan más ayuda, que son las más gravosas pero obviamente las más necesitadas, creando un

tránsito continuo de personas desde las residencias a los hospitales y desde los hospitales a las residencias o hacia la ayuda a domicilio y de éstos otra vez hacia el hospital (Caradec, 2001).

En cualquier caso, la multiplicidad de agentes puede producir muchos efectos perversos en la atención de los mayores, el primero de ellos es la desinformación.

Según la ECVI-04, los servicios especializados más conocidos son las residencias de mayores, los viajes de vacaciones y en instalaciones termales o balnearios y la ayuda a domicilio. Casi la mitad de los entrevistados conocen además la existencia de ayudas técnicas, ayudas económicas por el cuidado de mayores, las visitas de los voluntarios, los centros de día, la tele-alarma y las estancias temporales.

Menos difusión tiene, sobre todo, el servicio de lavandería a domicilio, las camas articuladas y los servicios de comidas a domicilio o las viviendas tuteladas. En general, las mujeres están menos informadas que los hombres y los más jóvenes de uno y otro sexo más que los más mayores, o los que residen en municipios más grandes más que los que residen en municipios pequeños. Los solteros de uno y otro sexo están menos informados que los viudos y éstos menos que los casados. También influyen las dificultades económicas, los que tienen muchas dificultades para ahorrar a fin de mes están menos informados. Pero quizá las variables que más condicionan el conocimiento de estos servicios y prestaciones sean el nivel de estudios y, mucho más importante, la autonomía funcional. La encuesta de condiciones de vida confirma, una vez más, que son precisamente quienes más necesitan los servicios los que tienen menos información sobre ellos (López y Casado, 2001)

El uso de los servicios está en consonancia con la difusión de su conocimiento entre los mayores. Entre los servicios más utilizados destacan las vacaciones, casi uno de cada nueve mayores los han utilizado alguna vez.

Les sigue la ayuda a domicilio (4,2%), las estancias en instalaciones termales y balnearios (4,1%). A mayor distancia aparecen ya la tele-alarma y las ayudas técnicas (3,3 y 3,2%, respectivamente). Por fin, casi dos de cada cien han utilizado alguna vez un centro de día y una proporción muy similar, ha participado en algún tipo de acción formativa. El uso actual nos puede ayudar a cuantificar las tasas de cobertura de los servicios, la más alta corresponde a la ayuda a domicilio, con algo más de tres usuarios por cada cien personas de 65 o más años. Le sigue la tele-alarma, las vacaciones y las ayudas técnicas. El uso de los centros de día alcanza ya a uno de cada cien mayores.

Obviamente, no toda la población de 65 o más años tiene las mismas necesidades, las características sociodemográficas de los mayores pueden ayudarnos a aproximar estas tasas de uso a las necesidades reales. En general, las mujeres utilizan más los servicios y prestaciones propuestos, salvo los centros de día, las ayudas económicas, las ayudas para adaptación de vivienda, las residencias y la comida a domicilio. A medida que aumenta la edad también lo hacen los valores de las tasas de cobertura. Por ejemplo, la ayuda a domicilio, con una cobertura global del 3,1% es casi del doble para las personas de 85 o más años.

La telealarma o tele-asistencia, con una tasa de cobertura global del 3,4% es del 7,2% entre los más mayores. Los centros de día y las visitas de voluntarios alcanzan para ellos una cobertura del 2%. También aumenta la tasa de cobertura de otras prestaciones, aunque sigue siendo pequeña: ayudas económicas, termalismo, residencias o lavandería a domicilio. Algunas prestaciones parecen tener un carácter eminentemente urbano como la tele-alarma o las visitas de voluntarios.

En ayuda a domicilio los usuarios están en los municipios más grandes y en los más pequeños. El nivel de instrucción señala el mayor aprovechamiento de algunos recursos por parte de las personas con niveles de estudios más altos, particularmente en las relacionadas con los viajes (vacaciones y termalismo). El estado civil también establece algunas diferencias, por ejemplo, la ayuda a domicilio se utiliza sobre todo por parte de los viudos, mientras que la tele-alarma, las vacaciones, las ayudas técnicas y las camas articuladas las utilizan sobre todo los solteros. Los viudos también utilizan prioritariamente los centros de día. Pero la diferencia fundamental no la establece el estado civil sino las formas de convivencia.

En general los que viven solos utilizan más los servicios y prestaciones; la tasa de cobertura de la ayuda a domicilio es para ellos del 6,5%, del 8,2% la tele-alarma. Los centros de día, sin embargo, parecen tener un carácter complementario con respecto a la ayuda de las familias, los que más lo utilizan son personas que no tienen pareja y viven con alguno de sus hijos. Las dificultades económicas no discriminan el uso de la mayor parte de los servicios, por ejemplo, la cobertura de la ayuda a domicilio es más o menos la misma sea cual sea la posición económica, sí lo hace en el caso de las vacaciones que parecen disfrutar sobre todo las personas que tienen menos dificultades económicas.

El estado de salud subjetivo es importante, sobre todo, para la ayuda a domicilio que recibe el 8,7% de los mayores que perciben que tienen un estado de salud más deteriorado, también para la tele-alarma. En el caso de las vacaciones, el estado de salud, obviamente, actúa en modo inverso, de forma que el uso es más frecuente entre las personas que valoran de forma más positiva su estado de salud. También tiene interés destacar que las personas que más re-

ciben ayuda a domicilio y telealarma son aquellas que residen en viviendas con barreras de acceso al exterior; es posible que estas mismas barreras dificulten el acceso a servicios y prestaciones alternativas, pero también hay que considerar que la existencia de esas barreras puede tener consecuencias con respecto a la prestación del servicio y la ejecución de las tareas en las que consiste.

La autonomía funcional obviamente establece diferencias en el uso de servicios, la cobertura de la ayuda a domicilio es del 1,5% para personas autónomas, del 8,8% para los que necesitan ayuda pero no son dependientes y del 9,2% para los dependientes. La tele-alarma la reciben fundamentalmente los discapacitados (9,5%) y no los dependientes (6,7%); las ayudas técnicas van, obviamente, más enfocadas a los dependientes (5,9%) que a los discapacitados (2,3%).

Los centros de día también son utilizados en mayor medida por los dependientes (3,4%), es decir, que estos servicios no se limitan a las personas que presentan una mayor autonomía funcional, sino que se están haciendo cargo también de una parte de los dependientes. También es posible observar cómo la pérdida de autonomía funcional puede dificultar el disfrute de servicios como las vacaciones, pero no la impide en absoluto.

La jerarquía de prestaciones que los mayores consideran más apropiadas se ajusta, en general al eje domicilio-institucionalización, en el sentido de que los mayores prefieren sobre todo las opciones que significan permanecer en la vivienda y menos las que suponen el ingreso en institución. Hay algunas salvedades, no obstante, la principal es la escasa virtualidad de las viviendas compartidas o minirresidencias frente a las residencias tradicionales y, en segundo lugar, el hecho de que prácticamente no existan diferencias en la valoración de la institucionalización temporal y la permanente. La jerarquía parece firmemente asentada ya que ninguna de las variables sociodemográficas la altera considerablemente. En el ámbito rural, las minirresidencias o viviendas compartidas tienen más adhesiones y menos entre los dependientes y discapacitados; los solteros y los que tienen peor estado de salud creen menos en esta fórmula. Los hombres dependientes se adhieren más a las estancias temporales en residencias, pero las mujeres dependientes están entre las que las valoran de forma más negativa.

Los solteros también valoran menos las estancias temporales en residencias, quizá porque para ellos la institucionalización puede suponer un añadido de aislamiento social al no tener familiares cercanos que los visiten.

La pregunta directa sobre el tamaño de las residencias, a pesar de una elevada tasa de no respuesta, muestra la preferencia de los mayores por las de menor tamaño, el 43,4% de los mayores prefiere que las residencias tengan menos de cincuenta plazas. Todavía, sin embargo, la quinta parte de los mayores

prefiere las grandes, quizá porque establezcan una relación entre el tamaño de la residencia y la disposición de servicios especializados. Quienes más valoran las residencias pequeñas son las personas que residen en el ámbito rural y los que tienen menos formación; por el contrario, los que tienen niveles de estudios más elevados prefieren residencias más grandes. Las mujeres dependientes o con discapacidad también prefieren las residencias pequeñas y también los que tienen más dificultades económicas.

Los mayores creen que la solución a sus problemas debe proceder de una articulación de la actuación de los dos grandes agentes de bienestar, el Estado y las familias. Los mayores no eluden la contestación, tienen una opinión firme y las dos terceras partes creen en la colaboración de ambos. La opción que prefieren por encima de las demás es que las familias estén a cargo de la atención pero con la ayuda de los servicios de la administración; no obstante, si uno de los dos agentes tuviera que hacerse cargo en exclusiva prefieren que sea la administración (21,0%) antes que las familias (10,4%). Abundando en la colaboración de la familia, se preguntó por el apoyo que en la actualidad prestan los hijos en comparación con situaciones anteriores. Los mayores se inclinan a pensar que la atención es ahora peor, aunque una buena parte de ellos se refugian en la falta de respuesta o en soluciones intermedias, como que las circunstancias han cambiado mucho y no es posible comparar. Incluso con la presencia de esas opciones de refugio, unos cuatro de cada diez mayores afirman que los hijos atienden a sus padres mayores peor ahora que antes, por tan sólo un 6,8% que afirman que la atención es mejor ahora.

No se agotan aquí las posibilidades de articulación de los servicios formales e informales en la atención de los mayores, porque aunque es cierto que en España los servicios están todavía poco difundidos, que la mayor parte de la atención se realiza en el seno de las familias y que los cuidadores informales no suelen tener ayuda de los servicios formales (IMSERSO-GFK, 2005), también lo es que el gasto público en atención es elevado (López y Casado, 2001) y que las posibilidades de colaboración no se agotan en el cuidado directo. Por ejemplo, sabemos que buena parte de la labor de las familias consiste en ayudar a los mayores a conocer los servicios y que en muchos casos actúan como mediadores entre el anciano y la burocracia (Schaie & Willis, 2003: 169). No obstante, todo parece indicar que aún existe una importante tarea que realizar en nuestro país no sólo en la extensión de su cobertura, sino en la difusión de los disponibles. En este sentido, si todavía las familias deben seguir ejerciendo labores de mediadores, no es menos cierto que cada vez más los mayores son autónomos por sí mismos y se presentan ante los sistemas de atención sin compañía y sin intermediarios.

Para favorecer esta autonomía entre los mayores y su capacidad de decisión con respecto a las alternativas disponibles, es necesario que la información

sea sencilla, toda vez que el nivel de estudios sigue imponiendo barreras culturales al acceso a las prestaciones.

1.2.d Fundamentación jurídica de una Ley que regula el Sistema Nacional de Dependencia.

La protección de la dependencia podrá ser objeto de regulación a través de una ley en la que se garanticen prestaciones y servicios de ámbito estatal y en las mismas condiciones para todos los ciudadanos en situación de dependencia.

La futura norma podrá establecer el derecho a la protección social de la dependencia y concretar las prestaciones que lo hacen efectivo, determinando el sujeto del derecho (la persona dependiente, el cuidador y/o su familia, en su caso) y los órganos responsables de reconocer el derecho y de hacerlo efectivo. Asimismo, según reparto competencial constitucional y estatutario, deberían señalarse las funciones que corresponden al Estado, a las Comunidades Autónomas y, en su caso, a las Corporaciones Locales y, consecuentemente, las responsabilidades en la financiación de cada prestación y de las demás actuaciones que puedan establecerse. También habrán de determinarse, en su caso, las obligaciones de la persona dependiente y de sus familiares.

Un requisito básico para el acceso a las prestaciones se refiere a la determinación de la dependencia, que exige la regulación del reconocimiento, declaración y calificación del grado de dependencia, así como la determinación del procedimiento y de la atribución de las facultades para resolver.

Se considera que existe fundamentación jurídica suficiente en la Constitución para regular esta materia y que el Estado tiene títulos competenciales para ello.

Los derechos sociales están orientados a asegurar un nivel básico de servicios que garanticen el desarrollo del individuo y de las colectividades, mediante la intervención estatal en la prestación de servicios y en la distribución de bienes. Y en este sentido, la Constitución Española contiene distintos mandatos dirigidos a los poderes públicos que, ya sean de forma genérica o singularizada, establecen como objetivo prioritario de su actividad el mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, y, en particular, de las personas con algún tipo de discapacidad.

De forma más concreta, el artículo 9.2 establece que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”. Asimismo,

el artículo 49, a su vez, de la Ley Fundamental obliga a los poderes públicos a realizar una política de integración social de los ciudadanos con discapacidad “para el disfrute de los derechos que éste título otorga a todos los ciudadanos”. Y, el artículo 50, en fin, insta a los poderes públicos a garantizar “mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

El Estado, por tanto, tiene atribuida una función niveladora básica o esencial, esto es, garantizadora de prestaciones básicas en materias tales como las de los derechos contemplados en los artículos 39 (familia), 41 (seguridad social), 48 (juventud), 49 (disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos) y 50 (tercera edad) de la Constitución. Esos preceptos no atribuyen diferentes derechos a los colectivos afectados, sino que especifican y cualifican la tutela que en ellos deben recibir los derechos de la persona, obligando a los poderes públicos a instrumentar políticas adecuadas (STC 71/1982, o 19/1982).

Al Estado, además, le corresponde poner las bases para que el ejercicio de los derechos se lleve a cabo en condiciones de igualdad en todo el territorio. La articulación de una red pública básica a la que todos los ciudadanos dependientes tengan derecho, y acceso a sus servicios en función de su grado de dependencia, encuentra su fundamentación principal en los preceptos constitucionales antes citados, que deben completarse, todos ellos, por la obligación constitucional consistente en que todos los españoles han de tener los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio español (Art. 139.1 CE), así como por la competencia estatal para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (Art. 149.1.1. CE).

Si se optara por vincular la dependencia a la Seguridad Social, el fundamento jurídico específico en que habría de asentarse el Sistema Nacional de la Dependencia, sería el artículo 41 de la CE “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de

Seguridad Social, para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”. No existe duda de la fundamentación constitucional para la creación de un Sistema Nacional de la Dependencia, sobre todo si éste se engarza en el Sistema de la Seguridad Social. Por otra parte, en lo que se refiere a la competencia del Estado para entrar a regular esta materia, existen títulos jurídicos suficientes que avalan su intervención:

1. El artículo 149.1.1ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia para aprobar una Ley general de igualdad de oportunidades de las personas dependientes. La legitimidad constitucional de la Ley estatal general sobre igualdad de oportunidades de las personas dependientes tiene sustento suficiente en la competencia que el artículo 149.1.1ª de la Constitución atribuye al Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales; Título competencial (“con contenido propio, no residual” STC 172/1998) que otorga al Estado las facultades normativas para determinar y definir las condiciones básicas de la igualdad y no discriminación de las personas dependientes, de manera que se les garanticen los mismos derechos y prestaciones en todo el territorio nacional. El artículo 149.1 amplía la función del artículo 53 de la Constitución (STC 32/1982, 42/82, 113/89, etc.). En esas sentencias, el TC se refiere a la “uniformidad de las condiciones básicas para el ejercicio de los derechos” o la “uniformidad en las condiciones de vida”.
2. El artículo 149.1.17 de la Constitución permite establecer, mediante una Ley, que la dependencia sea una contingencia más de la Seguridad Social. Asimismo, el sistema estatal de prestaciones se desenvuelve como manifestación de la competencia sobre legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social (Art. 149.1.17ª CE). Esta circunstancia determina que la regulación de las prestaciones se haya llevado a cabo con la aprobación de la Ley 16/1990, de 20 de diciembre, sobre prestaciones de carácter no contributivo; derogada posteriormente por el Texto Refundido de la Ley

General de la Seguridad Social, de 20 de junio de 1994, que incorpora sus determinaciones. (Para la redacción de este apartado se ha tomado como base la memoria jurídica elaborada en el año 2003 por el Despacho del Profesor Muñoz Machado sobre un Borrador de Proposición de Ley sobre la Dependencia).

1.3. VALORACION DE LA DEPENDENCIA. CATALOGO DE SERVICIOS. RECURSOS.

1.3.a Introducción

La valoración de la dependencia requiere de la aplicación de un baremo, que ha sido aprobado por el Gobierno con el rango de normativa básica, en desarrollo reglamentario de la Ley de protección de las personas con dependencia, y, por tanto, de aplicación en todo el ámbito del Estado, mediante el cual es po-

sible discriminar con criterios objetivos si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado se encuadra.

Se ha hecho necesario determinar quien debe realizar la valoración de la dependencia. Nuestro criterio a este respecto es que deben constituirse equipos “ad hoc”, con una composición en el que estén representados personal de servicios sociales y personal del ámbito sanitario. Seguramente estos equipos habrán de tener como soporte básico de personal la infraestructura de los equipos hoy existentes para la valoración de la discapacidad. Ahora bien, el alto número de valoraciones y revisiones a realizar, especialmente en los primeros años exigirá de una organización y funcionamiento más descentralizado y protocolizado. La gestión de la valoración de la dependencia se ha de poner en conocimiento de los órganos de gestión de las Comunidades Autónomas, del Centros de Salud y del Centro de Servicios Sociales municipal, que habrán de gestionar los servicios que se derivan de la valoración.

Como marco conceptual y metodológico común a los efectos de la definición, clasificación y graduación de los problemas relacionados con la Dependencia se está trabajando en la familia OMS. de clasificación (C.I.E. y C.I.F.)

La Dependencia como fenómeno complejo que es, permite múltiples aproximaciones. Interesa una conceptualización de la dependencia que nos permita graduar una prestación económica por cuidados. A tales efectos, se propone un concepto de dependencia que contempla como descriptores esenciales:

- La necesidad e intensidad de la ayuda requerida.
- Las limitaciones graves en las actividades de auto cuidado, de relación autoprotección y de movilidad dentro del hogar,
- Las enfermedades y deficiencias que originan la dependencia y/o la pérdida de la autonomía intelectual.

La valoración de una persona en situación de dependencia requiere:

- Cumplimentación de Protocolos de recogida de datos por profesionales acreditados de Atención Primaria (Sanidad y Servicios Sociales) que visitarán el hogar o residencia (nivel local).
- Baremación de los datos recogidos según una Escala Estatal de Valoración de la Dependencia.
- Cribado y convalidación de las valoraciones por un Sistema estatal informatizado que garantice la uniformidad y equidad de las prestaciones.

- Graduación de la severidad de las limitaciones y de la intensidad de la ayuda:

El procedimiento de valoración distinguirá entre la severidad de las limitaciones y la intensidad de la ayuda o de la carga de trabajo requerida para su atención.

El Sistema Nacional de Dependencia, en su primera etapa, deberá concentrarse prioritariamente en proteger a la población con mayores problemas de dependencia, posiblemente graduando la intensidad de la ayuda en “isogrupos” de coste dentro de cada grado de atención.

La valoración debe servir como instrumento para determinar el derecho a una prestación económica, graduada en función de la intensidad de la ayuda requerida, para delimitar grupos homogéneos con el fin de derivar a un determinado tipo de atención (domiciliaria, diurna, residencial) y/o ubicar a los usuarios de un servicio según unas mismas características.

También debe servir como instrumento de valoración integral (condiciones de salud, nivel de funcionamiento, bienestar y calidad de vida y factores personales y ambientales) a los efectos de establecer un “programa de cuidados” y de evaluar periódicamente los resultados de estas atenciones, así como para la planificación de recursos y el control de calidad de los servicios prestados.

El conjunto de actuaciones facultativas y administrativas que conlleva la valoración de las situaciones de Dependencia deben procesarse a través de un sistema modular de aplicaciones informáticas para las actuaciones facultativas, administrativas y estadísticas.

1.3.b Valoración de la dependencia

Beneficiarios de la prestación de dependencia

La cuestión que hemos de plantearnos en primer lugar es a quien se debe proteger. En un sistema de protección universal, el único requisito básico es que la persona se encuentre en situación de dependencia. Por otra parte, aunque la dependencia se produce mayoritariamente entre las personas mayores, también tiene lugar en cualquier período de la vida, incluso desde el nacimiento.

La cuestión que podría plantearse es si el régimen de protección que regulamos es el adecuado para los niños de menos de seis años, o incluso hasta dieciocho, o si la protección actual por hijo a cargo con discapacidad constituye una protección más adecuada, revisando, en su caso, la cartera de servicios y

las cuantías para adaptarlas a los requerimientos específicos de niños y jóvenes en proceso de desarrollo.

Por lo tanto, a los efectos de la protección de la dependencia se consideran beneficiarios:

- Las personas mayores de 18 años, que residan legalmente en España, y se encuentren en situación de dependencia.
- Las personas que tengan a su cargo menores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia.

Entendemos que para los menores de edad el beneficiario de la prestación debe ser, como sucede para el resto de las prestaciones, uno de los padres o la persona en quien recae la responsabilidad del menor a estos efectos, de acuerdo con la legislación que le sea de aplicación.

Asimismo, el Gobierno podría establecer medidas de protección en favor de los españoles no residentes en España, si lo considera conveniente.

Naturaleza de la prestación de dependencia

En relación con la naturaleza de la prestación que el Sistema deba garantizar caben dos alternativas: Que la persona dependiente reciba una cuantía económica con la que hacer frente a los gastos de los servicios o que el Sistema le proporcione estos servicios. Cabe incluso estudiar la posibilidad de un modelo mixto en el que convivan ambos:

Alternativa a):

Las personas en situación de dependencia recibirían una prestación de carácter personal, adecuada al grado de dependencia que se les reconozca, en idénticas condiciones en todo el territorio nacional, destinada a cubrir las necesidades de ayuda para la vida diaria que han servido para el reconocimiento de la prestación.

La prestación, que tendría carácter económico, debería necesariamente destinarse al pago de los servicios, por lo que en todo caso para el cobro de la prestación sería necesario que el servicio hubiera sido prestado. Por lo tanto, el abono de la prestación podría realizarse bien al beneficiario, una vez acredite que se ha prestado el servicio, o bien directamente al prestador del servicio.

En los supuestos en que el servicio se haga efectivo en el medio familiar con carácter informal, la prestación económica sería inferior en la cuantía. El

cuidador o cuidadores familiares deberían estar de alta en el régimen especial de autónomos o específico que se determine por el número de horas que suponga la prestación del servicio. De esta misma forma se regula la prestación del servicio en Alemania, cuando el prestador es la familia o tiene carácter informal. La reducción de la cantidad tiene como finalidad desincentivar el que los beneficiarios se acojan a estas prácticas y se logre el objetivo de que la prestación sirva para garantizar la adecuada prestación del servicio, incrementar el empleo y no se dificulte la incorporación de la mujer (cuidadora informal mayoritaria) al trabajo. Esta medida tiene su fundamento en la regulación de otros países que han optado por este modelo.

La posibilidad de que el beneficiario pueda optar por recibir la atención en el medio familiar responde al principio de respetar la libertad de elección de las personas dependientes, que muchas veces prefieren ser cuidados por su entorno directo. Ahora bien, con el fin de evitar que la prestación de dependencia se convierta en un mero complemento de pensión, se deberá exigir que el cuidador o cuidadores coticen a la Seguridad Social por las horas de prestación, aunque la cotización debería estar bonificada en parte o en su totalidad.

Alternativa b):

La otra alternativa a considerar sería que la prestación de dependencia se configure como una prestación de servicios. En esta alternativa, a las personas en situación de dependencia se les garantizaría la prestación de los servicios que necesitan (como actualmente sucede con los servicios sanitarios) con los recursos propios o concertados de que el Sistema disponga.

El procedimiento a seguir por quien gestione la prestación, que como veremos a continuación habrían de ser las Comunidades Autónomas, sería que a las personas reconocidas en situación de dependencia se les asignara de oficio el centro o servicio que se considere más adecuado según su grado de dependencia, proximidad al domicilio, etc. Al beneficiario se le asignaría la cantidad a cofinanciar en función del servicio que se le preste y de la tabla de tarifas previamente establecida.

La cofinanciación, en esta alternativa, es fundamental, porque el Sistema, que sería público en su totalidad, aunque algunos centros y servicios sean concertados, se financiaría con aportación de los usuarios.

La cofinanciación podría ser diferente según que el Sistema Nacional de Dependencia se financie con cuotas de Seguridad Social o con impuestos. Si la financiación es a través de cuotas, la participación de los usuarios debería ser por tarifas iguales para todos, puesto que la cuota se establece en función de los salarios reales. Si, por el contrario, la financiación fuera vía impuestos cabe

establecerla teniendo en cuenta el nivel de renta de los beneficiarios, en tanto que una parte de los impuestos no son progresivos. No siempre será posible garantizar los servicios que necesita la persona dependiente, especialmente si lo que precisa son centros de día o residenciales en determinadas zonas, por lo que habría que prever la posibilidad de que cuando el servicio no pueda ser garantizado exista un procedimiento de compensación mediante prestación económica, que permita a la persona dependiente o a la familia buscar recursos alternativos.

En cualquiera de las dos alternativas, la gestión de su aplicación a los servicios que precisa la persona debería vincularse al Sistema Público de Servicios Sociales. Los equipos de servicios sociales, a la vista de grado de dependencia reconocido y de la valoración realizada, serían los responsables de elaborar con la familia el “programa individualizado de atención” más conveniente, teniendo en cuenta la cuantía de la prestación, los recursos sociales existentes y la idoneidad de los mismos.

Catálogo de servicios

A continuación se determinan los servicios que se consideran necesarios para una adecuada atención de la dependencia. Los equipos de valoración, las propias personas dependientes y sus familias determinarán en cada caso el servicio o servicios que se considera más adecuado.

- Teleasistencia
- Servicios de ayuda a domicilio
 - o De atención de las necesidades del hogar
 - o De cuidados personales
 - o Programas de apoyo a familias cuidadoras
- Atención en Centros de Día
 - o Centros de Día para mayores
 - o Centros de Noche
 - o Centro de atención diurna < 65 años

- o Servicio de autonomía personal
- o Atención residencial
- o Residencia Asistida
- o Centros de Atención Dependientes Psíquicos
- o Centros de Atención Dependientes Físicos

La atención residencial podrá tener carácter permanente o temporal para situaciones de vacaciones o enfermedad de cuidadores y periodos de “respiro”.

Ayudas Técnicas

Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar

a) El Servicio de Teleasistencia.

El servicio de teleasistencia se articula a través de componentes tecnológicos y personales, que proporcionan a los usuarios la seguridad de una respuesta inmediata ante cualquier emergencia y previene eficazmente las sensaciones de inseguridad, soledad y aislamiento. Es un eficaz complemento del servicio de ayuda a domicilio en tanto que garantiza la atención de posibles situaciones de emergencia durante el tiempo no cubierto por la ayuda a domicilio. Está especialmente indicado en el caso de personas que viven solas y en personas que sólo necesitan ayuda de forma ocasional.

b) El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

Entendemos por SAD el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas dependientes con el fin de atender sus necesidades domésticas, facilitar la realización de las actividades de la vida diaria y proporcionar cuidados personales o de carácter sanitario. Pueden distinguirse los siguientes tipos de servicios:

- Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina, etc.
- Servicios relacionados con el cuidado personal, para ayudarles en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Servicios sanitarios de enfermería o cuidados específicos que tienen su origen en la falta de movilidad y/o en la cronicidad de las enfermedades

que padecen, con seguimiento facultativo. (Este servicio se presta por los equipos de atención primaria y equipos especializados de soporte del Sistema Nacional de Salud o en estrecha coordinación con los mismos).

- La consideración de domicilio, a los efectos de determinar el alcance de este servicio, se extiende más allá del domicilio habitual a otro tipo de viviendas alternativas, apartamentos o viviendas tuteladas, unidades de convivencia y miniresidencias con un número de plazas inferior a veinte, en las que la atención individualizada mediante este tipo de servicios permite no tener que recurrir a la institucionalización.

c) El Servicio de Centros de Día

El servicio de Centros de Día pretende cubrir las necesidades familiares de prevención, rehabilitación y atención asistencial y personal durante un determinado número de horas, dentro de la filosofía de mantener a las personas, en la medida de lo posible, dentro de su medio familiar. Los centros de esta naturaleza, insuficientes en todas las Comunidades Autónomas, son fundamentales en el marco del modelo de atención de la dependencia que se propone.

d) Servicio de ayuda personal a personas con grave discapacidad.

Las personas con una grave discapacidad presentan otra serie de necesidades, además de las específicas de la vida diaria. Nos referimos a necesidades educativas, rehabilitadoras, laborales y de ocio para las cuales también precisan de la atención de una tercera persona.

Consideramos que el Sistema debe también prever un servicio de asistencia personal que permita a este grupo de personas desarrollar una vida independiente en la medida de sus posibilidades. Este servicio debe ser lo suficientemente flexible para que cubra también sus otras necesidades específicas de la vida diaria.

e) El Servicio de Atención Residencial

En algunos casos, la permanencia de las personas dependientes en su domicilio resulta muy difícil para ofrecer una atención adecuada en el cuidado personal y sanitario por el deterioro de los niveles de autonomía, la soledad extrema, la necesidad de atención permanente o debido al estado de las viviendas o su equipamiento. Para estos supuestos está previsto el Servicio de Atención Residencial.

Este servicio se puede prestar con dos niveles de atención según primen los servicios sociales de atención personal o los servicios sanitarios:

Servicios de Atención en Residencias Asistidas y Centros para personas con discapacidad física o psíquica.

Servicios de Atención en Hospitales de Larga Estancia.

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente o temporal, para cubrir estancias temporales durante las vacaciones o enfermedades de cuidadores familiares, durante algunos fines de semana o periodos de “respiro”.

Consideraciones relacionadas con la cartera de servicios

1. La implantación de un sistema de atención a la dependencia sólido y sostenible, exige que los programas y recursos disponibles, tanto en el marco de este nuevo sistema como en los ámbitos de los servicios sociales y de los sanitarios generales, contemplen la prevención como aspecto irrenunciable en cualquiera de ellos. Evitar la aparición de situaciones de dependencia y mantener el máximo grado de autonomía cuando éstas han aparecido, debe constituir uno de los principios consustanciales de nuestro modelo de protección a la dependencia.
2. Los programas y servicios para personas en situación de dependencia deben estar diseñados con un enfoque rehabilitador. Esto quiere decir que todos los recursos y programas de atención a la dependencia deben asumir como principio el criterio de reversibilidad y recuperación en cualquiera de las vertientes y posibilidades de las personas objeto de atención, aun en el caso de que éstas sean residuales.
3. El diseño de un Sistema Nacional de la Dependencia se deberá realizar teniendo en cuenta las preferencias de sus potenciales beneficiarios y de sus cuidadores/as de permanecer en su domicilio y en su entorno habitual siempre que sea posible. Por tanto, los servicios de proximidad y la atención domiciliaria deben ser priorizados por el Sistema.
4. La participación de las personas con dependencias y sus cuidadores/as familiares debe quedar garantizada y ser considerada un derecho irrenunciable, tanto para determinar el plan de cuidados a desarrollar, como para la elección del tipo de recursos que van a utilizar. Del mismo modo, deben participar en los programas de intervención que les afectan, porque, además, ello fomenta la autonomía de las personas y la prevención de la dependencia.

5. El modelo de atención a la dependencia debe integrar todo su catálogo de programas y servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que el sistema pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario. Es indispensable que los postulados de integralidad y flexibilidad sean asumidos en toda la oferta de recursos del Sistema.
6. Un Sistema Nacional de Dependencia debería establecer un procedimiento unificado de acceso a los servicios, en el que se garantice el principio constitucional de igualdad.
7. La sectorización geográfica y la elaboración de mapas de atención sociosanitaria, donde no los hubiere, es un criterio esencial para la provisión integral de servicios. Es necesario superar y corregir las históricas diferencias en el establecimiento y delimitación de áreas sociales y sanitarias de actuación que impiden la intervención coordinada y el desarrollo de canales estables y fluidos de comunicación y coordinación entre los dos sistemas.
8. En el ámbito de la coordinación es urgente el establecimiento de un modelo que garantice la continuidad en los cuidados, tanto dentro del propio sistema de servicios sociales (SAD, Centros de día, residencias) como con el sistema sanitario. La elaboración de protocolos consensuados de evaluación y derivación es indispensable en este proceso.
9. Deben priorizarse los servicios que permiten a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno, mediante una planificación individualizada de los casos: las ayudas técnicas, las intervenciones en la vivienda, la ayuda a domicilio, los centros de día y los programas de formación y de intervención con familias deberían estar presentes en la cartera de servicios. En la elaboración del plan de cuidados han de intervenir tanto la persona que precisa cuidados de larga duración como sus familias cuidadoras.
10. Cuando las personas no puedan continuar viviendo en su casa, después de las evaluaciones efectuadas, se ofrecerá una plaza en un alojamiento, atendiendo a los criterios de proximidad. En el plan de intervención del alojamiento se tendrá en cuenta la participación de la familia.
11. En el proceso de atención y cuidados, con independencia de quién los realice (familiar o profesional) y el lugar donde se lleven a cabo (domicilio o centro), se focalizarán las capacidades preservadas en lugar de

centrarse en el déficit, y se fijarán objetivos relacionados con la minimización de la dependencia y el reforzamiento de la autonomía de la persona.

12. Los perfiles de todas las personas implicadas en los cuidados de larga duración (tanto las personas en situación de dependencia, como sus cuidadores/as, ya sean éstos familiares o profesionales) obligan a que el diseño del Sistema tenga en cuenta el enfoque de género en cualquiera de sus vertientes.
13. Asimismo la ubicación geográfica de un buen número de personas con dependencias en entornos rurales, impone la necesidad de abordar el desarrollo de un modelo de atención que contemple las especificidades del medio rural.
14. Es indispensable la puesta en marcha de un Plan de información a toda la ciudadanía que haga realmente accesible el conocimiento de las prestaciones, así como de sus derechos y obligaciones en esta materia, atendiendo de manera especial a las personas de menores recursos de todo tipo (que son también quienes menos información reciben) y sin olvidar las especiales características de fragilidad de sus destinatarios a la hora de diseñar las informaciones a transmitir.
15. Se debe promover el desarrollo de experiencias innovadoras para la atención a la dependencia que aborden nuevas iniciativas tanto el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión. La creación de redes de intercambio de experiencias con carácter interautonómico facilitará la generalización de buenas prácticas.
16. Coordinación, complementariedad, profesionalidad, interdisciplinariedad, flexibilidad e innovación, son conceptos claves en la práctica cotidiana de los servicios de proximidad. Aunque su puesta en práctica es sumamente compleja, constituye uno de los retos más importantes de un correcto afrontamiento de las situaciones de dependencia.
17. La investigación y la aplicación de sus resultados a la práctica de la planificación y la intervención en el ámbito de la atención a la dependencia deben ser potenciadas de manera significativa para evitar las limitaciones que, desde todos los puntos de vista, tiene hoy el sistema de servicios sociales.
18. La protección de derechos y libertades fundamentales de las personas que no tienen capacidad de libre elección en sus decisiones es una materia especialmente sensible a la que habrá que prestar una aten-

ción preferente, pues dependencia no puede significar nunca indefensión o vulneración de derechos.

19. El sistema de atención a la dependencia deberá incorporar prestaciones y apoyos innovadores, como las ayudas técnicas o las tecnologías de apoyo y las ayudas para hacer accesibles los entornos de las personas en situación de dependencia. Estas prestaciones deberán coadyuvar en favorecer la autonomía y el mayor grado de vida independiente de la persona.

Consideraciones específicas sobre cuidados familiares

1. Protección de la carrera laboral y de seguro del cuidador/ra facilitando la permanencia en el puesto de trabajo durante un tiempo determinado de cuidados favoreciendo el trabajo a tiempo parcial, bonificando las cotizaciones del trabajador cuidador/ra, teniendo en cuenta las experiencias existentes en el derecho comparado.
2. Reconocer de manera explícita el papel y la necesidad de la provisión de apoyos que suministran a las personas que necesitan cuidados de larga duración sus redes sociales. Para Ello se propone la elaboración de una Carta de Cuidadores/as en la que se subrayen sus derechos y necesidades, así como los fines que cumple la prestación de estos apoyos, fórmula utilizada para ello en otros países.
3. El mantenimiento del apoyo informal pasa por garantizar servicios de soporte que minimicen el riesgo de claudicación de los allegados que se ocupan del cuidado de una persona en situación de dependencia. Por ello, el desarrollo e implantación de un Sistema Nacional de la Dependencia debe contemplar en todo momento su carácter de complementariedad con el sistema de apoyo informal. Ello implica la necesidad de elaborar planes de cuidados con la participación de la familia cuidadora, buscando que las intervenciones y servicios complementen y no eliminen o sustituyan el inestimable papel que desempeñan los cuidadores/as familiares.
4. En la valoración integral de los casos debe contemplarse la que mide la “carga” del cuidador/a principal mediante instrumentos que han sido suficientemente validados. Ello es garantía tanto del compromiso familiar en el plan de cuidados como de detección de posibles “tratos inadecuados por parte de la familia”.

5. Deben adoptarse medidas específicas en materia de regulación legal a favor de los cuidadores/as familiares que colaboren de manera importante en la atención y tengan un trabajo retribuido: Horarios flexibles, vacaciones sin sueldo en los períodos críticos, excedencias con aseguramiento de reingresos, etc. En su elaboración deberá cuidarse especialmente la involucración de los varones, del mismo modo que se ha comenzado a realizar para el cuidado de los/as niños/as.
6. Debe contemplarse en la planificación de los casos la incorporación de las familias cuidadoras a los programas de intervención dirigidos a ellas (formación, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda, etc.) porque existe evidencia empírica suficiente sobre su idoneidad tanto para mejorar la atención de la persona que precisa cuidados como para aumentar la calidad de vida de sus cuidadores/as.
7. Los cuidadores/ras que han tenido experiencia acreditada en atender a personas en situación de dependencia deben ser incluidas en planes de formación y en programas de apoyo a la creación de cooperativas o empresas de economía social que se dediquen a la prestación formal de cuidados.
8. El grupo de personas inmigrantes que están trabajando en España en el sector del servicio doméstico, como cuidadoras de personas en situación de dependencia, debe ser tenido muy en cuenta a la hora de determinar el futuro de los cuidados de larga duración, tanto para la provisión formal vía servicios o vía prestación económica.

Consideraciones específicas para los Servicios Domiciliarios (SAD)

1. El SAD debe tener como objetivo la mejora permanente de su calidad y el establecimiento de un sistema de acceso ágil y flexible y la garantía de una evaluación integral de necesidades en el propio domicilio.
2. Hay que realizar de manera sistemática programas individualizados de atención en el que se contemplen las tareas a desarrollar por parte de todos los implicados en el caso: la persona mayor, profesionales de servicios sociales, profesionales sanitarios, familiares y voluntariado. Todo ello sin olvidar que las necesidades se producen los siete días de la semana y en horarios que no siempre están cubiertos.
3. Es preciso garantizar el seguimiento del caso y su evaluación periódica, con el objeto de adaptar al máximo el programa individualizado de

atención. La flexibilidad es un elemento indispensable en la planificación del SAD.

4. En cuanto al tipo de tareas a realizar, se impone una mejor distribución de las mismas que debe contemplar la prestación de cuidados personales de forma generalizada. Este tipo de funciones deberá coordinarse al máximo con los servicios sanitarios, ejerciendo el médico y/o la enfermera el papel orientador y tutor que les corresponde, tanto con los profesionales de los servicios sociales y prestadores del servicio como con el resto de implicados en el mismo: Familiares o voluntarios. Este papel asesor es fundamental no sólo porque garantiza un mejor desempeño de las tareas de cuidado, sino también porque ofrece seguridad y tranquilidad a las personas que lo realizan.
5. Deben realizarse experiencias piloto antes del desarrollo del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia en las que se compruebe la eficacia de un modelo de atención domiciliaria en el que los/as profesionales de la enfermería actúen como gestores de casos.
6. Es necesario planificar e incrementar los servicios de comidas a domicilio y de lavado y planchado de ropa, que hasta el momento por razones diversas son recursos muy poco desarrollados.
7. Se generalizará el servicio de teleasistencia a todas las personas en situación de dependencia que vivan solas o aún en el caso de que convivan con otras, estén en situación de riesgo bien porque gran parte del día están solas o porque su pareja también esté en situación de fragilidad.

Consideraciones relacionadas con Centros de Día y otros servicios intermedios

1. El centro de día debe tener carácter terapéutico, además de su papel de apoyo familiar. Dada la diversidad de perfiles de sus usuarios, la intensidad de su función terapéutica puede variar sensiblemente. Sin embargo, en todos los casos debe cumplir una función rehabilitadora buscando siempre conseguir el máximo grado de autonomía de la persona.
2. Es necesario generalizar en los centros sociales y residencias para mayores, el servicio de estancias de día con un objetivo fundamental de apoyo familiar y de mantenimiento del grado de autonomía de las personas.

3. Se debe incrementar el número de centros de día especializados, de carácter terapéutico y también de apoyo familiar, de tal forma que la combinación de servicios domiciliarios e intermedios, garantice un modelo de atención que favorezca la permanencia en el entorno habitual.
4. Hay que desarrollar la atención diurna psicogerítrica, bien con carácter monográfico en centros de día especializados para personas con demencia o a través de la creación de unidades psicogerítricas en los centros de día.
5. El transporte accesible es uno de los servicios fundamentales del centro. Su inexistencia, y la eficacia de su funcionamiento, son determinante en el establecimiento del perfil de usuario y de la programación del centro.
6. La flexibilidad debe presidir el funcionamiento de este servicio. Pero también los criterios rigurosos en la selección de usuarios en base a su grado de dependencia, a sus posibilidades terapéuticas y al apoyo familiar que proporciona.
7. Los servicios diurnos, en la medida de lo posible, sería conveniente que se prestasen todos los días de la semana, incluidos festivos. La apertura continuada favorecerá la diversificación de servicios como respuesta a diferentes necesidades.
8. Se debe incluir en la planificación el desarrollo de centros de noche, aprovechando los mismos Centros de Día, las residencias u otros sistemas alternativos de alojamiento que puedan ubicar centros polivalentes de servicios.
9. El servicio de estancias temporales en residencias debe incrementarse de tal forma que pueda cumplir su papel complementario a toda la gama de servicios citados.
10. La estancia temporal en una residencia debe conllevar un programa de intervención que contemple la adaptación de las personas mayores y de sus familias tanto en la entrada como en la salida de este recurso. El mantenimiento de habilidades potencialmente adquiridas en la estancia temporal, deberán ser pautadas y explicadas suficientemente a los cuidadores/as informales. Especial atención deben merecer las personas con deterioro cognitivo, intentando paliar al máximo las consecuencias negativas que pueden tener para ellas el cambio brusco de entorno.

Consideraciones relativas a los Alojamientos Alternativos y a las Residencias

1. El nuevo Sistema debe propiciar la evaluación y extensión del conocimiento de sus resultados de las experiencias innovadoras en materia de acogimientos heterofamiliares para favorecer o no su desarrollo.
2. Se debe fomentar que las abundantes experiencias existentes en España de viviendas tuteladas evolucionen en su diseño y conceptualización hacia alojamientos de proximidad dirigidos a personas en situación de dependencia. A estos efectos, la extensión del conocimiento sobre las experiencias de otros países debe ser facilitada, lo mismo que la formación específica sobre estos tipos de intervención.
3. Los servicios de alojamiento que se planifiquen desde el ámbito privado, si han de integrarse en la red de servicios del Sistema, deben realizarse con el conocimiento y orientación de los órganos de gestión del Sistema, fundamentalmente en lo que se refiere a la ubicación de los mismos y a las características de los servicios que se requieren. La actual distribución de las plazas de alojamiento indica la necesidad de racionalizar las planificaciones (existen lugares con exceso de plazas mientras en otros territorios se produce una gran escasez), en base a los principios de equilibrio y cohesión territorial.
4. Debe trasladarse a la iniciativa privada una más clara información sobre la situación real del sector de las residencias, las necesidades en este ámbito, las preferencias de las personas, etc., orientando a la iniciativa privada sobre las necesidades reales del sector.
5. Deben desarrollarse planes de adecuación de las residencias que no reúnen condiciones, ni en aspectos de accesibilidad ni de ratios de profesionales, para atender a personas en situación de dependencia.
6. Se precisa desarrollar estudios económicos de coste/efectividad que realmente ilustren sobre la realidad de este aspecto, según los diferentes modelos de alojamientos, y que se pongan también en relación con los niveles de calidad y satisfacción expresada de las personas según las diversas modalidades de alojamiento.
7. Es conveniente promover el desarrollo de experiencias piloto de carácter innovador, con evaluación sistemática de sus resultados, de nuevos modelos de alojamiento, con las características de integración en el medio, participación de las personas mayores en la vida diaria, flexibilidad de

funcionamiento, involucración de las familias en la atención, utilización de profesionales de la comunidad, etc.

8. Hay que incrementar la acción inspectora para erradicar definitivamente de nuestro país los centros de baja calidad asistencial.
9. En los planes de vivienda sería oportuno considerar la reserva o adaptación de viviendas en alquiler para personas en situación de dependencia, próximas a centros sanitarios o sociales desde los cuales pueda prestárseles la atención que precisen.

Consideraciones específicas en materia de Accesibilidad y Ayudas Técnicas

1. Se hace imprescindible contemplar el nuevo enfoque que aporta la idea de accesibilidad universal donde lo relevante es concebir los objetos y el entorno de forma inclusiva, apta para todo tipo de personas. Además, los diseños universales permiten no estigmatizar a las personas con dependencia, con discapacidad, de edad avanzada u otras. En todo diseño ha de contemplarse la adaptabilidad desde el proceso de fabricación o construcción, lo que reduce considerablemente el esfuerzo y los costes ante el requerimiento de futuras adaptaciones.
2. Cuando son necesarias tecnologías específicas de apoyo, las ayudas técnicas han de ser accesibles y asequibles, con un diseño apropiado y atractivo.
3. Es necesario incluir prestaciones económicas para la adquisición de ayudas técnicas y para la adaptación de la vivienda. Su justificación se realizará en el momento de la valoración del caso por el equipo técnico correspondiente.
4. El Sistema deberá contar por medio de sus órganos de gestión y de colaboración con almacenes de préstamos de ayudas técnicas para facilitar la movilidad y vida cotidiana de las personas con dependencias y de sus cuidadores.
5. Resulta necesario a la hora de diseñar políticas de atención a las personas que tienen problemas de dependencia, valorar las características de la vivienda y su entorno cercano, e intervenir en su caso, debido a que las condiciones de la casa se configuran como requisito previo para poder permanecer en ella, así como para la prestación de los servicios domiciliarios y de soporte que sean indicados.

6. Las adaptaciones del domicilio deberán ser valoradas con criterios de eficacia y eficiencia, austeridad y posible reversibilidad.

Consideraciones específicas en materia de servicios de atención a personas menores de 65 años

1. La atención a las situaciones de dependencia no debe ligarse ni enfocarse unilateral y exclusivamente con las personas mayores, pues las personas con discapacidad menores de 65 años son uno de los grupos sociales más directamente concernidos por lo que se haga en materia de atención a la dependencia.
2. La implantación de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia deberá estar en relación con el resto de políticas que se desarrollen en otros ámbitos, favorecedoras todas ellas de la plena participación, la autonomía y la vida independiente de todas las personas y, en especial, de las personas con discapacidad.
3. El entorno, las actitudes y los procesos en los que se desenvuelve una persona con discapacidad deben estar concebidos en clave de accesibilidad universal, diseño para todos, fomento de la plena participación y de la vida lo más independiente posible, con el fin de evitar la dependencia o a hacer más severos los grados de dependencia debidos a una deficiencia.
4. El impulso a la generalización de las instituciones tutelares, para que velen porque ninguna persona en situación de dependencia quede, en su caso, sin guarda legal.
5. El respeto por la autonomía y por el estilo de vida propio de la persona con discapacidad en situación de dependencia, implica tanto la promoción de la competencia y la autonomía personal en la toma de decisiones, como el respeto a las opciones y preferencias de estas personas.
6. La discriminación “positiva” de las mujeres con discapacidad solas y/o con cargas familiares con baja o nula cualificación y escasos recursos en el acceso a las prestaciones de los diferentes sistemas de protección social.
7. El incremento de los recursos destinados a las adaptaciones y equipamientos de las viviendas, como los sistemas domóticos de control de entornos, y del empleo de las tecnologías de apoyo en el cuidado de las personas con grave discapacidad.

Desarrollo de la atención sanitaria a personas en situación de dependencia

La dependencia se asocia al envejecimiento, pero afecta también a personas que han sufrido accidentes, enfermedades de distinto tipo, malformaciones congénitas, etc. Todas ellas son susceptibles de recibir cuidados sanitarios y sociales hasta ahora no suficientemente desarrollados. Las prestaciones sanitarias se han centrado, principalmente, en la atención con fines curativos. Sin embargo, el envejecimiento demográfico, la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas como consecuencia de la mayor capacidad resolutive del sistema, la mayor supervivencia de personas con discapacidad, la mayor esperanza de vida de las personas mayores y el desarrollo social, determinan nuevas demandas en la cobertura, el funcionamiento y la utilización de los servicios sanitarios. El incremento de personas con dependencia que esto supone, llevará consigo la necesidad de desarrollar un sistema de Atención a la Dependencia que cubra los aspectos de cuidado social y los relacionados con la cobertura de las necesidades sanitarias que las personas con dependencia puedan presentar.

Las personas dependientes pueden requerir prestaciones sociales y/o sanitarias (de atención clínica y de cuidados sanitarios) que deben estar coordinadas en todo momento para dar una adecuada respuesta sociosanitaria. Pero es importante delimitar las competencias de sanidad y las del sector social, de acuerdo con lo que se defina en las normas que regulen el futuro Sistema de Atención a la Dependencia y desarrollen la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como con la ordenación sanitaria y social de cada Comunidad Autónoma.

La prestación sociosanitaria en el artículo 14 de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 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”. Asimismo, la Ley contempla que, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de actuación que cada Comunidad Autónoma determine y comprenderá los “cuidados sanitarios de larga duración, además de la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”.

La atención sanitaria a las personas en situación de dependencia incluirían: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable.

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración se refieren a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, que pueden proporcionarse en su domicilio o requerir un periodo prolongado de internamiento.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia se dirige a personas que tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad o discapacidad crónica, presentan limitaciones en su autonomía y requieren atención y cuidados durante un periodo de tiempo limitado.
- c) La rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable se orienta a la recuperación de la autonomía perdida y la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia.

Es necesario que se garantice la continuidad del servicio entre los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones y/u organizaciones implicadas.

Los principios generales de los servicios para la atención de personas en situación de dependencia desde el ámbito sanitario, serían:

Acceso universal y gratuito en condiciones de igualdad efectiva.

Debe priorizarse un enfoque preventivo de la dependencia basado en atención durante todo el ciclo de vida de las personas, mediante programas de promoción de la salud.

Las prestaciones deben estar orientadas a la atención de las necesidades individuales de las personas ajustadas a su historia de vida y a su entorno familiar y social.

Debe consensuarse un sistema de valoración de la dependencia apoyándose en criterios comunes que orienten la elaboración y la gestión de los planes de cuidados.

Se garantizará un enfoque integral, coordinando el conjunto de niveles y dispositivos asistenciales de salud y sociales.

Debe primar el mantenimiento del usuario en su entorno a la institucionalización.

La cartera de servicios debe ser una oferta básica que posibilite una atención con criterios homogéneos en toda España, independientemente del ámbito geográfico.

Los servicios deben ser eficaces, efectivos y eficientes (debe ofertarse una atención sanitaria basada en la evidencia).

La extensión de esta cartera a toda la población debe ser posible gracias a la financiación prevista para el Sistema de Atención a la Dependencia.

Debe responder a las garantías y derechos de los usuarios en relación a seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las mismas.

Deberán establecerse sistemas de evaluación y mejora de la calidad de esta prestación.

Coordinación sociosanitaria

Los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales han de adaptarse a la cronicidad, al envejecimiento y a la dependencia, lo que requiere determinar mejoras en su organización y en las prácticas profesionales y quedar reflejado en el futuro Sistema de Atención a la Dependencia.

Frente a un sistema compartimentado por la multiplicidad de servicios cada persona en concreto percibe sus necesidades como una sola, sin distinciones entre el sistema sanitario y el social ni tampoco entre cada uno de los servicios de cada sistema. En este marco aparece el concepto de coordinación sociosanitaria que pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios. En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios. La coordinación debe realizarse a dos niveles:

- a) entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.
- b) entre los diversos servicios de un mismo sistema.

Criterios generales de la coordinación sociosanitaria.

El desarrollo de la coordinación sociosanitaria debe partir de una base de factibilidad y de comprensión de la realidad de cada territorio. Algunos criterios pueden, sin embargo, compartirse:

1. La coordinación sociosanitaria no puede sustituir la escasez de recursos.
2. La coordinación sociosanitaria parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes (sanitaria y social y diversos servicios) y de la necesidad de la mejor utilización del recurso adecuado en cada situación.
3. El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos.
4. La distribución equitativa de los recursos según las características de cada territorio debe ser un objetivo prioritario.
5. El acceso a los recursos debe producirse descentralizadamente a nivel territorial (áreas de influencia basadas en la facilidad de acceso, uso natural del mismo, por parte de la población y existencia de los recursos).
6. Las estructuras básicas de coordinación deben contar con la presencia de profesionales expertos y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas.

La administración es el garante de la equitativa provisión de los servicios así como del establecimiento de prioridades de acceso según necesidades ante las diferencias entre oferta y demanda.

En el desarrollo de un sistema universal de atención sociosanitaria que garantice la equidad y no-discriminación en el acceso a los servicios, están implicados los sistemas de servicios sociales y de salud y, dentro de cada uno de estos sistemas, los niveles administrativos estatal, autonómico y local.

La multiplicidad de Administraciones y de Organismos implicados es un exponente claro de la complejidad y dificultad de cualquier intento de coordinación sociosanitaria; partiendo de esta complejidad, se detallan las siguientes propuestas:

1. El modelo de atención sociosanitaria de las situaciones de dependencia deberá garantizar las prestaciones y la continuidad de los cuidados sociales y sanitarios, adaptándose a las variaciones que se produzcan en el estado general de la persona.
2. Las políticas activas de carácter sociosanitario deben sustentarse en la prevención de los efectos de las situaciones de hecho que generan dependencia o, en su caso, atenuar sus posibles efectos. En este sentido deberán promoverse tratamientos de rehabilitación, mantenimiento

y recuperación de la persona de carácter multidisciplinar, dado que la dependencia no es un estado definitivo sino evolutivo y puede revestir diversos grados.

3. La cooperación y coordinación entre los Órganos Gestores con competencia en la gestión de las políticas sociales y sanitarias de las distintas Administraciones

Públicas se considera imprescindible para la generación de un modelo de atención sociosanitario en el consenso y la coordinación como principios fundamentales, y sustentado, fundamentalmente en:

- La configuración de un mapa de áreas o sectores sociosanitarios.
- El establecimiento de una cartera de servicios para las prestaciones sociosanitarias.
- La regulación de los procedimientos, protocolos y normas de acceso y derivación hacia los servicios de atención sociosanitaria que garanticen, en todo caso, la continuidad de los cuidados al usuario.

Financiación del Sistema

El sistema de la dependencia deberá necesariamente abordar las fuentes de su financiación. Ello dependerá de que el modelo se enmarque o no dentro del Sistema de la Seguridad Social contributiva. Si la opción fuera la de considerar esta última opción, incorporando una nueva prestación al Sistema, ello conllevaría establecer una cotización específica o destinar recursos excedentes si existiera margen en el actual esquema de financiación; todo ello, sin perjuicio de que se complemente con otras fuentes de financiación para evitar que personas no cotizantes queden excluidas del Sistema.

En el supuesto de que la opción fuera por un sistema universal o la consideración de la prestación de dependencia como no contributiva, la financiación debería correr a cargo de los impuestos generales del Estado, así como el desarrollo de la red de centros y servicios necesarios para atención a las personas dependientes (creación de centros propios, concierto de plazas, subvenciones a la inversión en centros de iniciativa social sin ánimo de lucro y facilidades para incentivar la creación de servicios por parte de la iniciativa privada).

Cualquier procedimiento de financiación que se establezca deberá tener en cuenta la financiación hoy existente, que procede de la acción impositiva. Los presupuestos que las Comunidades Autónomas destinan actualmente a la

prestación de servicios de dependencia deben cuantificarse, para determinar, mediante acuerdo, un porcentaje de participación en la financiación total del Sistema Nacional de Dependencia.

Siguiendo experiencias de otros países cabría incorporar a la financiación de la dependencia parte del importe de determinados impuestos o multas relacionados con actividades generadoras de dependencia (impuestos especiales sobre el alcohol y el tabaco, multas de tráfico o por incumplimiento de las normas sobre prevención de riesgos laborales, etc.).

Asimismo, a la financiación de la dependencia deben incorporarse las cantidades procedentes de la reordenación y optimación de los recursos ya existentes en el sector y tener en cuenta los retornos económicos que se originan.

En relación con la financiación, la Recomendación sobre la dependencia aprobada por la Comisión no Permanente del Congreso de los Diputados sobre el Pacto de Toledo señalaba:

“...resulta, por tanto, necesario configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia. Ello debe hacerse con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública a todos sus niveles, todo ello a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia en la que quede claramente definido el papel que ha de jugar el sistema de protección social en su conjunto.

La Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso”.

La acumulación de las cuantías que se generen como consecuencia de las fuentes de financiación señaladas podría constituir el Fondo Estatal para la financiación del Sistema Nacional de Dependencia, que tendría naturaleza económica independiente, sin perjuicio de la unidad de caja del Sistema de Seguridad Social en el supuesto de que ésta fuera la opción, como consecuencia de la diversa procedencia de los recursos que lo constituyen. Este Fondo iría destinado a los siguientes fines:

- A la financiación del catálogo de servicios o de la prestación económica en su caso.
- A apoyar la creación de las infraestructuras de centros y servicios necesarios para que las Comunidades Autónomas y las Corporaciones

Locales puedan hacer frente a las prestaciones que se incluyan en el catálogo.

- A la financiación de los equipos de valoración y a la gestión del Sistema

Organización y gestión del Sistema

Cualquier Sistema Nacional de Dependencia, que se establezca, debe tener en cuenta, en primer lugar, el marco de distribución competencial entre el Estado y las

Comunidades Autónomas establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía respecto de la gestión de la Seguridad Social. Asimismo, habrá de tenerse en consideración la realidad institucional sobre la que se asientan las prestaciones y servicios que actualmente configuran la atención a la dependencia en España.

La Seguridad Social gestiona, a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social, la prestación económica de “gran invalidez” y, a través del IMSERSO, las pensiones no contributivas y específicamente la de “concurso de tercera persona”, en este último caso con la participación de las Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas, a través de sus leyes de Servicios Sociales han regulado y establecido prestaciones de servicios para atender las situaciones de dependencia, generando infraestructuras públicas, concertando plazas y contratando servicios con los que se atiende a las personas que lo necesitan y reúnen los requisitos de dependencia y renta establecidos. También las Corporaciones Locales participan en la cobertura de las necesidades de la dependencia de sus ciudadanos con presupuesto propio y gestionando recursos transferidos desde el Estado y desde las Comunidades Autónomas, en cumplimiento de la Ley de Bases de Régimen Local.

Es necesario tener en cuenta la importancia de las prestaciones básicas que conforman el sistema de atención primaria dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, financiado por las tres administraciones, de las cuales la ayuda a domicilio constituye una importante aportación de los municipios a la atención de la dependencia.

Al Estado le corresponde regular mediante una ley todos aquellos aspectos, que configuran el alcance y contenido del derecho a la atención a las personas en situación de dependencia, los beneficiarios de la prestación y los sistemas de financiación y de gestión, así como la aprobación y actualización de los baremos de valoración de la dependencia, con el fin de garantizar la igualdad en el acce-

so a la protección y, como consecuencia, a los diferentes servicios del Sistema. Asimismo, al Estado le correspondería el seguimiento, control y evaluación del Sistema, la información estadística y el análisis comparado de los índices de incorporación de personas dependientes en los distintos ámbitos territoriales.

En el ámbito del Estado debería establecerse un Observatorio de la Dependencia, a disposición de todas las Administraciones y agentes que intervienen en la prestación de servicios de dependencia, en el que se analicen tendencias, se realicen prospecciones, estudios e investigaciones y se difundan experiencias y buenas prácticas nacionales e internacionales.

En régimen de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas, a través de la Conferencia Sectorial, deberían desarrollarse, entre otras, las siguientes actividades:

- El estudio y aprobación de la cartera de servicios específicos para cada una de las prestaciones del Catálogo aprobado por la Ley.
- La aprobación y actualización de estándares de calidad para cada uno de los servicios que comprende el Sistema y el establecimiento de los criterios de acreditación de centros y servicios.
- El impulso de la formación de profesionales, promoviendo la definición de las competencias profesionales y de especialización en las diferentes áreas de atención, promoviendo actividades de formación de formadores, plataformas de formación a través de la red, etc.

A las Comunidades Autónomas les correspondería la valoración de la dependencia mediante la aplicación de los baremos aprobados por el Estado y el reconocimiento del derecho a la prestación de dependencia en los términos que determine la Ley.

Asimismo, correspondería a las Comunidades Autónomas garantizar que, en el ámbito de su territorio, se pongan a disposición de los ciudadanos los servicios y centros necesarios para que las personas con dependencia sean atendidas adecuadamente. Ello conlleva, por una parte, la gestión de los centros y servicios propios y la creación de otros nuevos y, por otra, el impulso y la concertación de centros y servicios de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro para su incorporación al Sistema.

También correspondería a las Comunidades Autónomas:

- Potenciar los actuales equipos de valoración de la discapacidad para hacer frente a la especificidad de la valoración de la dependencia y al

incremento de la demanda que la implantación del Sistema, sin duda, generará.

- Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios de Dependencia en cada Comunidad Autónoma, facilitando la correspondiente acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos básicos y los estándares de calidad imprescindibles.
- Crear los órganos de gestión administrativa para informar adecuadamente a los beneficiarios, proceder al reconocimiento del derecho a la prestación y elaborar el programa de servicios que le corresponde según el dictamen del equipo de valoración.
- Inspeccionar y, en su caso sancionar, los incumplimientos sobre requisitos mínimos y estándares de calidad de los centros y servicios, y respeto de los derechos de los beneficiarios.
- Evaluar el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo.

A las Corporaciones Locales, y especialmente a aquellas que cuentan con una población suficiente para gestionar por sí mismas algunos de los servicios de atención de la dependencia les correspondería gestionar los servicios que, por su naturaleza y proximidad deben ser prestados por los órganos locales.

A las Corporaciones Locales les correspondería asimismo facilitar la creación de nuevos servicios y centros, habilitando suelo dotacional y agilizando trámites.

En cualquier caso, no es objeto de este documento plantear el reparto competencial de la gestión de la dependencia entre las distintas Administraciones Públicas, sino tan solo señalar que se considera muy importante la colaboración y la coordinación para que las personas con dependencia reciban la mejor atención posible, permaneciendo en su domicilio si lo desean y que, si han de ser institucionalizadas, lo sean a ser posible en su entorno habitual.

1.3.b La red de servicios de la dependencia y sus proveedores.

Entendemos por red de servicios de la dependencia el conjunto de centros y servicios, tanto públicos como dependientes de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro, que están destinados a la atención de las personas con dependencia.

Para la configuración de la red debe exigirse la acreditación de cada uno de los centros o servicios por la Comunidad Autónoma correspondiente, una vez comprobado que reúnen los requisitos establecidos. Sería conveniente que en cada una de las Comunidades Autónomas se elaborase un mapa con la infraestructura necesaria de centros residenciales y de día de carácter público y privado para cubrir las necesidades de atención de las distintas áreas territoriales, en función del número previsto de personas dependientes; ello con el fin de que la iniciativa privada pueda tener información suficiente para estudiar las expectativas empresariales que su incorporación a la red les pudiera representar.

Asimismo, sería necesario que las Comunidades dispusieran de un registro público de operadores acreditados de servicios de ayuda a domicilio en sus diferentes modalidades y de teleasistencia con el fin de orientar a las Corporaciones Locales y a los usuarios sobre los servicios que prestan, las condiciones en que lo hacen y el ámbito territorial en el que actúan. Se considera que deben establecerse por ley los requisitos básicos que deben reunir los centros y servicios que constituyan la red, así como la regulación del contrato de prestación de servicios que se financie con la prestación de dependencia, así como la capacidad de las Administraciones Públicas para la inspección y control de los centros y servicios.

A este respecto es oportuno tener en cuenta que el sistema alemán comprende, además del Capítulo XI del Código Social, donde se regula el seguro de dependencia, dos leyes federales de especial importancia, una de residencias, que regula los principales aspectos relacionados con las personas que viven en un centro residencial de forma no transitoria y otra de garantía de calidad de los cuidados asistenciales, en la que se establecen medidas sobre las instalaciones, el personal y el control de los centros. En el ámbito de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales sería razonable acordar unas medidas similares.

La calidad en el sistema nacional de protección a la dependencia.

Dar un servicio de calidad y con calidad es la mejor garantía de que los derechos de los ciudadanos en general, y de los dependientes en particular, se cumplen de acuerdo a sus necesidades y expectativas en el marco de la norma que los regule. Como se dice en el preámbulo de la Orden del Ministerio de Administraciones Públicas por la que se nombra la Comisión para el estudio y creación de la Agencia Estatal de Evaluación de la Calidad de los Servicios y de las Políticas Públicas, “las Administraciones deben comprometerse decididamente con una gestión orientada a los resultados, desarrollando en el ámbito de los servicios, programas y políticas su capacidad de análisis y evaluación, para producir impactos positivos en el bienestar de los ciudadanos y mejorar la calidad de los bienes públicos y prestaciones”. (Orden APU/1463/2004, de 19 de mayo, BOE de 25 de mayo).

Es indudable, por otra parte, que la gestión con calidad contribuye a mejorar la cohesión social y facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios sociales en condiciones de equidad.

Dentro del Sistema de Atención a Personas Dependientes habrá que garantizar tanto la calidad de los recursos puestos a disposición del Sistema para integrarse en su red, como la calidad de los servicios que se prestan. Porque si importante es que un servicio, un recurso de la red, sea de calidad como condición previa a su reconocimiento para integrarse en ella, lo es más el que se preste en condiciones y con estándares de calidad adecuados a las necesidades que pretende cubrir.

El sector público no puede reducir su papel a la financiación sino que también debe cuidar la calidad en la prestación de los servicios, el fomento de la innovación y, particularmente, la regulación y homologación de los centros y prestadores externos de servicios, estableciendo criterios rigurosos de calidad aplicables a las entidades y empresas prestadoras de servicios.

Habrà que articular, por tanto, instrumentos de seguimiento y control que garanticen el cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos en el funcionamiento de los recursos, así como de evaluación. Sin embargo, y a pesar de su importancia, no sólo el servicio y su prestación han de ser de calidad, sino que debe serlo también la gestión del propio sistema que, dada la pluralidad de organizaciones que intervienen, ha de moverse en parámetros de transparencia y credibilidad, lo que exigirá instrumentos que lo hagan posible mediante la información objetiva y fiable. Por recursos del Sistema entendemos de forma genérica, como se ha repetido a lo largo de todo este documento, los servicios y centros a través de los cuales se atiende la dependencia.

Calidad de los recursos

Por calidad de los recursos han de entenderse los requisitos exigibles para que, a través de los mecanismos y condiciones que se establezcan, un determinado medio pase a ser reconocido como integrable en la red del Sistema. Hablamos, pues, de certificación de los recursos.

Hay que distinguir entre autorización administrativa para la puesta en funcionamiento del recurso y requisitos o condiciones materiales, de acceso (en servicios públicos), de funcionamiento, de personal y aportaciones económicas (en el caso de los servicios públicos) exigidas para que esa autorización se produzca.

En todas las Comunidades Autónomas se ha regulado el procedimiento de autorización administrativa. Sin embargo, los procedimientos de autorización varían de unas Comunidades a otras dependiendo en bastantes casos de la normativa para la licencia municipal de construcción; los procedimientos de autorización son también distintos según el tipo de recurso de que se trate.

Conviene tener en cuenta que existen normas UNE sobre gestión de servicios en las residencias de mayores (UNE 15800, Gestión integral; UNE 158002, Espacios e instalaciones de una residencia; UNE 158003, Dotaciones y equipamientos; UNE 158004, Cualificación del personal, Formación; UNE 15005, El personal de la residencia, Categorías profesionales) Como principio general, los requisitos mínimos tanto en las condiciones materiales, como en las de funcionamiento y personales han de ser homogéneos y referidos a todos los recursos, tanto si son de titularidad pública como si lo son privada. Las condiciones de acceso y la aportación económica por parte del usuario a la financiación del servicio son variables que irán ligadas íntimamente a la propia configuración del modelo del Sistema y exigirán en su momento tratamiento específico. Las actuaciones en materia de calidad de los recursos convendrían dirigirlas en dos direcciones:

- La fijación de requisitos de calidad de todos los recursos del sistema, lo que implicaría propiciar la normalización (a través de la correspondiente UNE) de cada tipo de recurso.
- El establecimiento de un horizonte temporal respecto a exigencia de los mismos, teniendo en cuenta la realidad de recursos existentes, la variedad de los mismos, la dificultad de implementación a corto plazo incluso con la colaboración de los agentes privados.

En consecuencia convendría fijar condiciones mínimas o requisitos en dos tramos o grados: básico y óptimo.

- El tramo o grado básico sería de obligado cumplimiento para todo recurso que se pusiera en marcha a partir de la entrada en funcionamiento del Sistema.
- El tramo o grado óptimo sería de obligado cumplimiento para todos los recursos del Sistema que iniciaran su actividad a partir de unos años (a determinar) desde la entrada en funcionamiento del mismo.

Calidad en la prestación de los servicios

Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios habría que contemplar dos tipos de intervenciones con su correspondiente regulación:

- Por una parte, los aspectos institucionales: Carteras o Cartas de Servicios en las que se explicitaran los compromisos de la organización con los usuarios, formas de participación de los interesados y/o tutores-cuidadores, libro de quejas y sugerencias.
- Por otra, los aspectos de gestión que al menos englobaran: estándares de Calidad mínimos en la prestación del servicio, indicadores de rendimiento referidos a los servicios básicos prestados por el recurso de que se trate, aplicación de encuestas de satisfacción que reflejen la percepción que los usuarios (o sus tutores/cuidadores) tienen del funcionamiento de los servicios, protocolización de aquellas actuaciones que tengan que ver, al menos, con aspectos de cuidados sanitarios e higiénicos, situaciones de emergencia o seguridad, además de aquellos procesos que contribuyan a una mejor prestación del servicio.

Seguimiento y evaluación de los servicios.

El seguimiento y evaluación de los servicios supone la doble dimensión de control y evaluación.

- Seguimiento y control del cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos, lo que conlleva el establecimiento de mecanismos y recursos de inspección por parte de las Administraciones competentes en cada ámbito y el correspondiente régimen sancionador, en su caso.
- Evaluación del funcionamiento de los servicios, tanto respecto de la organización/recurso en su conjunto, como del funcionamiento de cada uno de los servicios que presta, con especial atención a la percepción de los usuarios que reciben el servicio y/o tutores/cuidadores mediante las correspondientes encuestas de satisfacción.

Calidad en la gestión del sistema

La calidad en la gestión del propio Sistema Nacional de Atención a Personas Dependientes supone el establecimiento de unos indicadores y estándares en las fases básicas de su instrumentación, la facilitación de los procesos

y accesos de los usuarios al sistema y el establecimiento de instrumentos que garanticen la calidad del mismo.

- Indicadores de calidad en las fases básicas de instrumentación del Sistema.

Indicadores que tengan que ver con la valoración de la situación y grado y de dependencia (En tiempos, procedimientos, accesibilidad, medios y recursos), la adjudicación/recomendación del recurso más idóneo y forma de hacerlo efectivo a partir de la decisión del usuario o el pago de la prestación (tiempos, procedimientos, etc.).

- Facilitación de los procesos y accesos e instrumentación de mecanismos, apoyados en las tecnologías de la información, que faciliten los procesos administrativos desde la solicitud por el usuario hasta la adjudicación del recurso más adecuado/elegido con facilidad de acceso. Necesariamente es preciso un sistema homogéneo no sólo de información, sino de tramitación, con soporte tecnológico adecuado para todo el territorio nacional.
- Aseguramiento de la calidad del sistema. Habrá que dotar al Sistema de instrumentos que garanticen su calidad, entre los que habría que considerar como fundamentales: Un Registro de recursos de la red del Sistema de ámbito público y privado autorizados, un Observatorio Nacional de la dependencia que recoja y sistematice la información, una Unidad de evaluación, diagnóstico y evaluación del Sistema y una Escuela Nacional de Formación en Servicios Sociales.

Necesidades de formación de los profesionales de atención a personas con dependencia.

El objetivo principal de este apartado es el de marcar unos principios fundamentales para el desarrollo de los profesionales que prestan y deberán prestar atención a las personas con dependencia a partir de la identificación de necesidades que se detectan actualmente frente a los cambios de modelos asistenciales y formativos.

En los modelos asistenciales se están promoviendo unos cambios significativos que se orientan hacia la estimulación y potenciación de las capacidades de las personas en lugar de suplir sus dependencias y podemos constatar que en estos momentos existe una muy escasa formación orientada en este sentido e incluso desde el punto de vista de la propia dependencia.

En los currículos universitarios tanto de primer como de segundo grado de los futuros profesionales que pueden atender a personas con dependencia apenas aparecen créditos destinados al conocimiento de la dependencia y, en todo caso, suelen ser muy concretos (geriátrica, psicomotricidad,...) y con una extensión media de 4-5 créditos. Los postgrados también están muy orientados a un campo en concreto y suelen ser de tipo asistencial o de gestión de recursos especializados en uno de los campos.

Respecto a la formación de tipo ocupacional existe mucha oferta pero la variedad es casi ilimitada tanto en lo que se refiere a titulación, como a número de horas, contenido, requisitos de acceso, etc. teniendo incluso variaciones según las Comunidades Autónomas.

Así pues, nadie puede ni debe sentirse ajeno al impulso que precisará nuestro sistema de atención a la dependencia y las Administraciones, las entidades privadas, los proveedores públicos o privados y el conjunto de la sociedad. Los programas formativos habrán de tener en cuenta los siguientes grupos:

- Cuidadores informales
- Cuidadores profesionales de atención directa
- Profesionales especializados

Cuidadores Informales

Entendemos como cuidadores informales a aquellos que forman parte de la red social de referencia de la persona dependiente, es decir: Familiares, entidades de voluntariado, etc., dedicadas en una parte de su tiempo a la atención de personas con dificultades importantes para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

La formación ha de estar organizada en función del grado de intervención y la proximidad con la persona dependiente o discapacitada, uno de los actores principales sería la familia. Para ayudar a desarrollar este papel, en su justa medida, se hace indispensable incluir dentro del Currículum de Formación apartados muy específicos de información y formación a los familiares y a las propias personas afectadas por la dependencia o discapacidad.

Es de gran importancia adaptar los programas formativos con iniciativas que incluyan y propugnen la interdisciplinariedad con la familia partiendo de elementos capaces de definir una evaluación de las necesidades específicas de las situaciones de dependencia, que permitan la elaboración de planes funcionales

de intervención en los que la familia o el entorno social más cercano tenga los elementos de intervención específicos y significativos en un proceso global.

Los Programas de Formación e Información deberán incorporar códigos de buenas prácticas y metodologías de éxito utilizadas actualmente para dar soporte formativo, así como oportunidades de implicación a los cuidadores informales en los procesos de intervención hacia la persona dependiente.

Cuidadores Profesionales de atención directa

Entendemos como cuidadores profesionales a aquellos que desde la formación han obtenido una titulación específica que les capacita para desarrollar las intervenciones específicas fundamentadas en el desarrollo de la autonomía funcional en la vida cotidiana, desde la estimulación de las capacidades mantenidas (emocionales, cognitivas, funcionales, motoras, de socialización) y desde la intervención asistencial cuando sea necesaria, desde la atención directa más básica.

El inventario y revisión de la adecuación del Currículo de los distintos programas de formación no reglada y reglada vigentes así como de las diferentes ofertas y programas de formación ocupacional, demuestran la disparidad de criterios sobre los perfiles, capacidades y conocimientos que precisan de una unificación y reglamentación mucho más adecuada.

En este sentido, hace falta homogeneizar el panorama formativo actual, tanto con respecto a la denominación del puesto de trabajo, como con respecto a los contenidos, la duración y la titulación oficial de los estudios que se cursan sobre esta materia, puesto que actualmente hay muchas ofertas que no reúnen los mínimos contenidos formativos deseables por desarrollar este perfil profesional.

Entre las acciones a desarrollar es preciso:

- Definir programas de intervención reglada para aquellos colectivos que pueden acceder a una profesión mediante cursos ocupacionales de formatos distintos para permitir que se pueda acreditar una formación en competencias.
- Unificación de las titulaciones existentes en el sector y las funciones asistenciales asociadas.
- Adecuación a los sistemas europeos de educación en el sector.

Profesionales especializados con cualificación específica

Entendemos por profesionales especializados aquellos que ejercen su profesión desde la actividad asistencial definida por procesos de formación reglada universitaria de primer y segundo grado a partir de las demandas y necesidades específicas (terapéuticas y/o socializadoras) de las personas que sufren situaciones de dependencia. Será necesaria la revisión del currículo básico de las titulaciones universitarias implicadas en la atención de las personas discapacitadas con grave afectación y personas mayores en situación de dependencia y sus especializaciones regladas. Adecuación de los sistemas de formación a los programas de convergencia europea en la educación superior e universitaria.

Alcance de la formación

Entendemos que la filosofía de la formación de los profesionales que intervienen en los cuidados, ha de integrar no sólo el objetivo de una óptima cualificación profesional para la atención de la dependencia o la discapacidad, sino también el de preparar a estos profesionales para promover un incremento en la autonomía de las personas atendidas.

Para conseguir estos objetivos se deberán analizar y priorizar los niveles de formación en función del grado de intervención y la posición de cada profesional con la persona dependiente, clasificando los contenidos en tres grandes apartados:

- Conocimientos sociológicos y sociales de la dependencia:
 - o Conocimiento de teorías y métodos de diagnóstico individual o de la comunidad.
 - o Conocimiento de teorías y técnicas de planificación, organización y gestión en el trabajo social.
 - o Conocimiento actualizado de normativa de servicios sociales, así como también conocimiento de las normativas vigentes referentes a prestaciones sociales y los derechos individuales de las diferentes tipologías de usuarios.
 - o Conocimiento del análisis y la comprensión de las necesidades sociales existentes, así como de las problemáticas emergentes.

- o Conocimiento actualizado de las instituciones públicas y privadas gestoras de servicios sociales para el análisis y la optimización de los recursos desde la vertiente asistencial.
- o Conocimiento de los diversos modelos familiares, sus dinámicas y sus cambios ante las problemáticas sociales.
- Conocimientos específicos de teorías, técnicas y herramientas para la atención a la dependencia (grupos profesionales más próximos a la persona dependiente).
 - o Conocimiento de técnicas del método del trabajo en equipo.
 - o Conocimiento de técnicas de evaluación de sus intervenciones en el ámbito del trabajo individual y el trabajo comunitario.
 - o Conocimiento actualizado de herramientas informáticas u otras nuevas tecnologías.
 - o Conocimiento de técnicas de dinámicas de grupo: la comunicación en el grupo y la animación de grupos.
 - o Conocimiento de teorías y técnicas de planificación, organización y gestión en el trabajo social desde la vertiente educativa.
 - o Conocimiento de técnicas de evaluación de sus intervenciones en el ámbito del trabajo individual grupal y comunitario.
 - o Ética y deontología.
- Conocimientos para la asistencia de la Salud de la persona dependiente.
- Profundización en geriatría, psiquiatría y atención a la dependencia.
- Enfermedades prevalentes.
 - o Síndromes geriátricos y Psicogeriátricos.
 - o Síndromes de las enfermedades invalidantes.
 - o Nociones de oncología.
 - o Nociones de cuidados paliativos.

- o Terapias farmacológicas y no farmacológicas.
- o Prevención básica aplicada.
- o Comunicación y escucha en relación con la persona atendida, la familia y el equipo de profesionales.
- o Soporte para la elaboración de duelos.
- o Soporte a los cuidadores.
- o Metodología de trabajo interdisciplinar y en equipo.
- o Valoración integral y plan individual de atención integral.
- o Elaboración e implementación de planes terapéuticos.
- o Responsabilizarse del proceso de atender y cuidar a la persona de manera individualizada, mediante métodos sistematizados y organizados.
- o El conocimiento de las funciones de las otras figuras profesionales que intervienen en un servicio.

1.4. LA DISCAPACIDAD EN LAS MUJERES COMO RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

1.4.a Introducción

La exclusión social de las mujeres es un proceso, no simplemente una coyuntura histórica particular. Los datos muestran como la tendencia a la representación desproporcionada de mujeres, entre las personas que viven en situación de pobreza, aumenta progresivamente debido a los mayores niveles de inseguridad, precariedad y vulnerabilidad que sufren por su posición subordinada a los hombres en el sistema de relaciones de género. De este modo, al hablar de feminización de la pobreza se pretende destacar el creciente empobrecimiento material de las mujeres, el empeoramiento de sus condiciones de vida y la vulneración de sus derechos fundamentales, y que, a pesar de diferencias notables, se encuentra presente en todos los rincones del planeta.

Hablar de mujeres con discapacidad es hablar de una discriminación múltiple, que viene dada por su condición de persona con discapacidad y por su sexo. Así lo señala Marita Iglesias: “Las mujeres que reúnen las dos características

de ser mujer y tener una discapacidad, se enfrentan a una doble discriminación y a múltiples barreras que dificultan la consecución de objetivos de vida considerados como esenciales. Cotas mayores de desempleo, salarios inferiores, menor acceso a los servicios de salud, mayores carencias educativas, escaso o nulo acceso a programas y servicios dirigidos a mujeres y un mayor riesgo de padecer abuso sexual y físico. Estos son algunos de los rasgos distintivos que afectan a la mujer con algún tipo de deficiencia sensorial, física o de desarrollo intelectual.

Somos más de 250 millones en el mundo y el 58% de la población con discapacidad, sin embargo, somos desconocidas para el colectivo de mujeres, el de personas con discapacidad y para nosotras mismas (...). Los prejuicios y actitudes negativas hacia nosotras han llevado, desde hace mucho tiempo, al aislamiento y la exclusión social (...) Parece que tenemos que demostrar constantemente nuestra condición de mujer.” Durante años, los roles tradicionales que han primado en nuestra sociedad, impuestos por el patriarcado, han relegado a las mujeres al ámbito privado en el papel de madres y esposas. Esta construcción social tan estereotipada y limitadora, ha supuesto para las mujeres con discapacidad una dificultad añadida para que la sociedad las identifique como mujeres plenas, preparadas para vivir solas o en pareja, que pueden optar a la maternidad, mujeres independientes, que optan por incorporarse al mercado laboral y tomar sus propias decisiones, mujeres que pueden participar en la sociedad; por lo que no sólo se enfrentan a su discapacidad, sino a numerosas barreras que les impiden su integración social.

14.b Barreras que impiden la participación social a las mujeres

Estas múltiples barrears y obstáculos que impiden a las mujeres con discapacidad su participación social y desarrollo personal pleno se reflejan en:

- Mayores carencias educativas y/o formativas.
- Cotas mayores de desempleo.
- Mayor precariedad laboral, bajos salarios.
- Menor acceso a los servicios de salud y a los programas y servicios dirigidos a mujeres.
- Mayor riesgo de padecer abusos físicos o sexuales.

Todas estas cuestiones plantean verdaderas limitaciones para el empoderamiento de las mujeres con discapacidad, y su participación plena como ciuda-

danas. Las causas que llevan a las mujeres con discapacidad a una situación de mayor vulnerabilidad pueden ser:

- Mayores dificultades a la hora de expresarse debido a las consecuencias de su propia discapacidad (personas sordas, con parálisis, etc.).
- Dificultad en el acceso a los puntos de información y asesoramiento, debido a la existencia de barreras arquitectónicas y de comunicación.
- Menor autoestima y el menosprecio de la propia imagen como mujeres.
- Enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados por su condición de mujer, y la negación que la sociedad hace para que en la práctica puedan ejercer dichos papeles.
- Mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otras personas.
- Miedo a denunciar abusos u otras cuestiones por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados.
- Menor credibilidad a la hora de denunciar cualquier tipo de hechos ante algunos estamentos sociales.
- Vivir frecuentemente en entornos que favorecen la dependencia: instituciones, residencias, hospitales, casa de familiares, etc.

Las principales dificultades que presentan las mujeres con discapacidad en su acceso al empleo son:

- Barreras de aceptación social, debido a una gran falta de información, a los prejuicios, al desconocimiento, a la imagen negativa que todavía hoy se percibe del conjunto de personas discapacitadas ya que se mantiene la idea de que cualquier persona con discapacidad es menos productiva, absentista o ineficiente.
- Barreras arquitectónicas y del transporte, debido a estas barreras, las mujeres se enfrentan diariamente a verdaderos obstáculos para acceder a los medios de transporte, a los servicios, a los centros de información, etc.
- Barreras de actitud de las propias mujeres con discapacidad, desconocimiento de sus propias capacidades y falta de conciencia para aceptarlas de forma natural, condicionados por una autoestima muy deficiente y por importantes carencias de formación.

A la hora de llevar a cabo una intervención integral dirigida a mujeres con discapacidad se debe tener en cuenta una serie de factores personales y sociales que incluyan un proceso de empoderamiento social y económico, con el objeto de incrementar su capacidad para decidir y actuar sobre sus propias vidas. Al mismo tiempo, ese proceso de empoderamiento debe conducir a la reducción del número de maltratos. Según los datos del Consejo de Europa, aproximadamente, un 40% de estas mujeres sufre o ha sufrido alguna forma de violencia.

14.c Factores personales y sociales que impiden decidir y actuar sobre la propia vida de las mujeres

Entre esos factores podemos destacar:

- La autopercepción negativa, con cierta frecuencia, las mujeres con discapacidad se sienten en inferioridad de condiciones y menos valoradas que el resto de mujeres. Se pueden sentir poco atractivas (teniendo en cuenta los cánones de belleza establecidos por el patriarcado, transmitidos a través de los medios de comunicación), y a veces, poco seguras de sí mismas. Se cuestionan su sexualidad, sus posibilidades para ejercer como madres, de tener pareja, etc.
- El bajo nivel educativo y/o formativo, el acceso a la formación y a la educación es esencial para poder participar en la vida económica, social y laboral y poder desarrollar la autonomía personal. En las mujeres con discapacidad esta formación suele ser escasa, debido a los estereotipos sociales, a la sobreprotección que ejerce la familia, al difícil acceso a los centros, a la falta de personal cualificado, etc. Esta situación lleva, a las mujeres con discapacidad, a mayores niveles de analfabetismo con respecto a los hombres con discapacidad y a un menor nivel formativo.

Según la Encuesta EDDDES, 1999, el 74,79 % de las mujeres con discapacidad carece de estudios o sólo tiene estudios primarios, el 20% tiene estudios básicos y el 8% tiene estudios superiores. En la Unión Europea, sólo tienen estudios universitarios el 15% de las mujeres con discapacidad severa, frente al 23% de las mujeres en general. Generalmente existe una baja expectativa de las posibilidades profesionales de las mujeres con discapacidad. Aquellas que trabajan, la mayoría lo hace en empleos mal remunerados y en situaciones de explotación.

- El escaso o nulo acceso a un empleo remunerado y, por tanto, la dependencia económica, el bajo nivel formativo y la falta de cualificación adecuadas, que tradicionalmente han tenido las mujeres con discapacidad, unido a los estereotipos sociales, les deja escasas posibilidades de

acceder al mercado de trabajo, percibir ingresos propios, y de esta forma, mejorar su situación. Hay que tener en cuenta que las tasas de inactividad y paro de las mujeres con discapacidad son mucho mayores que las de los hombres con discapacidad.

En algunas ocasiones, esta realidad se debe a la sobreprotección familiar, se consideran personas con necesidad de cuidado y orientación continua, contribuyendo a dificultar su independencia. A esto hay que añadir las dificultades para acceder a una vivienda propia, formar una familia, etc. La mayoría de las mujeres con discapacidad subsisten en base a Pensiones no Contributivas, de hecho, el 72,19% corresponden a mujeres, triplicando las percibidas por hombres, según datos del IMSERSO (año 2006).

El trabajo social, como forma de promover la transformación social, debe instituirse como nexo de colaboración y coordinación entre las personas con discapacidad, las Administraciones Públicas y la Iniciativa social para adecuar las actuaciones destinadas a este colectivo a sus necesidades sentidas. Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística en materia de discapacidad proceden de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia desarrollada en 2008. Según esta encuesta, hay 3,85 millones de personas en España que afirman tener alguna discapacidad, lo que supone una tasa de 85,5 por mil habitantes y el 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres. Por edades, y como se aprecia en el siguiente gráfico, la tasa de discapacidad es superior en hombres hasta los 44 años, y a partir de los 45 años, es superior en las mujeres, creciendo la diferencia entre los sexos a medida que aumenta la edad.

Desde los Servicios Sociales se debe trabajar para proporcionar a las mujeres con discapacidad, los recursos necesarios que les permitan desarrollarse plenamente como mujeres y potenciar su participación activa en la sociedad y el pleno disfrute de los derechos de ciudadanía, según establece la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y más tarde reconocida por la Ley 51/2003, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU).

1.5. RELACIONES LABORALES Y DISCAPACIDAD. PROTECCION SOCIAL

Introducción

Resulta oportuno, a estos efectos, realizar una aclaración previa de orden terminológico. Los términos discapacitado y minusválido, son utilizados para referirse a aquellos sujetos que tienen una incapacidad que, en principio, les inhabilita no ya para una actividad concreta, sino para un conjunto de actividades

de muy variado tipo (sociales, educativas y laborales) que toda persona humana debe poder desarrollar para relacionarse, en condiciones de igualdad, con los demás sujetos y con su entorno.

Ante estos dos términos se prefiere la utilización del término de discapacitado, por ser el que se está imponiendo en los últimos años y tiene menos connotaciones. Así, tanto el legislador comunitario como el nacional lo vienen utilizando. Por tanto, el discapacitado o minusválido es toda persona incapacitada, bien por lesión congénita o adquirida, para ciertos trabajos o movimientos. El principal soporte jurídico de integración laboral de las personas con discapacidad hay que situarlo en la Constitución Española de 1978 que, como es también habitual de casi todas las Constituciones democráticas, aborda el derecho de los minusválidos, ya de forma directa o indirecta, en varios de sus artículos. También el Tribunal Constitucional ha ido elaborando una amplia doctrina en lo que afecta a la protección de los discapacitados, la misma se ha convertido en punto de referencia obligado de los Poderes, Administraciones Públicas y ciudadanos, en general.

1.5.a El trabajo y la protección social de los discapacitados. Aclaraciones previas y consideraciones generales

El tratamiento dado a los discapacitados por la Constitución se puede establecer en dos procedimientos: primero, incorpora a su texto el sentido y espíritu de las declaraciones internacionales y, segundo, reconoce explícitamente los derechos al trabajo (art.35.1) y al pleno empleo (art.40) y ambos referidos a los diferentes colectivos sociales y expresamente a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestará atención especializada (art.49). Lo cierto es que el reconocimiento expreso de estos derechos a los discapacitados está recogido dentro de los principios rectores de la política económica y social (art.49), a los que la Constitución destina una protección limitada.

Así su reconocimiento ha de informar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, y su alegación ante los Tribunales ordinarios sólo podrá realizarse de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollan.

El binomio constitucional: igualdad de trato-prohibición de discriminación, queda reconocido, con carácter general, en el art.14 Const. (“los españoles son iguales ante la ley sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”). Se ha de señalar que dentro de “circunstancia personal”, quedan incluidos, lógicamente, las derivadas de minoración de capacidad o de minusvalías de la persona discapacitada. Las interpretaciones del precepto

constitucional son muy variadas. Sin embargo, a estos efectos es importante destacar que existe un mandato general de igualdad ante la ley, por un lado; y por otro, la prohibición de discriminación. Son dos términos distintos, con sustantividad propia. Por lo que se refiere a las manifestaciones laborales del principio de no discriminación, es preciso señalar que el reconocimiento y el reflejo de la igualdad en la norma, hasta el Estatuto de los Trabajadores (ET) de 1980 en nuestro ordenamiento laboral no existían preceptos que contemplaran la prohibición de discriminación en las relaciones laborales por razones de discapacidad.

El Estatuto de los Trabajadores, por un lado, en el art.4.2. c), segundo párrafo, establece una manifestación del principio de no discriminación, pues fija que los trabajadores tienen derecho “a no ser discriminados por razón de disminuciones físicas, psíquicas y sensoriales, siempre que se hallasen en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate”. Y por otro, el art.17.1 señala la nulidad de las decisiones del empresario y de los pactos individuales contrarios a la prohibición de discriminación. Existen otros muchos preceptos del ET (arts.22, 24, 28, 53, 55, 68.c), principalmente) que se refieren, con carácter general, a la necesaria igualdad de trato en la relación laboral, que también son aplicables a los discapacitados.

Como se tendrá ocasión de analizar se establecen en nuestro ordenamiento un conjunto de medidas de discriminación positiva. Lo primero que hay que preguntarse es por su validez. La vigencia del principio de igualdad y no discriminación otorga, por un lado, fundamento a medidas de discriminación positiva; ahora bien, la cuestión es determinar si la existencia de medidas selectivas de especial protección en el empleo cuando el sujeto trabajador es una persona discapacitada, vulneran o no el principio de igualdad y de no discriminación. La respuesta debe ser necesariamente negativa, así lo ha señalado el propio Tribunal Constitucional, pues no toda desigualdad constituye necesariamente una discriminación, ya que la igualdad como principio sólo se viola si el trato diferenciado está desprovisto de una justificación objetiva y razonable, apreciada con relación a la finalidad y efectos de la medida considerada.

La integración laboral de la persona discapacitada se va a producir a través de varios medios, pero la publicación de la Ley de Integración de los Minusválidos (Ley 32/1982, de 7 abril), va a significar el principal impulso para dar entrada en nuestro sistema jurídico a las declaraciones internacionales sobre integración laboral y social de las personas discapacitadas.

Constituye la columna vertebral de las políticas de integración laboral de las personas con discapacidad en España. La novedad más característica de la Ley de Integración ha sido crear un marco específico de Integración Laboral, articulando grados o niveles en función de las aptitudes y posibilidades reales de realización de actividades productivas por parte de la persona discapacitada

(integración en el sistema ordinario de trabajo, integración en el régimen especial de trabajo protegido e integración en Centros Ocupacionales). En este orden de consideraciones generales además se tiene que traer a colación los compromisos acordados en el ámbito de la Unión Europea y que han sido trasladados al ordenamiento interno 9. Fruto de la reunión del Consejo Europeo en Niza (Diciembre de 2000) se aprobó la Agenda Social Europea. Entre los múltiples objetivos expuestos en dicha Agenda destacan, a estos efectos, la lucha contra la pobreza y la exclusión social, para conseguirlos se propone a los Estados Miembros que los incluyan en sus acciones prioritarias.

Para dar cumplimiento a lo acordado en Niza, nuestro Consejo de Ministros aprobó, una vez que hizo las consultas con los agentes implicados, el primer Plan de Acción para la Inclusión Social 2002-2003. De este Plan es relevante destacar que una de las líneas prioritarias de actuación es conseguir un empleo de calidad para todos, pero con especial atención hacia los nuevos grupos de riesgo. Precisamente, entre esos grupos se encuentran las personas con discapacidad. También fruto de las actuaciones de la Unión Europea tendente a la protección de las personas con discapacidad se encuentra, aunque con un carácter más general, la Directiva 2000/78/CE, de 27 de noviembre de 2000, del Consejo. Sobre establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación¹³. Esta Directiva destina uno de sus preceptos (art.5) a establecer que con el fin de garantizar la observancia del principio de igualdad de trato en relación con las personas con discapacidades, se realizará los ajustes razonables.

Ello significa que los empresarios tomarán las medidas adecuadas para permitir a las personas con discapacidades acceder al empleo, tomar parte en el mismo o progresar profesionalmente, o que se les ofrezca formación. Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y a modo de conclusión general, se debe tener presente que las primeras normas aprobadas en nuestro Ordenamiento Jurídico sobre las personas con minusvalías estaban referidas a los trabajadores incapacitados como consecuencia de accidentes de trabajo, y estaban cubiertos por las normas de la Seguridad Social. Es a partir de la década de los 70 cuando el término minusválido se generaliza para identificar a efectos laborales y de Seguridad Social a las personas afectas de discapacidad.

Es con la Ley de Integración Social de los Minusválidos cuando queda definitivamente consolidado, el art.7 define como minusválido a “toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallan disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”. Este concepto se concreta en el RD 1368/1985, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que prestan servicios en centros especiales de empleo. Como última novedad se menciona que el 19 de mayo de 2003

se ha presentado al Congreso de los Diputados el Proyecto de Ley de igualdad de oportunidad y no discriminación de las personas con discapacidad.

El trabajo de los discapacitados

La integración laboral de las personas minusválidas se ha configurado en el Ordenamiento Jurídico español, principalmente, a través de dos vías: Primera, integración en el sistema ordinario de trabajo. El trabajador minusválido aparece como sujeto de una relación laboral común, prestando su actividad productiva y por cuenta ajena dentro del ámbito de organización y dirección de un empresario. En dicha relación es aplicable el Estatuto de los Trabajadores y demás legislación laboral y de Seguridad Social. Segunda, integración mediante fórmulas de empleo protegido o selectivo, en el que el minusválido o discapacitado es sujeto de una relación laboral de carácter especial, pues presta sus servicios en un Centro Especial de Empleo.

La relación común y los discapacitados

La primera forma de integración de los discapacitados en el ámbito laboral es mediante un sistema ordinario, que consistirá en la contratación del mismo por un empresario "normal" para prestar servicios por cuenta ajena dentro del ámbito de dirección y organización del empresario. Esta relación se ve sometida a la normativa laboral y de Seguridad Social común; todo ello, sin perjuicio de determinadas especialidades fundamentalmente dirigidas a hacer realidad el principio de igualdad real, y fomentar y potenciar el empleo de este colectivo. El trabajo que prestan los discapacitados se realiza en empresas ordinarias, ya sean de naturaleza pública o privada. Para conseguir esta medida de integración, nuestro Ordenamiento, aunque es un criterio seguido en la mayoría de los países europeos, ha recurrido a la denominada cuota de reserva para trabajadores minusválidos.

Pero no se debe olvidar que es muy escasa su eficacia, principalmente, por su sistemático incumplimiento. Se debe tener presente que la normativa laboral declara nulo y sin ningún efecto los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales de las empresas que supongan o impliquen discriminaciones negativas para las personas con discapacidad en materia de empleo, retribución, jornadas, descansos y demás condiciones de trabajo.

Constituye otro elemento de integración el estímulo y fomento de la contratación y empleo de personas discapacitadas mediante la concesión de ayudas, subvenciones y desgravaciones, como se verá en apartado posterior. Y otro ele-

mento es la especial actuación de las Administraciones Públicas para garantizar la efectividad y eficacia del régimen jurídico existente comprendiendo medidas de muy diversa naturaleza: desde la creación de un sistema específico de intermediación laboral hasta programación de actividades de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en orden a la fiscalización y vigilancia del cumplimiento de las normas y disposiciones aplicables.

Cuota de reserva para la contratación de trabajadores minusválidos

A pesar de que constituye un procedimiento o sistema de integración de los reconocidos e implantados en la mayoría de los países de la Unión Europea, también se puede decir que es bastante polémico, y de forma más acusada en el sector privado. Las diferencias entre los distintos países son muy profundas. En España de forma tradicional se han establecido una reserva de puestos de trabajo para personas minusválidas. Ello ha sido calificado como un procedimiento o sistema de limitar el principio de libertad de contratación que el empresario dispone para elegir los trabajadores que quiere contratar.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 aludió por primera vez a las medidas adicionales de empleo selectivo, medidas que posteriormente han sido recogidas en otras disposiciones, pero ya específicamente laborales.

La Ley de Integración Social del Minusválido, además de mantener el régimen jurídico anterior, incide en la cuota de reserva en empresas públicas y privadas, señala que constituye un elemento básico y esencial de la integración laboral de las personas con discapacidad.

Fue con el Decreto de 22 de agosto de 1970 con el que se inicia el desarrollo e implantación de modalidades de empleo selectivo para personas con discapacidad.

El Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, sobre Empleo Selectivo y Medidas de Fomento de Empleo de Trabajadores minusválidos, dedica los arts.4 y 5 a reiterar y desarrollar el contenido de la Ley de Integración en este aspecto.

El art.4 del Decreto 1451/1983 señala que “las empresas públicas y privadas que ocupen trabajadores fijos que excedan de 50, vendrán obligadas a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2% de la plantilla entre los que se encuentren inscritos como tales en el correspondiente Registro de Trabajadores Minusválidos de las Oficinas de Empleo”. Y el art.5 del mismo texto añade la obligación de las empresas que emplean un número de trabajadores fijos que exceda de 50, enviar al INEM de la provincia en la que se tenga la sede social, así como a las de la provincia donde tenga centro de trabajo, rela-

ción detallada de los puestos de trabajo ocupados por trabajadores minusválidos y de aquellos que por sus características quedan reservados a los mismos. Así cabe afirmar que las empresas obligadas son tanto las públicas como las privadas, siempre que ocupen a 50 o más trabajadores por cuenta ajena, cualquiera que sea la modalidad de contratación (indefinida o temporal) y cualquiera que sea la forma jurídica de la empresa.

El cómputo del número de trabajadores no se hace sobre el concepto de centro de trabajo sino sobre la plantilla total de la empresa. La única excepción en el cumplimiento de la obligación referida es cuando se apliquen las medidas alternativas.

Las medidas alternativas han sido dos. Primera, realización de contratos de suministros y/ o prestaciones de servicios con Centro Especial de Empleo en equivalencia adecuada en cómputo anual por cada trabajador dejado de contratar. Y segunda, suscripción por el empresario de un convenio específico con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para la creación de empleo, conforme a los programas especiales para la creación colectiva de puestos de trabajo para personas con discapacidad.

El 14 de enero de 2000 se aprueba en Consejo de Ministros un Real Decreto (RD 27/2000) por el que se establecen medidas alternativas al cumplimiento de las cuotas de reserva del 2% a favor de trabajadores discapacitados en empresas de más de 50 trabajadores¹⁸. Esta norma ha sido consecuencia del Plan Nacional de Acción para el Empleo de 1999¹⁹. Tres son las medidas alternativas que se articulan:

- La primera consiste en la posibilidad de las empresas de realizar un contrato mercantil o civil con un Centro Especial de Empleo o con un trabajador autónomo discapacitado para el suministro de materias primas, maquinaria, bienes de equipo o cualquier otro tipo de material necesario para la empresa.
- La segunda es la realización de un contrato mercantil con un Centro Especial de Empleo o con un trabajador autónomo discapacitado para la prestación de servicios ajenos y accesorios a la actividad normal de la empresa. Y la tercera posibilidad consiste en la realización de donaciones y de acciones de patrocinio, siempre de carácter minoritario para el desarrollo de actividades de inserción laboral y de creación de empleo de personas con discapacidad, cuando la entidad beneficiaria de dichas acciones sea una Fundación o una Asociación de Utilidad Pública y su objetivo el de la inserción laboral y la creación de empleo para esta persona.

Lo cierto es, y a pesar de todos los intentos, que cabe extraer una conclusión de todo lo expuesto: el sistema de reserva de puesto de trabajo se ha caracterizado por la falta de virtualidad y muy reducida eficacia práctica como sistema de creación de empleo dentro del mercado ordinario de trabajo.

Fomento del empleo de discapacitados. Puntualización general

El grupo o colectivo de trabajadores discapacitados o minusválidos es uno en el que el esfuerzo de fomento del empleo se aplica con más intensidad. En este sentido, se debe tener presente que el Estatuto de los Trabajadores señala que por ley podrán establecerse reservas y preferencias de empleo (art.17.2). Precepto en el que tiene su base la cuota de reserva establecida y que ya ha sido objeto de análisis en epígrafe anterior. También en este mismo precepto tiene su base otras medidas que estimulan y fomentan la contratación y el empleo de trabajadores minusválidos. Se tratan de medidas de discriminación positiva que vienen a compensar las desventajas que padecen los discapacitados.

Ante la especialísima problemática de los trabajadores minusválidos, el fomento de su contratación ha concentrado tradicionalmente una variada gama de medidas que, en su conjunto, arrancan de las disposiciones previstas en la Ley 13/1982, de 7 de abril, sobre integración social de los minusválidos. También se debe acudir al Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que en cumplimiento de lo previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, se regula el Empleo Selectivo y las Medidas de Fomento de Empleo de los Trabajadores Minusválidos (arts.7 y ss.).

Sin perjuicio de las puntualizaciones que seguidamente se realizarán, es posible afirmar que cuando se trata de analizar las ayudas económicas directas al empleo de cualquier trabajador, dichas ayudas se concentran básicamente en la bonificación de las cuotas empresariales a la Seguridad Social por contingencias comunes. Si, por el contrario, se trata de trabajadores discapacitados el tipo de ayuda económica se diversifica notablemente, así existen bonificaciones a la cotización, subvenciones a tanto alzado o incluso deducciones fiscales. En este orden de consideraciones hay que recordar, a la vez que tener presentes, dos textos.

Primero, la Ley 45/2002, de 12 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma del sistema de protección por desempleo y mejora de la ocupabilidad, pues esta norma afecta al fomento del empleo de trabajadores discapacitados. Pretende, esta Ley, incentivar los niveles de empleo del colectivo de discapacitados que se ve afectado por tasas de desempleo casi del doble del resto de los trabajadores.

Segundo, el Programa General de Fomento del Empleo para el año 2003 está contenido en el art.47 de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que es aplicable a todos los trabajadores que reúnan los requisitos exigidos, con independencia de sus características personales.

Como seguidamente se tendrá ocasión de observar, han sido muy variadas las ayudas e incentivos establecidos en el ordenamiento español para estimular y fomentar la contratación de trabajadores minusválidos. Así desde la creación de subvenciones de muy distinta naturaleza hasta la concesión de ayudas a fondo perdido para la adaptación de los puestos de trabajo, eliminación de barreras arquitectónicas, bonificaciones en la cotización a la Seguridad Social... Medidas que pretenden hacer efectivo el derecho al empleo y al trabajo de las personas con discapacidad.

Fomento de la contratación

El legislador ha fomentado numerosas de las distintas modalidades contractuales, introduciendo beneficios particulares cuando el trabajador es una persona con discapacidad. Y además, las distintas normas reguladoras han introducido bonificaciones de cotizaciones sociales y subvenciones por contratación. Ambas cuestiones serán brevemente analizadas, se incide únicamente en lo particular de los sujetos discapacitados. Por lo que se refiere a los contratos formativos existen importantes peculiaridades que afectan a los trabajadores discapacitados. En el caso de celebrar un contrato de trabajo en prácticas con un minusválido, el plazo desde la terminación de los estudios para poder concertarlo no es el de cuatro años, pues se amplía a seis años. Si el contrato celebrado es para la formación concurren dos particularidades.

Primera, no es de aplicación el límite máximo de edad para su celebración.

Y segunda, los trabajadores minusválidos no computan para determinar el número máximo de trabajadores para la formación que las empresas pueden concertar en función de su plantilla.

Sobre los contratos formativos, se ha de tener también presente que existe un contrato especial de formación previsto en el art.34 de la Ley de Integración del Minusválido, cuyo contenido básico debería haber sido fijado por las normas de desarrollo de dicha Ley, en relación con lo fijado en el art.11 ET; sin embargo, no se ha producido el desarrollo reglamentario. Laguna que queda cubierta con el contrato de formación ordinario previsto en el Estatuto de los Trabajadores y con el contrato especial de formación previsto en el RD 1368/1985, sobre relación laboral especial de los trabajadores minusválidos en los centros especiales

de empleo. Según la Disposición Adicional Segunda del ET, las empresas que celebren contratos en prácticas a tiempo completo con trabajadores minusválidos tendrán derecho a una reducción (bonificación), durante la duración del contrato, del 50 por 100 de la cuota empresarial de la Seguridad Social correspondiente a las contingencias comunes. A la misma reducción tendrán derecho las empresas cuando el contrato celebrado sea para la formación.

El contrato temporal de fomento al empleo, en la actualidad, sólo es posible para la contratación de trabajadores minusválidos, para el resto de los trabajadores fue derogado. Se trata de una modalidad contractual que ofrece al empleador la posibilidad de aplicar un régimen jurídico que flexibiliza la extinción de la relación de trabajo pasados tres años. El régimen jurídico aplicable al contrato temporal de fomento al empleo se estableció en el art.44 de la Ley 42/1994, sobre medidas fiscales, administrativas y del orden social, en un primer momento con un carácter general, para cualquier trabajador, siempre que reuniera unas características sobre su situación de desempleado.

Fue la Ley 64/1997, sobre incentivos a la contratación indefinida, la que deroga el mencionado art.44, con la excepción, precisamente, de la celebración de dicha modalidad contractual con trabajadores discapacitados. Así, desde ese momento, las distintas y sucesivas Leyes de medidas fiscales, administrativas y del orden social han mantenido la vigencia del contrato temporal de fomento al empleo para los trabajadores minusválidos. Cuando se celebre esta modalidad contractual surge una bonificación, a favor del empresario en las cuotas a la Seguridad Social por contingencias comunes, que será del 75 por 100. Ahora bien, este porcentaje se sube al 100 por 100 para el primer trabajador contratado por la empresa.

Entre los colectivos que pueden celebrar el contrato de trabajo para el fomento de la contratación indefinida se encuentra el discapacitado desempleado. Los beneficios que se deducen de este contrato son, además de la reducción de la indemnización en caso de extinción del contrato improcedentemente, los que proceden en el supuesto de la celebración de un contrato indefinido. La normativa específica reguladora de este contrato remite, en lo que afecta a los incentivos, al Real Decreto que aprueba el Empleo Selectivo.

La celebración de contratos indefinidos a jornada completa con trabajadores minusválidos da derecho a una bonificación en las cuotas a la Seguridad Social, que será del 70 por 100 para los menores de 45 años, y del 90 por 100 para los que superan esa edad. La bonificación incluye a las cuotas empresariales tanto a las contingencias comunes como a las profesionales, así como a las aportaciones por recaudación conjunta. Además comprende a los que trabajan a tiempo completo como a los contratados a tiempo parcial. Las subvenciones al empleo de trabajadores discapacitados son de tres tipos:

- Primero, asignación a tanto alzado por la celebración de un contrato de trabajo por tiempo indefinido, tanto a jornada completa como a tiempo parcial.
- Segundo, compatible con la anterior, ayudas de diversas clases con cargo al INEM a centros especiales de empleo tanto por generación o mantenimiento de puestos de trabajo ocupados por minusválidos como para adaptar los puestos de trabajo o dotación de los medios de protección personal necesarios.
- Tercero, subvención a la transformación en contratos indefinidos de los contratos de trabajo temporales con trabajadores minusválidos acogidos a los sucesivos programas estatales de fomento del empleo.

Además de todas las medidas clásicas o novedades analizadas hay que referirse a los cambios particulares que en fomento del empleo de trabajadores discapacitados introduce la Ley 45/2002, de 12 de diciembre, ello sobre la base de la especial relevancia que tiene.

Primero, la disposición adicional quinta apartado 4 modifica el cuadro de exclusiones, es decir no se les aplican las subvenciones y bonificaciones anteriormente analizadas (las fijadas en el capítulo II RD 1451/983):

- 1) a las contrataciones realizadas con trabajadores que, en los veinticuatro meses anteriores a la fecha de la contratación, hubiesen prestado servicios en la misma empresa o grupo de empresas mediante un contrato por tiempo indefinido, también se incluye los supuestos de sucesión de empresa; y
- 2) a los trabajadores que hayan finalizado su relación laboral de carácter indefinido en un plazo de tres meses previos a la formalización del contrato.

Segundo, la disposición adicional novena establece el reconocimiento de una bonificación (100 por 100) en las cuotas a la Seguridad Social para los contratos de interinidad celebrados con personas minusválidas desempleadas que sustituyan bajas por incapacidad temporal de discapacitados.

Tercero, la disposición adicional décima, contiene otra medida de apoyo al empleo de discapacitados, pues establece que en el caso de que el trabajador contratado para la formación sea una personal con discapacidad psíquica, la formación teórica podrá sustituirse, total o parcialmente, previo informe de los equipos multiprofesionales de valoración correspondientes, por la realización de

procedimientos de rehabilitación o de ajuste personal y social en un centro psicossocial o de rehabilitación sociolaboral.

Y cuarto, en apoyo del desarrollo de iniciativas de empleo por cuenta propia que puedan llevar a cabo los discapacitados se manifiesta la disposición adicional undécima. Se pretende incitar a las personas discapacitadas a desarrollar fórmulas de autoempleo, así se compensará la falta de oportunidades que tienen a la hora de acceder a un empleo por cuenta ajena.

El trabajo de los minusválidos en centros especiales de empleo. Relación laboral de carácter especial

Otra de las formas de acceso de los discapacitados a un empleo se produce al ser contratados por los Centros Especiales de Empleo. Son éstos las unidades productivas que absorben y canalizan la ocupación de un alto porcentaje de discapacitados.

La integración social e integración laboral, como realidades conexas constituyen la finalidad añadida a la estrictamente laboral que da lugar a las especialidades normativas de la relación laboral de carácter especial del trabajo de los minusválidos.

Antes de proceder a destacar los puntos más relevantes de esta relación especial, es preciso introducir ciertas consideraciones sobre el fundamento de las relaciones laborales de carácter especial en general. Para que un contrato de trabajo pueda ser calificado de “especial” han de existir peculiaridades reales en los elementos esenciales del contrato, sin que por ello se altere su sustancia como contrato de trabajo. Así, la calificación de un contrato de trabajo como “especial”, frente al “contrato común”, se fundamentaría en el hecho de que, compartiendo los rasgos fundamentales del común, presenta algunas particularidades; sin embargo, la esencia del contrato de trabajo no llega a perderse. Ahora bien, esta formulación es más teórica que real, si se observa cual ha sido la trayectoria seguida tradicionalmente por nuestro Derecho positivo.

La Ley de Relaciones Laborales (art.3.1, c) declara el carácter especial de las relaciones de trabajo de las personas con capacidad física o psíquica disminuida. El art.2 ET (1980) no se refería directamente a ella, pero como dicho artículo contenía un apartado g) que ofrecía la posibilidad de crear otras relaciones especiales por Ley, fue la disposición final 6 de la Ley 13/1982, de 7 abril, de integración social de los minusválidos (BOE 30 abril), la que la configura como especial y ordena al Gobierno, de conformidad con lo previsto en el art.2 ET, que en el plazo de un año, desde su entrada en vigor, aprobase las disposiciones reguladoras del trabajo de las personas con capacidad física, psíquica o sensorial

disminuida que presten servicios laborales en los centros de empleo a que se refería la propia ley. El vigente art.2.1, g) ET incorpora en el listado de relaciones especiales a esta relación.

El régimen jurídico aplicable a esta relación actualmente está establecido en el RD 1368/1985, de 17 de julio (BOE de 8 de agosto), modificado por el RD 427/1999, de 12 de marzo (BOE de 26 de marzo), que trata de conseguir un mayor grado de acercamiento al régimen jurídico fijado para la relación laboral común. Una característica del RD 1368/85 regulador es su afán de abarcar todas las materias. Para conseguirlo realiza una constante reiteración y reenvío, en lo no peculiar, a la normativa laboral común.

Asimismo, aunque con un carácter más general, se debe tener presente el

Convenio n.159 OIT, sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (ratificado por España, BOE de 23 de noviembre de 1990), que establece la obligación de los Estados de formular, aplicar y revisar periódicamente su política para la readaptación y empleo de personas inválidas.

En la relación de los trabajadores minusválidos que prestan servicios en centros especiales de empleo hay que dedicar una especial atención a la identificación de los sujetos de la relación, dado que es donde surgen, precisamente, las razones que han llevado al legislador a calificarla como especial.

El trabajador será todo minusválido que por razón de la naturaleza o de las consecuencias de su minusvalía no pueda, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales. Además su capacidad de trabajo debe ser igual o superior a un porcentaje de la capacidad habitual que se fije (al 33 por ciento, según el art.2 RD 1368/1985). Por tanto, el trabajador debe tener una minusvalía del 33 por 100 o más; con capacidad de obrar plena o limitada. El empresario, como se verá seguidamente, es un centro especial de empleo.

Sólo concurre el tipo y, como consecuencia, existirá relación especial cuando el contrato de trabajo se realiza entre los trabajadores minusválidos y los centros especiales de empleo. Además el contrato se debe realizar por escrito en el modelo oficial, la forma es requisito “ad solemnitatem”, pues si la misma no existe el contrato será laboral común.

No será relación laboral especial cuando el trabajador desempeñe sus servicios en los centros especiales de empleo, pero no tenga reconocida la condición de minusválido. Tampoco en los casos en los que el trabajador minusválido preste servicios en empresas ordinarias. Ni será especial la relación cuando los minusválidos tengan una minusvalía temporal o permanente que les impida su

integración en una empresa o en un centro especial de empleo, debido a su limitada capacidad residual, lo que incluye tanto a quienes ingresan en los centros de educación especial para el aprendizaje profesional en aulas o talleres, como a quienes se integren en los centros ocupacionales.

El centro especial de empleo es el empresario, su finalidad es procurar que se desarrolle un trabajo productivo y remunerado, y que se consiga la adaptación personal y social del minusválido, a la vez que facilitar su posterior integración en el mercado ordinario de trabajo.

Tanto las personas físicas, como jurídicas o comunidades de bienes, pueden constituir un centro especial de empleo, siempre que reciban la prestación de servicios de los trabajadores minusválidos contratados. Pueden tener, según su titularidad, carácter público, privado o mixto y carecer o no de ánimo de lucro, según que la aplicación de sus posibles beneficios se repercutan en su totalidad en la propia Institución o se aproveche parte de ellos en otra finalidad distinta que haya de cubrir la Entidad titular del mismo. Es obligatorio que estos centros se inscriban en un registro especialmente fijado para ellos.

Es posible afirmar que el éxito de esta relación laboral depende, en cierto modo, de la promoción o fomento que los centros especiales de empleo reciban y la existencia de equipos multiprofesionales que son, en principio, la cumbre de la relación laboral especial. El desarrollo y actuación de esos equipos serán más eficaces en ámbitos más pequeños, como comunidades autónomas y municipios, que a un nivel estatal.

El RD 1368/85 intenta articular el contenido de la relación laboral sobre la base de compatibilizar doble principio. Por un lado, que el trabajo se adecue a las especiales circunstancias del trabajador y, por otro, que el trabajo a desarrollar se aproxime lo más posible al trabajo ordinario.

No se puede olvidar que este trabajo debe ser productivo y remunerado, además deberá favorecer la adaptación personal y social del minusválido y su posterior integración laboral en el mercado ordinario de trabajo.

El art.9 RD 1368/85 considera que los trabajadores minusválidos tienen los derechos y deberes básicos previstos en el ET, el precepto remite a los arts.4 y 5; si bien, sólo a los básicos. Singular tratamiento recibe en esta relación laboral especial la organización del trabajo, el contrato de formación (se remite a lo establecido en el ET, aunque con ciertas peculiaridades), el trabajo a domicilio (es posible esta modalidad, salvo para los minusválidos psíquicos), el tiempo de trabajo, las garantías del salario y la extinción del contrato.

Por lo que se refiere a la jornada de trabajo destacan dos especialidades: primera, que se prohíbe la realización de horas extraordinarias, salvo las necesarias para prevenir o reparar siniestros y otros daños extraordinarios. Y segunda, el trabajador puede ausentarse del trabajo, previo aviso y justificación, para asistir a tratamientos de rehabilitación médico-funcionales y para participar en acciones de orientación, formación y readaptación profesional, con derecho a remuneración siempre que tales ausencias no excedan de diez días en un semestre.

Es posible fijar un período a la vez de prueba o de adaptación al trabajo, de duración máxima de seis meses. Un resultado negativo al final del período puede dar lugar a la extinción del contrato.

En cambio, no se podrá establecer incentivos al rendimiento que puedan suponer, a juicio de los equipos multiprofesionales, un riesgo para la salud del trabajador o su integridad física o moral. El importe mínimo de las dos gratificaciones extraordinarias será de treinta días de salario.

Una característica peculiar de esta relación es la posibilidad de celebrar el contrato a bajo rendimiento. Será aquel donde el rendimiento es un 25 por ciento inferior al normal, el mismo lleva aparejada una disminución del salario en igual proporción, nunca inferior (art.12 RD 1368/85).

En lo que afecta a la movilidad funcional y geográfica y la modificación de condiciones de trabajo existe una especialidad de esta relación, que consiste en el necesario informe previo del equipo multiprofesional para llevar a cabo los cambios. Dicho informe también es preceptivo en materia de extinción del contrato, principalmente cuando se trata de una extinción por circunstancias objetivas (art.16 RD 1368/85). Dedicó el art.21 RD 1368/85 a la negociación colectiva, remitiendo a lo dispuesto en el Título III ET, pero introduce una salvedad de muy difícil interpretación: “.....con la única salvedad de que en los convenios de ámbito superior a la empresa, estarán legitimadas para negociación las asociaciones que pudieran contar con idéntico grado de representación en el sector correspondiente al exigido en el ámbito laboral común por el art.87 ET”. Cuando el art.21 RD 1368/85 utiliza el término “asociaciones” puede referirse a dos asociaciones distintas: primero, a las asociaciones empresariales, en cuyo caso no se introduce nada nuevo a lo que dispone el art.87.3 ET; o segundo, a las asociaciones de minusválidos. En este caso, en cambio, cuando se refiere a éstas, se percibe que las asociaciones de minusválidos no pueden constituirse en sindicatos.

Aceptar la especificación del art.21 RD 1368/85 en este sentido sería ilegal, pues la negociación colectiva está sometida a reserva legal y sólo por ley se puede establecer la regulación.

En lo que afecta a la aplicabilidad de convenios colectivos es doctrina seguida por nuestros tribunales, en el caso de un minusválido que presta servicios en un centro especial, que corresponde la aplicación del convenio colectivo del sector ante la inexistencia de convenio colectivo de empresa.

1.5.b Protección Social de los discapacitados

El sistema de integración social de los trabajadores discapacitados debe completarse con un conjunto de medidas de naturaleza muy variada, en las que la persona discapacitada se convierte en el objeto de protección, al entenderse que la discapacidad provoca por sí misma una situación que debe ser objeto de especial atención, dado que constituye un estado de necesidad que no sólo impide el proceso normal de integración en el mundo laboral, sino que además origina unas mayores necesidades de atención y cuidado. Nuestro sistema de Seguridad Social articula dos niveles de protección (nivel contributivo y nivel no contributivo o asistencial) destinados a proporcionar unas prestaciones según las circunstancias (contingencias) que concurren.

Es precisamente en el nivel no contributivo donde se encuentra los mayores índices de protección de las personas con discapacidad. Ahora bien, de la protección dispensada, por el nivel contributivo, hay que destacar las prestaciones en caso de incapacidad de las que puede ser sujeto titular aquel trabajador según el grado de minusvalía que padezca.

La mayor protección dispensada a los discapacitados llega desde el nivel no contributivo, pues hay dos colectivos que han sido tradicionalmente objeto de consideración por el mismo: los ancianos y los incapacitados. A favor de las personas con discapacidad que no hayan tenido la posibilidad de integrarse en el mercado de trabajo se articulan una serie de prestaciones sociales y económicas. Con el fin de unificar y recopilar en una sola Disposición las diversas normas anteriormente existentes, se manifiesta la Ley de Integración Social del Minusválido (Título V, arts.12 a 17). La misma supuso un cambio de orientación en la consideración y tratamiento de las prestaciones económicas cuyos beneficiarios eran personas con discapacidad.

Seguidamente se procederá a analizar, brevemente, las distintas prestaciones a favor de las personas discapacitadas, dejando al margen las que puedan tener derecho en base al nivel contributivo de nuestro sistema de Seguridad Social. Brevedad y síntesis impuesta por la dimensión de este tipo de trabajos. A pesar de ello, si se debe recordar y tener presente el régimen de incompatibilidades que pueden surgir entre las distintas prestaciones, ante lo que surge el derecho de opción.

- a. Pensión de invalidez no contributiva. Tendrán derecho a dicha pensión los sujetos mayores de 18 años y menores de 65 años que residan legalmente en España desde hace, al menos, 5 años de los cuales 2 deben ser inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de la pensión; asimismo deben, primero, estar afectados por una minusvalía o enfermedad crónica, en grado igual o superior al 65 por 100, y segundo, carecer de rentas o ingresos suficientes. La cuantía de la pensión depende de los ingresos de que disponga el sujeto; si bien, cada año la Ley de Presupuestos Generales del Estado fija una cuantía inicial absoluta. (Anexo 1)
- b. Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica. La asistencia sanitaria comprende todas las prestaciones del Sistema Contributivo de Seguridad Social (asistencia primaria, atención especializada y atención y servicios de urgencia hospitalaria durante las 24 horas del día). Y la prestación de asistencia farmacéutica incluye las especialidades farmacéuticas, efectos y accesorios y fórmulas magistrales prescritas por los médicos de la Seguridad Social. En definitiva, se trata de una cobertura similar a la de los pensionistas del sistema de la Seguridad Social.
- c. Subsidio de garantía de ingresos mínimos. Nació con el fin de cubrir la situación de pobreza que se presume que es consecuencia de la incapacidad para satisfacer las necesidades que la minusvalía produce. El reconocimiento de la pensión de invalidez no contributiva sustituye a este subsidio, salvo para quienes tuvieran reconocido el derecho con anterioridad, a los que se les otorga la posibilidad de optar por mantenerlo o pasar a la pensión de invalidez no contributiva.
- d. Subsidio de ayuda por tercera persona. Se concede a los minusválidos mayores de edad, carentes de medios económicos y cuando la gravedad de su minusvalía es tal que necesita la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales para la vida (vestirse, desplazarse, comer o análogos). Pero la vigencia de este subsidio es residual, igual que en el caso del subsidio de garantía de ingresos mínimos.
- e. Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte. Se concede cuando el minusválido tenga más de 3 años, una afectación igual o superior al 33 por 100 que dificulte gravemente la utilización de transportes colectivos y tenga posibilidad de llevar a cabo desplazamientos.
- f. Otras ayudas y prestaciones públicas. Dentro de este apartado se ha de incluir las prestaciones emanadas de los distintos órganos del Estado y que tienen su justificación en la necesidad de atender los mayores gastos que por educación, rehabilitación y tratamientos específicos requieren las personas afectas de discapacidad.

- g. Prestación económica por hijo a cargo. Se trata de una prestación (contributiva y no contributiva) a favor de los sujetos que tengan a su cargo un hijo, en todo caso, si es menor de 18 años y después de esa edad, si posee alguna discapacidad. Los padres, en cuanto beneficiarios de la prestación, no pueden tener ingresos anuales superiores a la cantidad establecida para cada año por la Ley de Presupuestos. La cuantía de la prestación económica depende de la edad del hijo y del grado de minusvalía. (Anexo2)
- h. Protección social complementaria. Sobre esta cuestión sólo señalar que se pueden articular medidas de protección complementarias. En este marco, se sitúa la Mutualidad de Previsión Social Pro Minusválidos Psíquicos. Por último, en lo que afecta a la materia tratada la Disposición Adicional Cuarta del Relegislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones, establece la posibilidad de realizar aportaciones a planes de pensiones a favor de personas con un grado de minusvalía igual o superior al 65 por 100. La regla aplicable será el régimen financiero de los planes de pensiones; si bien, con ciertas especialidades. Este mismo régimen regulado en la Disposición analizada se aplica a las aportaciones a Mutualidades de Previsión Social y prestaciones de las mismas a favor de minusválidos.

Referencia a la situación de dependencia en la que se encuentran las personas mayores

En este segundo gran apartado se quiere aludir a una cuestión que es de suma importancia. Se trata, sólo, de poner de manifiesto la necesaria protección de la situación de dependencia de los ancianos. Hay que cubrir la situación en la que se encuentran nuestros mayores, pues a causa de los grandes procesos de cambio que se dan en nuestra sociedad (envejecimiento de la población, crisis de la familia extensa, etc.), existe un número muy amplio de ancianos que cuidar y, en cambio, los medios para atenderlos son escasos, la familia ya no puede atenderles, como venía siendo habitual.

Así, se está produciendo un envejecimiento de la población, si bien, el mismo se presenta como fenómeno mundial, además tiene implicaciones en la protección social, el empleo y los servicios sociales.

Todos los Estados se enfrentan con el problema de dar respuesta a las necesidades de atención y cuidados de un creciente número de personas mayores que ya no son capaces de valerse por sí mismas. A pesar de la importancia y de la necesidad existente no hay actualmente una protección de la situación de

dependencia. El camino que queda por recorrer es aun muy largo y complejo. En nuestro país, el inicio de la protección de la situación de dependencia se produce en el decenio de los años treinta del Siglo XX en el marco del Seguro de Accidentes de Trabajo. Si bien, la trayectoria que se ha seguido no ha dado un resultado protector coherente. En la actualidad, existen distintas prestaciones que cubren la situación de dependencia. Así, en la protección social de la dependencia destacan prestaciones económicas de la Seguridad Social (prestaciones por jubilación, pensión por incapacidad permanente en el grado de gran invalidez, el complemento del 50 por 100 previsto para la invalidez no contributiva, asignaciones económicas por hijo minusválido mayor de 18 años a cargo...) y prestaciones en servicios. A lo que hay que añadir la protección dispensada por la familia, la asistencia privada y el seguro privado de dependencia. Pero, a pesar de la amplia diversidad, el marco de protección dispensado no se caracteriza ni por su eficacia ni por su eficiencia. Ante ello, se reclama una modificación del actual marco de protección.

En la nueva normativa protectora, lo primero que se debe clarificar es que la dependencia sea contemplada como una situación con entidad propia, desvinculada, en consecuencia, su cobertura de la establecida para otras contingencias. Y lo segundo sobre lo que se debe incidir es en lo relativo al contenido de la protección. La protección que se dispense debe comprender prestaciones monetarias y servicios sociales, y junto a éstas también medidas fiscales, ya a favor de las personas dependientes, ya para sus cuidadores informales. En este sentido, el Acuerdo para la Mejora y el Desarrollo del Sistema de Protección Social, firmado el 9 de abril de 2001 por el Gobierno, las organizaciones empresariales y uno de los sindicatos más representativos (CC. OO.), dedica el Apartado VIII a la Dependencia. El Acuerdo fija la necesaria potenciación de los servicios sociales entre el Estado, las Comunidades

Autónomas y las Corporaciones Locales. Además dispone la constitución de una comisión de trabajo para llevar a cabo el análisis y la elaboración de las propuestas correspondientes sobre el marco jurídico en el que habrá de incardinarse la cobertura de las situaciones de dependencia, así como para diseñar las líneas básicas de actuación en la materia.

1.6. MARCO LEGAL DE LA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN ESPAÑA

1.6.a Marco actual de la discapacidad

El Preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, y aprobada y ratificada por el Estado español, reconoce que «la discapacidad es un concepto

que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás».

El texto de la Convención entiende como personas con discapacidad a «aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás».

1.6.b Marco legal de la discapacidad en España

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, en su artículo primero, considera como personas con discapacidad, a los efectos de esta Ley, a «aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad (minusvalía) igual o superior al 33 por ciento. En todo caso, se considerarán afectados por una discapacidad (minusvalía) en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad».

Con anterioridad el artículo 7.1 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (Lismi) considera como personas con discapacidad (minusválidos en la redacción original) y a efecto de lo igualmente establecido en ella, a «toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidos como consecuencia de una deficiencia, previsible mente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales».

Significar finalmente que la Disposición adicional octava de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, determina que las referencias en los textos normativos preexistentes a «minusválidos» y a «personas con minusvalía», se entenderán realizadas a «persona con discapacidad» o «personas con discapacidad» respectivamente, siendo estos términos los que deberán de utilizarse en lo sucesivo por las Administraciones Públicas para denominar a estas personas.

1.6.c Valoración de la discapacidad

La valoración de la discapacidad, expresada en porcentaje, se realizará mediante la aplicación de los criterios técnicos unificados fijados en el baremo

establecido por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, y las modificaciones introducidas por el Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad; para la determinación del grado de discapacidad, el porcentaje obtenido en la valoración, de las Limitaciones en la actividad de la persona derivadas de las deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, si alcanza el mínimo de un 25%, se incrementará con la adición de la puntuación obtenida en el baremo de factores sociales complementarios que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Los dictámenes técnico-facultativos para el reconocimiento de grado serán emitidos por los órganos técnicos competentes dependientes de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubieran sido transferidas las funciones en materia de calificación del grado de discapacidad y por los equipos de valoración y orientación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales en su ámbito competencial.

Procedimiento de solicitud

El procedimiento se inicia a instancia de persona interesada mediante presentación de solicitud ante el Órgano administrativo correspondiente a su Comunidad Autónoma de residencia o Dirección Territorial del Imsero de Ceuta y Melilla. Para facilitar la presentación de la documentación requerida las distintas unidades tienen establecidos distintos formularios de solicitud; a dicha solicitud la persona interesada aportará la documentación que, en su caso, acredite su identidad y su situación de salud.

La solicitud de reconocimiento de la condición de persona con discapacidad podrá realizarse en cualquier momento personalmente o por correo en cualquiera de las Direcciones Territoriales del Imsero en el caso de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, en los Servicios Centrales del Imsero, así como en las oficinas de registro establecidas a tal efecto por los Organos Gestores de las Comunidades Autónomas con competencia en la gestión; además podrá presentarse a través de cualquiera de los medios establecidos en el art. 38.4 de la Ley 30/1992. Para aquellas personas que tuvieran reconocido previamente un determinado grado de discapacidad, en el momento en que vean agravado su estado de salud, podrán solicitar un procedimiento de revisión acreditándolo documentalente.

Reconocida la persona por el Equipo del Centro de Valoración y Orientación, los responsables de los Órganos competentes en la materia de las Comunidades Autónomas o de las Direcciones Territoriales del Imsero deberán dictar resolución expresa sobre el reconocimiento de grado, así como sobre la

puntuación obtenida en los baremos para determinar la necesidad del concurso de otra persona o dificultades de movilidad, si procede. El reconocimiento de grado de discapacidad (minusvalía) se entenderá producido desde la fecha de solicitud, debiendo figurar necesariamente la fecha en la que, en su caso, puede tener lugar su revisión.

Contra las resoluciones definitivas los interesados podrán interponer reclamación previa a la vía jurisdiccional social, de conformidad con lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril (BOE del 11 de abril). Señalar finalmente que la acreditación del grado de discapacidad tendrá validez en todo el territorio del Estado español.

Beneficios del reconocimiento del grado de discapacidad

Entre los posibles beneficios las personas con reconocimiento de grado de discapacidad, pueden señalarse los siguientes:

- Acceso a las medidas de fomento del empleo para personas con discapacidad.
- Adaptación del puesto de trabajo.
- Adaptación de pruebas selectivas en el acceso al empleo público.
- Jubilación anticipada.
- Acceso a la vivienda de protección pública.
- Subvenciones y/o ayudas de carácter individual: tratamientos rehabilitadores, productos de apoyo, accesibilidad y adaptaciones en el hogar, etc.
- Tratamientos rehabilitadores y de apoyo.
- Recursos y apoyos educativos.
- Pensión no contributiva (PNC) por invalidez.
- Prestaciones Lismi: Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica y Subsidio de Movilidad y Compensación para Gastos de Transporte.

- Prestaciones familiares: Asignación económica por hijo o menor con discapacidad acogido a cargo, o mayores de 18 años con un grado de discapacidad igual o superior a 65%.
- Ampliación del periodo de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo o menor acogido.
- Ingreso en Centros.
- Beneficios fiscales: Necesidad de ayuda de tercera personas para desplazamiento a lugar de trabajo, movilidad reducida, necesidad de vivienda adaptada, etc.
- Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).
- Impuesto sobre Sociedades (IS).
- Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA).
- Impuesto especial sobre determinados medios de transporte (IEDMT).
- Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica (IVTM).
- Tarjeta de estacionamiento para personas con movilidad reducida.
- Bonotaxi.
- Reducciones en medios de transporte.
- Otras ayudas y servicios para el colectivo de personas con discapacidad que se contemplen en los organismos competentes en materia de Servicios Sociales ya sean municipales, autonómicos o estatales, o de la iniciativa privada social.

¿Qué es la calificación legal de minusvalía?

Podemos decir que la calificación legal de minusvalía es el documento oficial que acredita que una persona precisa de más apoyos que la mayoría. No significa que esa persona valga menos que los demás sino que se trata del documento administrativo que facilita el acceso a determinados derechos y beneficios reservados a la persona con discapacidad. Por lo tanto, pese a los prejuicios de

orden lingüístico que podamos tener, siempre es beneficioso obtener la calificación legal de minusvalía, que no limita en nada a la persona sino que le proporciona apoyos (aunque muchas veces no nos parezcan suficientes a las personas con discapacidad y a sus familiares).

La norma que regula en España el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía es el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre. Dicho Real Decreto utiliza formalmente la terminología de la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) de 1980 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aunque conceptualmente no sigue sus criterios. Es preciso destacar que la OMS ha aprobado el 22 de mayo de 2001 en su 54ª Asamblea Mundial de la Salud, mediante Resolución WHA 54.21, para que pudiera ser utilizada a nivel internacional, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud conocida como CIF, clasificación que es la heredera de la de 1980 y que tendrá segura repercusión sobre la futura legislación española. Dicha nueva clasificación ha pasado de ser una clasificación de “*consecuencias de enfermedades*” (versión de 1980) a ser una clasificación de “*componentes de salud*” (versión de 2001).

Por razones prácticas, en esta nota nos ceñiremos a la CIDDM (versión 1980) en la que se basa la legislación española en vigor, aunque sin dejar de observar que la estructura y orientación de la CIF de 2001 es mucho más adecuada a la hora de establecer los apoyos que necesita cada persona con discapacidad y que una revisión de la normativa española es imprescindible por haberse quedado obsoleta.

Según la CIDDM de la OMS, **deficiencia** (en inglés *impairment*) es toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas y de relación.

Discapacidad (en inglés *disability*) es, según la citada clasificación de la OMS, “*toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para el ser humano*”. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La discapacidad se tiene. La persona no es discapacitada, sino que está discapacitada. Las discapacidades se pueden aglutinar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación.

Minusvalía (en inglés *handicap*) es *“la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales”*.

La minusvalía incluye tres factores:

1. La existencia de una desviación con respecto a la norma.
2. Su importancia depende de las normas culturales. No se valora igual en todas las culturas.
3. Suele suponer una desventaja que puede ser de orientación, de independencia física, de movilidad, de ocupación y de integración social.

El Real Decreto vigente en España equipara discapacidad y minusvalía, al conceder la calificación de minusvalía, automáticamente, en cuanto se alcance un determinado grado de discapacidad, sin que sea precisa la existencia de factores que limiten el desempeño de roles normales en el caso del individuo a calificar. (véase a este respecto el Anexo 1A, Capítulo 1, Normas generales, punto 4º *“...las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, es decir, en el grado de discapacidad que ha originado la deficiencia.”*)

Téngase en cuenta además el Anexo 1ª, Capítulo 1, Normas generales, punto 2º *“El diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo. Las pautas de valoración de la discapacidad que se establecen en los capítulos siguientes están basados en la severidad de las consecuencias de la enfermedad, cualquiera que esta sea.”*)

En el Anexo 1B del Real Decreto se define la minusvalía como *“la desventaja social en un individuo afectado por una deficiencia o discapacidad. Surge, pues, en la relación de la persona con el medio, en los obstáculos culturales, materiales o sociales que le impiden una integración adecuada en la sociedad.”* Sin embargo la calificación del grado de minusvalía sigue dependiendo fundamentalmente de la deficiencia que presenta el individuo y del grado de discapacidad que ésta le produce, ya que a estos *“factores sociales complementarios”* (auténtico nivel de minusvalía en términos CIDDM) se les conceden un máximo de quince puntos porcentuales, siempre y cuando la discapacidad haya supuesto veinticinco de estos puntos.

Se valora, en términos CIDDM no el grado de minusvalía sino el de discapacidad, complementado, si procede, por algunos *“rastros”* de minusvalía. No obstante se sigue concediendo la *“calificación de minusvalía”* en cuanto se al-

cance el grado de limitación funcional del 33% establecido, sin que sea necesaria la concurrencia de restricciones en la participación social. Por otra parte, si buscamos en el Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española encontramos definiciones de los términos citados confusas y peyorativas:

Deficiencia: Defecto o imperfección. Deficiente: Falto o incompleto. Que tiene algún defecto o que no alcanza el nivel considerado normal. Subnormal, afectado de una deficiencia mental.

Discapacidad: Calidad de discapacitado. Discapacitado: minusválido

Minusvalía: Detrimiento o disminución del valor de alguna cosa. Minusválido: Dícese de la persona incapacitada, por lesión congénita o adquirida, para ciertos trabajos, movimientos, deportes, etc.

El Real Decreto 1.971/1999 tiene su fundamento en la Constitución Española de 1978, y en particular en los siguientes artículos:

Artículo 9.2 *“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.”*

Artículo 14 *“ Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”*

Artículo 49 *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.”*

El mandato constitucional del art. 49 tiene su reflejo en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), considerada como Ley Marco porque establece las bases que han de guiar toda la normativa y posteriores actuaciones en materia de discapacidad, en especial sus artículos 1 a 6.

Destacamos el artículo 3:

1. *Los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo primero, constituyendo una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y*

psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral, la garantía de unos derechos económicos, jurídicos sociales mínimos y la Seguridad Social.”

2. *A estos efectos estarán obligados a participar, para su efectiva realización, en su ámbito de competencias correspondientes, la Administración Central, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales, los Sindicatos, las entidades y organismos públicos y las asociaciones y personas privadas.”*

Lo cierto es que la LISMI desarrolla una serie de prestaciones económicas, entendidas como un mecanismo social compensatorio de una situación no deseada. Sin embargo los artículos encaminados a una plena y efectiva integración de los minusválidos en la sociedad han sido objeto de escasa atención por parte de los poderes públicos.

El artículo 7 de la LISMI nos da la siguiente definición:

1. *A los efectos de la presente Ley se entenderá por minusválidos toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.*
2. *El reconocimiento del derecho a la aplicación de los beneficios previstos en esta Ley deberá ser efectuado de manera personalizada por el órgano de la Administración que se determine reglamentariamente, previo informe de los correspondientes equipos multiprofesionales calificadores.”*

Este artículo 7 cierra el círculo estableciendo que en España solamente es minusválida “oficialmente” la persona que ha obtenido la calificación legal de minusvalía, puerta de los derechos y beneficios concedidos por la ley. La calificación de minusvalía se hace en términos de grados, y el grado de minusvalía se expresará en porcentajes. Para esta medición se establecen una serie de baremos que se configuran como los Anexos de esta norma. Estos baremos se pueden clasificar en dos tipos:

- 1.- Baremos referidos a factores médicos.
- 2.- Baremos referidos a factores de tipo social. (Ya antes se ha explicado la primacía de los primeros sobre los segundos).

Como veremos el porcentaje asignado por la Administración es vital a la hora de obtener determinadas prestaciones.

Por último, es importante destacar que la calificación legal de minusvalía es un documento administrativo que nada tiene que ver con la incapacitación civil de una persona, que se produce siempre mediante sentencia judicial dirigida a surtir efectos en el gobierno de la propia persona incapacitada y en la administración de sus bienes.

Cuando solicitar la calificación de minusvalía

La calificación legal de minusvalía puede solicitarse durante todo el año por parte de cualquier persona con discapacidad que tenga nacionalidad española o que sea extranjero con residencia legal en España, de conformidad con lo previsto en los acuerdos suscritos con sus respectivos Estados y, en su defecto, en función del principio de reciprocidad.

Dónde solicitar la calificación de minusvalía

Los impresos de solicitud pueden obtenerse en cualquiera de las oficinas de registro establecidas a tal efecto por los Órganos Gestores de las Comunidades Autónomas con competencia en materia de calificación del grado de discapacidad y minusvalía (véase lista al final de este apartado) y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla en las Direcciones Provinciales del IMSERSO, en cuyo ámbito territorial residen habitualmente los interesados.

Cuando el interesado residiese en el extranjero, la competencia para el ejercicio de tales funciones corresponderá al órgano correspondiente de la Comunidad Autónoma o Dirección Provincial del IMSERSO a cuyo ámbito territorial pertenezca el último domicilio habitual que el interesado acredite haber tenido en España.

A la hora de presentar la solicitud y la documentación aneja, puede hacerse de las siguientes formas:

- Personalmente en las oficinas antes citadas.
- Por correo enviado a las mismas oficinas (llevándolo en sobre abierto a correos, además de una copia y certificándolo con acuse de recibo).
- Por cualquiera de los restantes medios establecidos en el art. 38.4 de la Ley 30/1992 (BOE nº 285, de 27 de noviembre).

Lista de órganos competentes de las CCAA donde se solicita la calificación de minusvalía:

- En Andalucía:** Consejería de Asuntos Sociales
- En Aragón:** Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales
- En Asturias:** Consejería de Asuntos Sociales
- En Baleares:** Consellería de Bienestar Social
- En Canarias:** Consejería de Servicios Sociales, Empleo y Asuntos Sociales.
- En Cantabria:** Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales
- En Castilla-La Mancha:** Consejería de Bienestar Social
- En Castilla y León:** Consejería de Sanidad y Bienestar Social
- En Cataluña:** Departament Benestar Social
- En Extremadura:** Consejería de Bienestar Social
- En Galicia:** Consellería de Sanidad y Servicios Sociales
- En La Rioja:** Consejería de Salud y Servicios Sociales
- En Madrid:** Consejería de Servicios Sociales
- En Murcia:** Consejería de Trabajo y Política Social
- En Navarra:** Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud
- En el País Vasco:** Departamento de Justicia, Empleo y Asuntos Sociales
- En Valencia:** Consellería de Bienestar social

Documentos que es preciso presentar

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado (Contiene nombre y apellidos del interesado y, en su caso, de la persona que lo represente, domicilio, fecha y firma).

- Original o fotocopia compulsada del D.N.I. del interesado o del Libro de Familia. En caso de ser extranjero, tarjeta de residencia.
- Original o fotocopia compulsada del D.N.I. del representante legal (padre, madre, tutor), en su caso, y del documento acreditativo de la representación legal (si se tratara de un menor y le representa su padre o madre, basta con el Libro de Familia).
- Original o fotocopias compulsadas de todos los informes médicos y psicológicos de que se disponga y donde consten el diagnóstico y las secuelas tras la aplicación de medidas terapéuticas (en el caso de un niño, es recomendable aportar también todos los informes de profesionales que le dispensen atención temprana de que se disponga, si ya se le presta dicha atención).

Trámites

- Presentación de la solicitud y documentación citada en el punto anterior.
- Citación para reconocimiento.
- Emisión de dictamen técnico-facultativo.
- Resolución, que es notificada en el domicilio del interesado.

La duración de todos los trámites suele ser de unos tres meses pero el reconocimiento del grado de minusvalía se entiende producido en la fecha de presentación de la solicitud (art. 10.2 del Real Decreto 1971/1999). La normativa autonómica (citada al final de este apartado 3) establece el plazo máximo para dictar la resolución (que es de tres meses, salvo en Aragón, Castilla-La Mancha y Valencia donde dicho plazo es de seis meses), transcurrido el cual, la solicitud podrá entenderse desestimada y podrá recurrirse conforme al punto 4 de esta nota, sin perjuicio de la obligación de resolver que tiene la Administración conforme al art. 42.1 LRJPAC. En aquellas CCAA que no han dictado normativa de desarrollo el plazo es de tres meses.

Cómo afrontar la cita de reconocimiento

Al acudir a la cita es conveniente tener presente las siguientes cuestiones:

Tres profesionales: El niño o adulto y/o el familiar u otra persona que le acompañe van a entrevistarse con tres profesionales de la Administración: médico, psicólogo y trabajador social.

Aplicación sistemática de los baremos: Al hacer la revisión los profesionales están obligados a aplicar los baremos incluidos en los 4 anexos del Real Decreto 1971/1999.

Anexo 1 A que sirve para determinar la discapacidad y que consta de unas 200 páginas. El índice de este anexo es el siguiente:

Capítulo 1. Normas generales

Capítulo 2. Sistema musculoesquelético

Capítulo 3. Sistema nervioso

Capítulo 4. Aparato respiratorio

Capítulo 5. Sistema cardiovascular

Capítulo 6. Sistema hematopoyético

Capítulo 7. Aparato digestivo

Capítulo 8. Aparato genitourinario

Capítulo 9. Sistema endocrino

Capítulo 10. Piel y anejos

Capítulo 11. Neoplasias

Capítulo 12. Aparato visual

Capítulo 13. Oído, garganta y estructuras relacionadas

Capítulo 14. Lenguaje

Capítulo 15. Retraso mental

Capítulo 16. Enfermedad mental

Anexo 1 B que se refiere a factores sociales (ingresos de la familia, dificultades familiares, desempleo, y otros factores culturales o sociales que puedan existir como por ejemplo la falta de recursos sanitarios en la zona en que se viva).

Anexo 2 que contiene el baremo para determinar la necesidad de asistencia de otra persona para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y que sólo se aplica a los mayores de dieciocho años. Se trata de un cuestionario de autonomía.

Anexo 3 que contiene el baremo para determinar la existencia de dificultades para utilizar transportes colectivos a efectos de la prestación económica.

Para la determinación del grado de minusvalía, el porcentaje obtenido en la valoración de la discapacidad (conforme al Anexo 1 A) se modificará, en su caso, con la adición de la puntuación obtenida en el baremo de factores sociales complementarios (Anexo 1 B) y sin que esta pueda sobrepasar los 15 puntos. El porcentaje mínimo de discapacidad sobre el que se podrá aplicar el baremo de factores sociales complementarios no podrá ser inferior al 25 por 100.

Es preciso resaltar que el Anexo 2 relativo a las AVD no se aplica a los menores de dieciocho años, puesto que se utiliza únicamente a los efectos de los artículos 148 y 186 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), es decir a los efectos de reunir los requisitos para una pensión no contributiva de invalidez o una prestación familiar por hijo a cargo de cuantía superior, reservada a minusválidos mayores de dieciocho años, con un porcentaje igual o superior al 75 por 100, y que como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida diaria, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Desde el movimiento asociativo se ha criticado duramente esta discriminación de los menores de dieciocho años respecto a la aplicación de este baremo y las prestaciones que nacen de su aplicación, puesto que la dificultad en la realización de actividades de la vida diaria no comienza a los dieciocho años, sino cuando la discapacidad aparece, que puede ser mucho antes, incluso en el nacimiento.

El Anexo 3 relativo a dificultades de movilidad y transporte si se aplica a las personas con discapacidad.

Revisión de grado de minusvalía

Según el artículo 11 del Real Decreto, el grado de minusvalía será objeto de revisión en los siguientes casos:

- Cuando la Administración prevea una mejoría razonable de las circunstancias que dieron lugar a su reconocimiento, debiendo fijarse el plazo en que deba efectuarse dicha revisión (en estos casos la calificación se

da con carácter temporal, siempre lo hacen así en las resoluciones relativas a niños).

- En todos los demás casos, no se podrá instar la revisión del grado por agravamiento o mejoría, hasta que, al menos, haya transcurrido un plazo mínimo de dos años desde la fecha en que se dictó la resolución, excepto en los casos en que se acredite suficientemente error de diagnóstico o se hayan producido cambios sustanciales en las circunstancias que dieron lugar al reconocimiento de grado, en que no será preciso agotar el plazo mínimo.

En cuanto a dónde solicitar la revisión, documentos que hay que presentar, trámites y como afrontar la cita de reconocimiento, sirven las indicaciones facilitadas en los puntos anteriores, teniendo bien presente que es muy importante acreditar mediante informes médicos, psicológicos, de atención temprana, u otros de que se disponga, el agravamiento que se alegue.

Pensiones, subsidios y otras ayudas dinerarias.

Es preciso informarse bien en nuestro Centro Base o en los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma y Ayuntamiento. Si podemos elegir entre dos que sean incompatibles hay que tener en cuenta la cuantía, el número de mensualidades, las ventajas que conllevan, etc.

Excedencia y cotización efectiva

El artículo 180 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social tal y como ha quedado redactado por la ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social reconoce a las personas que estén dadas de alta en la Seguridad Social el derecho a que el primer año de excedencia con reserva de puesto de trabajo (dentro del período de excedencia que los trabajadores, de acuerdo con el Estatuto de los Trabajadores disfruten en razón del cuidado de cada hijo, natural o adoptado, o de menor acogido con carácter permanente o preadoptivo, o por cuidado de otros familiares) tenga la consideración de período de cotización efectiva, a efectos de las correspondientes prestaciones de la Seguridad Social por jubilación, incapacidad permanente, muerte o supervivencia y maternidad.

El período considerado como de cotización efectiva tendrá una duración de 15 meses si la unidad familiar de la que forma parte el menor en razón de cuyo cuidado se solicita la excedencia tiene la consideración de familia numerosa categoría general, o de 18 meses si tiene la de categoría especial.

Asignación económica por hijo a cargo

Haremos referencia únicamente a la asignación por hijo a cargo afectado de minusvalía. Esta prestación viene regulada en los artículos 180 a 184 y 189 a 190 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RDL 1/1994 de 20 de junio), modificada por la Ley 52/2003, de 10 de diciembre y por el Real Decreto 356/1991, de 15 de marzo. Desde el 1 de enero de 2004 tiene una sola modalidad, no contributiva.

Se entiende por hijo a cargo aquel que viva con el beneficiario y a sus expensas. Se entiende que la separación transitoria, motivada por razón de estudios, trabajo, tratamiento médico, rehabilitación u otras causas similares no rompe la convivencia entre padres e hijos. No se pierde la condición de hijo a cargo por el mero hecho de que el hijo realice un trabajo lucrativo, por cuenta propia o ajena, siempre que continúe conviviendo con el beneficiario de la prestación y que los ingresos anuales del causante (es decir, del hijo) en concepto de rendimientos del trabajo no superen el 75 por ciento del salario mínimo interprofesional en cómputo anual.

En aras de una mayor claridad vamos a distinguir los supuestos en que el hijo a cargo sea menor de dieciocho años de aquellos supuestos en que sea mayor de esta edad.

Hijo menor de dieciocho años

La prestación consiste en una asignación económica, por cada hijo, cualquiera que sea la naturaleza legal de la filiación de estos (matrimonial o no, biológico o adoptado) menor de dieciocho años y afectado por una minusvalía igual o superior al 33 por 100. También se concede por los menores acogidos, en acogimiento familiar, permanente o preadoptivo. La cuantía de la asignación se actualiza mediante la Ley de Presupuestos Generales del Estado. La cuantía no aumenta con el porcentaje de la calificación legal de minusvalía. Se tiene derecho a la asignación con independencia de los recursos económicos de que disponga la familia. El pago es semestral por semestre vencido y lo efectúa la Tesorería General de la Seguridad Social.

Tienen derecho a la asignación económica el padre o la madre del niño afectado de minusvalía, que reúnan los siguientes requisitos:

- Deben residir legalmente en territorio español.
- Tener a cargo un hijo o acogido minusválido menor de dieciocho años.

- No tener derecho, ni el padre ni la madre, a prestaciones de esta misma naturaleza en cualquier otro régimen público de protección social.

Si tanto el padre como la madre reúnen los requisitos para ser beneficiarios de la prestación, sólo se reconocerá a favor de uno de ellos determinado de común acuerdo (se presumirá que existe acuerdo cuando la asignación económica se solicite por uno de los padres.) Si no existiera acuerdo entre los padres se determinará conforme a las reglas establecidas en el Código Civil en cuanto a la patria potestad.

En los casos de separación judicial o divorcio, el derecho al percibo de la asignación se conservará para el padre o la madre por los hijos que tengan a su cargo, aunque se trate de persona distinta a aquella que la tenía reconocida antes de producirse la separación judicial o divorcio.

También tendrán derecho a la asignación que, en su caso y en razón de ellos, hubiera correspondido a sus padres, aquellos huérfanos de padre y madre, menores de dieciocho años y minusválidos, sean o no pensionistas de orfandad del sistema de la Seguridad Social. El mismo criterio se aplica para los niños que hayan sido abandonados por sus padres, siempre que no se encuentren en régimen de acogimiento familiar, permanente o preadoptivo.

Incompatibilidades:

Además de los supuestos en que tanto el padre como la madre reúnen los requisitos para ser beneficiarios que se resuelven como hemos visto anteriormente, la asignación por hijo a cargo será incompatible con la percepción, por parte del padre o la madre, de cualquier otra prestación análoga establecida en los restantes regímenes públicos de protección social.

Hijo mayor de dieciocho años

La prestación consiste en una asignación económica, por cada hijo, cualquiera que sea la naturaleza legal de la filiación de estos (matrimonial o no, biológico o adoptado) mayor de dieciocho años y afectado por una minusvalía igual o superior al 65 por 100. Téngase en cuenta que al cumplir el hijo los dieciocho años, si el porcentaje de minusvalía es inferior al 65 % (según el criterio de la Administración) deja de percibirse la asignación que se percibía antes de cumplir esa edad. En esta etapa si aumenta la cuantía de la asignación económica con el porcentaje de la calificación de minusvalía. Las cuantías de la asignación se actualizan mediante la Ley de Presupuestos Generales del Estado.

Téngase en cuenta que el Anexo II del Real Decreto 1971/1999 contiene el baremo para determinar la necesidad de asistencia de tercera persona y que dicho baremo sólo se aplica por los equipos de valoración a partir de que el afectado de minusvalía cumple los dieciocho años, edad a partir de la cual se conceden prestaciones por esta circunstancia (como si antes de esta fecha la necesidad de asistencia de tercera persona no se diera).

Se tiene derecho a la asignación con independencia de los recursos económicos de que disponga la familia. El pago es mensual por mes vencido y lo efectúa la Tesorería General de la Seguridad Social.

Tienen derecho a la asignación económica el padre o la madre del hijo afectado de minusvalía, que reúnan los siguientes requisitos:

- Deben residir legalmente en territorio español.
- Tener a cargo un hijo minusválido mayor de dieciocho años y afectado por una minusvalía igual o superior al 65 por 100.
- No tener derecho, ni el padre ni la madre, a prestaciones de esta misma naturaleza en cualquier otro régimen público de protección social.

Si tanto el padre como la madre reúnen los requisitos para ser beneficiarios de la prestación, sólo se reconocerá a favor de uno de ellos determinado de común acuerdo (se presumirá que existe acuerdo cuando la asignación económica se solicite por uno de los padres.) Si no existiera acuerdo entre los padres se determinará conforme a las reglas establecidas en el Código Civil en cuanto a la patria potestad.

En los casos de separación judicial o divorcio, el derecho al percibo de la asignación se conservará para el padre o la madre por los hijos que tengan a su cargo, aunque se trate de persona distinta a aquella que la tenía reconocida antes de producirse la separación judicial o divorcio.

También tendrán derecho a la asignación que, en su caso y en razón de ellos, hubiera correspondido a sus padres, aquellos huérfanos de padre y madre, mayores de dieciocho años y minusválidos en un grado igual o superior al 65 por 100, que no sean pensionistas de orfandad del sistema de la Seguridad Social e incapacitados para todo trabajo. El mismo criterio se aplica para los hijos que hayan sido abandonados por sus padres, siempre que no se encuentren en régimen de acogimiento familiar, permanente o preadoptivo.

También serán beneficiarios de las asignaciones que en razón de ellos corresponderían a sus padres, los hijos minusválidos mayores de 18 años que no hayan sido incapacitados judicialmente y conserven su capacidad de obrar.

Incompatibilidades:

Además de los supuestos en que tanto el padre como la madre reúnen los requisitos para ser beneficiarios que se resuelven como hemos visto anteriormente, la asignación por hijo a cargo será incompatible con la percepción, por parte del padre o la madre, de cualquier otra prestación análoga establecida en los restantes regímenes públicos de protección social. Asimismo, la percepción de las asignaciones económicas por hijo minusválido a cargo, será incompatible con la condición, por parte del hijo minusválido, de pensionista de invalidez o jubilación en la modalidad no contributiva así como de pensionista de orfandad con 18 o más años e incapacitado para todo trabajo.

La incompatibilidad con la pensión de orfandad fue introducida por la ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social (BOE 11 diciembre 2003). Ante la protesta generalizada por la merma de recursos económicos para muchos discapacitados, el Gobierno rectificó mediante el Real Decreto 364/2004, de 5 de marzo, de mejora de las pensiones de orfandad a favor de minusválidos (BOE 6 marzo 2004), aumentando la pensión de orfandad en la cuantía del importe de la prestación familiar por hijo a cargo que corresponda al grado de minusvalía. Quien después del 1 de enero de 2004 hubiera optado por la prestación familiar por hijo a cargo tiene derecho a volver a optar a favor de la pensión de orfandad con efectos desde la fecha del hecho causante.

Efectos:

Solicitada la prestación familiar por hijo a cargo, la Seguridad Social viene reconociendo el derecho a la asignación económica a partir del día primero del trimestre natural inmediatamente siguiente al de presentación de la solicitud (en aplicación del artículo 13 del RD 356/1991, pero cabe pedir al hacer la solicitud que los efectos de tal reconocimiento se produzcan a partir de los tres meses anteriores a la fecha en que se presente la correspondiente solicitud (al amparo del art.43 LSS).

Prestación por nacimiento o adopción de un tercer o sucesivos hijos

Quienes tengan dos o más hijos tendrán derecho, con motivo del nacimiento o la adopción en España de un nuevo hijo, a una prestación económica del sistema de la Seguridad Social (art. 185 LGSS según la redacción dada por la

Ley 52/2003 de 10 de diciembre). Serán tenidos en cuenta, para el cómputo del tercer o sucesivo hijo, todos los hijos, con independencia de su filiación, comunes o no comunes, que convivan en la unidad familiar y estén a cargo de los padres. También tendrán derecho a la prestación quienes, con independencia del número de hijos, lleguen a tener, con motivo del nacimiento o la adopción, tres o más hijos. A efectos del cómputo del número de hijos para ser beneficiario de esta prestación, los hijos afectados por una minusvalía igual o superior al 33 por ciento computarán doble.

Beneficios fiscales

Buena parte de la normativa fiscal contempla beneficios fiscales destinados a las personas con discapacidad que han obtenido el reconocimiento legal de minusvalía. Como veremos, unas veces se exigen porcentajes de un 33 por 100 y otras de un 65 por 100, hecho que determina que los contribuyentes con discapacidad y sus familias aspiren a porcentajes altos en el reconocimiento de grado de minusvalía.

Estudiaremos cada impuesto, con los beneficios fiscales para las persona con discapacidad que contempla la normativa que lo regula.

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF)

En el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (en adelante IRPF) se tienen en cuenta las circunstancias personales y familiares puesto que se trata de un impuesto de carácter personal y directo. En el IRPF, las personas físicas pagamos un impuesto al Estado por las rentas que obtenemos como tales personas físicas.

Estudiaremos la normativa vigente con las novedades a partir del ejercicio 2006, cuya declaración se presentará a partir de la primavera de 2007. Las referencias a artículos se hacen al texto refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas aprobado mediante Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo (BOE 10 marzo 2004).

Es importante destacar que a efectos del IRPF, tienen la consideración de discapacitados los contribuyentes que acrediten mediante el certificado de reconocimiento de minusvalía, un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100. También se considera acreditado un grado de minusvalía del 33 por 100 en el caso de los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez y en el caso

de los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

Igualmente, se considerará acreditado un grado de minusvalía igual o superior al 65 por 100 cuando se trate de minusválidos cuya incapacidad sea declarada judicialmente, aunque no alcance dicho grado en la resolución administrativa del reconocimiento de grado de minusvalía (art. 58.6 texto refundido LIRPF).

(ANEXO 1)

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS DE INVALIDEZ [Actualización 2010]

El Estado a través de la Seguridad Social garantiza a las personas comprendidas en su campo de aplicación, por realizar una actividad profesional contributiva o por cumplir los requisitos exigidos en la modalidad no contributiva, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que se contemplan en la Ley General de la Seguridad Social.

La Pensión no Contributiva de Invalidez asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una Pensión Contributiva.

De conformidad con la Ley 8/2005, de 6 de junio, para compatibilizar las pensiones de invalidez en su modalidad no contributiva con el trabajo remunerado, en el caso de personas que con anterioridad al inicio de una actividad lucrativa vinieran percibiendo PNC de Invalidez, durante los cuatro años siguientes al inicio de la actividad, la suma de la cuantía de la pensión de invalidez y de los ingresos obtenidos por la actividad desarrollada no podrán ser superiores, en cómputo anual, al importe, también en cómputo anual, del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) vigente en cada momento. En caso de exceder de dicha cuantía, se minorará el importe de la pensión en el 50 por 100 del exceso sin que, en ningún caso, la suma de la pensión y de los ingresos pueda superar 1,5 veces el IPREM.

Pueden ser beneficiarios de la PNC de Invalidez los ciudadanos españoles y nacionales de otros países, con residencia legal en España que cumplen los siguientes **requisitos**:

1. Carecer de ingresos suficientes.

Existe carencia cuando las rentas o ingresos de que se disponga, en cómputo anual para 2010, sean inferiores a 4.755,80 € anuales.

No obstante, si son inferiores a 4.755,80 € anuales y se convive con familiares, únicamente se cumple el requisito cuando la suma de las rentas o ingresos anuales de todos los miembros de su Unidad Económica de Convivencia, sean inferiores a las cuantías que se recogen a continuación:

a. Convivencia sólo con su cónyuge y/o parientes consanguíneos de segundo grado:

Nº de convivientes = 2 8.084,86 €/año

Nº de convivientes = 3 11.413,92 €/año

Nº de convivientes = 4 14.742,98 €/año

b. Si entre los parientes consanguíneos con los que convive se encuentra alguno de sus padres o hijos:

Nº de convivientes = 2 20.212,15 €/año

Nº de convivientes = 3 28.534,80 €/año

Nº de convivientes = 4 36.857,45 €/año

2. Específicos de la propia Pensión no Contributiva de Invalidez

- Edad: Tener dieciocho o más años y menos de sesenta y cinco.
- Residencia: Residir en territorio español y haberlo hecho durante un período de cinco años, de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.
- Discapacidad: Grado de minusvalía igual o superior al 65%.

El derecho a Pensión no Contributiva de Invalidez no impide el ejercicio de aquellas actividades laborales, sean o no lucrativas, compatibles con la discapacidad del pensionista y que no representen un cambio en su capacidad real para el trabajo.

La Pensión no Contributiva de Invalidez es incompatible con la PNC de Jubilación, con las Pensiones Asistenciales (PAS) y con los Subsidios de Garantía de Ingresos Mínimos y por Ayuda de Tercera Persona de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), así como con la condición de causante de la Asignación Familiar por Hijo a Cargo con Discapacidad.

De acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional decimosexta de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, desde el 1 de enero de 2007, de la cuantía de la pensión íntegra calculada en cómputo anual, se deducirán las rentas o ingresos del pensionista que excedan del 25% del importe íntegro de la pensión, es decir, de 1.188,95 € anuales.

Si el pensionista cuenta con rentas propias inferiores a 1.188,95 € en el año 2010, no verá reducida la cuantía de su pensión por tal causa.

Por otra parte, si el pensionista contase con rentas propias superiores a 1.188,95 € en el año 2010, sólo le será reducida su pensión por los ingresos que excedan de 1.188,95 €.

Actualización de las pensiones para 2010

La Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010 y el Real Decreto 2007/2009, de 23 de diciembre, sobre revalorización de las pensiones del sistema de la Seguridad Social y de otras prestaciones sociales públicas para el ejercicio 2010, establece la revalorización de las pensiones de la Seguridad Social en su modalidad contributiva y no contributiva para dicho año, así como la de otras prestaciones de protección social pública.

Las PNCs experimentan un incremento del 1% quedando su cuantía fijada en 4.755,80 € íntegros anuales, que se abona en 12 mensualidades más dos pagas extraordinarias al año, por lo que se actualiza la cuantía de ingresos suficientes que limita el acceso y mantenimiento del derecho a las mismas.

La cuantía individual actualizada para cada pensionista se establece, a partir del citado importe, en función de sus rentas personales y/o de las de su unidad económica de convivencia, no pudiendo ser la cuantía inferior a la mínima del 25% de la establecida.

Los pensionistas de PNC de invalidez cuyo grado de minusvalía/discapacidad sea igual o superior al 75% y acrediten la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, percibirán además un complemento del 50% de los 4.755,80 € anuales, fijado en 2.377,90 € anuales.

Las cuantías básicas para 2010 son las siguientes:

Cuantías básicas para el 2010		
Cuantía	ANUAL	MENSUAL
Íntegra	4.755,80 €	339,70 €
Mínima 25%	1.188,95 €	84,93 €
Íntegra más Incremento 50%	7.133,70 €	509,55 €

Cuando dentro de una misma familia conviva más de un beneficiario de pensión no contributiva, la cuantía individual para cada uno de ellos es la siguiente:

Más de un beneficiario

NºBeneficiarios	Anual	Mensual
2	4.042,43€	288,75€
3	3.804,64€	271,76€

Regularización para los ya pensionistas en 2009 y revisión de las pensiones

En el capítulo III del Título IV de la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2010, relativo a la revalorización y modificación de los valores de las pensiones públicas, se establece un incremento de las mismas para el año 2010 de un 1%, lo que garantiza el poder adquisitivo de los pensionistas.

El uso adecuado de los recursos públicos debe quedar garantizado, por ello los pensionistas están obligados a:

- Comunicar al Organismo que gestiona su pensión las variaciones en su convivencia, estado civil, residencia, recursos económicos propios y/o familiares, y cuantas otras puedan tener incidencia en la conservación del derecho o en la cuantía de su pensión.
- Presentar anualmente declaración de sus rentas o ingresos y de los de su unidad familiar de convivencia en impreso-formulario que a ese fin se le remita por el Organismo Gestor de su pensión.

Conforme a los datos declarados por los pensionistas y los disponibles por la Administración se procede a la regularización de los importes percibidos en 2009 y se establece el importe de la pensión a percibir en el año 2010, si la revisión diera lugar a la modificación de la cuantía actualizada inicialmente.

Los importes que resulten indebidamente percibidos por el incumplimiento de las citadas obligaciones tienen que ser devueltos por sus perceptores.

A su vez, las Administraciones Públicas tienen el deber y el derecho de establecer los mecanismos de control oportunos para evitar cualquier utilización indebida de las prestaciones sociales; controles que se efectúan tanto con ca-

rácter previo al reconocimiento de la pensión como con posterioridad periódica y anualmente.

El Registro de Prestaciones Sociales Públicas en el que se inscriben todas las pensiones públicas, incluida la PNC de Invalidez, es un instrumento básico de la gestión pública de protección social al posibilitar el seguimiento y control permanente del derecho a las prestaciones y sus percepciones.

El derecho a seguir percibiendo una Pensión no Contributiva de Invalidez se extingue cuando se deja de reunir alguno de los requisitos exigidos para su reconocimiento.

La solicitud de PNC podrá presentarse en las oficinas de los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, del IMSERSO o en cualquier otra de la Seguridad Social

(ANEXO 2)

Prestación económica por hijo o menor acogido a cargo.

Causantes / Beneficiarios

Hijo o menor acogido a cargo

Se considera “hijo o menor acogido a cargo” a aquél que conviva y dependa económicamente del beneficiario.

Se entiende, salvo prueba en contrario, que *existe dependencia económica* cuando el hijo o el menor acogido conviva con el beneficiario. No rompe la convivencia la separación transitoria motivada por razón de estudios, trabajo de los progenitores, adoptantes o acogedores, tratamiento médico, rehabilitación u otras causas similares.

El causante no perderá la condición de hijo o de menor acogido a cargo por el mero hecho de realizar un trabajo lucrativo, por cuenta ajena o propia, siempre que continúe conviviendo con el beneficiario de la prestación y que los ingresos percibidos por aquél en concepto de rendimientos del trabajo no superen el 100% del SMI vigente en cada momento, en cómputo anual.

- *Se considera que el hijo o el menor acogido “no está a cargo” del beneficiario:*
 - Si las rentas percibidas por su trabajo o por una prestación sustitutiva del salario superan el 100% del SMI citado anteriormente.
 - Cuando sea perceptor de una pensión contributiva, a cargo de un régimen público de protección social español o extranjero, distinta de la pensión de orfandad o de la pensión en favor de familiares de nietos y hermanos.

Beneficiarios

Tendrán derecho a la asignación económica por hijo o menor acogido *los progenitores, adoptantes o acogedores* siempre que:

- *Residan legalmente en territorio español.* Se considera cumplida esta condición en el supuesto de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español, que se encuentren en situación asimilada a la de alta y coticen en el correspondiente régimen de Seguridad Social español.

No se considerará interrumpida la residencia por las ausencias del territorio español inferiores a 90 días a lo largo de cada año natural, ni cuando la ausencia esté motivada por causas de enfermedad debidamente justificadas.

- *Tengan a su cargo hijos o menores acogidos, menores de 18 años o mayores afectados por una discapacidad en un grado igual o superior al 65% y residentes en territorio español.* Se considera cumplido este requisito respecto de los hijos o menores acogidos que acompañen en sus desplazamientos a los trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio nacional.
- *No tengan derecho a prestaciones de esta misma naturaleza* en cualquier otro régimen público de protección social.
- *No perciban ingresos anuales*, de cualquier naturaleza, superiores a 11.264,01 euros. Dicha cuantía se incrementa en un 15% por cada hijo o menor acogido a cargo, a partir del segundo, incluido éste. No se exige límite de ingresos para el reconocimiento de la condición de beneficiario de la asignación por hijo o menor acogido a cargo minusválido.

Cuando se trate de familias numerosas, los ingresos anuales no serán superiores a 16.953,05 euros, en los supuestos en que concurren 3 hijos a cargo, incrementándose en 2.745,93 euros por cada hijo a cargo a partir del cuarto, incluido éste.

En el supuesto de convivencia de los progenitores o de los adoptantes, si la suma de ingresos de ambos superase el límite indicado, no se reconoce la condición de beneficiario a ninguno de ellos. Igual regla se aplicará en los supuestos en que el acogimiento familiar, permanente o preadoptivo, se haya constituido por dos personas que formen una misma unidad familiar.

- No obstante, también pueden ser beneficiarios *quienes perciban ingresos anuales*, por cualquier naturaleza, *que superando los importes indicados* en los párrafos anteriores, sean inferiores a la cuantía que resulte de sumar a dicha cifra el producto de multiplicar el importe anual de la asignación por hijo o menor acogido por el número de hijos o menores acogidos a cargo de los beneficiarios.

Otros beneficiarios

- *Los huérfanos de ambos progenitores o adoptantes, menores de 18 años o discapacitados en un grado igual o superior al 65%.*

- Quienes no sean huérfanos y hayan sido *abandonados* por sus progenitores o adoptantes, siempre que no se encuentren en régimen de acogimiento familiar, permanente o preadoptivo, y reúnan los requisitos de edad o minusvalía del punto anterior.
- Cuando se trate de menores no discapacitados, huérfanos o abandonados, será requisito indispensable que sus ingresos anuales, incluida, en su caso, la pensión de orfandad o la pensión en favor de familiares, no superen el límite de ingresos establecido.
- *Los hijos discapacitados mayores de 18 años que no hayan sido incapacitados judicialmente* y conserven su capacidad de obrar (lo que se presume cuando no se acredite dicha incapacidad judicial), son beneficiarios de las asignaciones que, en razón de ellos, correspondería a sus progenitores o adoptantes, previa presentación de solicitud al efecto y con audiencia de aquéllos.

Determinación del sujeto beneficiario

En los casos de convivencia familiar:

Si en ambos progenitores o adoptantes o, en su caso, en quienes hubiesen acogido al menor, concurren las circunstancias necesarias para ser beneficiarios por un mismo causante, será beneficiario:

- Uno de ellos, *de común acuerdo*. Se presume que existe éste, cuando la prestación se solicite por uno de los beneficiarios.
- *Si no existe acuerdo*, lo que deberá comunicarse de forma expresa al INSS, se aplicarán las reglas que, en cuanto a la patria potestad y guarda, establece el Código Civil. En este supuesto, el INSS dictará resolución mediante la cual y previo reconocimiento, en su caso, del derecho al percibo de la prestación, se suspenderá el abono en tanto no recaiga la oportuna resolución judicial.

En los casos de separación judicial, nulidad o divorcio:

Será beneficiario *quien tenga a su cargo al hijo o menor acogido*, aunque se trate de persona distinta a aquélla que tenía reconocida la prestación antes de producirse la separación judicial, la nulidad o el divorcio, siempre que sus ingresos no superen los límites de ingresos anuales establecidos para ser beneficiario.

No obstante, cuando concurren en ambos progenitores, adoptantes o acogedores las circunstancias para ser beneficiarios, la prestación se reconocerá:

- A uno solo de aquéllos, determinado de común acuerdo. Se presume que existe éste cuando la prestación se solicite por uno de los dos.
- A falta de acuerdo y de previsión judicial expresa, será beneficiario aquél a quien se conceda la custodia del hijo o menor.
- Cuando por resolución judicial se hubiera acordado el ejercicio compartido de la guarda y custodia, la prestación se reconocerá, previa solicitud, a cada uno de ellos en proporción al tiempo en que le haya sido reconocida la custodia del hijo o menor.

Lo dispuesto en este apartado será de aplicación en los supuestos de ruptura de una unidad familiar basada en una análoga relación de afectividad a la conyugal.

En los casos de huérfanos de ambos progenitores o adoptantes y de quienes, no siendo huérfanos, hayan sido abandonados por aquéllos:

- La asignación se hará efectiva a los representantes legales o a quienes tengan a su cargo al menor o discapacitado “incapacitado judicialmente”, en tanto cumplan con la obligación de mantenerlo y educarlo.
- En otro caso, se abonará al propio huérfano o abandonado.

Rentas o ingresos computables

Para acreditar el requisito relativo al límite de ingresos, se tendrán en cuenta los rendimientos del trabajo, del capital, de las actividades económicas, así como cualesquiera bienes y derechos de naturaleza prestacional y los que se consideren como tales, de conformidad con las reglas siguientes:

- Los ingresos se computarán en su valor bruto, excepto los procedentes de actividades económicas realizadas por cuenta propia, que se computarán en su valor neto, al que se añadirá el importe de las cotizaciones sociales.
- Cuando se trate de rendimientos del capital mobiliario, sólo se computarán los intereses u otra clase de rendimientos obtenidos por el beneficiario, pero no el capital en sí mismo.

- Cuando el beneficiario disponga de bienes inmuebles arrendados, se tendrán en cuenta sus rendimientos, determinados conforme a lo dispuesto en el texto refundido de la Ley del IRPF , aprobado por RD Legislativo 3/2004, de 5 de marzo. Si los inmuebles no estuvieran arrendados, los ingresos se valorarán según las normas establecidas para la imputación de rentas inmobiliarias por el citado texto refundido.
- No se computarán las rentas exentas a las que se refieren los párrafos a), b), c), d), e), i), j), n), o), q), r), s) y t) del artículo 7 del texto refundido de la Ley del IRPF , así como las prestaciones familiares recogidas en el párrafo h) del citado artículo, ni el importe del complemento por tercera persona, en el supuesto de pensiones de gran invalidez.
- *Para el cómputo de los ingresos*, se tendrán en cuenta los obtenidos por los beneficiarios durante el ejercicio anterior a la solicitud.
- *En el caso de menores abandonados o huérfanos de ambos progenitores*, siempre que no se encuentren en régimen de acogimiento familiar, permanente o preadoptivo, se computarán exclusivamente los ingresos que aquéllos perciban.
- *En los casos de convivencia de ambos progenitores, adoptantes o acogedores*, los ingresos anuales de ambos se computan conjuntamente. A tales efectos, se presume la existencia de convivencia entre cónyuges, salvo prueba en contrario, y no se reputará en ningún caso como falta de convivencia la separación transitoria y circunstancial por razón de trabajo u otras causas análogas.
- *En los casos de convivencia con un solo progenitor o adoptante*, debido al fallecimiento de uno de ellos o a una nulidad matrimonial, separación judicial o divorcio, no se tendrán en cuenta los ingresos de los hijos a cargo que perciba el beneficiario en cuanto representante legal de éstos y que provengan de la pensión de orfandad y de la pensión en favor de familiares.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

ALONSO GARCÍA B. El trabajo de los discapacitados. Revista Española de Derecho del Trabajo, n.100, 2000, pp. 205 y ss.

CASADO MARIN D, LOPEZ I CASASNOVAS G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales Núm. 6. Fundación La Caixa.

- EGEA GARCIA C, SARABIA SANCHEZ A. Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad dentro de su Colección Documentos con el número 58/2001. Madrid, 2001.
- GARCIA HERRERO G. Los Servicios Sociales, la autonomía personal y la protección a las personas mayores en situación de dependencia. Edit. Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Alcorcón y Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. Madrid, 2005.
- GARCIA HERRERO G. Reflexiones sobre la futura Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Marzo 2006. Dep. Legal CR-128-2006.
- GARCIA VALVERDE MD. El Trabajo y la Protección Social de las Personas con Discapacidad. <http://www.geriatrianet.com>. vol.5, nº2, año 2003.
- GARCÍA VALVERDE MD. La cuantía de las prestaciones en el sistema de Seguridad Social español. Comares, Granada, 2003.
- LÓPEZ GANDÍA J. Las reformas legislativas en materia de Seguridad Social. Tirant lo Blanch, Valencia, 2002, pp.89 y 90.
- MALDONADO MOLINA JA. El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro. Tirant lo Blanch, Valencia, 2003 pp.29 y ss.
- MARTÍN VALVERDE A, GARCÍA MURCIA J. Tratado Práctico de Derecho del Trabajo y Seguridad Social. Aranzadi, Pamplona, 2002, pp.233.
- MONEREO PÉREZ JL, MOLINA NAVARRETE C. El derecho a la protección de las personas con minusvalías (art.49). En VV. AA., Comentario a la Constitución Socio-Económica de España. Comares, Granada, 2002, pp.1755 y ss.
- PEREZ ORTIZ L. Nuevas y viejas formas de envejecer. Universidad Autónoma de Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- PUIG DE LA BELLACASA R. La discapacidad y la rehabilitación en Juan Luis Vives. Homo homini par. Edit. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos nº 37/93. Madrid, 1993.

- QUEREJETA GONZALEZ M. Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Red Española de Colaboración con la OMS para el estudio de la Discapacidad (RECEDIS). Guipúzcoa, 2003
- RIVERA SAGANTA J. El seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el Estado de Bienestar. Foro de Seguridad Social, n.5, 2001, pp.35 y ss.
- SÁNCHEZ-CERVERA SENRA JM, SÁNCHEZ-CERVERA VALDÉS JM. Los trabajadores discapacitados. CISS, Valencia, 2000., pp.46 a 47. y pp. 103 a 133.
- TRIGUEROS I, MONDRAGON J. Manual de Ayuda a Domicilio. Formación teórico-práctica. Edit. Siglo XXI de España Editores. Madrid 2002
- TUSET DEL PINO P. La contratación de trabajadores minusválidos. Aranzadi, Pamplona, 2000, pp.132 y ss.
- ÜSTÜN TB et al. Disability and Culture: Universalism and Diversity, publicado por la Organización Mundial de la Salud y Hogrefe & Huber Publishers. 2001.
- VAZQUEZ GUZMAN JF. La discapacidad. Colección Guía para padres. Area de Bienestar Social y Relaciones Ciudadanas. Ayuntamiento de Málaga.
- VILLA GIL LE, DE LA, SAGARDOY BENGOCHEA JA. El derecho al trabajo de los minusválidos. Revista de Trabajo, n.79, 1985.
- VV.AA. Aportaciones de la ASANEC al Libro Blanco de la Dependencia. Edit. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Málaga, 2006.
- Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Ministerio de Trabajo. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Familias y Discapacidad. IMSERSO
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. IMSERSO. Madrid, 1997
- Guía sobre Violencia y Mujer con Discapacidad. Proyecto METIS, Iniciativa DAFNE.
- INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Ley 51/2003, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU).

OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.

Plan de Acción para Mujeres con Discapacidad 2007, elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre sobre el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

I Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad 2005-2008. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. CERMI.

Resolución de 4 de febrero 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, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. BOE nº 62. 12 de marzo de 2010.

<http://www.geriatrianet.com>

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

<http://www.seg-social.es/>

<http://www.imsersodependencia.csic.es/>

<http://segg.es>

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Autora:

YOLANDA GÓMEZ NARVÁEZ

Tema 0

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Procesos de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos y cambios sociales

1.1 Cambios físicos

- 0.1.1 Sistema músculo-esquelético
- 0.1.2 Cambios en el sistema cardiovascular
- 0.1.3 Cambios en la sangre y sistema inmunitario
- 0.1.4 Sistema respiratorio
- 0.1.5 Cambios en el sistema gastrointestinal
- 0.1.6 Cambios en el sistema renal
- 0.1.7 Cambios en el sistema nervioso
- 0.1.8 Cambios en el sistema endocrino y reproductor
- 0.1.9 Cambios en el sistema tegumentario: piel, pelo y uñas
- 0.1.10 Cambios estructurales con consecuencias fisiológicas y/o fisiopatológicas.
Composición corporal

0.2 Cambios psíquicos

- 0.2.1 Modificación de las funciones cognitivas

0.3 Cambios sociales

- 0.3.1 Cambio en el rol individual
- 0.3.2 Cambio de rol en la comunidad

El Proceso de Envejecimiento. Participación en la Atención Sanitaria para Personas Dependientes en el Ámbito Socio-sanitario. Importancia del Cuidado a Personas y sus Familiares. Humanización de los Cuidados. Comunicación. Importancia del Cuidado en Pacientes con Demencias. Familia y Discapacidad. Seguridad del paciente (Higiene de Manos) Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

PROCESO DE ENVEJECER: CAMBIOS FÍSICOS, CAMBIOS PSÍQUICOS, CAMBIOS SOCIALES

0.1 Cambios físicos

Con el paso del tiempo en los sistemas y aparatos que componen el organismo se producen una serie de modificaciones, que afectan tanto a la estructura como a la función corporal.

Hay una serie de modificaciones que podemos considerar globales o generales:

1. Tendencia a la atrofia: Es observable por:

- a) disminución del peso y volumen en los órganos
- b) disminución del contenido hídrico,
- c) aumento de tejido conectivo y
- d) reducción de la vascularización capilar.

2. Disminución de la eficacia funcional

- a) A nivel celular se produce:
 - Un descenso del número de células, que en el caso de algunos sistemas, como el nervioso, se considera que puede producirse en un rango de pérdida de unas 100.000 por día. Aunque este valor pueda parecer muy grande, hay que indicar que el número aproximado de neuronas que puede contener el sistema nervioso central es de billones.

- Un aumento del tamaño celular, la pérdida de elementos celulares provoca un intento de contrarrestar la carencia mediante el crecimiento de las células restantes. Por otro lado, las células hipertrofiadas suelen presentar dentro del tejido una distribución menos regular.

b) A nivel tisular:

- Los tejidos que pierden células no recambiables suplen la pérdida incrementando el tejido de relleno, el tejido conectivo ocupa espacios que ahora son no funcionales.

0.1.1 Sistema musculoesquelético

0.1.1.1 Articulaciones

- Cambios macroscópicos a nivel del cartílago articular. Cambia la proporción de sus componentes, aumentando la rigidez del colágeno. Así se observa:

a) fibrosis local periférica,

b) pérdida de elasticidad y

c) artrosis en el 80% de mayores de 55 años, en los que se pueden apreciar cambios radiológicos debido a:

a) Desciende el riego sanguíneo del hueso subcondral

- Menor remodelación ósea

- Cambios en la geometría de la articulación

- Cambios en la distribución de las fuerzas en la articulación

b) Microfracturas en el hueso subcondral

• Articulaciones vertebrales

Las articulaciones vertebrales sufren una serie de cambios a nivel del disco intervertebral que van a causar una serie de transformaciones físicas:

- Aumento de la densidad por pérdida de agua, se vuelve más duro, consistente y delgado. Estos cambios determinan:

- Disminuye la estatura: $\frac{1}{4}$ parte de la longitud de la columna vertebral es discal.

- **Disminuye la flexibilidad del raquis.**

- La atrofia de los discos, juntamente con la artrosis a nivel articular en las vértebras, produce el desplazamiento de las apófisis espinosas hacia arriba dando una línea media espinal más huesuda.

- **Articulaciones de los miembros**

Las articulaciones del miembro superior son las que presentan menos alteraciones, se mantiene la envergadura de los brazos que sirve para estimar la estatura de la persona.

Las articulaciones del miembro inferior son las que soportan mayor presión y desgaste, y por lo tanto mayores cambios. Esta zona, menos resistente por sí misma, se torna más frágil y quebradiza, lo que explica las frecuentes fracturas de cuello y trocánter en la ancianidad.

Con el envejecimiento, la pérdida de fuerza en los músculos y ligamentos dan lugar a un pie plano con un giro hacia afuera (valgus) y los centros de presión se desplazan al borde interno del pie, los arcos de la bóveda plantar se desequilibran dando lugar a la aparición de callosidades y a la dificultad en el equilibrio corporal, la alineación y la marcha.

0.1.1.2 Huesos

- Pérdida de masa ósea: Disminución del peso del esqueleto con la edad.
- Desmineralización: Mineral y matriz orgánica.
- Osteoporosis.
- Adelgazamiento de las trabéculas en el hueso esponjoso. Trama ósea más delgada.
- Aumento de las lagunas de reabsorción y aumento de esponjosidad en las zonas del endostio en el hueso compacto.

- **Sexo y diferencias raciales:**

Las mujeres pierden, en 30 años, el 25% unos 700 gramos de los 3000 de su esqueleto

Los hombres pierden 12% unos 450 gramos de sus 4000 de esqueleto

La razón de pérdida Mujeres/Hombres es de 3:2

Las mujeres de raza negra presentan una pérdida inferior, de carácter genético

Consecuencias derivadas de las alteraciones osteoarticulares

1. Modificaciones de la silueta:

- Disminución de estatura: 1 cm/10 años al disminuir la longitud de la columna vertebral.
- Cambios en la curvatura de la columna: Cifosis torácica:
- Aumenta el diámetro anteroposterior.
- Disminuye el diámetro transversal.
- Cambios en los planos corporales: Inclinación de los planos:
- Plano frontal hacia delante.
- Plano sagital hacia abajo.
- Plano transversal hacia delante.
- Desplazamiento del centro de gravedad del ombligo a la sínfisis púbica.
- Flexión de caderas y de rodillas.
- Inclinación de la cabeza.
- Modificación del triángulo de sustentación: Hacia el arco interno del pie.

0.1.1.3 Músculos

- Descenso en el número de fibras musculares.
- Aumento extracelular de líquido intersticial, grasa y colágeno.
- Densidad de capilares por unidad motora disminuidos.
- A nivel celular hay un intenso depósito de lipofuscina.

Función

- Pérdida gradual de fuerza muscular.
- Prolongación del tiempo de contracción y de relajación.
- Descenso en el desarrollo máximo de tensión.

0.1.2 Cambios en el sistema cardiovascular

Cambios anatómicos

a) Cambios anatómicos cardíacos

- Hipertrofia miocárdica.
- Áreas de fibrosis y aumento del contenido de colágeno endocárdico.
- Reducción del número de fibras miocárdicas e hipertrofia de las residuales.
- Fibras musculares con incremento de lipofuscina.
- Engrosamiento y rigidez de las válvulas cardíacas.
- Disminución del número de células del sistema de conducción.

b) Cambios anatómicos vasculares

- Las paredes arteriales se hacen más rígidas.
- Incremento de la relación colágeno/elastina de aorta y grandes vasos.
- Disminución de la elasticidad de las fibras colágenas.
- Membrana basal endotelial engrosada.

0.1.2.Cambios funcionales

- Disminución del gasto cardíaco (1% /Año) en respuesta al estrés o ejercicio. El gasto cardíaco disminuye con la edad, a los 70 años es inferior en un 25% que a los 20.

- Disminución de la frecuencia cardíaca en respuesta al estrés o ejercicio. La menor capacidad de respuesta del sistema simpático explica la reacción alterada del corazón al ejercicio.
- Disminución del flujo sanguíneo coronario.
- Aumenta la duración de la contracción ventricular con la edad.
- Tono vasomotor disminuye.
- Respuesta menor a la estimulación beta-adrenérgica.
- Aumento de la resistencia periférica (1%/Año). Disminución de la cantidad de elastina y de músculo liso en las paredes arteriales, las paredes se hacen más rígidas.
- Aumento de la presión arterial, mayor en la sistólica.
- Aumento de la velocidad de la onda de pulso

0.1.3 Cambios en la sangre y sistema inmunitario

Prácticamente no hay cambios en la sangre y sus componentes con la edad. A pesar del descenso en la masa celular activa del organismo, el volumen sanguíneo no disminuye.

Aunque la anemia en los ancianos es frecuente, no parece ser consecuencia del envejecimiento normal sino más bien de una respuesta al estrés, que con muy poca probabilidad originaría un problema hematológico en el joven. En los neutrófilos de ancianos y jóvenes la secreción enzimática basal es la misma, pero tras la exposición a agentes estimulantes, la velocidad y cantidad total de enzimas liberadas está claramente reducida en el anciano.

La determinación de los efectos de la edad sobre la función inmunitaria es difícil de precisar debido a que existen demasiados factores individuales y externos, aparte de la edad, que son muy influyentes, como la nutrición, la contaminación ambiental, las enfermedades previas, las influencias de los sistemas endocrino y nervioso, etc.