

10. UN MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CONTRUCCIÓN.

María Amparo Barrachina Hueso y José Vicente
Pérez Cosín (Universitat de València).

INTRODUCCIÓN

El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD), en la línea de los sistemas de protección social Europeos, ha modificado la tipificación como modelo Mediterráneo del Estado de Bienestar Español, llegando a asemejarse más al modelo continental, tal y como refleja el Informe del Gobierno para la evaluación de LAPAD de 2011.

El mentado cambio de modelo tiene su raíz en una concepción política de ciudadanía, es decir, de los derechos y obligaciones que se adquieren por pertenencia a un Estado. Tal posicionamiento entronca ideológicamente desde los valores de igualdad y diversidad; de diversidad, de situaciones de salud, físicas, emocionales, sociales, económicas que pueden llevar a situaciones de necesidad, concretamente llamadas por el sistema a situaciones de dependencia; Y de igualdad, y hacia la igualdad de oportunidades para desarrollarse en ciertos ámbitos vitales (de autocuidados, cuidados, económicos o de consumo e incluso laborales), a la atención de las necesidades individuales en un territorio concreto.

Dentro de la presente comunicación se realiza una breve reflexión sobre la aplicación de la ley promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD) y el sistema desplegado, basándonos en las evidencias que nos proporcionan las bases de datos cuantitativos secundarios, como es, el sistema de información de Sistema de promoción de la Autonomía

Personal y Atención a las situaciones de Dependencia (SISAAD). Tomamos como datos cualitativos el análisis del discurso de los artículos periodísticos sobre el sistema, que se dan en la actualidad y que encontramos en los medios de comunicación de masas. La complementariedad de ambos métodos cuantitativo y cualitativo nos conduce a unos resultados que nos llevan a la reflexión.

Nuestra finalidad es contribuir con los resultados de nuestro análisis a la mejor comprensión de la realidad de la atención de las personas en situación de dependencia, especialmente en la Comunitat Valenciana.

LA LEY COMO COMIENZO DEL RECONOCIMIENTO DE VALORES SOCIALES

Entre las características, referidas en el capítulo preliminar de la LAPAD, destacan la universalidad de acceso de todas las personas, el mantenimiento de las personas en su entorno y la valoración de las necesidades de forma individualizada para garantizar la igualdad real.

Sin embargo el desarrollo del SAAD, especialmente en la Comunitat Valenciana, ha vulnerado esos tres principios de la LAPAD, debido tanto a las incompatibilidades desarrolladas normativamente dentro del catálogo de prestaciones y servicios, como por el sistema de copago y por los servicios desarrollados dentro del SAAD.

A continuación describimos la importancia de la propia ley marco para la sociedad que se rige por ella, que supone el cambio de modelo en la concepción y en los valores sujetos al cuidado de las personas en situación de dependencia, especialmente de los mayores y posteriormente el impacto económico que se deriva desde el nivel individual, al social y político el nuevo sistema de protección social. (Pérez cosin, Navarro Peralta, & Barrachina Hueso, 2011)

LA NORMA COMO SUJECCIÓN DEL INDIVIDUO AL ESTADO.

Desde el 2006, que se promulgó la Ley se ha ido poniendo en marcha un sistema de bienestar y protección social que reconoce la asistencia por parte del Estado central de aquellos ciudadanos que se adhieran al derecho subjetivo de atención a las personas en situación de dependencia, así como la promoción de su autonomía personal. Tal hecho legal, marca un cambio de modelo, se pasa de una perspectiva asistencialista o e incluso benefactora de la atención a este colectivo, (desdibujado por las diferentes etiquetas regidas por diferentes criterios: discapacitados, mayores, enfermos mentales...) a una atención de raíz legal, es decir, se clasifican dentro de una categoría según un baremo objetivado y reglamentado legalmente. Esta inclusión en los sistemas de protección social, como derecho, activa para la Administración/es (Gobierno central y de las Comunidades Autónomas) los mecanismos de obligatoriedad de acción (atención y promoción), dando a los ciudadanos la posibilidad de ser reconocidos/etiquetados como personas en situación de dependencia; y una vez clasificados como tales (o como cuidadores de ellos) la derivación de ciertos derechos de atención.

Tal nueva sujeción y control de la vida de los ciudadanos españoles (con más de 5 años de residencia, mayores de tres años...), "el individuo institucionalizado" significa o debería significar un aumento en la igualdad, y de justicia social; así como la aceptación que hay personas que sufren situaciones de discapacidad (en terminología legal) o que existe una diversidad funcional (según el foro de vida independiente) entre sus ciudadanos que

crea desigualdad, siendo el Estado el garante de esa igualdad en cuanto a bienestar (entendemos bienestar como el producido a través de la situación del cuidado en las ABVD como de promoción de la autonomía personal.)

En resumen, la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia haya tomado un corpus legal e institucional debería garantizar la reducción de la desigualdad social derivada de las situaciones de dependencia, que ayuda al desarrollo pleno de las personas, de sus capacidades y sus deseos mayor que el modelo anterior.

SOLIDARIDAD ORGÁNICA Y SENTIMIENTO DE COMUNIDAD

El desarrollo de este "nuevo" modelo no deshace todas formas de funcionar anteriores en este ámbito, pero sí las sobredimensiona, o de alguna manera las globaliza.

El concepto de reciprocidad y de comunidad cambia, la reciprocidad en el modelo familiarista o mediterráneo, pasa por una relación de intergeneracionalidad derivada de unos lazos familiares, que extienden el tipo de relación desde la redistribución económica entre sus miembros, hasta los cuidados y la reproducción de la mano de obra (Rodríguez Cabrero, 2004). Se da una distribución de roles diferenciador entre género, siendo la capacidad económica de los mayores varones mayor que el de las mujeres y las mujeres realizando mayores acciones de cuidados hacia su marido y hacia los nietos en el caso de haberlos –remitimos al lector a los datos sobre cuidadores de la EDAD-08.

Al entrar en un sistema de bienestar el tema de los cuidados, el tipo de solidaridad por la cual estos se realizan cambia sus características, la principal es la ruptura de la obligación familiar. No queremos decir que la familia no tenga la obligación moral, e incluso penal si se encuentra una situación grave dejación de la persona dependiente; sino que es la Administración la que debe *ir garantizando* –por que está en construcción- la provisión de cuidados –de una forma u otra: prestaciones económicas

vinculadas (...) para su adquisición en el mercado o el reconocimiento de los servicios dentro de la familia, los servicios públicos,...-. En segundo lugar modifica el cariz intergeneracional, este también sobrepasa los límites de la familia, aunque cada vez más distintas generaciones conviven en una misma residencia, pero se impulsa a un nivel societal vía impuestos y recursos de asistencia comunes. Son las instituciones que derivan de los acuerdos políticos y legales, las que marcan la solidaridad hacia quién. Entonces a la pregunta ¿Se plantean las instituciones políticas que es importante el mantenimiento de la solidaridad pero en términos de sociedad? La respuesta claramente es afirmativa, cuando se revisa bibliografía sobre envejecimiento, especialmente sobre envejecimiento activo, recordemos que el 77,7 % de personas atendidas por el SAAD son mayores de 65 años. En este caso la relación de solidaridad parece, en los programas desarrollados por las diferentes instituciones públicas y privadas de ámbito europeo y nacional, que deben pasar por que el reconocimiento más allá de los lazos familiares de las personas mayores y la juventud, principalmente y después con otros grupos de edad. (Pinazo Herandis, 2011). *"Promover actividades que sirvan para luchar contra la discriminación por razón de edad, superar los estereotipos relacionados con la edad y eliminar barreras, en particular por lo que respecta a la empleabilidad."* (IMSERSO, 2009) Es uno de los objetivos del año europeo del envejecimiento activo. Es decir, la función de los programas intergeneracionales es dar a conocer cuáles son las características especialmente el de los mayores de 65 años, eliminar los estereotipos asociados a aspectos negativos, por su condición de clase pasiva, que recibe del Estado, mientras las otras contribuyen, con muchas enfermedades y que utilizan más los recursos públicos, y la cercanía a la muerte. El explicar qué funciones pueden desarrollar y desarrollan socialmente que benefician al conjunto se apunta como la finalidad última y latente de estos programas intergeneracionales. Así pues, dichas actuaciones promovidas por las instituciones parecen buscar un sentimiento de comunidad entre los ciudadanos de distintas edades, de forma que la legalidad y la diferencia de trato que de ella se deriva puede hacer peligrar en cierta manera

esa solidaridad y cohesión social y por tanto la paz social.

Llama la atención que no se realicen estas experiencias con otros colectivos que arrastran también estereotipos negativos y que se asocian al sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia, siendo que en otros momentos sí que se ha realizado por ejemplo en cuanto a la interculturalidad...

EL CÓMO SE COSTEA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

"1. Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal. 2. La capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas. (...) 4. Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos." (LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia., 2006)

Es en este momento cuando se desea incluir la perspectiva socioeconómica o de producción y gasto para el análisis de proceso de construcción del SAAD. Este sistema de protección realiza una redistribución de los recursos producidos por el sistema productivo por medio de la recaudación de impuestos. El sistema vela por la cobertura de unas necesidades mediante la dotación de unos servicios que cubran unas necesidades especificadas por el poder legislativo mediante un baremo (dividido en Grados y Niveles de dependencia).

La financiación de estos servicios y prestaciones pasa por los presupuestos generales del Estado (al igual que el sistema sanitario y el educativo) y el copago en la medida de las posibilidades económicas de los usuarios, al margen de la familia. La medida de la capacidad económica del/la beneficiario/a al margen de la familia, marca un principio claro

de distanciamiento del Modelo familiarista o mediterráneo, o benefactor (¿Cuántas trabajadoras sociales han tenido que preguntar si era posible la atención por parte de los familiares por carecer de medios públicos para hacer frente a la ayuda demandada por un ciudadano?).

La distinción entre los grados y niveles de atención debería garantizar una atención más personalizada, no solo por la mayor medida de la situación de dependencia en cuanto a poder levantarse de la cama o vestirse, por ejemplo, sino también en el trato económico de los beneficiarios. Pues esta opción da más posibilidades de atención a la diversidad de las situaciones de necesidad económica, para poder optar por los servicios para paliar las situaciones de dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además, debemos recordar el binomio discapacidad-pobreza que se hace trinomio cuando nos abrimos a la perspectiva de género: mujer-discapacidad-pobreza. Si el posicionamiento del sistema nace para aumentar la justicia social y la igualdad entre los ciudadanos en situación de dependencia, la orientación a la diversidad y al mayor conocimiento y posibilidades de atención debería ser una máxima en la construcción del mismo.

LOS DATOS DEL SISAAD

La propia ley marco refleja la creación de un sistema de información. Este sistema debería permitir y garantizar *"la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas, así como la compatibilidad y articulación entre los distintos sistemas"* (LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia., 2006) Art. 37.1. Sobre este punto volveremos al reflexionar sobre la guerra de cifras y de "problemas informáticos", a continuación se refleja los datos ofrecidos por las estadísticas oficiales del Ministerio.

DATOS DEL ESTADO ESPAÑOL

En este apartado reflejamos de dos formas los datos, en primer lugar, de una forma transversal se

ofrecen los datos de gestión a 1 de junio de 2012. Pasando por último a presentar la situación valenciana frente a la media española en los indicadores del procedimiento.

Solicitudes y ...

Territorio

Así pues la información incorporada al SISAD muestra que sobre el nº de solicitudes realizadas un total de 1.630.720 el 25,43% corresponde a Andalucía 17,23% a Catalunya y de lejos le sigue la Comunidad de Madrid con 9,86%. Estos datos no dejan ver con claridad la realidad de las solicitudes, por ello se ofrecen las solicitudes en relación a la población de las comunidades autónomas (CC. AA.). El nº de de solicitudes en relación a la población alcanza su máximo en Andalucía (4,92%) y la Rioja (4,49%), y su mínimo en Canarias (1,81%), Comunidad Valenciana (2%), Baleares (2,21%), Ceuta y Melilla (2,38%), la Comunidad de Madrid (2,48%) y Navarra (2,73%).

Recordamos al lector que el peso específico de Andalucía respecto a la población total española es del 17,85%, el de la Rioja es un 0,68%, el de Canarias un 4,61% el de Comunidad Valenciana un 3,84% y el de la Comunidad de Madrid un 13,75%. Según las solicitudes registradas por población y las diferencias del peso específico de las comunidades autónomas respecto al total español podría alguien decir que el pensamiento de los andaluces sobre su situación de dependencia es mayor que el de los valencianos o el de los canarios.

Por lo tanto, la cuestión la situamos en evidenciar, ¿qué factores inciden en el nº de solicitudes registradas en cada territorio?... ¿tendrá algo que ver el desarrollo normativo de cada comunidad o la expectativa de la realidad de la cobertura?... ¿Cuáles son los factores desincentivadores de la demanda de solicitud de valoración?... ¿tiene que ver el modelo de valoración y atención de cada comunidad autónoma?

Sexo y Edad

El 65% del total son mujeres y por grupos de edad el 51,69% son de 80 y más años, seguidos con un 26,01% del grupo entre 65 a 79 años, el resto de grupos de edad presentan un porcentaje siempre menor al 7%. En resumen el 77,7% de las solicitudes registradas en el SISAAD a fecha 1 de junio de 2012 han sido presentadas por la población mayor.

Personas dependientes, o más concretamente hablamos de mujeres mayores en situación de dependencia. Existen diferencias que afectan al modo de envejecer de hombres y de mujeres y estas crean desigualdad social que se refleja en el propio sistema, al menos en cuanto a la solicitud.

Dictámenes

Los dictámenes son las resoluciones que se dan en cuanto a grado y nivel de dependencia y su lectura se realiza en relación al número de solicitudes, pero también al número de prestaciones a las que da derecho el grado y nivel asignado.

Respecto al total de la población española se han resuelto el 93,23% de las solicitudes de valoración, con diferencias entre territorios. Con un 99,99% de dictámenes encontramos a La Rioja, muy seguida (y llama la atención) de la Comunitat Valenciana con un 99,11% de dictámenes. En la franja del 97,67% hasta la media española se sitúan las comunidades de Navarra, Ceuta y Melilla, Cantabria, Comunidad de Madrid, Castilla y León, Castilla la Mancha, Aragón. Las demás se sitúan por debajo de la media. A destacar el caso de Canarias como el que se aleja más de la media 70,62% de dictámenes frente a las solicitudes.

Respecto al número dictámenes positivos en este sistema en construcción, es decir, a cuántas personas se les reconoce un grado y nivel de dependencia que genera el derecho a obtener una prestación, la media española es del 67,65%. Las comunidades autónomas que se sitúan por encima de la media española, son Canarias, con un 80,43% (51,52% -41,44% del total de dictámenes han sido clasificados como Grandes dependientes y solo el

1,35% -8,88% del total han sido valorados con G1 N2). Galicia con un 77,22% cuya tendencia es la misma que en el caso anterior, pero la diferencia entre los dictámenes de grado 1 y grado 2 es menor. Los casos más alejados por debajo de la media española son Ceuta y Melilla con 57,2% total de personas beneficiarias con derecho a prestación siendo los dictámenes de grado 2 los de mayor peso específico, seguida de la Rioja con una distribución similar en cuanto a grados y niveles y la comunidad foral de Navarra en este último caso llama la atención el peso específico de la valoración del grado 2 en los dictámenes llegando a alcanzar del total de dictámenes el 50,97%.

Debemos recordar que en la diferenciación entre grados y niveles no solo influye el tipo de prestación o servicio que va a recibir el beneficiario sino también el tipo de financiación y la cuantía económica para sufragar los servicios o prestaciones. Sobre los dictámenes en relación a las comunidades autónomas, lo más llamativo es la diferencia entre la media española y los extremos especialmente por debajo de la tabla. Respecto a la media española de 3,22 % de dictámenes respecto a la población de las comunidades autónomas la variabilidad por arriba es 1,32% mientras que la variabilidad por debajo es decir de aquellas comunidades autónomas que no llegan a la media la diferencia es de 1,78%, siendo el caso de Canarias y de la Comunitat Valenciana de 1,28%. Una vez tratada la dispersión con respecto a la media pasamos a los grados y niveles reconocidos. De 100% de dictámenes en el ámbito territorial el 25% corresponden a Andalucía 17,67% a Cataluña; Ceuta y Melilla 0,24% y la Rioja 0,95%.

El grado y nivel con mayor peso porcentual es el grado 2 nivel 1 con un 18,14% de la media española. Posteriormente, el grado 3 con nivel 16,61% siendo llamativo el sin grado que supone el 16,04%. El territorio que más dictámenes tiene sin grado es Ceuta y Melilla con 27,95 seguido de la Rioja con un 24,05% el principado de Asturias con 21,14 seguida por la comunidad de Madrid 20,94. Las comunidades autónomas que menos porcentaje de dictámenes sin grado ofrecen son con un

9,42% la región de Murcia, seguida con 9,49% de Galicia y un 9,83% de Canarias.

Si agrupamos los dictámenes solo de grado dejando de lado el nivel tenemos que para el grado 3 la media española se situaría en un 27,21% mientras que para el grado también sin niveles se alcanzarían el 30,36%. Respecto al grado 1 hablaríamos del 36,29% del total de dictámenes.

Prestaciones

El ratio español de prestaciones por persona beneficiaria asciende a una prestación con 24. Siendo las únicas comunidades que tienen un ratio de una prestación por usuario Aragón y Canarias. Por debajo de la media española se sitúan en orden de menos a más el principado de Asturias, Extremadura, Cantabria, Galicia. Aquellos territorios que están por encima de la media son: la Rioja con 1 prestación con 45, Andalucía con 1 prestación con 37, Castilla la Mancha con 1 con 35 y comunidad de Madrid y Castilla y León con 1 con 26.

Deteniéndonos en las prestaciones existen varios territorios en los cuales no se dan el servicio de ayuda a domicilio (SAD) estas son Aragón, Illes Balears y Canarias, Comunitat Valenciana y la región de Murcia; las tres primeras tampoco ofrecen el servicio de teleasistencia.

Del catálogo de prestaciones se observa en los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que los servicios de prevención de la dependencia y prevención de la autonomía personal solo representan el 2% del total de prestaciones dadas, siendo las comunidades autónomas que más los proveen Ceuta y Melilla con un 9,97%, Castilla y León con un 9,68% de su total de prestaciones dadas. Seguida de la Rioja con 5,83%, Madrid con un 5,64% y la región de Murcia con un 3,19%. Ya por debajo del 2% pero que si tiene algún valor positivo están Castilla La Mancha, Extremadura, Cataluña, Galicia, Comunitat Valenciana, Navarra y Canarias.

Un dato que llama la atención a las prestaciones económicas vinculadas al servicio, las cuales suponen

nen un 6,5% del total de prestaciones dadas es que Cantabria contabiliza 0% en este apartado y, Ceuta y Melilla 0,49. Las estadísticas no nos permiten saber a que tipo de servicio se vincula esta prestación (SAD, residencia, centro de día). Respecto a la prestación económica para la asistencia personal es el menos números, apenas supone el 0,9 % del total de prestaciones y el único territorio que se ve trabaja con esta prestación es el País Vasco.

La prestación que mayor peso específico tiene con un 45,16% es la prestación económica para los cuidados familiares. A la cabeza en su uso se encuentran las comunidades de Illes Balears, Murcia, Aragón, Cataluña que superan el 60% del total de prestaciones que se han otorgado en cada una. Mientras que muy por debajo de la media se encuentra la comunidad de Madrid con un 20,03% seguido de Castilla y León con un 32,77% y Galicia con un 38,37%. Por último destacar que la comunidad autónoma que más prestaciones para el servicio de centro de día/noche ha concedido respecto a su total de prestaciones ha sido Canaria y la que menos Navarra y Ceuta y Melilla. Respecto a la atención residencial la que más Comunitat Valenciana y la que menos Ceuta y Melilla Murcia y Andalucía. (Pérez cosin, Navarro Peralta, & Barrachina Hueso, 2011)

Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población

Las comunidades autónomas con un porcentaje mayor con personas beneficiarias con respecto a sus poblaciones son Andalucía, Castilla y León, La Rioja, Cantabria y las tres últimas son Canarias, Comunitat Valenciana y Illes Balears. En esta ocasión se ofrece el gráfico porque a nivel visual puede apreciarse cuatro estados diferenciados entre los territorios.

HISTÓRICO ACUMULADO

A continuación se ofrecen los mapas realizados por la asociación de directoras y gerentes de servicios sociales sobre el histórico acumulado. (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios

sociales, 2012), los cuales vienen a evidenciar lo hablado hasta el momento.

LA COMUNITAT VALENCIANA EN DATOS DEL SISAAD

En este apartado se comenta la especial situación de la Comunitat Valenciana teniendo como referencia la media española.

Titular y subtítulo de un artículo aparecido en prensa digital a fecha 26 de marzo de 2012:

"La red de servicios sociales valenciana es la peor de España. Un informe destaca las debilidades de la cobertura asistencial en la Comunidad Valenciana".

Está a la cola en dependencia, inversión, renta de inserción o marco normativo. Los servicios a la dependencia arrastran ocho meses de impagos" (El País, 2012)

Con la finalidad de una mejor visualización se presenta en forma de tabla el recorrido por los datos:

Ilustración 1: % de Beneficiarios sobre población sobre la media estatal

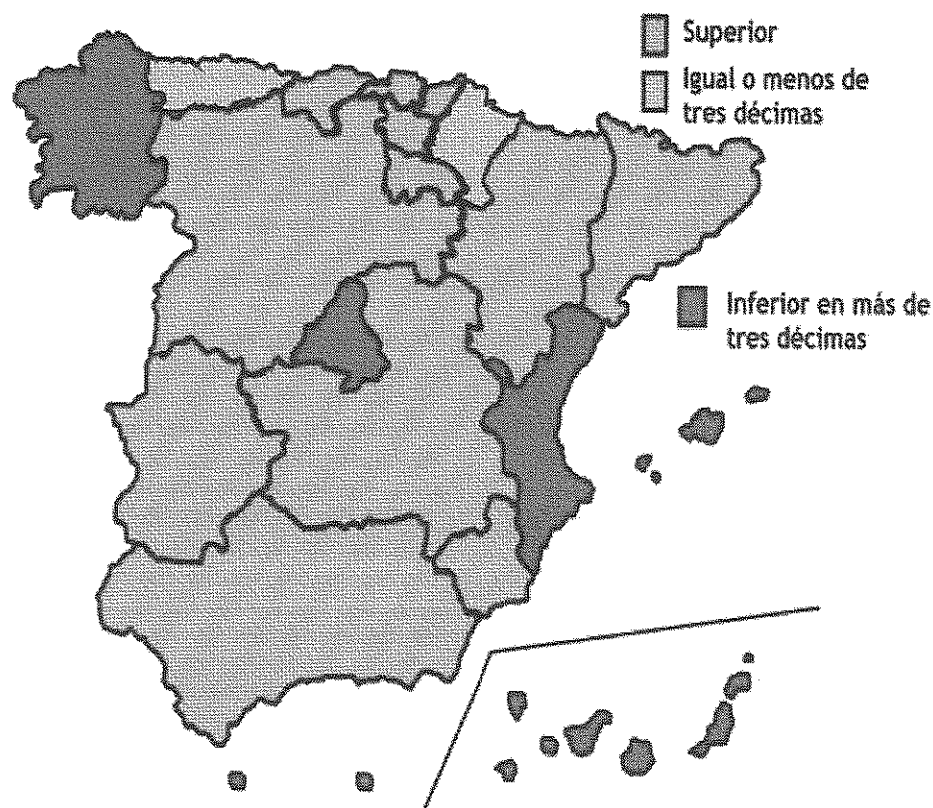


Tabla1 Comparación datos Media Española-Comunidad Valenciana.
Fuente SISAAD (IMSERSO).

	Media territorio español	Comunitat Valenciana
Solicitud en relación a la población de las comunidades autónomas	3.46%	2%
Dictámenes en relación a las CCAA	3.22%	1.98%
Grados y niveles	100%	6.67%
GIII n2	10.60%	10.73%
GIII N1	16.61%	16.30%
GII N2	12.22%	12.10%
GII N1	18.14%	17.86%
GI N2	11.08%	10.96%
GI N1	15.31%	14.69%
Sin grado	16.04%	17.35%
Personas beneficiarias y con prestaciones	758.364	42.926
Prevención, dependencia y promoción a punto personal	2%	0.65%
Teleasistencia	13.83%	16.64%
SAD	12.85%	0%
Centros día/noche	6.61%	6.36%
Atención residencial	12.95%	24.07%
P.E. vinculada al servicio	6.50%	7.43%
P.E. cuidados familiares	45.16%	44.76%
P.E. asistente personal	0.09%	0%
Ratio de prestaciones por persona beneficiaria	1.24%	1.20%
Perfil de persona beneficiaria con prestación sexo y edad	67% mujer 33% hombre 65 a 79 años: 20.90% 80 y mas años: 54%	
Personas beneficiarias en relación a la población CCAA	1.61%	0.84%
Datos sobre cuidadores no profesionales	178.321 obligatorios 1068 voluntarios	Obligatorio 15.924 Voluntarios 46

Elaboración propia.

Solicitudes

Desde el inicio del procedimiento, la Comunitat Valenciana se sitúa por debajo de la media española. El número de solicitudes apenas alcanza el 2% de la población de la Comunitat, ello nos lleva a la pregunta ¿Cuáles son las causas por las que la población de la Comunitat no solicita la valoración de la dependencia? ¿Qué factores juegan a nivel in-

dividual, familiar e incluso profesional para iniciar los trámites? ¿Son causas demográficas? Ya que se liga al factor edad, a más edad más dependencia y la pirámide poblacional valenciana está menos envejecida que la del resto de España. O más bien ¿tiene un cariz de no sentirse posible persona en situación de dependencia? Es decir, de no necesidad de uso del derecho. Otras razones pueden ser ¿los/as valencianos/as no conocen el derecho? O

¿no confían en la efectividad del mismo, es decir, no confían que después de realizar el procedimiento les vaya a reportar la atención? O pueden haber factores de desconocimiento ¿Conocen los procedimientos para realizar la solicitud? O no les gustan las opciones de cuidados que el sistema ofrece? ... datos posteriores tal vez apunten tendencias, aunque la mayoría de estas preguntas deberían contestarse mediante técnicas cualitativas que exceden el propósito de este artículo.

Dictámenes

Respecto al segundo paso, los dictámenes en referencia al total de la población. Puesto que las solicitudes estaban por debajo de la media, los dictámenes también deberían estarlo y lo están. Los datos estadísticos ofrecidos por el SISAAD indican que solo hay un 0.02% de solicitudes realizadas en la Comunitat Valenciana, que a fecha 1 de junio de 2012 no han recibido dictamen de grado y nivel. Mientras que en el caso de la media española la diferencia entre solicitudes y dictámenes en relación a la población alcanza el 0,24%, es superior la española a la valenciana, con lo que hay territorios en los que debe ser mayor la diferencia entre estos dos puntos del procedimiento de reconocimiento.

Dentro de los dictámenes pasamos a analizar los grados y niveles asignados. Cabe recordar al lector en este punto que al ser el SAAD un sistema de bienestar en construcción y que se encuentra en su fase de implantación mediante el reconocimiento de la atención a ciertos grado y niveles de dependencia y no otros (se reconoce a los Grados III y II completos). Los datos ofrecen el peso específico de cada grado y nivel dentro del total de dictámenes. Así pues, se observa que la distribución de española y la valenciana son muy afines, la variación es menor que un punto porcentual por arriba o por abajo en cualquiera de los casos con grado y nivel. Si se agregan por grado se observa que el grado con mayor peso es el de los valorados con Grado II (media española 30,39%, valenciana 29,96), pero en general casi todos los grados se quedan a menos de 5 puntos porcentuales de suponer un tercio de los valorados. En los casos de sin grado se advierte que la Comunitat Valenciana

ha valorado 1,31% más a personas que la media del territorio español.

Prestaciones

El tercer paso del procedimiento, es el de formas de atención a las situaciones de dependencia o de promoción de la autonomía personal, las dos vertientes del derecho. En primer lugar, el ratio de prestaciones por beneficiario/a del sistema es tan solo de 0,04% mayor en el territorio español que la Comunitat Valenciana. Cabe recordar que según el desarrollo normativo del sistema en la Comunitat es incompatible cualquier servicio o prestación con la recepción de otro servicio o prestación a excepción de la teleasistencia. Es decir, no es posible normativamente la recepción del SAD con el acudir a un centro de día (sea el acceso por medio de las plazas públicas o por medio de las prestaciones económicas vinculadas al servicio). Con lo cual ese más de una prestación por beneficiario debe surgir de la combinación de cualquiera de las prestaciones —a excepción de la Atención residencial, con la teleasistencia. Después de esta aclaración volvemos a los números.

Comenzamos la lectura por el porcentaje que suponen los servicios de prevención de dependencia. En el total Español es apenas del 2%, siendo solo inferior el peso específico de la P.E. para el Asistente personal con un 0,09%; en la Comunitat Valenciana ni siquiera se alcanzan estas cifras, en el primer caso representan un 0.65%, y en el segundo caso directamente es 0. Según el catálogo de servicios y prestaciones estas dos son las formas que el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia tiene, (de forma directa, luego veremos que existen otras combinaciones especialmente para casos algo más elevados de dependencia) para la promoción de la autonomía personal y el retraso de las situaciones de dependencia. Con lo que la tendencia tanto a nivel español como sobretodo valenciano es que el sistema se está construyendo hacia la dependencia, no en pro de la autonomía. Un contraargumento a esta afirmación podría ser que los grados y niveles reconocidos por el sistema hasta el momento son los de casos de dependencia

más grave y que por ello se dan estos datos, pero este argumento pierde peso en cuanto continuemos el análisis de los datos.

P.E. Cuidado Familiar

La prestación con mayor peso específico es la P.E. de cuidado familiar, en este caso también es mayor para la media española que en la Comunitat Valenciana una posible lectura sería, es que se está apostando en mayor medida en la Comunitat por un modelo que tienda a la atención profesional pero por un lado la diferencia es tan solo en un 0,4%, por otro supone el 44,76% de total de prestaciones del Sistema. Y por último solo es compatible con la Teleasistencia, con lo que las personas que son atendidas por los familiares en sus domicilios no tienen la posibilidad de acudir por ejemplo a un centro de día o de noche, donde poder realizar actividades de mantenimiento, rehabilitación, estimulación cognitiva... es decir, no pueden beneficiarse de programas diseñados por profesionales y desarrollados por ellos.

La ley prevé esta prestación "Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares." Art. 18. (LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia., 2006). ¿Realmente el sistema no tiene los suficientes recursos de SAD, Atención Residencial o Centros de día en el territorio de la Comunitat Valenciana para atender a los beneficiarios del sistema? ¿Se están siguiendo los criterios marcados por la ley marco?

Servicio de ayuda a domicilio (SAD)

Según los datos del SISAAD, se interpreta que en la Comunitat Valenciana no existe este servicio, que no se presta dentro del catálogo de servicios y prestaciones.

Realmente no existe como servicios público. Nota aclaratoria: cuando hablamos de servicio público hablamos de forma de acceso, es decir, que

la Consejería de Bienestar Social (órgano administrativo competente en esta materia), más allá de la propiedad o titularidad, vela por la forma de acceso y la posibilidad de uso del mismo. El control el precio que va a pagar el/la beneficiario/a de este servicio, en este caso no se resuelve en el PIA (Plan Individualizado de Atención) cuánto debe aportar la persona para recibir el servicio (gestione o no la administración pública y sea o no de su titularidad, ya que puede darse en forma de concierto como ocurre con los servicios de centro de día y atención residencial). A este servicio solo se puede acceder mediante el cajón "de sastrer" de la Prestación económica vinculada al servicio, por tanto en este apartado el SISAAD no lo contabiliza y en el de P.E. vinculada no es posible diferenciar con los datos ofrecidos que peso tiene este servicio frente a los otros susceptibles de adquirirse mediante la misma (Centro de día, Atención residencial, SAD).

A efectos prácticos, en la Comunitat Valenciana la Administración ha acreditado cierto número de empresas que pueden prestar el SAD, y sus servicios deben ser pagados por el usuario de los mismos a través de la cuantía estipulada para las PE vinculada al SAD. Quedando la diferencia entre el precio de mercado y la P.E. SAD como "copago" por parte del/la beneficiario/a. Con lo cual existe una parte de la población que debido a sus necesidades derivadas de la situación de dependencia que padece y valorada como tal queda excluida, en la Comunitat Valenciana de percibir este servicio, teniendo que optar por otros del catálogo, tal vez menos afines a sus gustos y necesidades.

¿Qué colectivo es el que más afectado se verá? Las mujeres ¿Por qué? Porque son las que mayoritariamente reciben las prestaciones del SAAD; en segundo lugar por que son el colectivo con menos recursos económicos, con lo cual al estar en precios de mercado les será más difícil afrontar el copago —la Administración no se asegura con este método el acceso al servicio—; y por último, porque son las cuidadoras por excelencia, ellas hacen las labores del SAD para sus maridos, pero cuando ellas están en situación de dependencia al ser mayoritariamente viudas y sus maridos mayores en edad (y a más edad más dependencia) acaban siendo las

hijas/nueras las que se encargan de las labores (se pueden consultar al respecto los datos de la EDAD-08) pero con la incorporación al mercado laboral de las mujeres, ¿hacia donde irá la tendencia para el cuidado de estas mujeres mayores en situación de dependencia, que con un SAD podrían permanecer en su domicilio en condiciones saludables?

En el caso español es el cuarto servicio más utilizado con un 12,85%, muy próximo a la atención residencial y a la teleasistencia.

Centros de día/noche

En primer lugar, no se tiene constancia de la puesta en marcha de centros de noche en la Comunitat Valenciana. En segundo lugar, solo representa el 6,36% de total de prestaciones en la Comunitat y el 6,61% de media en el resto, no hay una diferencia en su uso significativa. Y en tercer lugar, no hay una diferencia entre lo tipos de centros de día que distingue el catálogo.

¿Por qué un recurso de proximidad y profesional es uno de los menos utilizados? Podemos pensar en la dinámica de los centros de día como el de las escuelas de primaria en el sistema educativo. En estas se realizan actividades, en este caso de mantenimiento cognitivo, rehabilitación física y cognitiva, se fomenta la participación y la relación social, etc. Pero ¿cómo se llega y cómo se vuelve al domicilio de residencia? Existe el transporte adaptado pero, estamos hablando de personas en situación de dependencia para las ABVD e instrumentales ¿Cómo realiza las tareas de levantarse y de aseo antes de ir al centro si no hay nadie que pueda ayudarle en las mismas? ¿Quién le ayuda a mantener su casa en condiciones de salubridad? Bajo está lógica, parece probable que este recurso esté infrautilizado debido al sistema de incompatibilidades, pues si los datos de SISAAD muestra, que solo se dan 1,24 prestaciones por usuario y los usuarios del centro de día necesitarían dos, está claro que no se está apostando por el mantenimiento de las personas en situación de dependencia en su entorno atendidos por profesionales y que se tienda hacia la promoción de la autonomía personal.

Atención residencial

Es el tercer servicio en peso específico, y es mucho más importante su peso en la Comunitat Valenciana que en la de la media española. En esta última supone un 12,95 del total de prestaciones dadas, mientras que en la Comunitat alcanza el 24,07%.

Dos cosas a tener en cuenta, la primera la ofrece la tabla con los datos. El SAD supone de media en el territorio español un 12,85 que en la Comunitat es 0, ahí puede haber una transferencia. Por otra parte debería ser raro que se produjese entre estos dos servicios, por la lejanía de finalidad y valores que sustentan los mismos. Necesitaríamos ver la distribución de las prestaciones y servicios por grado y nivel de dependencia. Pues una de las hipótesis que nos surgen es justamente, que a nivel español, se aguanta con el SAD hasta que el nivel de dependencia es tan grande que se opta por la atención residencial, es decir por la institucionalización.

En segundo lugar, la tradición de conciertos de la Generalitat Valenciana con las empresas que gestionan y construyen centros residenciales, ha dado una disponibilidad bastante importante en cuanto a número de plazas de este servicio. El concierto llamado "plan Blasco" es un ejemplo de esta tradición valenciana. Tal "plan" consiste en la construcción y gestión por parte de empresas de centros residenciales con unas características que el propio plan exige, para su acreditación y concierto. Hablamos de la posibilidad de concierto de 10.000 plazas. Las condiciones eran que los centros residenciales al ser de nueva construcción con una serie de comodidades y características de accesibilidad que debían dotar a los centros de cierta calidad, además exigían un ratio de personal por usuario y otras condiciones parecidas. Por su parte la administración pública valenciana una vez acreditado y firmado el convenio se comprometió a cubrir el 33% de las plazas de dicho centro, con lo que en aquel momento se llamó "accesibilidad social". Además el contrato comprometía a la administración al concierto de más plazas en dichos centros

privados cuando los gestores públicos necesitaran más plazas de residencia.

En este momento la Administración valenciana ya ha desarrollado el tercer acuerdo de accesibilidad con estos operadores, pasando a ser estas plazas de acceso público (plazas públicas) es decir, la Administración mediante el PIA informa al usuario y a la empresa gestora de la cantidad de copago del beneficiario cubriendo el resto del pago la administración, tal y como ocurre en los centros de titularidad pública. Tal concierto exige a la Administración el deber moral cuanto menos con las empresas privadas de la cobertura de esas plazas, puesto que estas no pueden disponer de ella para ofrecerlas de una forma privada (para que puedan ser ocupadas por prestaciones económicas vinculadas al servicio o mediante el mercado privado).

En este caso ¿la oferta residencial ha condicionado la demanda de atención en residencia? ¿Se esta sobreutilizando el recurso de atención residencial respecto a su finalidad descrita en el catálogo de servicios? ¿Podría ser que con las combinaciones del SAD, Centro de día y teleasistencia disminuyese la atención residencial? ¿Se están vulnerando los principios rectores de la ley a este respecto?

Desde el grupo investigador pensamos, debido a la confluencia de los datos del SISAAD y al deseo expresado de las personas mayores en diferentes estudios (principalmente la EDAD-08) sobre las preferencias en los modos de atención, que sí ha influido la oferta residencial y el lobby empresarial de servicios a la dependencia (principalmente gestores y propietarios de residencias para mayores) en la utilización del servicio de atención residencial por parte de las personas en situación de dependencia. Los datos nos hacen pensar que se han sustituido los nombres del tipo de plazas que se ocupaban en los centros antes del SAAD (plazas de accesibilidad social y de bono-residencia) y que estos han pasado a formar parte del Sistema. Y que se ha dejado de lado el desarrollo de aquellos servicios que no se estaban prestando por parte de la administración autonómica (sí lo hacían algunas administraciones locales).

PRINCIPIOS RECTORES Y CONTESTACIÓN DE LA REALIDAD

Los principios de la ley: carácter público de las prestaciones del SAAD "*universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia en condiciones de igualdad efectiva*", atención de forma integral e integrada, transversalidad de las políticas de atención, valoración de las necesidades de las personas atendiendo a la equidad y garantizando la igualdad real, personalización de la atención especialmente de la situación de quienes tienen mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades, promoción de condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia consigan el mayor grado de autonomía posible, permanencia de la personas, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrolla su vida, inclusión de las perspectiva de género. Y los valores que subyacen se están viendo vulnerados por la forma en que se esta construyendo el sistema de la autonomía personal y atención a las persona en situación de dependencia. Comienza cuando hablamos de la norma como sujeción del individuo al estado.

El derecho también significa constricción en el sentido de aceptación del sistema del sistema impuesto y sus reglas, pero ocurre que cuando hablamos de situaciones de dependencia y las personas que las padecen las situaciones de vulnerabilidad frente al estado y frente a los otros agentes sociales, mercado y redes sociales, aumenta. El sistema como la norma indica debería garantizar en la realidad esa igualdad en la diversidad, pero parece por datos reflejados en el SISAAD que no ocurre así. La libertad de elección del beneficiario comienza por solicitar o no la valoración de la situación de dependencia y ya desde ese momento se ha visto diferencias territoriales.

Respecto a los cambios en las concepciones de cuidados y la dispensación de ellos tampoco se ha visto un cambio sustancial. Pues si el sistema tiende a la profesionalización de la atención, tiene a sobrepasar los lazos familiares para el cuidado dentro de sus principios.

La empírica muestra que esto no se ha conseguido pues el recurso del sistema más utilizado es la prestación económica vinculada al cuidado familiar. Además las solicitudes y dictámenes en relación a las comunidades autónomas apenas supone algo más del 3% en el territorio español, parece poca cobertura cuando hablamos de una población en proceso de envejecimiento y con una población femenina que tiende a incorporarse al mercado laboral.

Respecto a la colectivización de los costes de atención se observa que se tiende a "lo más barato" para la Administración, la prestación económica al cuidado familiar, la cual sin un control por parte de la trabajadora social puede quedar como la ayuda por necesidad de tercera persona ya existente; y además aunque la persona cuidadora percibe cierta retribución económica por el trabajo realizado esta adquiere menos derechos que si ese mismo trabajo lo realizase en una residencia, en un servicio de ayuda a domicilio o en un centro de día.

Es decir, si se tratase de una actividad profesional por parte de personal cualificado en la atención sociosanitaria (hablamos de una profesional por la feminización de los cuidados). Se mantiene entonces la importancia de la relación personal/familiar entre cuidador y cuidado, quedando como algo anecdótico el vínculo social (laboral, económico...) que se crearía en el caso que los cuidados proviniesen de cualquier otro servicio o prestación.

Respecto al catálogo, solo queda recoger la idea del SAD. Esta prevista por la Ley marco es que el SAD tiene dos vertientes en las que se da el servicio, es decir dos finalidades, el de cuidado y mantenimiento de las condiciones del hogar y de cuidados personales. La primera sería la limpieza de la casa y la segunda el apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estas últimas recogen desde el levantarse de la cama y acostarse, hasta el vestirse, la higiene y el arreglo personal diario...

En resumen, el mantenimiento de las condiciones higiénicas básicas para el domicilio y para la persona valorada en situación de dependencia.

¿Por qué su incompatibilidad con otros servicios como es el de la P.E al asistente personal cuya finalidad es promover la autonomía personal en los diferentes ámbitos sociales y económicos? O ¿con el centro de día de forma que se asegurara el mantenimiento de las capacidades físicas y cognitivas así como el mantenimiento y aumento de las relaciones sociales?. La ley dicta que no se pueden recibir dos prestaciones y servicios con la misma finalidad, pero en estos casos vemos que las finalidades de uso difieren. Y que la combinación podría dar un resultado más allá de paliar las situaciones de dependencia, más cercano al mantenimiento de la autonomía personal y por ende más acorde con los principios y valores que este sistema de protección social en construcción tenía planeado.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios sociales. (2012). *Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales*. Recuperado el 20 de Junio de 2012, de <http://www.directoressociales.com/documentos/dictámenes-observatorio.html>
- Bazo, M. T., & Ancizu, I. (2012). Características personales y recepción de ayuda en cinco países europeos. En M. T. Bazo, *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia* (págs. 31-49).
- Berjano, E. (2005). Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 144-154.
- El País. (2012). *Ediciones El País*. Recuperado el 20 de Junio de 2012, de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/03/26/valencia/1332779518_269472.html
- Generalitat Valenciana. (2012). *Conselleria de Justicia i Benestar Social*. Recuperado el 20 de Junio de 2012, de <http://www.bsosocial.gva.es/portal/portal?id=5118&sec=17201218364&directo=6120>
- IMSERSO. (2009). *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero)*. Recuperado el 10 de junio de 2012, de http://www.envejecimientoactivo2012.es/imsero_01/envejecimiento_activo_2012/que_es/objetivos/index.htm
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (Congreso de los diputados 14 de diciembre de 2006).
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Conclusiones de la conferencia Envejecimiento Activo y Saludable. *Conclusiones de la conferencia envejecimiento activo y saludable*. Logroño: IMSERSO.
- Morán, C. (2012). *El País*. Recuperado el 20 de Junio de 2012, de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/01/12/actualidad/1326381130_994951.html
- Pérez Cosín, J. V. (2011). Instrumentos para gestionar la dependencia. En S. Pinazo Hernandis, *Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y práctica social* (págs. 211-234). Valencia: Universitat de València.
- Pérez cosín, J. V., Navarro Peralta, M. Á., & Barra-china Hueso, M. A. (2011). Los recursos sociales del Sistema de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia (SAAD). En S. Pinazo Hernandis, *Autonomía Personal y Dependencia* (págs. 173-196). Valencia: Universitat de València.
- Pinazo Hernandis, S. (2011). *Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y Prácticas*. Valencia: Universitat de València.
- Puga, M. D., & Abellan, A. (2004). *El proceso de discapacidad. Un análisis de la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud*. Madrid: Pfizer.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 20 de Junio de 2012, de http://buscon.rae.es/drae/?type=3&val=gerontol%C3%B3gica&val_aux=&origen=REDRAE
- Rodríguez Cabrero, G. (2004). La población dependiente española y sus cuidadores. En D. Casado, *Respuestas a la dependencia* (págs. 53-75). Madrid: Editorial CCS.
- Subirats Humet, J. (2011). El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores. En P. Causapié Lopesino, B. López-Cerón, M. Porras Muñoz, & A. Mateo Echanagorria, *Envejecimiento Activo. Libro blanco. Noviembre 2011* (págs. 83-100). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (IMSERSO).